



Chapa “Modernidade” vence as eleições para o Diretório Nacional do CBC

O TCBC Heladio Feitosa (presidente),
ladeado pelo TCBC Paulo Roberto
Corsi (2º vice-presidente) e pelo TCBC
Fernando David (1º vice-presidente)

Página 9

Quais seriam as competências
cirúrgicas essenciais que o
aluno de graduação deve
aprender?

TCBC Gerson Pereira Jr.

Páginas 3 e 4

Confira os aspectos técnicos
da correção da hérnia inguinal
pela via laparoscópica
extraperitoneal

TCBC Alberto Meyer

Páginas 6, 7, 8 e 9



Inscrições abertas: www.cbcpaulista2014.com.br



EXPEDIENTE

Capítulo São Paulo www.cbcs.org.br
 Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278
 6º andar - São Paulo - SP
 CEP 01318-901 - Tel.: (11) 3101-8045,
 3101-8792 ou 3188-4245
 E-mail: contato@cbcs.org.br ou flavia@cbcs.org.br

Mestre do Capítulo:

TCBC Claudio José Caldas Bresciani

Vice-Mestre:

TCBC Sidney Roberto Nadal

1º Secretário:

TCBC Ramiro Colleoni Neto

2º Secretário:

TCBC Rogerio Saad Hossne

1º Tesoureiro:

TCBC Elias Jirjoss Ilias

2º Tesoureiro:

TCBC Carlos Eduardo Jacob

DEPRO: TCBC Luiz Roberto Lopes

Periódico trimestral de divulgação
 do Capítulo de São Paulo do Colégio
 Brasileiro de Cirurgiões

Ano XV – Nº 59 – dezembro de 2013

Diretor responsável:

TCBC Ramiro Colleoni Neto (2008-2013)

Organização e Projeto Gráfico:

Doc Press (11) 5533-8781

Jornalista Responsável:

Anadi Luchetti – MTb 34.161

Diagramação:

Alexandre P. Campos Fº

Impressão:

PPG Gráfica e Editora Ltda.

Tiragem:

3.000 exemplares

Notas:

As matérias assinadas são de inteira
 responsabilidade dos autores.

As diretorias das seções especializadas,
 departamentos, regionais e os nomes dos
 cirurgiões responsáveis encontram-se no
 site www.cbcs.org.br

Novo ano, nova diretoria, mesma disposição de trabalho.

O ano de 2014 está se iniciando. No fim de 2013 elegemos novas diretorias. Para a direção nacional e também estadual. Iniciamos portanto o ano com novos dirigentes nacionais, novas idéias, novas propostas, novas esperanças. Em São Paulo a nossa diretoria foi reeleita, mas vem com novas idéias e novas propostas porém com a mesma disposição de trabalho em prol do nosso colégio e de seus associados. Nossas propostas implicam em ampliar o que foi bem sucedido durante o biênio anterior e criar novas oportunidades, mantendo sempre o necessário equilíbrio financeiro.



Os trabalhos para o congresso paulista estão a todo vapor, as comissões definidas e o programa em fase de construção. O nosso tradicional curso continuado com datas já reservadas junto a Associação Paulista de Medicina onde é realizado. É nossa proposta estimular os cursos práticos de treinamento dos cirurgiões realizados em várias cidades do interior. A iniciativa rendeu frutos, foi bem sucedida e investiremos nossos melhores esforços em possibilitar o aprimoramento do cirurgião paulista. O I Fórum de Ensino em Cirurgia, o qual foi um sucesso retumbante, realizado pela primeira vez em junho de 2013 deverá ser ampliado frente os pedidos dos convidados e participantes do primeiro evento. Desejamos participar de forma decisiva dos destinos nacionais do CBC através dos representantes do nosso estado na direção central do colégio. Desejamos incrementar a adesão dos cirurgiões ao nosso capítulo. Unidos seremos sempre fortes. Este é um ponto importante frente às agressões que a saúde vem sofrendo pelos governantes nos vários níveis: federal, estadual e municipal. E frente à agressão que a Medicina tem sofrido mais particularmente no ano passado. Nossa classe é organizada e trabalhadora. É comprometida com a saúde da população, mas entende que isolados e sem estrutura os médicos pouco podem fazer pelos seus doentes. Os nossos governantes parecem querer o caos ou se aproveitam de uma situação calamitosa criada por ele próprios para obterem apoio e voto dos incautos. Desejamos, portanto ser fortes para colaborar com as entidades médicas na luta por uma saúde pública verdadeiramente universal, de boa qualidade.

TCBC Cláudio Bresciani

Mestre do Capítulo de São Paulo

Quais as competências em Cirurgia Geral necessárias para o médico recém-formado?

TCBC Gerson Alves Pereira Júnior

Cirurgia de Urgência e do Trauma - Departamento de Cirurgia
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Não apenas na Cirurgia, mas também em qualquer outra área da Medicina, a pergunta acima provoca muita discussão, baseada nas diferentes formações, experiências e convicções pessoais, entre médicos assistencialistas e entre professores de cursos públicos e privados de medicina. Há uma enorme dificuldade em mediar-se uma discussão neste contexto na busca de um consenso. Quando investigamos as diferentes formações e a estruturação desta questão nos diversos serviços e cursos de Medicina, tanto na graduação quanto na residência médica, deparamo-nos com uma grande variabilidade de formatos, rodízios, tipo e duração de estágios, metodologia de ensino utilizada, papéis desempenhados pelos aprendizes e pelos preceptores, cenários de prática, tipos de habilidades essenciais a serem desenvolvidas na prática real com pacientes e na prática simulada, e as formas de avaliação destas competências para sabermos se o aprendiz está apto a seguir adiante em sua formação/carreira. Todos os fatores citados acima são influenciados por diferentes contextos políticos e administrativos locorregionais, que produzem facilidades e dificuldades de se conseguir bons cenários de prática e implementar

uma cultura avaliativa crítica no curso de medicina que possa ser capaz de fazer os ajustes necessários à medida que os resultados encontrados na avaliação dos discentes, docentes, infraestrutura, programações dos estágios possam não estar adequados. A busca de um consenso não é fácil, seja entre professores, médicos assistencialistas, na gestão acadêmica e dos serviços de saúde. Depois, mesmo que consiga um bom grau de entendimento, ainda existe o crivo dos próprios alunos que, muitas vezes, sentem-se pressionados, principalmente nos estágios cirúrgicos em vista do tempo de duração do estágio, carga de trabalho e nível de cobrança de suas funções e responsabilidades.

É necessária a discussão das questões acima expostas na busca de um consenso; os desdobramentos advindos da falta de envolvimento e falta de definições deste e outros assuntos relacionados à formação médica são cada vez maiores, particularmente quando não há uma maior sensibilidade da academia e dos serviços de saúde às expectativas assistenciais da população que está saindo às ruas para se manifestar. Há vários documentos oficiais que podem nos auxiliar nesta tarefa. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Medicina (2001) trouxeram um grande avanço nesta discussão, estabelecendo metas de organização do curso e definindo o perfil e as



competências gerais do formando. No entanto, não trataram das competências específicas dentro das diversas áreas da Medicina. Do ponto de vista de conteúdo, que é um tema que, muitas vezes, causa calorosas polêmicas, temos a matriz de correspondência curricular para fins de revalidação dos diplomas médicos obtidos no exterior – REVALIDA (2010).

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) tem conduzido a discussão das competências do formando em Medicina em todas as áreas desde o Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM) de Gramado/RS, em 2006, por meio de várias oficinas em congressos nacionais e regionais. Em 2011 foi elaborado o Projeto ABEM 50 anos – Dez anos das DCNs, com financiamento da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que é composto de quatro subprojetos: 1) Internato

Médico, 2) Processos de Avaliação Individual do Estudante (Teste do Progresso), 3) Processos de Avaliação Institucional Contínua da Escola Médica, e 4) Ensino de Urgência e Emergência. Dentro do subprojeto do Internato Médico, capitaneado pelos profs. Dione Tavares Maciel (Universidade de Pernambuco) e Maurício Zanolli (FAMEMA), estão sendo discutidas as competências para o formando em todas as áreas da Medicina. Todas as escolas médicas que aderiram ao projeto receberam convites com financiamento de passagens e estadia para as duas oficinas realizadas em São Paulo no período de 28 de fevereiro a 02 de março de 2013 e 27 a 28 de junho de 2013. Com a presença de representantes das diversas escolas médicas, a discussão se prolongou dentro dos cursos de Medicina por meio de suas Comissões de Graduação e de Internato Médico e o resultado era levado para as oficinas.

Tive a oportunidade de participar ativamente destas discussões sobre as competências do médico a ser formado, particularmente, em Cirurgia, em diversas oportunidades: COBEM de Gramado (RS) em 2006 e de Uberlândia (MG) em 2007, Simpósio de Educação Médica em Londrina (PR) em 2007, Congresso Paulista de Educação Médica em Ribeirão Preto (SP) em

2008 e nas duas Oficinas que ocorreram em São Paulo em fevereiro e junho deste ano.

Em todas as discussões, nos diversos encontros, sempre houve a preocupação com a grande disparidade das realidades regionais num país com a dimensão do Brasil, pelo risco de tornar muito difícil o cumprimento das exigências a serem definidas por todas as escolas médicas e, por outro lado, de não se conseguir o avanço necessário. Outra dificuldade encontrada na discussão foi sobre como seria dividido o internato médico, se na forma tradicional nas cinco grandes áreas (Cirurgia, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia e Saúde Coletiva), por ciclo de vida (saúde da criança e adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso) ou por níveis de atenção (primário, secundário e terciário) em cada área. Ainda havia a discussão sobre ampliar as grandes áreas do internato incluindo a urgência/emergência e a saúde mental.

As competências específicas da Cirurgia Geral necessárias para o formando em Medicina foram divididas em cinco tópicos principais: 1) conhecimento e aplicação dos princípios básicos de técnica operatória, 2) definição dos procedimentos que deve realizar sob supervisão médica, 3) definição dos procedimentos que deve realizar pelo menos de forma simulada, 4) conhecimento teórico e prático em cuidados peri, per e

pós-operatórios e 5) aplicação de conhecimentos de gestão em saúde na área cirúrgica. Também foram definidas as sugestões de cenários de aprendizagem nos ambientes pré-hospitalar móvel e fixo, e hospitalar nos três níveis de atenção, além dos laboratórios de técnica cirúrgica e de habilidades.

Esta rica experiência e os produtos das discussões sobre as competências dos médicos recém-formados foram apresentados no 51o COBEM em Recife (PE) no período de 19 a 22 de outubro deste ano. Todo o material consolidado produzido tanto da “Estrutura das Diretrizes Nacionais para o Estágio Curricular Obrigatório do Curso Médico – INTERNATO” quanto “Competências para o formando em medicina nas diversas áreas médicas” estão no site da ABEM e disponibilizados para consulta pública no seguinte endereço: http://www.abem-educmed.org.br/proposta_diretrizes.php

No processo de elaboração e apresentação do Programa Mais Médicos e sua transformação na Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013, novas situações vieram à tona e tornaram o contexto atual ainda mais complexo, ampliando a necessidade de maior aprofundamento das discussões e maior participação das escolas médicas e de todas as entidades representativas dos médicos. ■



Seja membro Titular do CBC

Informe-se na Secretaria do Capítulo de São Paulo do CBC com as secretárias Flávia e Geise nos telefones: (11) 3101-8045 / 3101-8792 / 3188-4245 ou no site do Diretório Nacional do CBC: www.cbc.org.br sobre as normas e datas para o recebimento de propostas. Lembramos que a monografia, exigida como requisito, será dispensada para os candidatos com Mestrado, Doutorado ou Título de Especialista do CBC ou das sociedades conveniadas.

O **TCBC Miguel Srougi** foi agraciado no dia 25 de novembro com a **Medalha Anchieta** e o **Diploma de Gratidão da Cidade de São Paulo**, outorgados pela Câmara Municipal de São Paulo.

Faleceu no dia 01 de dezembro, aos 85 anos, o **ECBC Paulo David Branco**. Graduado em 1951 pela Faculdade de Medicina da USP, exerceu notável atividade docente e assistencial no Hospital da Clínicas, influenciando a formação de várias gerações de cirurgiões. Participou de duas diretorias do Capítulo de São Paulo e recebeu em 2003 o prêmio “Colégio Brasileiro de Cirurgiões” como reconhecimento pela sua contribuição à Cirurgia nacional.

A Diretoria do Capítulo de São Paulo do CBC decidiu unanimemente pela indicação do **TCBC Joaquim José Gama Rodrigues** para receber o **Prêmio Benedito Montenegro**. A homenagem será feita no dia 18 de janeiro de 2014 durante a Sessão Solene de posse da Diretoria do biênio 2014-2015.

Nos dias 25 e 26 de outubro de 2013 realizou-se na Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, reunião do **Clube Benedito Montenegro**, coordenada pelo **TCBC Jose Guilherme Minossi**. O encontro foi realizado em conjunto com o **I Congresso Médico Acadêmico de Cirurgia Geral de Botucatu** e o **II Curso Teórico – Prático de Hérnias da Parede Abdominal**. Os eventos contaram com 70 participantes, entre alunos de graduação, residentes e médicos cirurgiões gerais e do aparelho digestivo. A programação científica foi ministrada por cirurgiões paulistas e de outros estados como **TCBC José Guilherme Minossi**, **TCBC Renato Miranda de Melo**, **TCBC Claudio Birolini**, **TCBC André Ibrahin David**, **ACBC Marcelo Furtado**, **ACBC Flávio Malcher** e **ACBC Claudia Nishida Hasimoto**. Além das aulas teóricas, foram realizados nove procedimentos cirúrgicos ao vivo, incluindo reparos abertos e videolaparoscópicos de hérnias inguinais e ventrais.

A reunião do **Clube Benedito Montenegro** da Capital, realizada nos dias 04 e

05 de novembro, integrou a programação da **Semana de Atenção ao Trauma da Santa Casa de São Paulo** e recebeu 119 inscritos. O evento, coordenado pelo **TCBC José Gustavo Parreira**, abordou temas de Trauma de Tórax e Trauma Abdominal e disponibilizou dois simuladores fornecidos pela JNJ.

O vice-mestre da regional Jundiaí, **TCBC Sergio Modena**, coordenou nova reunião do **Clube Benedito Montenegro**, realizada no dia 08 de novembro no Hospital Universitário de Jundiaí. Os 26 participantes assistiram apresentações teóricas na parte da manhã e duas cirurgias ao vivo no período da tarde. Os cirurgiões foram o **TCBC Paulo Mauricio Chagas Bruno**, o **ACBC Marcelo Furtado** e o **TCBC Rodrigo Biscuola Garcia**. O evento contou com o apoio técnico da JNJ e da Astus.

No dia 29 de novembro, o **TCBC Flávio Luiz Lima Salgado** foi contemplado com o 1º Lugar da Categoria Pessoa Física do **Prêmio Doutor Cidadão da Associação Paulista de Medicina**, como responsável pelo projeto comunitário desenvolvido pela Liga de Oncologia da Faculdade de Medicina de Taubaté desde 1998. Nesse período foram realizadas cerca de 50 campanhas divulgando informações de prevenção e detecção precoce do câncer para mais de oito mil moradores do Vale do Paraíba. O prêmio foi estabelecido em 2004 para reconhecer e valorizar programas sociais idealizados e executados por médicos ou acadêmicos de Medicina nas áreas de Saúde, Educação, Assistência Social e Meio Ambiente, com abrangência no estado de São Paulo.



Hernioplastia Inguinal totalmente extra-peritoneal videolaparoscópica (TEP)

TCBC Alberto Meyer

Mestre e doutor em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Faculdade de Medicina da USP; Fellowship in Advanced Laparoscopic Surgery – Institut de Chirurgie Laparoscopique– Bordeaux – France; Fellow of the American College of Surgeons; International Member European Association for Endoscopic Surgery; Membre Société Française de Chirurgie Endoscopique.

1. INTRODUÇÃO

A cirurgia de hérnia inguinal é um dos procedimentos mais realizados na cirurgia geral e do aparelho digestivo no mundo. A preocupação com o tema decorre do significativo problema socioeconômico que esta afecção representa como, também, da dificuldade de consenso quanto à técnica a ser empregada. 1

Inicialmente a correção das hérnias inguinais e crurais pelo espaço pré-peritoneal utilizava prótese pela via posterior de maneira convencional. Ao longo das últimas duas décadas, a hernioplastia inguinal endoscópica tornou-se cada vez mais frequente como opção terapêutica.2-4

Recentemente, trabalhos randomizados e controlados e meta-análises comparando o procedimento endoscópico com o “convencional” demonstraram que a cirurgia por vídeo ofereceu os seguintes benefícios5-8: menor dor pós-operatória; menor utilização de analgésicos; retorno precoce as atividades normais e ao trabalho; menor incidência de complicação como dor crônica e permanente parestesia, além de equivalente incidência de recidiva.

Diversas técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas nos últimos anos, sendo preferencialmente utilizada, na técnica endoscópica, a hernioplastia inguinal totalmente extraperitoneal (TEP) e a transabdominal preperitoneal (TAPP). Tais abordagens utilizam o princípio do reparo posterior das hérnias inguinais e diferem principalmente no tipo de acesso, em que uma utiliza a via extraperitoneal (TEP) e a outra a via abdominal (TAPP), esta última violando, portanto a cavidade abdominal e o peritônio parietal.

A hernioplastia inguinal endoscópica requer habilidades especiais para sobrepor limitações inerentes a este tipo

de cirurgia, como perda da percepção de profundidade, limitado alcance e espaço para mobilidade no campo operatório, e reduzida sensibilidade tátil.9 A curva de aprendizado de, pelo menos, 40 casos é necessária para reduzir a taxa de complicações e recorrências.6 Atualmente pensa-se que a maioria das recidivas aparecem dentro dos primeiros dois anos de seguimento. Uma das maneiras de reduzir a curva de aprendizado e minimizar a recorrência é refinar a técnica em um centro com grande volume cirúrgico10.

TEP ou TAPP? Existem inúmeros debates sobre qual técnica seria superior e todos chegam a conclusão de que não existe diferença ou são muito pequenas.11-13 A popularidade da TEP está em crescimento, visto que alguns cirurgiões tem se preocupado com o potencial de complicação ao adentrar na cavidade peritoneal. TEP tem demonstrado resultados favoráveis no curto prazo, especialmente em reduzir o tempo de permanência hospitalar, dor e retorno precoce as atividades físicas em comparação com outras técnicas com tela.14-16

Um dos debates sobre a técnica TEP é se o grampeamento é necessário.17,18 Os grampos podem provocar lesão nos nervos sensoriais levando a neuropatias, mais notadamente o nervo genitofemural.19 Com base na experiência de outros cirurgiões com 5.203 TEP, foi possível dispensar a fixação da tela em mais de 95% dos casos.3 É de se pensar que o não grampeamento poderia encurtar a curva de aprendizado e o tempo de operação.20

Historicamente, a análise de custo favorecia a hérnia “convencional”, no entanto, com a experiência adquirida em correção de hérnia endoscópica e disseminação do conhecimento a todas as regiões, o custo caiu e tornou-se comparável.21 A maioria dos pacientes recebe alta com menos de 12 horas como um procedimento ambulatorial. O desempenho favorável da cirurgia reduz os custos hospitalares e com o paciente devido ao menor tempo de internação.22

Complicações maiores são raramente vistas em cirurgia de hérnia. A complicação intra-operatória mais comum encontrada com TEP e TAPP é a lesão de bexiga (0%-0,2%), principalmente em pacientes com cirurgia suprapúbica anterior.23

2. TÉCNICA

2.1. Preparo Pré-operatório

A cirurgia é realizada sob anestesia geral e utilizado antibioticoprofilaxia (Cefazolina 2g), dose única, na indução anestésica. Orientado quanto ao esvaziamento vesical imediatamente anterior a cirurgia. Paciente é posicionado em decúbito horizontal, em posição supina, com leve Trendelenburg, com o braço contralateral a hérnia, ao longo do corpo. O cirurgião posiciona-se do lado contrário ao da hérnia (Fig. 1).

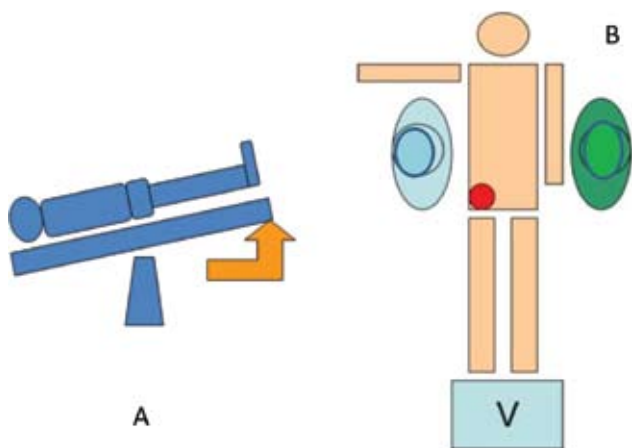


Fig. 1 – A: posição supina (Trendelenburg); B: cirurgião contralateral a hérnia (círculo) e posição do vídeo (V).

2.2. Via de Acesso

Realizado incisão cutânea de 5mm, logo acima da sínfise púbica e, em seguida, introduzida agulha de Veress no espaço de Retzius. Inicialmente, é necessário insuflar gás carbônico permitindo facilidade na dissecação. Posteriormente, é realizada incisão transversa na linha média do abdome infraumbilical e introduzido trocarte de 10mm em direção horizontal, voltado para o pube, permanecendo este entre a face posterior da bainha do músculo reto abdominal e o peritônio (Fig. 2).

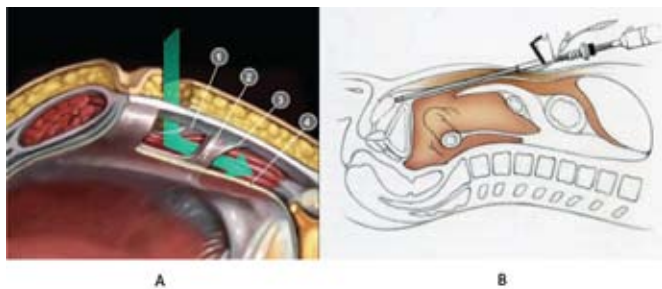


Fig. 2 – A: 1- linha alba; 2- linha arqueada; 3- músculo reto abdominal e 4- peritônio. B: Posicionamento da óptica de 0º em direção ao pube.

2.3. Dissecação do Espaço Extraperitoneal e Introdução dos Trocartes

Introduzido ótica de 0º através do trocarte de 10 mm e com a mesma dissecado o espaço de Retzius. Retira-se a agulha de Veress, e no local introduz um trocarte de 5mm, e posteriormente o terceiro trocarte é introduzido também na linha média, entre o primeiro e segundo, ambos sob visão direta (Fig. 3). A insuflação de gás carbônico é mantida contínua, estabelecendo o limite máximo de pressão em 12 mmHg. Nesta etapa não utilizamos o balão insuflador e o trocarte de Hasson para dissecação do espaço de Retzius, possibilitando diminuir custos com equipamentos.

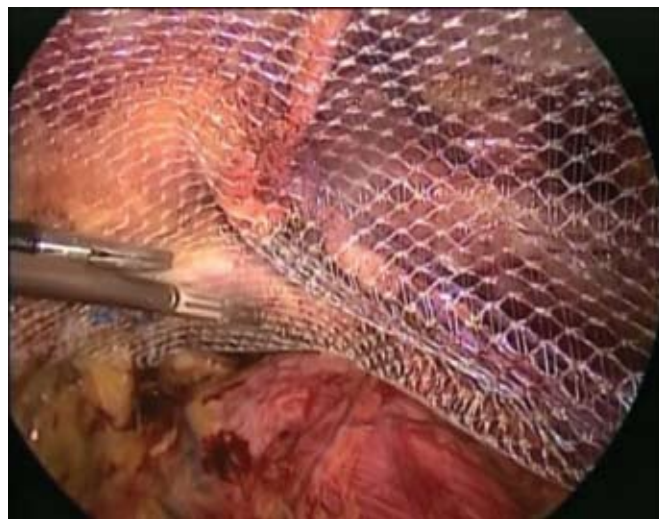


Fig. 3 – posicionamento dos trocartes.

2.4. Dissecação Medial

O endoscópio com auxílio das pinças é usado para dissecação do espaço de Retzius e identificação dos reparos anatômicos. O espaço possui três reparos importantes: o pubes, elementos do cordão e os vasos epigástricos inferiores (Fig. 4).

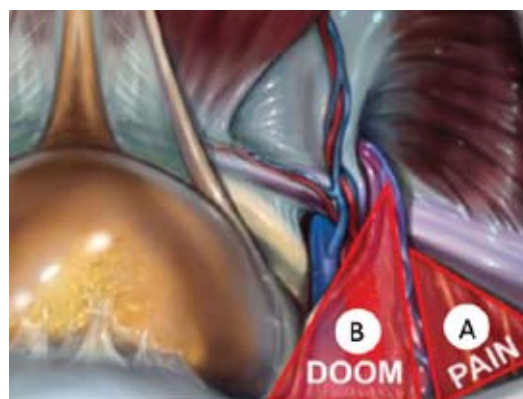


Fig. 4 – A: pubes; B: elementos do cordão e C: vasos epigástricos inferiores.

2.5. Dissecção Lateral

A região localiza-se lateralmente ao ângulo formado pela linha arqueada e os vasos epigástricos inferiores, apresentando o músculo psoas maior como reparo inferior. A dissecção prossegue ao longo do músculo, ífero-lateralmente, expondo os nervos do Triangle of Pain (Fig. 6 – A).

2.6: Dissecção da Hérnia

Depois de criado o espaço e identificados os reparos anatômicos, fica fácil identificar o defeito herniário, agora dissecado das estruturas do cordão espermático se hérnia indireta em paciente do sexo masculino e do ligamento redondo se mulher (Fig. 5).



Fig. 5 – dissecção do saco herniário indireto.

Se hérnia direta, femoral e obturatória, apenas liberamos o saco herniário das aderências frouxas da região e está apto a receber a tela. Nesta área uma dissecção romba é imprescindível, onde será exposto o Triangle of Doom (Fig. 6 – B), delimitado pelo ducto deferente (medialmente), vasos gonadais (lateralmente), anel inguinal interno (ápice) e pelo peritônio (base).

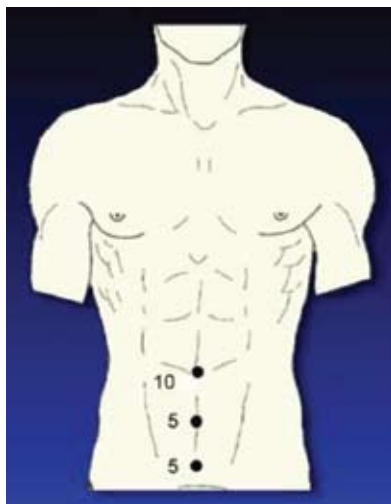


Fig. 6 – importantes limites anatômicos onde podem ocorrer lesões durante a dissecção .

2.7. Colocação da Tela

A tela, constituída por polipropileno, com dimensões mínimas de 10x15 cm (ideal para recobrir todos os possíveis orifícios herniários da região), é enrolada sobre seu maior eixo e introduzida pelo trocarte de 10 mm. A tela é ajustada à região, cobrindo todos os orifícios herniários, de forma a permanecer retificada, sem ondulações, e esta não é fixada com grampos, diminuindo a dor pós-operatória e os custos com grameadores (Fig. 7).

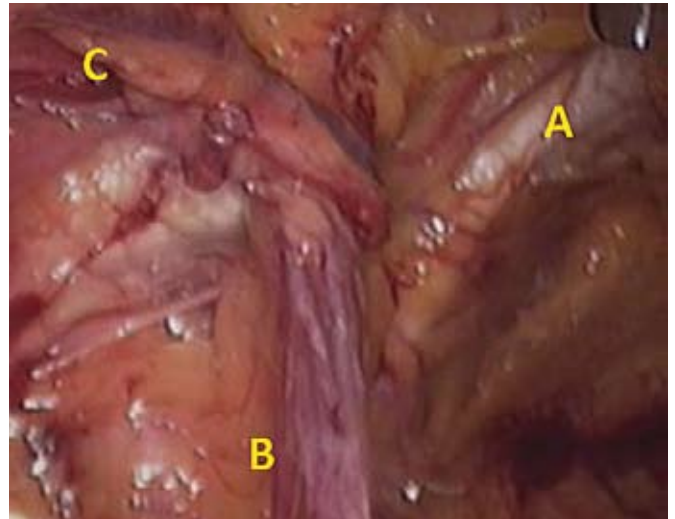


Fig. 7 – posicionamento da tela.

2.8. Processo de Deflação

Após colocação da tela, inicia-se a deflação do gás carbônico da cavidade virtual, pré-peritoneal, observando atentamente para não ocorrer deslocamento da tela para posição inadequada.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meyer AL, Berger E, Monteiro Jr O, Alonso PA, Stavale JN, Gonçalves MP. Quantitative and qualitative analysis of collagen types in the fascia transversalis of inguinal hernia patients. *Arq Gastroenterol*. 2007;44(3):230-4.
2. Elshof JW, Keus F, Burgmans JP, Clevers GJ, Davids PH, van Dalen T. Feasibility of right-sided total extraperitoneal procedure for inguinal hernia repair after appendectomy: a prospective cohort study. *SurgEndosc*. 2009;23(8):1754-8.
3. Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, Dunlop DD, Reda DJ, McCarthy M Jr, Neumayer LA, Barkun JS, Hoehn JL, Murphy JT, Sarosi GA Jr, Syme WC, Thompson JS, Wang J, Jonasson O. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006;295:285-92.
4. Matthews RD, Neumayer L. Inguinal hernia in the 21st century: an evidence-based review. *CurrProbl Surg*. 2008;45:261–312.
5. Dulucq JL. Traitement des hernies de l'aîne par mise en place d'un patchprothétique sous-péritonéal en rétropéritonéoscopie. *Cahiers de Chir* 1991;79 :15-6.

6. Edwards CC, Bailey RW. Laparoscopic hernia repair: the learning curve. *SurgLaparoscEndoscPercutan Tech* 2000;10:149-53.

7. Moreno-Egea A, TorralbaMartínez JA, Morales Cuenca G, Aguayo-Albasini JL. Randomized clinical trial of fixation vs nonfixation of mesh in total extraperitoneal inguinal hernioplasty. *Arch Surg* 2004;139:1376-9.

8. Karthikesalingam A, Markar SR, Holt PJ, Praseedom RK. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open mesh repair of recurrent inguinal hernia. *Br J Surg*. 2010;97:4-11.

9. Messenger DE, Aroori S, Vipond MN. Five-year prospective follow-up of 430 laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repairs in 275 patients. *Ann R CollSurg Engl*. 2010;92(3):201-5.

10. Bittner R, Schwarz J. Inguinal hernia repair: current surgical techniques. *Langenbecks Arch Surg*. 2012;397(2):271-82.

11. Wake BL, McCormack K, Fraser C, Vale L, Perez J, Grant AM. Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) vs totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD004703.

12. Gass M, Banz VM, Rosella L, Adamina M, Candinas D, Güller U. TAPP or TEP? Population-based analysis of prospective data on 4,552 patients undergoing endoscopic inguinal hernia repair. *World J Surg*. 2012;36(12):2782-6.

13. Bansal VK, Misra MC, Babu D, Victor J, Kumar S, Sagar R, Rajeshwari S, Krishna A, Rewari V. A prospective, randomized comparison of long-term outcomes: chronic groin pain and quality of life following totally extraperitoneal (TEP) and transabdominal preperitoneal (TAPP) laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc*. 2013 Feb 7. [Epub ahead of print]

14. Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, Dudai M, Ferzli GS, Fitzgibbons RJ, Fortelny RH, Klinge U, Kockerling F, Kuhry E, Kukleta J, Lomanto D, Misra MC, Montgomery A, Morales-Conde S, Reinbold W, Rosenberg J, Sauerland S, Schug-Pass C, Singh K, Timoney M, Weyhe D, Chowbey P. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *SurgEndosc*.

2011;25(9):2773-843.

15. Hocaoglu Y, Bastian P, Buchner A, Bauer R, Bader M, Tritschler S, Stanislaus P, Stief C, Karl A. Impact of previous mesh hernia repair on the performance of open radical prostatectomy - complications and functional outcome. *BJU Int*. 2010;106(11):1628-31.

16. Lau H, Patil NG. Selective non-stapling of mesh during unilateral endoscopic total extraperitoneal inguinal hernioplasty. *Arch Surg* 2003;138:1352-5.

17. Meyer A, Dulucq JL, Mahajna A. Laparoscopic Hernia Repair: Nonfixation Mesh Is Feasibly? *Arq Bras Cir Dig*. 2013;26(1):27-30.

18. Meyer A, Dulucq JL, Mahajna A. Laparoscopic Totally Extraperitoneal Hernioplasty with non-fixation of Three-Dimensional Mesh – Dulucq’s Technique. *Arq Bras Cir Dig*. 2013;26(1):59-61.

19. Sajid MS, Ladwa N, Kalra L, Hutson K, Sains P, Baig MK. A meta-analysis examining the use of tacker fixation versus no-fixation of mesh in laparoscopic inguinal hernia repair. *Int J Surg*. 2012;10(5):224-31.

20. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, de Lange D, Fortelny R, Heikkinen T, Kingsnorth A, Kukleta J, Morales-Conde S, Nordin P, Schumpelick V, Smedberg S, Smietanski M, Weber G, Miserez M. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13:343-403.

21. Dulucq JL, Wintringer P, Mahajna A. Laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair: lessons learned from 3100 hernia repairs over 15 years. *SurgEndosc* 2009;23:482-6.

22. Blanc P, Meyer A, Delacoste F, Atger J. Traitement des Hernies Inguinales par Coelioscopie par la voie Totalement Extraperitonéale (TEP): la distance ombilico-pubienne influence-t-elle la technique? *The European Journal of Laparoscopy*. 2011;79:1-4.

23. Meyer A, Blanc P, Balique JG, Kitamura M, Juan RT, Delacoste F, Atger J. Laparoscopic Totally Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair. Twenty-Seven Serious Complications After 4565 Consecutive Cases. *Rev Col Bras Cir*. 2013;40(1):32-6.

Eleições Diretório Nacional do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

No dia 25 de novembro, foi realizada a apuração dos votos para a escolha dos integrantes do **Diretório Nacional do CBC** para o **biênio 2014-2015**. A disputa eleitoral foi leal e amistosa, apesar de acirrada, e mobilizou os membros dos vários Capítulos em torno das propostas apresentadas pelas duas chapas concorrentes, resultando numa expressiva participação com 1.095 votos válidos.

As urnas deram a vitória à chapa “Modernidade” liderada pelo **TCBC Heladio Feitosa de Castro Filho** que recebeu 590 votos enquanto a chapa “Experiência e Renovação” encabeçada pelo **TCBC Hamilton Petry**

de Souza foi contemplada com 490 votos.

O **TCBC Paulo Roberto Corsi** e o **TCBC Elias Illias** representarão o Capítulo de São Paulo nesta gestão do Diretório Nacional, ocupando respectivamente os cargos de Segundo Vice-Presidente e Diretor de Defesa Profissional.

Na mesma oportunidade foram apurados os votos relativos às Diretorias dos Capítulos estaduais do CBC. Em São Paulo, 96% dos votos apurados apoiaram a única chapa inscrita e que tem a seguinte composição:

Mestre: **TCBC Claudio Jose Caldas Bresciani**

Vice-Mestre: **TCBC Sidney Roberto Nadal**

1o Secretário: **TCBC Ramiro Colleoni Neto**

2o Secretário: **TCBC Rogério Saad Hossne**

1o Tesoureiro: **TCBC Carlos Eduardo Jacob**

2o Tesoureiro: **TCBC Paulo Mauricio Chagas Bruno**

DEPRO: **TCBC Luiz Roberto Lopes**

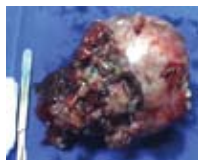


(e-d) O TCBC Hamilton Petry e o TCBC Heladio Feitosa cumprimentam-se ao final das apurações.

Abdômen Agudo Hemorrágico por Rotura de Mioma Uterino

Marcelo Finavaro Aniche, Lilah Maria Carvas Monteiro, Rafael Lacerda Pereira Feichas e TCBC Alexandre Augusto Pinto Cardoso

Hospital da Aeronáutica de São Paulo



INTRODUÇÃO

A expressão abdômen agudo refere-se a sinais e sintomas de dor abdominal, de caráter progressivo, incapacitante, que leva o indivíduo a procurar assistência médica, e que, se não tratado, ser causa de óbito. Pode-se dividir em cinco categorias: inflamatório, obstrutivo, perturbativo, vascular e hemorrágico¹.

O abdômen agudo hemorrágico (AAH) representa menos de 2% dos pacientes adultos, que procuram a emergência com dor abdominal. Apesar de incomum, apresenta altas taxas de mortalidade que variam de 40%, em não-operados, e 100% nos operados sem identificação do foco hemorrágico².

As causas de AAH são numerosas, tais como, ruptura de aneurismas aórticos ou viscerais, afecções ginecológicas, erosões por processos inflamatórios, necrose e sangramento de neoplasias sólidas malignas, dentre outras. Ocorre em qualquer idade, sendo mais prevalente em homens (2:1), e a etiologia difere em relação ao gênero e idade.

Como o AAH pode ser causado por várias doenças, nem sempre os dados clínicos permitem diagnóstico correto, sendo muitas vezes evidenciado no intra-operatório.

O quadro clínico de dor abdominal depende principalmente da causa, intensidade e localização da fonte do sangramento³. No geral, a dor, de caráter súbito, intenso e progressivo, acompanhado de taquicardia e hipotensão, compreende mais de 40% dos casos. Ao exame físico, além dos sinais de hipotensão, observa-se abdômen tenso e doloroso difusamente, e também podem ser observados os sinais de Cullen, Grey-Turner, Kehr, Danforth.

Os principais fatores de risco no AAH são: hipertensão arterial, coagulopatias, anticoagulantes e idade avançada.

Na investigação, seriar níveis de hemoglobina e realizar reserva de sangue são fundamentais. O método diagnós-

tico, com alta sensibilidade e especificidade do AAH, é a topografia computadorizada com contraste endovenoso, utilizada para pacientes estáveis⁴. Para pacientes instáveis, a ultra-sonografia portátil a beira-leito pode identificar e quantificar a perda, sanguínea, assim como diagnosticar algumas das causas (prenhez ectópica, por exemplo)⁵.

Descrevemos a seguir um caso interessante sobre ocorrência de hemoperitônio após a ruptura espontânea de mioma uterino. Apesar de a maioria desses tumores benignos ser assintomática, a ocorrência de lesão de vasos, associados a essas estruturas, pode culminar com hemoperitônio e finalmente com choque hemorrágico, levando a paciente aos serviços de urgência. As vítimas desse AAH exigem atenção, uma vez que cobram do médico discernimento para diagnosticar e apontar o melhor tratamento com rapidez e eficiência. O serviço de cirurgia geral está apto para tal ação, a partir da identificação correta da etiologia do hemoperitônio, assim como a conduta mais adequada para não só aumentar a sobrevida da paciente, mas também evitar possíveis repercussões negativas do tratamento, como esterilidade e dores crônicas.

RELATO DE CASO

MDF, sexo feminino, 43 anos, deu entrada no setor de emergência com quadro de dor abdominal súbita em hipogastro, que progrediu para difusa, associada a hipotensão e taquicardia progressivas há 6 horas da admissão. Negava comorbidades, uso de medicações prévias ou tabagismo, dois partos normais prévios com filhos hígidos.

Na admissão, apresentava pressão arterial de 90x60mmHg, pulsos simétricos e finos de 115 batimentos por minuto. Ao exame físico, apresentava sudorese fria, descoramento de mucosas, com abdômen globoso, levemente distendido e tenso, doloroso à palpação profunda em mesogastro e hipogastro, com descompressão brusca positiva.

Foi levantada hipótese de abdômen agudo hemorrágico, realizada reposição volêmica com Ringer Lactato aquecido, coletado exames laboratoriais e solicitada reserva de hemocomponentes.

Apesar da reposição polêmica 30mL/kg, não houve resposta clínica. Assim, optado por tratamento cirúrgico de urgência.

Realizada laparotomia exploratória com incisão mediana supra-infra umbilical. No inventário da cavidade, identificada massa uterina com coágulos aderidos, e identificação de rotura de miométrio em região de fundo uterino (mioma transmural roto). Realizada histerectomia subtotal devido ao intenso sangramento. No intra-operatório foi realizada a transfusão de duas unidades de concentrado de glóbulos vermelhos.

O exame anátomo-patológico da peça operatória identificou mioma uterino transmural com sinais de rotura hemorrágica. A paciente apresentou boa evolução e mantém acompanhamento com ginecologista

CONCLUSÃO

A identificação correta de um quadro de abdome agudo é essencial durante os atendimentos em serviços de urgência. Quando relacionada a etiologias hemorrágicas, ganha importância ainda maior, uma vez que a principal causa de choque no mundo é a hemorragia, o que corrobora para a importância do caso relatado.

Como forma de tratamento para miomatose uterina, estima-se que, no decorrer de um ano, cerca de 200.000 mulheres realizem histerectomia total, 400.000 miomectomia e outras 250.000 terapia hormonal. Associado a essas terapias, estão os grandes gastos financeiros, que chegam a três bilhões de dólares nos Estados Unidos, sem considerar gastos relacionados à morbidade e ao afastamento da mulher de sua atividade profissional⁶.

As principais complicações do mioma são: menorragia, dor abdominal crônica, infertilidade e degeneração maligna. As complicações raras são: piomioma, síndrome mioma gigante e hemoperitônio espontâneo⁷. Na literatura, há poucos casos descritos de hemoperitônio espontâneo por mioma uterino⁸.

Apesar de a maioria dos miomas ser assintomática, apresentamos um caso de abdome agudo hemorrágico decorrente da rotura de mioma uterino. Inicialmente optou-se pela estabilização clínica da paciente, com tratamento cirúrgico precoce para identificação e cessação do sangramento. A paciente encontra-se atualmente assintomática em acompanhamento ambulatorial.

BIBLIOGRAFIA

1. Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM 2012 – Trauma. Ed Manole. 1a edição; 15-29, 2012
2. McNamara RM. Surgical causes of abdominal pain. In: Harwood-Nus A. The clinical practice of emergency medicine. Lippincott & Wilkins, 2001.
3. Cushman GF, Kilgore AR. The syndrome of mesenteric or subperitoneal hemorrhage (abdominal apoplexy). Ann Surg 1941; 114: 672-81.
4. Scott WW, Fishman EK, Siegelman SS. Anticoagulants and abdominal pain. The role of computed tomography. JAMA 1984; 252:2053-6.
5. Sickler GK, Chen PC, Dubinsky TJ, et al. Free echogenic pelvic fluid: correlation with hemoperitoneum. J Ultrasound Med 1998; 17: 431-5.
6. Bukulmez O, Doody KJ. Clinical features of myomas. Obstet Gynecol Clin N Am 2006; 33: 69-84.
7. Pachy F, Lemerrier D, Dommergues M, Sibony O. Unusual complication of uterine leiomyoma: spontaneous avulsion with massive hemoperitoneum. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009; 38: 239-41.
8. Yasigi CA; Ramirez CR; Etcheverry FM; Saavedra PG. Hemoperitoneum secondary to uterine myoma perforation; Rev. Chil. Obstet. Ginecol 1998;63(5):388-90.

A Associação Cruz Verde, Hospital que cuida de crianças com paralisia cerebral, está precisando de:



Leite em Pó
Açúcar
Farinha de Trigo
Groselha
Feijão

Fubá
Pó de Café
Extrato de Tomate
Macarrão
Arroz

Rua Doutor Diogo de Faria, 695
Vila Clementino :: Tel (11) 5579-7335
www.cruzverde.org.br





Ganepão 2014

Local: Centro Fecomercio de Eventos – São Paulo – SP

Datas: 14 a 17 de maio de 2014

Informações: www.cbpcsp.org.br

Congresso Paulista de Cirurgia

19ª Assembleia Cirúrgica do CBCSP

Local: Caesar Business Faria Lima – São Paulo – SP

Datas: 17 e 18
de outubro de 2014

Informações:
www.cbpcsp.org.br



Curso Continuo de Cirurgia Geral

Local: Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278 9º Andar –
Bela Vista – São Paulo, SP.

Datas: 29/03; 26/04; 31/05; 28/06; 26/07; 30/08;
27/09 e 25/10

Informações:
www.cbpcsp.org.br



32º Curso Anual de Cirurgia de Urgência

Local: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa –
São Paulo – SP

Datas: 26/04; 17/05; 14/06; 19/07; 09/08; 20/09;
11/10 e 08/11

Informações: www.cbpcsp.org.br

Congressos Internacionais

SAGES Annual Meeting

Datas: 02-05 abril, 2014

Local: Salt Lake Convention Center Salt Lake City,
UT, USA

Informações: www.sages2014.org

Digestive Disease Week DDW 2014

Datas: 03-06 maio, 2014

Local: McCormick Place - Chicago, IL. USA

Informações: <http://www.ddw.org/>

American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) Annual Meeting

Datas: 17-21 maio, 2014

Local: Westin Diplomat Resort & Convention Center,
Hollywood, FL, USA

Informações: http://www.fascrs.org/annual_meeting/

14th World Congress of Endoscopic Surgery

Datas: 25-28 junho, 2014

Local: Palais des Congrès, Paris, France

Informações: <http://www.eaes.eu/eaes-meetings/14th-world-congress-paris.aspx>

2014 Annual Meeting of the American Association for the Surgery of Trauma and Clinical Congress of Acute Care Surgery

Datas: 10-13 setembro, 2014

Local: Philadelphia Marriott Downtown, Philadelphia,
PA, USA

Informações: <http://aast.org/Meetings/AnnualMeeting/Default.aspx>

14th World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus (ISDE)

Datas: 22-25 setembro, 2014

Local: Vancouver, Canada

Informações: <http://www.isde.net/>

100th Annual Clinical Congress American College of Surgeons

Datas: 26-30 outubro, 2014

Local: San Francisco, CA, USA

Informações: www.facs.org/