

PÔSTER

1º dia 27 de novembro - quinta-feira

CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

P.01.01

CARCINOMA ESPINOCELULAR DE MUCOSA ORAL E ADENOCARCINOMA DE TRANSIÇÃO ESÔFAFO-GÁSTRICA SINCRÔNICOS: RELATO DE CASO

Sousa*, M.A.C.; Matos, L.L.; Palos, C.C.; Vanni, C.M.R.S.; Kanda, J.L.; Capuzzo, R.C.; Speranzini, M.B.; Henriques, A.C.

DISCIPLINAS DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO –
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

INTRODUÇÃO: O carcinoma espinocelular (CEC) de cavidade oral ocasionalmente apresenta tumores sincrônicos ou metacrônicos no trato respiratório e digestivo alto, variando de 11,5 a 13,8% dos casos na literatura ocidental. Tal ocorrência é parcialmente justificada pelo fato de tais órgãos possuírem a mesma linhagem histológica, com exceção do estômago e duodeno, e pela exposição a carcinógenos, devido a sua associação com tabagismo. Diante disso, atualmente é preconizada a realização de endoscopia digestiva alta (EDA) e pesquisa com lugol de lesões esofágicas durante o estadiamento desses tumores. A ressecção cirúrgica e também quimio e radioterapia adjuvantes tem fundamental importância nos respectivos tratamentos.

RELATO DO CASO: Homem, 69 anos, etilista e tabagista, com queixa de dor em gengiva inferior esquerda há 10 meses, emagrecimento de 11 kg no período e pirose retroesternal pós alimentar sem tratamento há 20 anos. À oroscopia, notou-se lesão de reborda alveolar inferior esquerda, úlcero-infiltrativa, cuja biópsia incisional diagnosticou carcinoma espinocelular. À EDA, identificada lesão esofágica úlcero-infiltrativa, iniciando-se a 36 cm da arcada dentária superior, transponível ao aparelho, estendendo-se até a cárdia diagnosticada como adenocarcinoma de transição esôfago-gástrica à biópsia endoscópica. O paciente foi então submetido à esofagectomia subtotal transhiatal com esofagogastroplastia e, no mesmo tempo cirúrgico, pelveglossomandibulectomia marginal com esvaziamento cervical supra-omohioideo esquerdo e traqueostomia de proteção. O resultado anátomo patológico foi de adenocarcinoma padrão intestinal, pouco diferenciado, medindo 6 cm no maior eixo, infiltrando até tecido adiposo adjacente, localizado em transição esôfago-gástrica (T4N1M0) e CEC de reborda alveolar moderadamente diferenciado, medindo 3 cm no maior eixo, infiltrando em profundidade até a transição tecido muscular e ósseo subadjacente (T4N0M0). Encontra-se atualmente em acompanhamento ambulatorial sem evidência de recidiva tumoral até o momento e satisfeito com o resultado cirúrgico final.

DISCUSSÃO: O caso relatado difere dos tumores sincrônicos comumente descritos na literatura pelo fato de apresentar tumores de diferentes linhagens histológicas e fatores de risco, sendo mais comum o carcinoma espinocelular de esôfago sincrônico aos tumores de cabeça e pescoço.

P.01.02

**FARINGOCOLOPLASTIA COMO RECONSTRUÇÃO TARDIA PÓS
FARINGOLARINGECTOMIA TOTAL POR CARCINOMA ESPINOCELULAR DE
HIPOFARINGE: RELATO DE CASO**

Matos, L.L.*; Kanda, J.L.; Pinto, F.R.; Capelli, F.A.; Waisberg, J.; Speranzini, M.B.; Henriques, A.C.

DISCIPLINAS DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO –
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

INTRODUÇÃO: O carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço representa cerca de 5% de todas as neoplasias malignas. A localização dessa neoplasia no trato aerodigestivo superior é um fator prognóstico importante, sendo que, na maioria dos casos, os de hipofaringe apresentam-se já avançados no momento do diagnóstico. No seu tratamento tem grande importância a ressecção cirúrgica e também quimio e radioterapia adjuvantes. Muitos pacientes, com controle loco-regional da doença, beneficiam-se de procedimentos cirúrgicos reparadores e de reconstrução do trânsito intestinal. **RELATO DO CASO:** Homem, 38 anos, ex-etilista e ex-tabagista, com queixa de disfagia e dispnéia rapidamente progressivas, submetido a traqueostomia de urgência por insuficiência respiratória aguda. À investigação, foi diagnosticado um carcinoma espinocelular de supraglote, com extensão para a parede medial do recesso piriforme esquerdo. O paciente foi então submetido a faringolaringectomia total, seguida de quimiorradiação. Sem sinais de recidiva tumoral após 12 meses de acompanhamento, foi realizada faringocoloplastia como reconstrução do trânsito intestinal. Encontra-se atualmente em acompanhamento ambulatorial sem evidência de recidiva tumoral e satisfeito com o resultado cirúrgico final. **DISCUSSÃO:** A reconstrução do trânsito intestinal em pacientes submetidos a faringolaringectomias é indicada nos pacientes com controle local da doença e que aceitem o procedimento cirúrgico. A técnica mais utilizada é a interposição de alça de delgado, porém o cólon também é utilizado como substituto do esôfago, e a sua escolha depende fundamentalmente da acurácia técnica do cirurgião, mas também da necessidade de uma longa alça para anastomose entre a faringe e o estômago, com resultados satisfatórios.

P.01.03

FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL – RELATO DE CASO, CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO CIRURGICO.

Carletto, Gabriel Santos*; **Junior**, Aluisio A; **Mattos**, Belmiro Jose; **Mendonça**, Tadeu Siqueira; **Netto**, Luis Belmonte; **Oliveira**, Lyege; **Rezende**, Marcelo A. Varoni; **Terzian**, Ligia.

HOSPITAL SANTA MARCELINA

Introdução: O fibroma ossificante juvenil é um tumor fibro-osseo pouco freqüente que pode acometer os ossos dos seios paranasais e órbita produzindo proptose. O diagnóstico clínico e histopatológico por vezes é difícil. A diferenciação de outras formas de displasia fibrosa ou outros tumores fibro-osseos tem gerado controvérsia, já que pode mostrar células ricas em estroma osteóide ou formações ósseas semelhantes a psamomas.

Objetivo: Relatar caso em criança de 4 anos com fibroma ossificante acometendo seio maxilar, assoalho da órbita, maxila superior e base de crânio, discutindo-se o acesso cirúrgico tipo "Degloving".

Discussão: O tratamento cirúrgico por nós utilizado foi a técnica de Degloving que é pouco freqüente para a ressecção destes tumores. A revisão da literatura mostrou que a maioria dos serviços utiliza a rinotomia lateral ou a clássica cirurgia Weber Ferguson. Apesar de se tratar de uma doença benigna possui comportamento agressivo e destrutivo com alta taxa de recorrência. Esta técnica permitiu a ressecção total da lesão tendo um resultado cosmético excelente. A reconstrução do defeito do palato foi feita com retalho micro cirúrgico do vasto lateral da coxa.

P.01.04

RESSECÇÃO DE OSTEOMA DO SEIO FRONTAL UTILIZANDO ACESSO BICORONAL COM RECONSTRUÇÃO

Melo, M. G.; Sguillar, A. D.*; Nascimento, C.P.; Baptistella L. C.

HOSPITAL DA BENEFICÊNCIA PORTUGUESA – SÃO PAULO
CLÍNICA E CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO "JORGE FAIRBANKS BARBOSA"

Introdução

Os osteomas são tumores ósseos, histologicamente benignos, de crescimento lento, em sua maioria restritos à cabeça e pescoço (1,2). A mandíbula é o local mais acometido, seguido dos seios frontal e etmoidal (3). O tratamento cirúrgico é adotado em pacientes com sintomas locais, sintomas compressivos por obstrução de óstios de drenagem e naqueles que apresentem crescimento para além dos seios paranasais (4-5).

Objetivo

O presente relato tem por objetivo descrever o caso de uma paciente, gênero feminino, 25 anos de idade, com quadro de cefaléia progressiva, rinosinusites de repetição há três anos, com diagnóstico de osteoma obstrutivo do seio frontal esquerdo que foi submetida à ressecção ampla utilizando-se acesso bicoronal e reconstrução com placa de titânio.

Material e Método

Paciente do gênero feminino, 25 anos, procurou o serviço devido à queixa de cefaléia frontal progressiva acompanhada de quadros de rinosinusite aguda bacteriana de repetição há três anos. Realizou tomografia computadorizada de seios da face que evidenciou presença de osteoma com origem na parede anterior do seio frontal, projetando-se para a cavidade do seio, ocluindo o óstio de drenagem para fossa nasal ipsilateral, com coleção e espessamento da mucosa frontal e etmoidal, medindo 2,0cm de diâmetro, sem comunicação com a parede posterior.

Resultados

A ressecção ampla do osteoma foi realizada pelo acesso bicoronal, atentando-se para a extensão póstero-lateral para não adentrar à cavidade craniana e não lesar a dura-máter. A peça mediu 2,0x1,5x0,7 cm com margens adequadas. Após, foi realizada a ampliação dos óstios dos seios frontais esquerdo e direito e reconstrução do defeito anterior com placa de titânio. O exame anátomo-patológico evidenciou tecido ósseo denso lamelar típico com escasso tecido fibroso compatível com osteoma.

Conclusão

De acordo com dados da literatura, o acesso bicoronal é recomendado em pacientes com seio frontal amplo e com grandes tumores. A reconstrução com placa de titânio foi a melhor alternativa para o grande defeito da parede anterior, diminuindo o impacto negativo estético e o risco de recidiva.

Bibliografia

- 1- Barnes L, Eveson JW, Reichardt P, Sidransky D. Pathology & Genetics. World Health Organization Classification of Tumors. IARC Press 2005, 54-55.
- 2- Aldren CP, Soames JV, Birchall JP: Bony remodeling in an osteoma of the paranasal sinuses. J Laryngol Otol, 1993; 107: 633-35.
- 3- Grant S. Gilman, MD, Howard B. Lampe, MD, FRCS(C), and Larry H. Allen, MBBCh, FRCS(C), London, Ontario, Canadá: Orbitoethmoid osteoma: Case report of an uncommon presentation of an uncommon tumor. Otolaryngology-Head and Neck Surgery December 1997; S218-S220.
- 4- Rappaport JM, Attia EL. Pneumoencephalus in frontal sinus osteoma: case report. Otolaryngol 1994;23:430-435.
- 5- Savic DL, Djerić DR. Indications for the surgical treatment of osteomas of the frontal and ethmoid sinuses. Clin Otolaryngol 1990;15:397-404.

CIRURGIA DA OBESIDADE

P.03.01

AVALIAÇÃO AUTO-ESTIMA DE PACIENTES SUBMETIDOS A GASTROPLASTIA REDUTORA.

Martinez, J.; Del Grande, J.; Silva, E.*; Duarte, A.; Maia, A.; Pinto, P.

UNIFESP – CECAD.

INTRODUÇÃO: Qualidade de vida tem obtido atenção maior na literatura médica mundial. E auto estima é um importante aspecto na qualidade de vida dos pacientes, e provavelmente esta diminuído em pacientes obesos. O questionário específico para avaliar auto-estima de Rosenberg´s se encontra validado para língua portuguesa.

OBJETIVO: Avaliar auto-estima pacientes antes e após realização de gastroplastia à Fobi-Capella , através questionário Rosenberg´s de auto-estima.

MATERIAL e MÉTODOS:45 pacientes com obesidade mórbida foram submetidos a gastroplastia à Fobi-Capella . O grupo pacientes foi composto por 36 mulheres e 9 homens, com idade entre 21 a 58 anos. Os pacientes receberam questionário de auto-estima antes cirurgia bariátrica .Após um ano pacientes foram requisitados para responder novamente questionário, enviados através do correio.

Análise estatística através Teste de Mann-Whitney´s.

RESULTADOS: 40 questionários retornaram respondidos, dois pacientes não responderam ao questionário e três pacientes não foram encontrados. Após um ano houve melhora importante do IMC e os pacientes apresentaram melhora significativa em sua auto-estima ($p=0,05$).

CONCLUSÕES: a redução no IMC após cirurgia bariátrica, melhora auto-estima dos pacientes avaliado pelo questionário de auto-estima de Rosenberg´s.

P.03.02

FÍSTULA GASTROGÁSTRICA APÓS CIRURGIA DE FOBI-CAPELLA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA: RELATO DE CASO

Andrade, A.B.*; Magioni, F.M.; Bazzi, K.; Melo, F.A.C.; Rocha, F.R.; Vasconcelos, L.P.; Garcia, R.B.; Souza, P.M.S.B.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO

A fístula gastrogástrica (FGG) é uma das complicações da cirurgia bariátrica, definida como uma comunicação entre a neocâmara gástrica e o estômago excluído. Esta complicação era comum (50% dos casos) quando se grampeava o estômago e este não era separado da neocâmara, mas tornou-se muito pouco freqüente (incidência atual de 1,2-1,8%) quando se passou a seccionar o estômago após seu grampeamento. No entanto, muitos outros fatores influenciam na formação da FGG, como a úlcera marginal, por exemplo, freqüentemente encontrada antes do diagnóstico da fistula (50-100% dos casos). A paciente com FGG pode apresentar-se com queixas como dor abdominal, febre e taquicardia, dificuldade de perda de peso ou até mesmo ser assintomática. Os exames mais importantes para o seu diagnóstico são a radiografia contrastada por via oral e a endoscopia digestiva alta (EDA). Devido a sua baixa incidência, o seu tratamento não é padronizado e os autores descrevem as mais diversas técnicas. Relatamos o caso de uma paciente de 48 anos, com IMC de 40,8 Kg/m², submetida a cirurgia de Fobi-Capella em 2005. Teve alta no 4º PO com ingestão via oral adequada. Realizou EDA de rotina aos 2 meses, sem alterações. Aos 4 meses de cirurgia pesava 64,7 Kg. Aos 11 meses apresentava sintomas dispépticos, sendo evidenciada úlcera em anastomose gastrojejunal a EDA, tratada com sucesso com omeprazol e sucralfato. Após 1 ano e 6 meses atingiu IMC 26,27 Kg/m². No 3º ano de pós-operatório a paciente retorna ao ambulatório com queixa de ganho de peso de 22 kg em 8 meses. Realizou EDA que mostrou gastroplastia redutora a Fobi-Capella de bom aspecto, porém, ao estudo radiográfico do trato digestivo evidenciou-se uma FGG. Foi submetida à correção cirúrgica da fístula com cirurgia de "doação" do fundo gástrico (secção com linha de grampeamento do fundo gástrico fixo a neocâmara do restante do estômago excluído, que foi retirado). Evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, tendo alta no 6º PO. Após o 2º mês de pós-operatório a paciente evoluiu sem complicações, pesando 68 kg (perda de 10 kg). Após novo estudo radiológico observou-se pequena neocâmara sem a FGG.

P.03.03

OBSTRUÇÃO INTESTINAL PÓS “BYPASS” GÁSTRICO. EXPERIENCIA COM 6 CASOS.

Simoneti, CAM; Corsini DA; Moreira, G; Fregadolli, L.V.; Macedo,A.C*.; Cestari Junior,L. A.; Di Giovanni,J.H.

SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA – CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA HOSPITAL UNIMED SOROCABA

A obstrução intestinal é uma complicação relativamente comum após a realização de by pass gástrico em y de Roux. Os sintomas de obstrução intestinal podem ser confundidos inicialmente com incorreções dietéticas retardando o diagnostico, ao mesmo tempo que exames subsidiários podem cursar sem alterações significativas devido as alterações anatômicas realizadas durante a cirurgia. Os autores relatam os aspectos clínicos achados clínicos, radiológicos e cirúrgicos de 6 pacientes que apresentaram obstrução intestinal após a realização de bypass gástrico. Destes 3 apresentavam hérnias internas e os outros três obstrução secundaria a bridas pos operatórias.

CIRURGIA PERIÁTRICA

P.04.01

ATRESIA VAGINAL E HIDROMETROCOLPOS EM RECÉM-NATO: RELATO DE UM CASO.

Bazzano, FCO; Von Atzingen, AC; Souki, LN; Sasaki, WT; Pinheiro, RV*.

Disciplina de Cirurgia Pediátrica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio-UNIVÁS
Rua Comendador José Garcia, 758/22 - Centro – CEP: 37550-000.
Pouso Alegre – MG.

Introdução: A Atresia Vaginal é uma anomalia congênita caracterizada pela imperfuração ou oclusão, total ou parcial do canal da vagina. Devido ao acúmulo de secreção glandular e de transudato epitelial, o útero e a vagina apresentam-se dilatados o que denomina de Hidrometrocolpos. **Relato do Caso:** O presente trabalho relata a história da paciente de gênero feminino, portadora de malformação congênita a esclarecer evidenciada pelo Ultrassonografia (USG) obstétrico. Apresentava ao nascer uma massa palpável em abdome superior e sopro cardíaco. Evoluiu com intolerância alimentar no primeiro dia de vida. Apresentou sepse tardia e choque séptico no oitavo dia de vida. Para investigação diagnóstica foram solicitados exames de Rx de tórax, USG, Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Nuclear Magnética (RNM) abdominal, além de Cromatina Sexual, Cariótipo e Ecocardiograma. Foi indicada uma Laparotomia exploradora no 15º dia de vida, evidenciando hidrometrocolpos e atresia vaginal. Realizaram-se então, o esvaziamento da secreção e a reconstrução do canal vaginal. **Discussão:** O diagnóstico pré-natal pelo USG obstétrico é o método de eleição, sendo este o utilizado no nosso caso. A paciente apresentou uma massa abdominal e sepse neonatal como já descritos em outros trabalhos. O tratamento preconizado é a abordagem cirúrgica, sendo esta a realizada em tempo oportuno. **Referências:** 01. Nazir Z; Rizvi RM; Qureshi RN; Khan ZS; Khan Z. Congenital Vaginal Obstructions: varied presentation and outcome. *Pediatr Surg Int* 2006 sep, 22(9): 749-53. 02. Vieyra CRJ. Hidrometrocolpos: diagnóstico prenatal. *Informe de un caso. Ginecologia y Obstetrícia de México* 2002; 70(5): 236-8. 03. Zurita RC; Muñuzuri F; Benitez EA; Barroso G. Ausência congênita de vagina. Síndrome Mayer - Rokitansky - Kuster - Hauser. *Presentación de un caso y revisión de la literatura. Ginecologia y Obstetrícia de México* 1998,66(9): 354-7.

P.04.02

DEXTROGASTRIA, REFLUXO GASTROESOFÁGICO E ASPLENIA EM CRIANÇA COM DÉFICIT PONDERAL.

Bazzano,FCO; Mariottoni,MLM; Souki,LN;Alvim,VB;Sasaki,WT;Pinheiro,RV.

Hospital das Clínicas Samuel Libânio-UNIVÁS

Rua Comendador José Garcia, 758/22 – Centro – 37550-000 – Pouso Alegre – MG.

Introdução – A síndrome de heterotaxia é descrita como um grupo de doenças com arranjos anormais dos órgãos viscerais, sistema venoso anormal e anormalidades cardíacas. Manifesta-se na infância devido as suas severas conseqüências que são: doença cardíaca congênita, imunodeficiência ou obstrução intestinal relacionada à má rotação. **Relato do Caso** – O presente trabalho relata a história de I.S.F., sexo feminino, 3 anos e 6 meses, a qual apresentou no segundo mês de vida irritabilidade e vômitos esporádicos pós-alimentares. Observou-se que ao longo dos meses houve uma redução do desenvolvimento ponderal, sendo que no nono mês a lactente apresentava um peso de sete Kg. Foi solicitado REED que sugeriu alteração anatômica do estomago. Para confirmação diagnóstica e investigação de possíveis má formações foram realizados exames de transito intestinal, enema opaco, USG abdominal e ecocardiograma. Indicado o tratamento cirúrgico devido à má rotação intestinal e refluxo gastroesofágico com déficit ponderal. Per-operatorio: heterotaxia com dextrogastria, asplenia, má rotação intestinal e artéria mesentérica anômala. Realizado fundoplicatura a Nissen e liberado aderências congênitas. **Discussão** – A paciente, devido a asplenia, faz uso mensal de Penicilina Benzatina e foi submetida a esquema vacinal especial para Pneumococo, Haemofilos, Meningococo B e C e esquema vacinal regular da OMS de acordo para a idade. Atualmente está clinicamente bem, com 11,4 Kg (percentil 10), alimenta-se bem e esporadicamente manifesta episódios de náuseas sem vômitos. **Referências** – 01. Fulcher AS, Turner MA. Abdominal Manifestations of Situs Anomalies in Adults. Radiographics 2002; 22(6): 1439-56; 02. Ito H, Ohgi S, Kanno T, Ishibashi T. Heterotaxy syndrome with pancreatic malrotation: CT features. Abdominal Imaging 2003; 28(6): 856-8. 03. Cegarra JN, Sanz EM, Torre FR. Factors involved in the 'rotation' of the human embryonic stomach around its longitudinal axis: computer-assisted morphometric analysis. J Anat 1999; 194 (Pt 1): 61-9.

P.04.03

RELATO DE UM CASO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR INTUSSUSCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Ilnicki, L.**; Souza, M.R.**; Monteiro, M.V.**; Guidetti, T.H.*; Pereira, M.B.A.**; Zucherato, R.**; Barbosa, A.J.***

**Acadêmicos do 6º ano médico da UNIFENAS, * palestrante.

*** Prof. Dr. da FCM da UNIFENAS, Cirurgião geral,

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO – UNIFENAS, ALFENAS- MG.

INTRODUÇÃO: A intussuscepção é a telescopagem de uma parte do intestino dentro de outra caracterizando a principal causa de obstrução intestinal na primeira infância, possivelmente relacionada com a hiperplasia do tecido linfóide pós infecção gastrointestinal ou de vias aéreas superiores, quando não por um ponto indutor patológico. Tal invaginação leva a compressão vascular, edema de parede e conseqüente comprometimento da irrigação arterial, com complicações secundárias. **RELATO DE CASO:** relata-se o caso de uma paciente de 12 anos, sexo feminino, de Alfenas-MG, sem história prévia cirúrgica ou de doenças de base, admitida no H.U.A.V. com dor abdominal de forte intensidade em hipogástrico associada a vômitos alimentares e episódio diarréico. Submetida a Raios-X de abdome evidenciou-se distensão moderada de intestino delgado e grosso. Durante observação evoluiu com piora da dor, prostração, vômitos biliosos, dor a palpação superficial do abdome, ruídos hidroaéreos metálicos, parada de eliminação de fezes e flatos e sinais de irritação peritoneal. Encaminhada a laparotomia exploradora, possibilitou-se a visualização direta de intussuscepção íleo-ileal com sinais de isquemia e necrose de alça, sendo necessária ressecção de aproximadamente 30 cm do íleo. O estudo anatomo patológico não demonstrou ponto direcional como fator causal. **OBJETIVO:** Tal relato tem por objetivo ressaltar a importância do diagnóstico diferencial de abdome agudo em adolescentes além da prevalente apendicite. **DISCUSSÃO:** A necessidade de se buscar uma anamnese e exame físico bem detalhados, associado à atenção frente a quaisquer mudanças da evolução do quadro faz-se imprescindível. Busca-se assim evitar diagnósticos tardios que culminem com complicações sombrias, tal como o temido infarto mesentérico e a ressecção de extensos segmentos intestinais levando a Síndrome do intestino curto.

P.04.04
DUPLICAÇÃO TUBULAR DE INTESTINO DELGADO

Bazzano,FCO; de Assis,FL; Machado,FF; Mariottoni,MLM; Alves,TPV; Pinheiro,RV*.

Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio – UNIVAS
Rua Comendador José Garcia, 996 apto 101- Centro – 37550-000- Pouso Alegre – MG.

Introdução - A duplicação intestinal é um distúrbio congênito que se manifesta predominantemente nos primeiros dois anos de vida e caracteriza-se por apresentar quadro de obstrução intestinal, hemorragia do trato gastro intestinal e massa abdominal móvel, variando quanto forma, tipo, tamanho e tecido histológico apresentado. **Relato do Caso** – O presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico de uma duplicação intestinal tubular de intestino delgado em um lactente de dois meses de vida, com quadro prévio de enterorragia de pequeno volume. Durante investigação solicitou-se enema opaco que não evidenciou intussuscepção ou lesões vegetantes. Foi então solicitado cintilografia intestinal que evidenciou mucosa gástrica ectópica. Indicado laparotomia exploradora, momento antes do ato cirúrgico paciente apresentou enterorragia com perda significativa de volume sanguíneo. Durante o procedimento identificou-se duplicação tubular de jejuno de aproximadamente um metro de extensão, realizado enterectomia da porção duplicada e anastomose término terminal do intestino remanescente. **Discussão** - As duplicações tubulares gastro intestinais correspondem à cerca de 5 a 10% das duplicações encontradas e raramente tem mais de 20 cm de comprimento e normalmente o diagnóstico é feito durante o ato operatório. **Referencias- 01.** Gross RE, Holcomb GW, JR, Farber S. Duplication of the alimentary tract. Pediatrics.1952; 9(4): 449-68. **02.** Balén EM Hernandez-Lizóain, JL, Pardo F, Longo, JL, Cienfuegos JA, Alzina V. Giant jejunoileal duplication: prenatal diagnosis and complete excision without intestinal resection. J Pediatr Surg. 1993; 28 (12): 1586-8. **03** Bergman KS, Jacir NN. Cystic duodenal duplication: staged management in a premature infant. J Pediatr Surg. 1993; 28 (12): 1584-5.

P.04.05

ENSAIO PICTÓRICO – INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL

P.04.06

ESTRATÉGIA PARA O ENSINO DA CIURGIA PEDIÁTRICA PARA O ESTUDANTE DE MEDICINA COM FORMAÇÃO GENERALISTA.

Hessel,LFP*; Lustri,L; Camperoni, LER; Camperoni, AL; VOLPE, FAP;

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO–UNAERP.

INTRODUÇÃO: Os avanços técnico-científicos resultaram na sobrevivência de recém nascidos com malformações cada vez mais complexas e que possibilitaram abordagem cirúrgica do paciente pediátrico com maior segurança. Sempre houve dificuldade em transferir conhecimentos e habilidades específicas ao estudante de medicina sem violar sua formação generalista e humanista para atuar na realidade social onde está inserido, sendo a cirurgia pediátrica um exemplo desta realidade. Com a implantação do Aprendizado Baseado em Problemas (ABP) as atividades foram alicerçadas no uso de casos clínicos para o aprendizado e a promoção da habilidade de trabalhar em grupo e o estímulo à busca ativa do conhecimento favorecendo a interdisciplinaridade e a correlação entre a teoria e realidade. Nesse contexto, a cirurgia pediátrica acontece em 2 momentos específicos do curso: 1º pulverizado como objetivo de estudo dos módulos temáticos da 1ª a 8ª etapas; 2º no internato médico com atividades dentro do estágio de saúde da criança. **OBJETIVO:** Estratégias para adequação do ensino de Cirurgia Pediátrica para o médico generalista desenvolvendo conhecimento, habilidade e competências específicas de uso e aplicabilidade na prática clínica geral. **MATERIAL E MÉTODO:** Análise crítica e reflexiva das atividades da cirurgia pediátrica desenvolvidas no internato médico. **RESULTADO:** O curso de cirurgia pediátrica no internato médico tem por objetivos (1) desenvolver conhecimento; (2) trabalhar habilidades e (3) desenvolver competências para o diagnóstico e manejo do paciente cirúrgico pediátrico. As atividades são (1) estudo dirigido; (2) atendimento ambulatorial e (3) cirurgia. O estudo dirigido é a discussão de casos clínicos estimulando o aluno ao pensamento crítico, desenvolvimento de conhecimentos prévios e a elaboração de hipóteses diagnósticas e tratamento nos diferentes níveis assistenciais. Nos ambulatorios temos a prática clínica supervisionada. Nas cirurgias os alunos atuam sob supervisão de acordo com a complexidade do procedimento. **CONCLUSÕES:** Observamos pela avaliação dos alunos que o desenvolvimento das atividades da cirurgia pediátrica nesses 3 cenários permite a discussão de temas específicos; permite desenvolver habilidade diagnóstica e, acima de tudo, discutir estratégias para manejo deste paciente dentro da hierarquização do sistema único de saúde (resolução imediata, tratamento ambulatorial ou referência e contra-referência).

P.04.07
HIGROMA CÍSTICO: RELATO DE CASO

P.04.08

RELATO DE CASO: PERSISTÊNCIA DE CLOACA E ASSOCIAÇÕES DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

Augusto FM*, Ujvari RM*, Tebet ACF*, Gabriel SA**, Marques GMN***, Barattella JRS****

Introdução: As malformações anorretais compreendem um amplo espectro de doenças, ocorrendo em aproximadamente 1 em cada 5000 nascidos vivos. Um exemplo dessas malformações consiste na persistência de cloaca, fenômeno que ocorre em 1 a cada 50000 nascidos vivos, sendo o tipo mais severo de ânus imperfurado. Esta patologia corresponde à confluência de reto, vagina e bexiga em um único seio urogenital, estando associada a outras malformações, tais como onfalocele, meningocele, meningomielocelo, atresias de cólon e do trato genital. **Relato do Caso:** RN, feminino, nascido de parto cesárea com 2700g, apresentando cloaca, onfalocele, meningocele, hidrocefalia, malformação em pé direito, CIV e PCA. Durante a internação hospitalar, foi realizada laparotomia exploradora para derivação intestinal com confecção de ileostomia devido a fístula intestinal para a cloaca entre íleo e cólon, com segmento atrésico de cerca de 15cm Observou-se também anomalia no trato genital, com presença de útero bicorno. A paciente recebeu alta e foi encaminhada a outro serviço para correção de meningocele. **Discussão:** O diagnóstico desta malformação deve ser precoce, incluindo a realização de USG abdominal para avaliação de anomalias do trato urinário. No caso de persistência de cloaca, a única condição de emergência é a presença de hidrometrocolpos que deve ser prontamente corrigida por meio de derivação. Outras malformações serão estudadas antes dos procedimentos cirúrgicos.

* Alunos do Quinto ano médico da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro

** Residente de primeiro ano do programa de Cirurgia Geral, do Hospital Geral do Grajaú

*** Médico assistente do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Geral do Grajaú, MSc, Fellow PhD FMUSP

****Médico chefe do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Geral do Grajaú, Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Pediátrica do Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro, PhD

P.04.09

ABDOME AGUDO EM CRIANÇA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFURADO

RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO:

DEFINE-SE DIVERTÍCULO DE MECKEL (DM) COMO OBLITERAÇÃO INCOMPLETA DO DUCTO ONFALOMESENTÉRICO OU VITELINO, QUE DEVERIAM REGREDIR POR COMPLETO POR VOLTA DA QUINTA SEMANA DE VIDA INTRAUTERINA. É A ANOMALIA MAIS COMUM ENCONTRADA NO INTESTINO DELGADO, EM TORNO DE 2% DA POPULAÇÃO.

ESTÁ LOCALIZADO NA BORDA ANTIMESENTÉRICA DO ÍLEO, 45 A 60 CM PROXIMAL À VÁLVULA ÍLEOCECAL. INCIDÊNCIA IGUAL PARA HOMENS E MULHERES.

OBJETIVO:

RELATAR UM CASO DE ABDOME AGUDO EM CRIANÇA POR PERFURAÇÃO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL.

RELATO DE CASO:

WDP, 8 ANOS , PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO , EM FEVEREIRO DESDE ANO, REFERINDO DOR ABDOMINAL HÁ 2 DIAS, PROGRESSIVA TIPO CÓLICA PRINCIPALMENTE EM FOSSA ILÍACA ESQUERDA ACOMPANHADO DE EPISÓDIOS DE VÔMITOS.

AO EXAME FÍSICO: APRESENTAVA-SE EM BOM ESTADO GERAL. ABDOME: PERISTALSE PRESENTE, FLÁCIDO, DOLOROSO Á PALPAÇÃO EM FOSSA ILÍACA ESQUERDA COM DESCOMPRESSÃO DOLOROSA.

EVACUAÇÃO E FLATUS AUSENTE HÁ 1 DIA.

DIURESE SEM ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS.

AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL.

DIANTE DESTES QUADRO CLÍNICO FORAM SOLICITADOS : EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM.

O PACIENTE ENTÃO FOI ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO ONDE FOI REALIZADO LAPAROTOMIA EXPLORADORA, POIS NÃO HAVIA DISPONIBILIDADE NAQUELA UNIDADE DE OUTROS EXAMES DE IMAGEM.

NO INVENTÁRIO DA CAVIDADE FOI ENCONTRADO HÁ APROXIMADAMENTE 50 CM DA VÁLVULA ÍLEO CECAL PRESENÇA DE DIVERTÍCULO APRESENTANDO PERFURAÇÃO. FOI REALIZADO ENTERECTOMIA DO SEGMENTO COM ANASTOMOSE TERMINO-TERMINAL E ENVIADO PEÇA PARA BIÓPSIA.

DISCUSSÃO

A MAIORIA DOS PACIENTES COM DIVERTÍCULO DE MECKEL SÃO ASSINTOMÁTICOS E APENAS 2-4% DOS PORTADORES APRESENTAM SINTOMAS. DESTES, MAIS DE 50% APRESENTAM IDADE INFERIOR A 10 ANOS.

AS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS SÃO VARIADAS.

CIRURGIA VASCULAR

P.05.01

ANEURISMA DE ARTÉRIA AXILAR – RELATO DE CASO.

Berutto Ahouagi, L.*; Osmar Kuhnen, J.; Laignier, V. H.; Lima Câmara, S.; Delgado Mortati, B.; Fernandes Júnior, N.; Bolanho, E.; Faria Bittencourt da Costa, R.

HOSPITAL HELIÓPOLIS SÃO PAULO - SP

Introdução: Aneurismas da artéria axilar são raros, mas podem colocar em risco o membro superior por comprometimento do sistema vascular e/ou neurológico. A maioria dos mesmos pode ser tratada por excisão cirúrgica e enxerto vascular. O tratamento cirúrgico visa evitar complicações, tais como, tromboembolismo e isquemia, que podem levar a gangrena e amputação do membro afetado. Por estes motivos a cirurgia não deve ser postergada assim que diagnosticado. **Objetivo:** Descrever caso de aneurisma de artéria axilar em paciente de 18 anos, sem causa aparente. **Material:** Paciente masculino, branco, 18 anos com queixa de claudicação de membro superior direito aos mínimos esforços (pentear o cabelo) há 06 meses e aparecimento de tumoração em região axilar direita, indolor, não relacionava traumas ou acidentes. Há 02 meses notou palidez e diminuição de temperatura na mão direita. Ao exame físico: massa palpável em fossa axilar direita, pulsátil, medindo aproximadamente 4.0cm de diâmetro, diminuição de temperatura em dedos da mão direita, ausência de pulsos braquial, radial e ulnar; índice braço-braço igual a 0,45; diminuição de força muscular em membro superior direito sem alteração da sensibilidade. Rx coluna cervical negativo para costela cervical. Doppler arterial aneurisma axilar parcialmente ocluído na transição axilar-braquial direita. Angiorressonância de tórax e membros superiores observou-se dilatação fusiforme, na topografia da artéria axilar direita de 50mm (extensão)x 35mm (diâmetro transverso) com cerca de 20mm de luz patente e parcialmente ocluída por trombos no seu interior, sem outros aneurismas visualizados, confirmado ao estudo arteriográfico. **Resultado:** Realizada exploração cirúrgica que evidenciou aneurisma em transição axilo-braquial, medindo aproximadamente 5.0 cm de diâmetro, aderido ao feixe vâsculo-nervoso (processo inflamatório). Enxerto axilo-braquial, em segmento isolado, com veia basílica ipsilateral e ligadura e esvaziamento do aneurisma axilar. Evoluiu no pós-operatório sem parestesia ou déficits motores, com melhora da força muscular e índice braço-braço igual a 0,6, pulsos radial e ulnar ausentes. O anátomo-patológico revelou aneurisma arterial verdadeiro. O paciente recebeu alta no quinto dia pós-cirurgia com cilostazol 100 mg/dia. **Conclusão:** A maioria dos relatos de aneurismas de artéria axilar é de pseudoaneurismas após trauma ou lesões iatrogênicas. Aneurismas verdadeiros são raros e a maioria destes associados à utilização de muletas. No caso relatado o paciente não apresentava nenhum fator que pudesse estar associado ao aparecimento do aneurisma verdadeiro, comprovado pelo anátomo-patológico.

P.05.02

ANEURISMA VERDADEIRO DE ARTÉRIA RADIAL NA REGIÃO DA TABAQUEIRA ANATÔMICA : RELATO DE CASO.

Berutto Ahouagi, L.*; Delgado Mortati, B.; Osmar Kuhnen, J.; Laignier, V. H.; Lima Câmara, S.; Dávila, R.; Ubaldo Matosinho Mathias, U.; Roberti, T.; Faria Bittencourt da Costa, R.

HOSPITAL HELIÓPOLIS SÃO PAULO – SP

Introdução: Os aneurismas arteriais periféricos verdadeiros são causados principalmente por aterosclerose, e o seu diagnóstico é estabelecido através da avaliação clínica, que possibilita detectar tumor pulsátil no trajeto arterial. A confirmação diagnóstica é geralmente feita através da avaliação com métodos de imagem, como o eco-Doppler, a angiorressonância e a arteriografia. De forma diferente dos aneurismas da aorta abdominal, os aneurismas arteriais periféricos raramente apresentam ruptura, sendo a trombose e a embolia suas principais complicações. **Objetivo:** Relatar caso de aneurisma verdadeiro de artéria radial em paciente de 73 anos. **Material e Métodos:** Paciente feminina, negra, lavadeira/lavadora, com quadro de tumor pulsátil de 1,5 x 0,5 cm em região de tabaqueira anatômica da mão direita há 10 anos, de crescimento lento e progressivo neste período, associado a dor local. Prova de Allen negativa. Ecocolor Doppler demonstrou aneurisma de artéria radial na tabaqueira anatômica de 1,3 x 1,0 x 0,7cm, sem trombos murais. Exploração cirúrgica consistiu na abordagem do aneurisma de aproximadamente 1,3 cm x 0,6 cm, optando-se por aneurismectomia e ligadura dupla proximal e distal da artéria com base na avaliação da circulação para a mão e pelas dificuldades técnicas encontradas. Enviado material para o exame anátomo-patológico que confirmou diagnóstico de aneurisma verdadeiro. **Resultado:** Boa evolução pós-operatória sem sinais de isquemia digital, em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Não há definição de quais aneurismas distais a artéria axilar possam ser acompanhados sem conduta cirúrgica. Como a morbidade associada ao procedimento cirúrgico, neste caso, era mínimo optou-se pela ressecção. Os exames pré-operatórios e o anátomo-patológico não evidenciaram a etiologia da doença, sendo a lesão considerada um aneurisma verdadeiro de artéria radial na região da tabaqueira anatômica, de natureza idiopática.

P.05.03

TRAUMA ARTERIAL BRAQUIAL DIREITO EM VÍTIMA DE ASSALTO. UTILIZAÇÃO DE VEIA ANTICUBITAL IPSILATERAL PARA REVASCULARIZAÇÃO – RELATO DE CASO.

Kuhnen, J.*; Costa, R.; Laignier, V.; Câmara, S.; Ahouagi, L.; Mortati, B.; Fernandes Jr., N.; Matsumura, P.; Mathias U.

Hospital Heliópolis – São Paulo – SP - Brasil

Introdução: Em contraste à doença arterial oclusiva, os dados dos resultados em longo prazo após enxerto de veia no trauma do membro com ferimento são escassos. Os ferimentos vasculares da extremidade superior representam aproximadamente 30 a 50% de todos os ferimentos vasculares periféricos. A maioria dos ferimentos é da arterial braquial, e 90% dos ferimentos são devido a trauma penetrante. O retorno da função é relacionado frequentemente a ferimentos concomitantes aos nervos periféricos. Entretanto, a restauração oportuna do fluxo sanguíneo é essencial para otimizar o resultado.

Objetivo: Descrever relato de caso de uma paciente com trauma de membro superior apresentando secção completa da artéria braquial, sendo realizado revascularização com veia anticubital ipsilateral.

Materiais e Métodos: L.C.A., sexo feminino, 41 anos, casada, branca, encaminhada para o serviço de emergência do Hospital Heliópolis, apresentando lesão corto-contusa profunda em região anticubital direita por objeto cortante durante assalto. Deu entrada no pronto-socorro com sangramento ativo pela ferida e com 5 horas de evolução após o trauma. Ao exame, presença de pulso braquial proximal e ausência de pulsos radial e ulnar. A lesão apresenta secção completa da artéria braquial em seu 1/3 distal e secção completa da veia cubital mediana. Paciente submetida à exploração arterial, sendo isolados os cotos proximal e distal da artéria braquial. Apresentava secção completa da veia cubital mediana. Optou-se por utilização do segmento seccionado da veia cubital mediana para realização de enxerto bráquio-braquial com veia reversa término-terminal.

Resultado: Evolui com pulsos radial e ulnar simétricos e amplos, sem edema de membro superior e ausência de déficits neurológicos. Alta hospitalar no 3º pós-operatório.

Conclusão: O tratamento cirúrgico do trauma arterial de membros superiores deve ser realizado com urgência para aperfeiçoar a recuperação do fluxo sanguíneo. Os enxertos venosos como revascularização de membros superiores com trauma vascular fornecem resultados duráveis em longo prazo e devem ser tentados como medida terapêutica. E em casos selecionados, pode-se utilizar segmento de veia ipsilateral sem comprometimento da drenagem venosa.

P.05.04

CATETERIZAÇÃO DE VEIA LOMBAR ASCENDENTE PARA OBTENÇÃO DE ACESSO PARA HEMODIÁLISE.

Kafejian O; Galego SJ; Polimanti AC; Furst RVC; Bezerra A; Giusti MF*; Cordenonssi JT; Sesar I; Valerim PRS; Araújo E; Brunetti K; Silvino JRC

Faculdade de Medicina do ABC – Santo André/SP

Introdução: A obtenção de novos acessos para diálise é um desafio em pacientes renais crônicos com doenças oclusivas da cava superior. **Objetivos:** Apresentar uma alternativa de acesso para diálise em pacientes com escassez de acesso venoso. **Materiais e Métodos:** Os autores relatam o caso de um paciente masculino, renal crônico dialítico de longa data, portador de hipertensão venosa de membros superiores por oclusão da cava superior, com necessidade de obtenção de um acesso para hemodiálise. Realizou-se a passagem de um cateter de Permcath posicionado na veia lombar ascendente, com auxílio de fluoroscopia. **Resultados:** Cateter vem mantendo fluxo adequado na hemodiálise, há 3 meses, sem intercorrências. **Conclusão:** A cateterização da veia lombar ascendente como acesso para hemodiálise é factível.

P.05.05

OCCLUSÃO ARTERIAL AGUDA DE MEMBROS INFERIORES EM RECÉM-NASCIDO PÓS CATETERIZAÇÃO INADVERTIDA DE ARTÉRIA UMBILICAL.

Kafejian O; Galego SJ; Rabahie G; Polimanti AC; Furst RVC; Giusti MF; Cordenonssi JT*; Sesar I; Valerim PRS; Araújo E; Brunetti K; Silvino JRC

Faculdade de Medicina do ABC – Santo André/SP

Introdução: A oclusão arterial aguda (OAA) no período perinatal é rara, podendo ser relacionada a punções inadvertidas ou a malformações congênitas. **Objetivos:** O objetivo do nosso estudo é relatar um caso de OAA no período perinatal e discutir suas possíveis etiologias. **Materiais e Métodos:** RN de RJAA, 1 dia de vida, nascido com Apgar baixo, apresentando parada cardio - respiratória, sendo reanimado com uso de drogas vasoativas em cateter em artéria umbilical e infusão de adrenalina. Evoluiu posteriormente com isquemia crítica de membro inferior direito e cianose não fixa de artelhos à esquerda. Realizado angiorressonância sem visualização de leito distal. Foi optado por compensação da lesão de artelhos à esquerda, delimitação da lesão em perna direita e amputação infrapatelar. **Resultados:** Paciente evolui 1 ano após o procedimento com uso de prótese, sem intercorrências. **Conclusões:** A OAA no período perinatal é pouco descrita, apresentando como possível etiologia a cateterização inadvertida de artéria umbilical com infusão de droga vasoativa, a qual refluíu para leito distal, resultando em oclusão do mesmo.

P.05.06

PADRÃO ARTERIOGRÁFICO DE TERRITÓRIO INFRA-INGUINAL DE VASCULOPATAS DIABÉTICOS COM ISQUEMIA CRÍTICA: ANÁLISE DE 6 ANOS.

Delgado Mortati, B.*; Berutto Ahouagi, L.; Osmar Kuhnen, J.; Laignier, V. H.; Lima Câmara, S.; Barbosa Santos, A. C.; Matsumura, P.; Ubaldo Matosinho Mathias, U.; Faria Bittencourt da Costa, R.

HOSPITAL HELIOPOLIS SAOPAULO-SP.

Introdução: Pacientes diabéticos tem quatro vezes mais possibilidade de desenvolver doença arterial periférica que a população geral. Esta doença é mais agressiva nos diabéticos, com os pacientes desenvolvendo cinco vezes mais isquemia crítica dos membros. **Objetivo:** Avaliar o padrão arteriográfico infra-inguinal de pacientes vasculopatas diabéticos com isquemia crítica admitidos no serviço de cirurgia vascular no período de janeiro de 2001 a janeiro 2007. **Método:** Estudo retrospectivo de angiografias digitais subtração do território infra-inguinal pela técnica de Seldinger, sendo obtidas imagens do segmento aortoíliaco às artérias do pé. Foram excluídas do estudo as vítimas de trauma, oclusões arteriais agudas, portadores de aneurismas, tromboangeíte obliterante ou de doença arterial proximal, pacientes avaliados pelo método convencional, além daqueles com arteriografia extraviadas. O local e extensão das obstruções foram determinados por um único cirurgião vascular que desconhecia a história do paciente e fatores de risco. A artéria era considerada: normal - perviedade de todo o trajeto, sem estenoses ou oclusões segmentares; ausente – não contrastação de toda artéria ou parte de seu trajeto; estenose única – estenose isolada comprometendo mais que 30% da luz arterial e estenose múltipla – pelo menos duas estenoses comprometendo mais que 30% da luz arterial. **Resultados:** Analisadas 151 arteriografias, sendo 43,05% de pacientes tabagistas. Os segmentos arteriais mais acometidos foram arterial tibial anterior (86,75%), fibular e tibial posterior (84,11%), arco plantar e dorsal (82,12% e 77,48%, respectivamente). Na artéria femoral profunda, as oclusões totalizaram 17,22%, não sendo vistas ao nível da femoral comum que apresentava, em sua maioria, estenoses isoladas (15,89%). Houve maior predomínio de lesões múltiplas na artéria fibular (19,21%) em relação as demais artérias da perna, assim como ao nível da femoral superficial (45,03%) e poplítea supra-patelar (34,44%). Em 46,36% dos pacientes apenas uma das três artérias de perna (tibial anterior, tibial posterior e fibular), encontrava-se pérvia, enquanto em 31,79% nenhuma delas foi contrastada. **Conclusão:** Angiografia permite a localização exata da doença arterial oclusiva em pacientes diabéticos, nos quais procedimentos vasculares não invasivos podem ter resultados normais. Nosso estudo condiz com resultados da literatura, com maior comprometimento de artérias de perna e pé nos diabéticos.

P.05.07

PSEUDO-ANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA SECUNDÁRIO A OSTEOCONDROMA FEMORAL – RELATO DE CASO.

Delgado Mortati, B.*; Berutto Ahouagi, L.; Osmar Kuhnen, J.; Laignier, V. H.; Lima Câmara, S.; Delgado Mortati, B.; Matsumura, P.; Ubaldo Matosinho Mathias, U.; Faria Bittencourt da Costa, R.

HOSPITAL HELIÓPOLIS SÃO PAULO – SP

Introdução: Osteocondroma é o tumor ósseo benigno mais freqüente. A localização principal é a região do joelho, metáfise distal do fêmur e proximal da tibia. As lesões arteriais representam 91% das complicações, sendo os falsos aneurismas a lesão mais freqüente (63,9%) Pseudo-aneurismas ocorrem comumente na a. poplítea da articulação do joelho, originada de tumor ósseo pedunculado localizado no canal adutor ou osteocondroma séssil na fossa poplítea, onde a artéria se encontra próxima ao osso. **Objetivo:** Descrever um caso de pseudo-aneurisma de artéria poplítea secundária a osteocondroma de fêmur. **Material:** Paciente masculino, 30 anos, antecedente de três cirurgias em fêmur esquerdo por tumor (sic), encaminhado com claudicação limitante do membro inferior esquerdo para 100m, com piora progressiva há 02 anos, tumor pulsátil e indolor na região do joelho esquerdo de crescimento lento e progressivo. Radiografia de fêmur esquerdo - imagem sugestiva de osteocondroma de metáfise medial de fêmur. Tomografia de membro inferior esquerdo – imagem sugestiva de aneurisma ou pseudo-aneurisma de artéria poplítea em íntimo contato com tumor ósseo da metáfise do fêmur. Arteriografia - ectasia de artéria poplítea sugestiva de aneurisma ou pseudo-aneurisma deste segmento, sem oclusão de artérias de perna. **Resultados:** Exploração cirúrgica com incisão ântero-medial, ao nível do canal dos adutores, que evidenciou espícula óssea exuberante em metáfise medial do fêmur e tumor pulsátil de aproximadamente 10cm de comprimento e 4cm de diâmetro com dois orifícios fistulosos de aproximadamente 2 mm cada;. Realizada ressecção da exostose, a seguir abertura do pseudo-aneurisma e rafia dos dois orifícios fistulosos com prolene 5-0. Evolução pós-operatória ausência de claudicação limitante e/ou tumor, presença de pulsos tibiais, recebendo alta hospitalar assintomático. **Conclusão:** O tratamento do pseudo-aneurisma associado ao osteocondroma deve ser realizado o mais precoce possível para evitar complicações futuras. O objetivo cirúrgico é a correção do pseudo-aneurisma associado à ressecção das espículas ósseas.

COLOPROCTOLOGIA

P.06.01

RECIDIVA PÉLVICA TARDIA DE ADENOCARCINOMA DE RETO APÓS RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA

MACHADO SPG; ALMEIDA MG; BARAVIERA AC; DANTAS CCB*; FALLEIROS V; GONTSCHAROW S; MANZIONE CR MARIANELLI R; SANCHES BCF; VILARIÑO TC

Serviço de Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM-SP

Objetivos: Descrever um caso de recidiva pélvica tardia de adenocarcinoma de reto alto após ressecção endoscópica

Métodos: Paciente E.V.M. 72 a, do sexo feminino, submetida a ressecção endoscópica de pólipó há 13 cm da borda anal em setembro de 1998, que o estudo anatomopatológico diagnosticou como adenocarcinoma tubular, bem diferenciado, restrito a mucosa. A paciente foi acompanhada com colonoscopia e tomografia computadorizada de abdome e pelve anuais, além dos exames habituais por 5 anos, sem evidencia de doença residual. A partir de então apenas uma colonoscopia anual era realizada juntamente com a dosagem do CEA. No exame endoscópico de 2007 foi notada uma dificuldade na progressão do exame, porém o mesmo foi concluído até o ceco. Solicitado um enema opaco, o qual mostrou uma imagem sugestiva de processo expansivo, acometendo o espaço pré-sacral, no nível do reto alto e transição reto-sigmoideana. Uma nova colonoscopia foi realizada e a biópsia de uma pequena área de friabilidade naquela topografia mostrou infiltração por adenocarcinoma tubular, bem diferenciado.

Resultados: A paciente foi submetida a laparotomia exploradora e o tumor não foi passível de ressecção. Encaminhada a radio e quimioterapia, submetida a nova tentativa de tratamento cirúrgico após 10 semanas da adjuvância. Realizada retossigmoidectomia a Hartmann a auditoria do espécimen cirúrgico evidenciou ressecção R1. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem recidiva macroscópica.

Conclusões: Sabe-se que tumores T1, menores que 3,0 cm bem diferenciados, restritos à mucosa, a ressecção local é bem indicada, porém pode haver micrometástases linfonodais em até 10% dos casos e a taxa de recorrência global pode variar de 12 a 19% em 10 anos. A cirurgia de resgate é possível na metade dos casos e a sobrevivência destes doentes é menor do que se houvessem recebido o tratamento cirúrgico convencional.

P.06.02

TUMOR CARCINÓIDE OBSTRUTIVO SINCRÔNICO A ADENOCARCINOMA DE CÓLON – RELATO DE CASO

REIS NETO JA; REIS JUNIOR JA; KAGOHARA OH; NETO JS; BANCI SO; OLIVEIRA LH.

CLINICA REIS NETO – CAMPINAS – SP

INTRODUÇÃO: Pacientes com tumor carcinóide gastrointestinal apresentam risco aumentado de neoplasias sincrônicas e metacrônicas principalmente de trato digestivo, com 5% a 22% de associação com adenocarcinoma. Geralmente são assintomáticos e achados incidentais de laparotomias indicadas para tratamento do tumor sincrônico sintomático.

OBJETIVO: Relatar um caso incomum de tumor carcinóide maligno obstrutivo de cólon descendente, em adulto jovem, com adenocarcinoma sub-oclusivo sincrônico de reto superior, discutindo a importância do diagnóstico e tratamento adequado.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 40 anos. iniciou com quadro súbito de dor abdominal difusa após ingestão copiosa de derivados do leite, porém sem distensão ou alteração do hábito intestinal e com exame físico normal. Instituiu-se tratamento clínico domiciliar, no entanto, o paciente evoluiu com piora da dor, leve distensão, diminuição dos RHA, renitência à palpação abdominal e redução da eliminação de flatos e fezes, sem sangramentos. Iniciada investigação diagnóstica em regime hospitalar, com exames laboratoriais dentro da normalidade e RX (rotina para abdômen agudo) revelando distensão difusa de delgado.

Solicitado exame tomográfico que demonstrou distensão difusa de alças de delgado e cólon com sinais de sub-oclusão distal e processo inflamatório reacional peri-cecal e, à sigmoidoscopia flexível, presença de lesão vegetante em reto a 12 cm da margem anal ocupando cerca de 2/3 da luz, sem progressão do aparelho e cuja biópsia revelou adenocarcinoma..

Submetido a procedimento cirúrgico, identificando-se duas tumorações, uma em reto superior e outra, estenosante, em cólon descendente, sem lesões em outros sítios. Procedeu-se à hemicolectomia esquerda, seguindo critérios oncológicos, com anastomose cólon retal mecânica.

Anatomopatológico revelou adenocarcinoma tubular de reto superior, grau II, e tumor carcinóide maligno de cólon descendente, ambos infiltrando até camada muscular externa. Dezoito linfonodos examinados e um comprometido pelo adenocarcinoma.

Paciente apresentou boa recuperação, encaminhado para quimioterapia adjuvante devido comprometimento linfonodal pelo adenocarcinoma, mantendo acompanhamento regular desde então.

CONCLUSÃO: Apesar dos poucos relatos a respeito da melhor conduta terapêutica para os carcinóides sincrônicos a adenocarcinomas, a ressecção cirúrgica com critérios oncológicos tem provado ser o tratamento adequado, afetando pouco o prognóstico dos doentes, cuja terapia complementar deve basear-se no estadiamento do adenocarcinoma.

1. Gerstle JT, Kauffman GL Jr, Koltun WA: The incidence, management, and outcome of patients with gastrointestinal carcinoids and second primary malignancies. J Am Coll Surg 180 (4): 427-32, 1995.
2. Habal, N et al. Gastrointestinalcarcinoid tumors and second primary malignancies. J Surg Onc 2000; 75:301-6.

P.06.03

ANÁLISE CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DA DIVERTICULOSE EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO ALTO TIETÊ

Rodrigues, B.* ; Masiukewycz, A. ; Rstom, R. ; Martucci, T. ; Piacente, J.; Nassri, A. ; Bassani, R

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO – MOGI DAS CRUZES/SP.

INTRODUÇÃO: A diverticulose, caracterizada por herniações da mucosa através de pontos fracos da camada muscular, constitui uma das afecções benignas mais frequentes da atualidade. A colonoscopia é o exame padrão-ouro para a detecção da mesma, além de possibilitar a investigação de lesões associadas, como pólipos e neoplasias colorretais.

OBJETIVO: Estudar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos à colonoscopia correlacionando com os achados endoscópicos de diverticulose.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva de 1893 laudos de exames colonoscópicos, realizados de janeiro de 2005 a abril de 2008, observando-se as variáveis: sexo, idade, indicação e patologias associadas aos divertículos.

RESULTADOS: A diverticulose esteve presente em 298 dos laudos analisados. O sexo feminino predominou em 51% e a média de idade foi de 64,73 anos, variando de 24 a 93. As principais indicações referidas foram sangramento intestinal baixo (29,2%), dor abdominal (12,4%) e obstipação intestinal (10,5%). Quarenta e seis e meio por cento dos laudos não evidenciaram lesões associadas, 36,2% apresentaram pólipos colorretais concomitantemente, sendo o reto a sua localização preferencial.

CONCLUSÕES: Neste estudo a prevalência da diverticulose foi de 15,7%, maior na 7ª década de vida e, portanto, mais frequente com o avanço da idade. Não houve predominância significativa em relação ao sexo. Os principais sintomas relatados foram sangramento intestinal baixo, dor abdominal e obstipação. À colonoscopia, cerca de 50% dos pacientes com diagnóstico de diverticulose não revelaram lesões associadas, porém, um terço apresentou pólipos simultaneamente.

P.06.04

TUBERCULOSE INTESTINAL COM MANIFESTAÇÃO DE FÍSTULA COLO-CUTÂNEA

Ciquini, S.A.*; Vidilli-Pereira, E.A.; Alves, A.C.N.; Frederico, F.E.P.; Watanuki, E.T.; Ortega, F.P.; Reis Neto, J.A.; Quilici, F.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA - FACULDADE MEDICINA-PUC-CAMPINAS-SÃO PAULO-BRASIL

INTRODUÇÃO: A tuberculose envolvendo o trato intestinal pode ser provocada por *Mycobacterium tuberculosis* ou *Mycobacterium bovis*. Na primeira situação, a doença é primária nos pulmões e carreada ao trato intestinal por deglutição da secreção. O segundo produz a infecção em associação à ingestão de leite não pasteurizado. Quando a doença afeta o trato intestinal, atinge com mais frequência a região íleo-cecal, sendo notado o envolvimento intestinal segmentar ocasionalmente. As manifestações clínicas mais comuns são dor abdominal, anorexia, perda ponderal e febre. Em raras situações a doença pode se manifestar como quadro de abdome agudo. O diagnóstico requer um alto grau de suspeição, sendo raramente encontrado bacilos ácido-resistentes nas fezes. Histologicamente a evidência de granulomas comprovados por biópsia em lesões tuberculosas é de 100%, apesar de poderem não ser encontrados bacilos ácido-resistentes com grande frequência. O tratamento é realizado com o uso dos agentes anti-tuberculosos convencionais, apresentando resolução adequada em mais das metade dos casos, sendo a terapêutica cirúrgica conduta de exceção.

OBJETIVO: Analisar a importância da definição etiológica da tuberculose em fístula intestinal.

MÉTODO: Os autores relatam o quadro da paciente C.A.V., 22 anos, feminino, branca, submetida a laparotomia exploradora há dois anos devido a quadro clínico de abdome agudo inflamatório com tumoração palpável em fossa ilíaca esquerda. O exame histopatológico pós cirúrgico demonstrou salpingite crônica granulomatosa necrotizante de etiologia não definida. Evoluiu com quadro de eliminação de moderada quantidade de secreção fecalóide através da cicatriz cirúrgica na parede abdominal, confirmando-se o diagnóstico de fístula colo-cutânea através de exames complementares por imagem contrastada. Após a realização de exames clínicos e radiológicos pulmonares foi verificada presença de derrame pleural e lesões pulmonares apicais sugestivas de tuberculose. Apesar da não confirmação laboratorial do diagnóstico, foi introduzido esquema triplice de tratamento farmacológico para a enfermidade suposta. Apresentou boa evolução com parada da eliminação da secreção pelo orifício fistuloso cutâneo após 30 dias do início do tratamento. Atualmente encontra-se com 6 meses de acompanhamento sem indícios da enfermidade.

RESULTADO E DISCUSSÃO: A tuberculose intestinal com apresentação clínica fistulosa é uma manifestação rara da doença tendo sua maior ocorrência em pacientes portadores da Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. Na paciente em questão, a história clínica, o exame físico e os exames complementares básicos, de fácil execução, contribuíram para suspeição e definição diagnóstica, bem como para a introdução da terapêutica específica curativa.

CONCLUSÃO: Os autores concluem a importância e a simplicidade diagnóstica desta enfermidade pouco comum, objetivando o controle das manifestações locais e sistêmicas em curto prazo com terapêutica específica.

P.06.05

ANÁLISE EVOLUTIVA DA INCIDÊNCIA DO CÂNCER COLORRETAL

Ciquini, S.A.*; Vidilli-Pereira, E.A.; ALVES, A.C.N.; Frederico, F.A.P.; Frederico, F.E.P.; Paccola, A.M.F.; Teixeira, C.V.; Santos, L.H.J.; Berreta, T.F.; Reis Neto, J.A.; Quilici, F.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA-FACULDADE MEDICINA-PUC-CAMPINAS-S.PAULO-BRASIL.

INTRODUÇÃO: Observa-se no mundo todo, grande variabilidade geográfica nas taxas de incidência por câncer colorretal. Este é, no Ocidente, um dos principais tumores viscerais, com tendência em ascensão. Várias são as explicações de seus mecanismos etiopatogênicos. Análise do perfil genético têm demonstrado genes responsáveis por este tipo de lesão, bem como genes bloqueadores dos causadores. Por representar segmento com comunicação com o meio externo, a enfermidade enseja sintomas que facilitam o diagnóstico precoce. Procedimentos simples como o exame proctológico completo facilitam e antecipam o diagnóstico de maneira confiável numa parcela considerável dos casos.

OBJETIVO: Analisar de forma evolutiva a incidência do câncer colorretal.

MÉTODO: Os autores analisam a casuística de 503 doentes portadores de câncer colorretal diagnosticados pela Disciplina de Coloproctologia da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas no período de 1990 a 2006. Foram avaliados quanto à faixa etária, sexo, localização e métodos diagnósticos empregados. Os mesmos foram divididos em grupos anuais e seus resultados tabulados.

RESULTADO: A análise dos resultados demonstrou incidência significativa acima dos 40 anos (438 / 87,28%), semelhança na distribuição dos sexos (M:48,71% / H:51,29%) e acometimento do segmento reto-sigmoidiano significativo (75,15%). O diagnóstico foi realizado de forma simples através do exame proctológico completo na maioria dos casos (71,77%). A incidência de lesões sincrônicas foi baixa (1,08%). Não houve diferenças significativas quanto à incidência anual dos dados tabulados.

DISCUSSÃO: A incidência e a mortalidade por câncer colorretal têm apresentado, no mundo, tendência à elevação, em especial em países desenvolvidos e áreas urbanas de países menos desenvolvidos. No Brasil, de 1979 a 1980, a taxa de mortalidade aumentou em 28% entre homens e 22% entre mulheres. Esse tipo de neoplasia apresenta taxas de incidência, de um modo geral, semelhantes para os sexos masculino e feminino. O prognóstico desta doença vem melhorando, possivelmente pela evolução das técnicas cirúrgicas e terapias adjuvantes, além da mudança dos hábitos alimentares. A sobrevida em 5 anos passou, do período de 1974 a 1979 ao período de 1989 a 1995, de 47,1% - 51,8% para 51,68% - 62,4%. No Brasil estima-se a ocorrência de aproximadamente 16.165 casos ao ano, com taxas brutas respectivamente de 9,31 por 100.000 habitantes homens e 9,65 por 100.000 habitantes mulheres. Quanto à mortalidade, são projetados 3.355 óbitos (3,97 por 100.000 habitantes) entre homens e 3.875 (4,44 por 100.000 habitantes) entre mulheres, perfazendo um total de 7.230 por ano. A medicina moderna vem incorporando amplo arsenal propedêutico que vão desde o simples exame proctológico convencional até a colonoscopia, além de exames laboratoriais e de imagem com alta complexidade. Estes não devem representar a abordagem inicial dos portadores de sintomas das doenças intestinais, mas sim através da boa anamnese coloproctológica buscando a melhor relação de eficácia de cada método, aliada as seus padrões de efetividade e eficiência.

CONCLUSÃO: Os autores concluem que o tratamento do câncer colorretal persiste como desafio da Coloproctologia moderna, e que a variabilidade da evolução é influenciada diretamente pela precocidade do diagnóstico. Deve-se ter em mente que o exame clínico bem feito e um adequado raciocínio fisiopatogênico, acessíveis também ao não especialista, permanecem com condutas ideais e não excludentes, pelos padrões de efetividade, eficácia e eficiência demonstrados.

P.06.06

SÍNDROME DE CURRARINO – RELATO DE CASO

REIS NETO JA; REIS JUNIOR JA; KAGOHARA OH; NETO JS; BANCI SO; OLIVEIRA LH.

CLÍNICA REIS NETO – CAMPINAS – SP

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Currarino foi reconhecida inicialmente em 1981 por Currarino et. al. e consiste em uma combinação de tumoração pré-sacral, anomalias congênitas do osso sacro e malformações anorretais. O quadro clínico frequentemente encontrado é a constipação. Em metade dos casos, a síndrome é familiar, autossômica dominante, sendo que, em membros de uma mesma família, uma ou duas das características podem não estar presentes, indicando uma forma incompleta do complexo. Na maioria dos casos o diagnóstico é feito na primeira década de vida, mas formas incompletas são principalmente diagnosticadas em adultos.

OBJETIVO: Relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de Síndrome de Currarino, encaminhada ao serviço para drenagem de abscesso recorrente em região sacral.

CASO CLÍNICO: Paciente feminina, aos 13 anos foi diagnosticada com Síndrome de Currarino após suspeita clínica de tumor retal devido presença de abscesso recorrente em região sacral e quadro de constipação intestinal crônica, que levou a realização de exames subsidiários de imagem que demonstraram tumoração pré-sacral com características císticas em região retro-retal que comprimia o lúmen intestinal. A paciente foi submetida a intervenção cirúrgica excisionando-se cisto dermóide que recidivou após dois meses sendo novamente ressecado. Posteriormente, nova intervenção cirúrgica foi necessária após drenagem de secreção em região sacral, tendo a curetagem revelado tecido de granulação e obliterando-se em seguida o trajeto fistuloso com cola de fibrina. Até três meses de pós-operatório a paciente se apresentava sem sinais de recidiva. Houve perda de seguimento durante cinco anos, tendo a paciente retornado após este período com recidiva da tumoração retro-retal e drenagem de secreção purulenta em amplo trajeto em região sacral. Optou-se por intervenção cirúrgica com acesso posterior, ressecando-se o cóccix e as três últimas vértebras sacrais, obtendo-se assim, acesso à tumoração que foi ressecada rente à parede retal, com preservação da musculatura do assoalho pélvico. O anatomopatológico evidenciou cisto dermóide, sem sinais de malignização. A paciente apresenta boa evolução sem sinais de recidiva após quatro meses de pós-operatório.

CONCLUSÃO: Apesar de se tratar de doença benigna, o baixo, mas existente potencial de malignização do tumor, a sintomatologia causada pela presença da tumoração quando esta comprime o lúmen intestinal, além da possibilidade de complicações como meningite por infecção do componente cístico ou formação de fístula entre o cólon e o canal espinhal, refletem a necessidade do tratamento cirúrgico. É de extrema importância o seguimento pós-cirúrgico do paciente, dada a possibilidade de recorrência do tumor.

P.06.07

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS DO PET-CT NA DOENÇA METASTÁTICA NO CÂNCER COLORRETAL

CIQUINI, S.A.*; VIDILLI-PEREIRA, E.A.; ALVES, A.C.N.; FREDERICO, F.E.P.; MOREIRA, A.C.P.; PRIOLI, L.F.; REIS NETO, J.A.; QUILICI, F.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA-FACULDADE MEDICINA- PUC-CAMPINAS-SÃO PAULO- BRASIL

INTRODUÇÃO: O câncer colorretal representa causa comum entre todas as neoplasias, além de ser das mais freqüentes causas de morte por câncer em todo mundo. Os principais objetivos do tratamento desta enfermidade são a cura, o controle da recidiva local e a manutenção da qualidade de vida. Nesta busca, considerando ainda a pouca aplicabilidade terapêutica dos seus recentes conhecimentos biológicos, os aspectos técnicos e terapêuticos interdisciplinares representam importância real. Apesar dos avanços relacionados à técnica cirúrgica, bem como das terapias neoadjuvantes e adjuvantes, a sua mortalidade global continua expressiva. Isto se deve, sobretudo, ao fato de praticamente metade dos pacientes já apresentarem metástases, ainda que não evidentes, por ocasião do tratamento cirúrgico. Torna-se, portanto, essencial o adequado estadiamento pré-operatório com vista à otimização do manejo desses tumores, referente ao planejamento terapêutico e, avaliação prognóstica e do risco de recidiva tumoral. O seguimento pós-operatório objetiva a detecção precoce da recidiva o que permite a instituição de novo tratamento visando melhorar o prognóstico e a qualidade de vida do doente. O câncer colorretal emite metástases mais comumente para linfonodos, fígado e pulmões, tornando obrigatório à avaliação dos mesmos no pré, intra e pós-operatório.

OBJETIVO: Analisar os aspectos diagnósticos com a utilização da tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) na doença metastática no câncer colorretal.

MÉTODO: Os autores relatam o quadro clínico da paciente M.M.S., 54 anos, feminino, branca, portadora de adenocarcinoma moderadamente diferenciado da transição retossigmoideana, subestenosante tipo Borrmann IV e com estadiamento pré-operatório sem sinal de doença metastática. Foi submetida a retocolectomia esquerda com linfadenectomia radical, transversoreto anastomose mecânica primária. O exame histopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado do retossigmoide infiltrativo em toda parede do órgão sem perfuração e com metástases linfonodais com invasão extranodal (T3N2M0; Dukes C). Realizado quimioterapia pós-operatória com esquema clássico. Após 9 meses de evolução, apresentou elevação do antígeno carcinoembrionário (CEA) sem alterações dos exames de imagem convencionais. Seguidos mais 8 meses desenvolveu aumento progressivo do CEA sem correlação imagenológica. Realizado PET-CT que evidenciou lesão hepática (segmento II) e linfonodais interaorto-cavais metastáticas. Após ressecção cirúrgica as mesmas foram confirmadas por exames histopatológicos pós-operatórios, além de duas outras lesões hepáticas não demonstradas pelos métodos utilizados (segmento III e V).

RESULTADO E DISCUSSÃO: O carcinoma colorretal metastático é comum e geralmente pode estar associado em vários sítios. Estes diagnósticos tem sido possíveis graças ao aumento da sobrevida promovida pelas terapêuticas atuais. A presença ou a persistência de sintomas levam a suspeição diagnóstica, mas a ausência destes não a excluem. A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) pode ser utilizada para o rastreamento de metástases, tendo a vantagem da imagem anatômica e metabólica. O tratamento é multidisciplinar e deve ser adequado ao contexto geral do paciente, levando-se em consideração fatores relevantes como performance status, sobrevida e os reais benefícios desejados. No caso em questão o exame não definiu completamente o diagnóstico, mas contribuiu decisivamente no planejamento terapêutico.

CONCLUSÃO: Os autores concluem a importância do diagnóstico preciso para a remoção de lesões metastáticas, visto as inestimáveis contribuições para a melhoria da qualidade de vida mesmo daqueles pacientes considerados fora da possibilidade de cura, tendo em vista a boa palição dos sinais e sintomas.

P.06.08

ASPECTOS PRÁTICOS DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER COLORRETAL

Ciquini, S.A.*; Vidilli-Pereira, E.A.; ALVES, A.C.N.; Frederico, F.A.P.; Paccola, A.M.F.; Teixeira, C.V.; Santos, L.H.J.; Berreta, T.F.; Reis Neto, J.A.; Quilici, F.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA - FACULDADE MEDICINA-PUC-CAMPINAS - SÃO PAULO-BRASIL

INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é a quarta neoplasia mais comum na população geral. Cerca de 97% dos tumores colorretais são adenocarcinomas, e correspondem à segunda causa de morte por câncer na América do Norte. Uma vez diagnosticado o câncer colorretal, é fundamental estabelecer o estágio no qual se encontra a doença. Tanto nos casos de tumores colônicos, geralmente diagnosticados por colonoscopia e biópsia, quanto nos do reto diagnosticados pelo exame proctológico completo, deve-se iniciar imediatamente a investigação de metástases à distância, através de exames complementares. Torna-se portanto, essencial o adequado diagnóstico com vista a otimização do manejo desses tumores, referente ao planejamento terapêutico e, avaliação prognóstica e do risco de recidiva tumoral.

OBJETIVO: Analisar os aspectos práticos do diagnóstico do câncer colorretal.

MÉTODO: Os autores analisam a casuística de 503 doentes portadores de câncer colorretal diagnosticados pela Disciplina de Coloproctologia da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas no período de 1990 à 2006. Foram avaliados quanto a faixa etária, sexo, localização e métodos diagnósticos empregados.

RESULTADO: A análise dos resultados demonstrou incidência significativa abaixo dos 40 anos (64 / 12,72%), semelhança na distribuição dos sexos (M: 48,71% / H: 51,29%) e acometimento do segmento retal significativo (59,05%). O diagnóstico foi realizado de forma simples através do exame proctológico completo na maioria dos casos (71,77%). A incidência de lesões sincrônicas foi baixa (1,08%).

DISCUSSÃO: O diagnóstico preciso e precoce do câncer colorretal é fator primordial para o bom prognóstico. A presença de sinais de disseminação, requerem terapêutica específica para melhoria da qualidade de vida. Apesar dos avanços relacionados à técnica cirúrgica, bem como das terapias neoadjuvantes e adjuvantes, a sua mortalidade global continua expressiva . Isto se deve, sobretudo, ao fato de praticamente metade dos pacientes já apresentarem metástases, ainda que não evidentes, por ocasião do diagnóstico. Este torna-se, portanto, essencial quanto a precocidade. Três exames podem ser usados no rastreamento do câncer colorretal: pesquisa do sangue oculto nas fezes, retossigmoidoscopia e colonoscopia. Apesar da baixa sensibilidade do exame, a pesquisa do sangue oculto nas fezes é o único exame de rastreamento para o qual existem evidências suficientes de que diminui o risco de morte por câncer colorretal. A retossigmoidoscopia é, provalvemente, mais eficaz como exame de rastreamento de câncer colorretal do que a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Apenas 30% dos cânceres do cólon e do reto estão a uma distância maior do que os 20 cm distais do intestino, e aproximadamente metade se encontra distal ao sigmóide. Assim, eficácia da retossigmoidoscopia depende do tipo e extensão do equipamento. Quanto ao rastreamento através da colonoscopia, uma vez que cerca de 95% dos cânceres colorretais são alcançáveis pelo colonoscópio, a colonoscopia é identificada como possível exame para rastreamento desde tipo de neoplasia, embora não dispense o exame proctológico completo para avaliação retal baixa .

CONCLUSÃO: Os autores concluem a importância do diagnóstico e ressaltam o seu fácil reconhecimento, mesmo pelo não especialista. Isto, possibilita a orientação terapêutica à ser adotada favorecendo a cura e a qualidade de vida dos doentes.

P.06.09

SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL POR VOLVO DE SIGMÓIDE EM PACIENTE COM MEGACÓLON CRÔNICO: RELATO DE CASO

Matos, L.L.*; Ignacio, M.P.; Faro Jr, M.P.

DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL E DE URGÊNCIA – FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

INTRODUÇÃO: Síndrome compartimental envolve uma série de alterações teciduais devido ao aumento na pressão em um determinado espaço anatômico (compartimento). No corpo humano existem vários compartimentos como o globo ocular, os espaços sub e epidurais, o abdome, a pleura, o pericárdio, entre outros. A síndrome compartimental abdominal é definida como um aumento persistente na pressão abdominal superior a 20 mmHg e evidência de falência de órgãos. O reconhecimento da síndrome é demonstrado através da mensuração da pressão intra-abdominal pela cateterização vesical, sendo este considerado o exame “padrão-ouro” de diagnóstico. Falência de múltiplos órgãos incluem insuficiências cardíaca, pulmonar e renal, danos ao trato gastrointestinal ou à parede abdominal e alterações neurológicas. A descompressão cirúrgica do abdome é o tratamento de escolha no manejo da síndrome compartimental abdominal. **RELATO DO CASO:** Paciente sexo masculino, 78 anos, com história progressiva de obstipação crônica (hábito intestinal: uma evacuação a cada dez dias e fezes endurecidas) e etilismo. Encaminhado para o serviço de referência em cirurgia geral e de urgência por parada de eliminação de fezes há oito dias e de gases há três dias, acompanhada de distensão e dor abdominal. Ao exame, apresentava-se em mal estado geral, confuso, taquipneico e taquicárdico. O abdome encontrava-se globoso, distendido, tenso e difusamente doloroso à palpação. Ao toque retal: ampola vazia. Realizada cateterização vesical notando-se anúria e a mensuração da pressão intra-abdominal resultou em 49 mmHg, indicando a presença de síndrome compartimental abdominal. Após rápido preparo pré-operatório, o paciente foi submetido a laparotomia exploradora que evidenciou o cólon extremamente dilatado desde a válvula íleo-cecal até o reto (circunferência de até 22 cm) com evidente volvo de sigmóide e obstrução neste ponto. Realizada então colectomia total e ileostomia terminal. O paciente é encaminhado para a unidade de terapia intensiva com pressão intra-abdominal de 6 mmHg, creatinina de 3,5 mg/dL e APACHE II calculado em 21. Apresentou boa evolução do padrão abdominal, sem recorrência da síndrome compartimental abdominal, porém desenvolveu pneumonia nosocomial, falecendo de choque séptico no nono pós-operatório. **DISCUSSÃO:** A síndrome compartimental abdominal causada por megacólon foi descrita em apenas um trabalho em uma criança de 13 anos com doença de Hirschsprung, sendo este, portanto, o primeiro relato em adulto. Os cirurgiões devem estar atentos ao desenvolvimento da síndrome para que a descompressão cirúrgica não seja postergada.

P.06.10

AVALIAÇÃO DA EXPRESSÃO DE MIELOPEROXIDASE, COX-2 E PGE₂ NA MUCOSA CÓLICA DE SEGMENTOS PROVIDOS E DESPROVIDOS DE TRÂNSITO INTESTINAL.

Longatti, TS*; Gambero, A; Cardinalli, IA; Martinez,

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA.

Estudos vêm demonstrando que na colite quimicamente induzida ocorre aumento na infiltração neutrofílica, avaliada pelos níveis de mieloperoxidase (MPO) tecidual, e dos mediadores pró-inflamatórios COX-2 e PGE₂. A colite de exclusão é uma doença inflamatória que ocorre no cólon desprovido de trânsito fecal e que apresenta semelhanças histopatológicas à quimicamente colite induzida. Vários modelos experimentais têm sido descritos, porém em nenhuma oportunidade, avaliou-se as alterações na expressão tecidual de mediadores pró-inflamatórios no cólon desfuncionalizado. **Objetivo:** Avaliar alterações na expressão tecidual da mieloperoxidase, PGE₂ e COX-2 comparando segmentos cólicos providos e desprovidos de trânsito fecal, em diferentes tempos de exclusão. **Método:** Vinte ratos Wistar machos foram divididos em dois grupos experimentais de 10 animais segundo o sacrifício ter sido realizado seis, e 12 semanas após o procedimento cirúrgico. De cada grupo, sete foram submetidos à derivação do trânsito no sigmóide pela confecção de colostomia proximal e fístula mucosa distal e três à laparotomia sem derivação intestinal (controle). Os níveis de MPO foram avaliados por absorvância, enquanto os de PGE₂ pelo método ELISA. Os níveis de COX-2 (corrigidos pela COX-1) foram determinados por quimioluminescência, utilizando-se para imunoblotting anticorpos anti-COX-1 e 2. Os resultados foram expressos em média acompanhados do respectivo erro padrão. Na comparação dos resultados entre animais do mesmo grupo utilizaram-se os testes t de Student não pareado e Dunnett. Para análise de variância, o teste ANOVA, estabelecendo-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Os níveis de MPO no cólon desprovido de trânsito foram significativamente mais elevados quando comparados aos do cólon com trânsito após seis e 12 semanas de exclusão. Os níveis de PGE₂ mostraram-se significativamente mais elevados no cólon com trânsito após 12 semanas de exclusão fecal. Os níveis de COX-2 (corrigido pela expressão de COX-1) foram significativamente maiores no cólon sem trânsito intestinal após 12 semanas de exclusão. **Conclusões:** A colite de exclusão apresenta processo inflamatório inicial caracterizado por aumento do infiltrado neutrofílico e expressão de COX-2 semelhantes aos que ocorrem em modelos experimentais de colite quimicamente induzida. Na colite de exclusão, contudo, de modo distinto da colite química, os altos níveis de COX-2 não se traduzem em aumento dos níveis de PGE₂.

P.06.11

COLONOSCOPIA NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO ALTO TIETÊ

Rstom, R.* ; Masiukewycz, A. ; Martucci, T. ; Rodrigues, B. ; Piacente, J. ; Nassri, A.; Bassani, R.

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO – MOGI DAS CRUZES/SP.

INTRODUÇÃO: As patologias colônicas e orificiais na faixa etária pediátrica são infreqüentes. No entanto, podem ser encontradas na prática clínica diária, sendo necessária a realização de endoscopia digestiva baixa para constatação destas afecções, cuja seleção criteriosa dos pacientes é de extrema importância.

OBJETIVO: Este estudo visa traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes pediátricos submetidos à colonoscopia em nosso serviço.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva de 41 laudos colonoscópicos, em 39 pacientes de até 20 anos de idade, realizados no período de novembro de 2005 a abril de 2008, observando-se as seguintes variáveis: sexo, idade, motivo da indicação e patologias encontradas.

RESULTADOS: Do total de laudos analisados, 51% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 16,68 anos e a faixa etária variou de 9 a 19 anos. A sintomatologia predominantemente referida foi sangramento intestinal baixo (40,3%), dor anal (21,0%) e alteração do hábito intestinal (14,5%). As alterações endoscópicas encontradas foram hemorróidas (51,5%), retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) (21,2%), fissuras anais (15,2%) e pólipos (15%). Houve concomitância entre RCUI e pólipos em 42,8% dos casos. Em 36,6% dos casos, o exame foi compatível com a normalidade.

CONCLUSÕES: Neste estudo, a adolescência foi o período mais associado às patologias orificiais e do cólon dentro da faixa etária pediátrica. A principal indicação para realização deste exame foi o sangramento intestinal baixo. Apesar da predominância de hemorróidas, devem ser considerados ainda a RCUI e os pólipos como hipóteses diagnósticas. Em um terço dos casos, a colonoscopia não mostrou alterações.

P.06.12

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORAÇÕES ABDOMINAIS: LEIOMIOSSARCOMA DA VEIA CAVA INFERIOR

Ciquini, S.A.; Vidilli-Pereira, E.A.; Alves, A.C.N.; Pizzo, K.B.; Quilici, F.A.; Teixeira, C.O.; Barone-Teixeira, M.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA PUC-CAMPINAS – SÃO PAULO - BRASIL

INTRODUÇÃO: O leiomiossarcoma da veia cava inferior é uma neoplasia maligna extremamente rara da musculatura lisa, o que fez com que fosse estabelecido um Registro Internacional da mesma em 1992 com uma série totalizando 218 casos.

Estes tumores do tecido conectivo representam apenas 1% de todas as neoplasias e, destes, o leiomiossarcoma corresponde a 6%. Há maior prevalência em mulheres (81,9%), os sinais clínicos são pouco específicos, e apresenta incidência considerável de metástases para o fígado (22%) e os pulmões (20%). Seu diagnóstico é sugerido por exames de imagem e confirmado por estudo histopatológico. A lesão tumoral caracteriza-se por apresentar atividade mitótica variada, atípica e com intenso pleomorfismo celular. As provas de imuno-histoquímica, por meio de anticorpos contra a actina e desmina, poderão definir o diagnóstico. O tratamento de escolha é a ressecção operatória radical, possível em apenas 40% a 60% dos casos.

OBJETIVO: Salientar a importância do diagnóstico diferencial de leiomiossarcoma da veia cava inferior de outras tumorações abdominais frequentemente associadas à doenças colorretais.

MÉTODO: Os autores relatam o quadro de uma doente portadora desta enfermidade, analisando aspectos diagnósticos, terapêuticos e evolutivos da mesma.

RESULTADO: Apresenta-se o quadro de doente de 29 anos, sexo feminino, portadora de tumoração abdominal em hipocôndrio direito e epigástrico com análise histológica sugestiva de lesão mesenquimal. Foram excluídas lesões polipóides gastro-intestinais associadas. Submetida a tratamento cirúrgico que evidenciou lesão da veia cava inferior em seu segmento médio na topografia das veias renais. Optou-se por ressecção da lesão que apresentava-se encapsulada, associada à nefrectomia direita e ligadura da veia cava inferior. Apresentou evolução pós-operatória satisfatória com alta após 16 dias de internação. O exame histopatológico confirmou a lesão. Em seguimento ambulatorial apresentou recidiva local e sistêmica após um ano, sem possibilidade terapêutica cirúrgica. Encontra-se atualmente em tratamento quimioterápico paliativo.

DISCUSSÃO: As ressecções atuais tem sido implementadas com advento de técnicas utilizadas em transplantes hepáticos e de novas próteses vasculares. Quando a ressecção é possível e a localização da tumoração está abaixo das renais, existe sempre a possibilidade de ligadura da veia cava inferior, já que se estabelece circulação colateral adequada. A radioterapia e quimioterapia adjuvantes podem oferecer melhor sobrevida. A radioterapia pode exercer ainda algum efeito no controle da recorrência local. A ressecção radical associava-se com melhor sobrevida em 5 (49,4%) e 10 anos (29,5%).

CONCLUSÃO: Os autores concluem a importância do diagnóstico diferencial do leiomiossarcoma da veia cava inferior de outras enfermidades comumente associadas à doenças colorretais visando a instituição de terapêutica precisa e adequada.

P.06.13

DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA APÓS PROCEDIMENTO PARA PROLAPSO HEMORROIDÁRIO (PPH)

MACHADO SPG; ALMEIDA MG; BARAVIERA AC; DANTAS CCB; FALLEIROS V; GONTSCHAROW S; MANZIONE CR MARIANELLI R; SANCHES BCF*; VILARIÑO TC

Serviço de Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM-SP

Objetivos: Descrever um caso de diagnóstico incidental de esquistossomose mansônica após procedimento para prolapso hemorroidário (PPH)

Métodos: Paciente F.E.B., 57 a, do sexo feminino, natural e procedente de São Paulo – SP, apresentou-se no ambulatório de Coloproctologia com queixa de tumefação anal após evacuações e sangramento de pequena monta, sem queixas álgicas. O hábito intestinal era normal. Referia história de hemorroidectomia aberta há 9 meses em outro serviço. O exame proctológico mostrou áreas cicatriciais compatíveis com a cirurgia anterior, esfíncter normotônico e grande prolapso mucoso residual, com pequena retocele associada. A retossigmoidoscopia era normal até 25 cm. Foi indicada a anoretópexia mecânica. Submetida a colonoscopia pré-operatória, também normal. O procedimento cirúrgico transcorreu sem intercorrências, a paciente recebeu alta no dia seguinte e compareceu à primeira consulta do pós-operatório em 7 dias sem queixas. Porém o anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou ovos e restos ovulares, viáveis e inviáveis de *Schistosoma mansoni* e infiltrado neutrofilico glandular focal, com discreta reação granulomatosa local.

Estabelecido o diagnóstico de esquistossomose foi introduzido Oxamniquine na dosagem de 15mg/kg de peso em dose única. Uma nova retossigmoidoscopia foi realizada após 02 meses, sem alterações patológicas, que mostrava apenas o anel cicatricial da linha de grampeamento. O paciente foi investigado e não apresentava outras manifestações da doença mansônica.

Conclusões: Em áreas endêmicas a esquistossomose deve sempre ser considerada no diagnóstico diferencial de afecções colorretais (em especial retite e tumorações). Nestas localidades cerca de 2% dos casos de retocolite são de origem esquistossomótica. Em zonas que doença é esporádica não se tem dados sobre esta manifestação.

O caso exposto reforça a importância do estudo anatomopatológico dos produtos cirúrgicos.

P.06.14

DIVERTICULO DE MECKEL COMO CAUSA DE COMPLICAÇÃO E FALHA DE DIAGNÓSTICO NA CÁPSULA ENDOSCÓPICA

SIMÕES EHR*; VARASCHIN GL; SAPUCAHY MV; CARMO AM; PAIM S; HABR GAMA A.

HOSPITAL DA BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

INTRODUÇÃO:

A Hemorragia digestiva de causa obscura (HDO) é o sangramento de origem desconhecida, persistente ou recorrente, após exames endoscópicos iniciais (endoscopia digestiva alta e/ou colonoscopia) negativos, correspondendo a 3-5% dos casos de hemorragia digestiva .

Segundo alguns artigos recentes, a CE apresenta melhor acuidade diagnóstica em relação aos métodos convencionais para o estudo da HDO com origem no ID, com exceção da enteroscopia intra-operatória. A cápsula endoscópica permite a observação integral do intestino delgado, com imagens de qualidade e de forma indolor e segura. Todavia, com sua tecnologia de ponta, a CE é um exame caro, incapaz até o momento de realizações de biópsia e contra-indicada em casos de obstrução intestinal, o que não substitui os exames endoscópicos convencionais.

OBJETIVOS:

Caso clínico de um paciente que realizou um exame de cápsula endoscópica, evoluindo com demora na liberação da cápsula e com avaliação errônea das imagens obtidas pela cápsula endoscópica.

MATERIAL E MÉTODOS:

Paciente de 62 anos, com história de doença diverticular, apresentando um quadro recorrente de enterorragia com queda importante dos níveis hematócriticos e colonoscopia evidenciando divertículos sem sinais de sangramento ativo. Com diagnóstico de Sangramento GI obscuro, realizou um exame de cápsula endoscópica. Neste exame foi evidenciado: processo inflamatório no íleo terminal, sinais de sangramento intestinal recente e subestenose ileal impedindo a passagem da cápsula sugestivo de doença de Crohn. Após o exame o paciente permaneceu 10 dias sem evacuar com queixa de dor abdominal, além de leve queda dos valores de hemoglobina. Por este motivo foi indicado uma laparotomia exploradora.

RESULTADOS:

Durante a cirurgia foi evidenciado um Divertículo de Meckel e o Intestino Delgado e o Cólon sem outras alterações, descartando a hipótese de Doença Inflamatória Intestinal. Como o paciente tinha doença diverticular em cólon direito (evidenciado nas colonoscopias prévias), foi realizado uma colectomia direita e uma ressecção do divertículo de Meckel. O Anátomo-Patológico revelou Divertículo de Meckel com hiperplasia linfóide reacional.

Desta forma, o examinador interpretou as imagens do divertículo de Meckel como subestenose ileal, sugerindo Doença de Crohn.

CONCLUSÃO:

A cápsula endoscópica revolucionou o estudo do intestino delgado trazendo a possibilidade de "visualizá-lo", contudo estas imagens devem ser analisadas com muito cuidado e como todo exame, não esta livre de complicações, além de não substituir na íntegra exames endoscópicos convencionais.

P.06.15

SCHWANOMA PRIMÁRIO DO CÓLON SIGMÓIDE. RELATO DE CASO.

Nonose, R; Valenciano, JS; Kanno, DT; Lahan, AY; Martinez, CAR.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA.

Schwanomas benignos são neoplasias raras oriundas das células de Schwann que formam a bainha neural geralmente acometendo nervos periféricos. O acometimento do trato gastrointestinal é pouco comum e o comprometimento primário do cólon por schwanoma um evento extremamente raro. **Objetivo:** O objetivo do presente relato é apresentar um caso de schwanoma benigno primitivo do cólon sigmóide, não associado à doença de von Recklinghausen com diagnóstico histopatológico confirmado por painel imunoistoquímico. **Relato do Caso:** Mulher, 71 anos, com queixa de sangramento retal às evacuações acompanhada de tenesmo e dor retal. Foi submetida à colonoscopia que encontrou lesão submucosa sobrelevada, com 2,8 cm de diâmetro, localizada no cólon sigmóide a 30 cm da margem anal. Foi submetida a polipectomia em alça com extirpação da lesão. As tomografias computadorizadas do abdômen e tórax revelaram-se normais. O exame histopatológico inicial mostrava tumor de origem estromal com margens de ressecção endoscópica comprometida. Para o diagnóstico da origem neoplásica empregou-se painel imunoistoquímico empregando os anticorpos primários anti-CD-34, desmina, citoqueratinas (AE1/AE/3), cKit, cromogranina, proteína S-100. Para avaliação do índice mitótico utilizou-se a pesquisa do fator de proliferação celular Ki-67. O painel imunoistoquímico da lesão demonstrou imunoexpressão intensa para proteína S-100 e, a pesquisa do índice de atividade proliferativa utilizando o anticorpo Ki67, mostrou atividade mitótica de baixo grau. Com o diagnóstico de schwanoma benigno primário do cólon sigmóide a doente foi submetida à colectomia vídeo-assistida, apresentando evolução pós-operatória sem intercorrências, encontrando-se bem sem sinais de recidiva do tumor, 15 meses após a extirpação cirúrgica. **Conclusão:** Apesar de ser considerada neoplasia rara o schwanoma primitivo do cólon sigmóide deve ser considerado no diagnóstico diferencias das lesões polipóides primitivas do cólon.

P.06.16

DOENÇA CELÍACA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA GRAVE - RELATO DE CASO

REIS NETO JA; REIS JUNIOR JA; KAGOHARA OH; SIMÕES NETO J; BANCÍ SO; OLIVEIRA LH.

CLINICA REIS NETO – CAMPINAS – SP

INTRODUÇÃO: A doença celíaca é uma enfermidade auto-imune que afeta o intestino delgado, associada à exposição ao glúten em pacientes geneticamente susceptíveis. Antes considerada uma doença pediátrica, o seu diagnóstico em adultos é cada vez mais freqüente, predominando sintomas não-clássicos ou atípicos. Seu diagnóstico é feito através de exames sorológicos e laboratoriais, porém sua confirmação é feita através de alterações histopatológicas típicas em biópsias de intestino delgado.

RELATO DE CASO: Paciente masculino, 31 anos, há dois anos com sintomas de hiporexia, plenitude gástrica, náuseas e vômitos pós-alimentares, fadiga, perda de peso e diarreia crônica. Apresentou quadro de enterorragia, com instabilidade hemodinâmica, e a esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia não revelaram foco de sangramento. Transferido para a UTI do Hospital Celso Pierro hemodinamicamente estável, com exames laboratoriais evidenciando queda do hematócrito, distúrbio de coagulação, hipoproteinemia, e função hepática, renal e metabólitos normais. Raio- X de tórax demonstrou presença de pneumotórax e derrame pleural bilateral tratado com drenagem torácica bilateral (líquido amarelo citrino, tipo exsudato, sem células malignas). Evoluiu com ascite e anasarca, já sem sangramento digestivo e à TC de abdômen presença de tumoração de mesentério, com compressão de alças de delgado. Submetido a laparotomia exploradora, observando-se inúmeros linfonodos de mesentério infartados, coalescentes, com tumoração endurecida, sem limites precisos, envolvendo o mesentério e alças jejunais, fixa na parede posterior n. Devido às condições clínicas do paciente, optou-se pela realização de múltiplas biópsias de linfonodos e da tumoração. O anatomopatológico não evidenciou processos atípicos e sem alterações à imunofenotipagem. Na evolução com suporte clínico, o paciente apresentou melhora significativa, com resolução do edema, recebendo alta hospitalar e encaminhado para investigação diagnóstica ambulatorial. Nova endoscopia digestiva alta sugeriu e o anátomo patológico confirmou doença celíaca.

DISCUSSÃO: A doença celíaca, ou enteropatia glúten-induzida, é auto-imune e de base genética, envolvendo os alelos HLA-DQ2 ou HLA-DQ8. A doença causa atrofia das vilosidades da mucosa do intestino delgado, causando deficiência na absorção de nutrientes, vitaminas, sais minerais e água. Os sintomas clássicos relacionam-se ao aparelho digestivo, como diarreia, dor e distensão abdominal, úlceras na boca e intolerância à lactose, porém outros sintomas podem estar presentes, relacionados à má-absorção como anemia, perda de peso, fadiga, osteoporose, distúrbios de coagulação e outros. O desafio principal advém da grande variabilidade da expressão clínica da doença e sua associação com outras enfermidades como dermatite herpetiforme e a deficiência seletiva de IgA, sendo assim, nenhum dos sintomas e sinais desta condição patológica são indicativos absolutos para o seu diagnóstico.

Segundo o *National Institute of Health*, os pacientes celíacos podem ser classificados em quatro grupos: forma típica (enteropatia grave com sintomas predominantes digestivos), forma atípica (predomínio de sintomas extra-digestivos), forma latente (assintomáticos diagnosticados por estudo sorológico) e forma potencial da doença (enteropatia mínima sem sintomas clínicos e antecedente histológico ou sorológico positivo em algum momento da história clínica).

Os testes sorológicos (anticorpos antigliadina, antiendomísio, anti-reticulina) tornaram-se importantes marcadores da doença, porém não são patognomônicos, apesar da alta sensibilidade (98%) e especificidade (95%), sendo obrigatória a realização de biópsia intestinal seriada para firmar o diagnóstico.

CONCLUSÃO: Salienta-se a importância de incluir a doença celíaca como diagnóstico diferencial em adultos investigados para outras doenças e que não apresentam achados típicos em exames complementares, lembrando da necessidade de testes sorológicos e biópsia de delgado para confirmação diagnóstica

P.06.17

DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA ASSOCIADA À DEGENERAÇÃO NEOPLÁSICA MALIGNA EPIDERMÓIDE.

CIQUINI SA, VIDILLI-PEREIRA EA, ALVES ACN, CARMO ACP, TEIXEIRA CO, BARONE-TEIXEIRA MA, QUILICI FA.

INTRODUÇÃO : O Carcinoma epidermóide derivado da Doença Pilonidal Sacrococcígea é enfermidade incomum, com apenas 44 casos relatados na literatura desde 1996. Normalmente está associada à inflamação ativa de longa duração, à terapêutica inadequada e a períodos de remissão espontânea. O tratamento consiste na excisão ampla e na realização de enxerto, quando possível. Este procedimento é semelhante ao adotado para tratar outros carcinomas de células escamosas de qualquer lugar, da superfície cutânea. Mais recentemente, foi sugerido que, em virtude da alta taxa de recorrência apresentada, deverão ser consideradas a radio e quimioterapia neoadjuvante e adjuvante.

OBJETIVO: Relatar o quadro de doente portador desta enfermidade salientando a sua importância diagnóstica, terapêutica e evolutiva.

MÉTODO: Os autores relatam o quadro de doente de 46 anos, sexo masculino, portador de degeneração maligna em Doença Pilonidal Sacrococcígea de longa duração, com vários tratamentos prévios por múltiplas recorrências. No momento do diagnóstico, apresentava também sinais de disseminação locorregional profunda, com acometimento linfonodal e manifestação dermatológica eritemato-bolhosa difusa. Submetido a tratamento cirúrgico e quimioterápico paliativos, devido à extensão e disseminação da lesão, apresentando resposta pouco satisfatória com evolução a óbito por complicações clínicas.

RESULTADO: A degeneração maligna da Doença Pilonidal Sacrococcígea representa complicação incomum, sendo o tipo histológico mais freqüente o carcinoma epidermóide. Normalmente estão associados a longos períodos de manifestações inflamatórias mal controladas. O tratamento de escolha deve ser, sempre que possível, o cirúrgico com reconstrução dos planos em tempo único. A radio e a quimioterapia são de valores limitados e indicadas com intuito complementar ou paliativo.

CONCLUSÃO: Os autores concluem a importância do diagnóstico devido à agressividade da doença quando manifestada por completo. Salientam a importância do exame histopatológico compulsório em peças cirúrgicas mesmo em enfermidades freqüentemente benignas, porém passíveis de degeneração maligna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Brown H, Rivera J. **Epidermoid carcinoma arising in pilonidal sinus.** Int Surg 1964;50:435-40.
- 2- Cleveland BR, Green WO. **Squamous cell carcinoma arising in a pilonidal sinus.** Surgery 1963;55:381-6.
- 3- Davis KA, Mock CN, Versaci A, Lentricchia P. **Malignant degeneration of pilonidal cysts.** Am Surg 1994;60:200-4.
- 4- Lerner HJ, Deitrick G. **Squamous cell carcinoma of the pilonidal sinus: report of a case and review of the literature.** J Surg Oncol 1979;11:177-83.
- 5- Pilipshen SJ, Gray G, Goldsmith E, Dineen P. **Carcinoma arising in pilonidal sinuses.** Ann Surg 1981; 193: 506-512.
- 6- Puckett CL, Silver D. **Carcinoma developing in a pilonidal sinus. Report of two cases and review of the literature.** Am Surg 1973;3:151-5.
- 7- Terry JL, Gaisford JC, Hanna DC. **Pilonidal sinus carcinoma.** Am J Surg 1961;102:465-9.
- 8- Sagi A, Rosenberg L, Greiff M, Mahler D. **Squamous cell carcinoma arising in a pilonidal sinus. A case report and review of the literature.** J Dermatol Surg Oncol 1984;10:210-12.

P.06.18

RELATO DE CASO: VOLVO DE CECO

Mazzurana M.; Parreira R.*; Nardotto L.; Macedo P.

SANTOS-SP, HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO.

Introdução: O volvo de ceco é uma torção axial do órgão que resulta em obstrução intestinal aguda, podendo complicar com oclusão dos vasos mesentéricos. Foi descrito pela primeira vez por Rokitski em 1837, sendo uma causa incomum de abdome obstrutivo, menos de 1% nos países ocidentais.

Relato de caso: Quadro de dor abdominal intensa, em cólica, principalmente em mesogástrio, parada de eliminação de gases e fezes, distensão abdominal progressiva e anorexia há 3 dias. Abdome: globoso, tenso, com intensa distensão por todo abdome, RHA abolido, hipertimpânico, doloroso a palpação superficial e profunda.

Discussão: O volvo de ceco pela sua baixa incidência como causa de obstrução intestinal não é comumente lembrado como hipótese diagnóstica. Portanto é imprescindível o conhecimento da etiologia, quadro clínico e radiologia.

Um pré-requisito para o volvo do ceco é sua hipofixação que ocorre entre 11,2% das autopsias.

O início da sintomatologia é abrupto, caracterizado por dor em cólica que aumenta de intensidade, com progressão lenta. No exame físico o sinal mais comum é a presença da distensão abdominal. O diagnóstico é realizado em conjunto com quadro clínico, radiografia de abdome e tomografia computadorizada.

Os tratamentos que demonstram bons resultados quando o ceco é viável são a cecopexia, cecostomia ou ambas.

Nesse caso optou-se por laparotomia exploradora devido hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo. Realizado colectomia total com íleo-sigmóide e anastomose látero lateral devido inviabilidade das alças e presença de megacolon concomitante.

P.06.19

ENDOMETRIOSE DE RETO SIMULANDO TUMOR DE RETO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

DANTAS CCB ; ALMEIDA MG; BARAVIERA AC; FALLEIROS V; MANZIONE CR; MACHADO SPG; MARIANELLI R; RIOS MP; SANCHES BCF; VILARIÑO TC

Serviço de Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM-SP

Objetivos: Relatar um caso de endometriose de reto em paciente que durante investigação diagnóstica de lesão vegetante de reto alto evoluiu para obstrução intestinal e foi submetida a retossigmoidectomia com pan-histerectomia em monobloco.

Relato do Caso: A.A.N.S, sexo feminino , 45 anos, casada, negra, três gestações com partos normais, natural e procedente de São Paulo-SP, foi admitida na emergência do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM) e encaminhada ao ambulatório de Coloproctologia para investigação de hematoquezia recorrente há 10 meses e dor em baixo ventre. Negava história familiar de câncer colorretal, alteração do hábito intestinal ou queixas ginecológicas. Ao exame apresentava-se em bem, afebril, hipocorada 2+/4+. Ao exame proctológico havia, no toque retal, sangue em pequena quantidade e ausência de lesões;. Realizada retossigmoidoscopia que visualizou lesão vegetante, friável à 13 cm da borda anal, na parede anterior do reto ocupando 3/4 da luz, fixa, não trasponível ao aparelho. A colonoscopia também não transpôs a lesão.

Durante internação a paciente evoluiu com parada da eliminação de flatos e fezes, com distensão abdominal. Tentado manejo clínico sem sucesso. Indicada Laparotomia exploradora que evidenciou tumor em reto alto aderido à face posterior do corpo e colo do útero. Não haviam lesões hepáticas ou implantes peritoniais. Optou-se por ressecção em monobloco do retossigmóide , útero e anexos. Foi realizada anastomose término-terminal com grampeador de 29 mm. O exame histopatológico da peça mostrou endometriose em parede retal, transmural, com adenomiose e endometriose ovariana bilateral. A paciente evoluiu bem no pós operatório recebendo alta no 6º dia.

Conclusões: A endometriose representa uma das afecções ginecológicas mais freqüente nos dias atuais. O envolvimento intestinal não é raro (3% a 37%) e no intestino grosso, o sigmóide, o apêndice cecal e o reto são as regiões mais comprometidas. Os sintomas geralmente são inespecíficos e o comprometimento exclui a mucosa. Pode ocorrer, na evolução, quadro de obstrução intestinal.O caso chama a atenção pela semelhança clínica que a endometriose intestinal pode ter com as neoplasias do cólon e que seu diagnóstico é presuntivo e nem sempre pode ser firmado. De acordo com as evidências literárias, observa-se que a maioria dos autores opta por ressecção segmentar na presença de lesões que cursam com quadro clínico de sub-oclusão, baseados na necessidade de aliviar os sintomas e excluir malignidade, bem como no fato destas lesões estarem associadas a processos fibróticos pouco responsivos à manipulação hormonal. A ressecção ainda previne futuramente o desenvolvimento de carcinoma endometrial.

P.06.20

HIPOGANGLIONOSE COLÔNICA EM PACIENTE COM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA- RELATO DE CASO

REIS NETO JA; REIS JUNIOR JA; KAGOHARA OH; NETO JS; BANCI SO; OLIVEIRA LH.
CLINICA REIS NETO – CAMPINAS – SP

CONTEXTO E OBJETIVO: As causas da constipação intestinal são variadas, e sua etiologia pode estar relacionada a doenças sistêmicas, intestinais, idiopáticas ou adquiridas. A grande maioria desta população (80%) é constituída de mulheres, e o diagnóstico é estabelecido pelos critérios de Roma III. O objetivo deste estudo é relatar o caso de uma paciente adulta, com constipação intestinal crônica, submetida a colectomia subtotal e cujo resultado anatomopatológico evidenciou hipoganglionose colônica segmentar.

RELATO DE CASO: Paciente feminina, 38 anos, com história de constipação intestinal crônica, apresentando dor abdominal difusa, distensão e frequência evacuatória menor que uma vez por semana chegando a 15 dias sem evacuações. Sintomas iniciados há quinze anos, com piora progressiva nos últimos dois.

Iniciado tratamento clínico, porém sem resposta. Os exames revelaram reflexo paradoxal leve (manometria ano-retal), retocele grau I (cinedefecograma), distensão de retossigmoide e cólon descendente (enema opaco) e tempo de trânsito colônico aumentado com inércia distal.

Devido a intratabilidade clínica e intensidade dos sintomas afetando a qualidade de vida da paciente, foi optado por procedimento cirúrgico, sendo então realizado colectomia subtotal com íleo-reto anastomose videolaparoscópica.

Macroscopicamente havia dilatação de sigmoide até flexura esplênica e o resultado anatomopatológico revelou hipoganglionose colônica no segmento dilatado.

A paciente evolui satisfatoriamente, com evacuação presente no terceiro pós-operatório e recebendo alta no quinto; permanece em acompanhamento.

CONCLUSÃO: A abordagem cirúrgica da constipação intestinal tem sua indicação na presença de intratabilidade clínica com trânsito intestinal lento comprovado, sendo a colectomia subtotal com íleo-reto anastomose o procedimento de escolha. Índices de sucesso descritos na literatura variam de 89 a 100%.

P.06.21

INCIDÊNCIA DE DOENÇAS COLORRETAIS E SUA CORRELAÇÃO ANÁTOMO-CLÍNICA EM EXAMES POST MORTEM

Ciquini, S.A.*; Vidilli-Pereira, E.A.; Alves, A.C.N.; Venchiarutti, C.M., Cozac, O.C.; Teixeira, C.O., Barone-Teixeira, M.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA PUC-CAMPINAS – SÃO PAULO - BRASIL

INTRODUÇÃO: A incidência e a mortalidade por doenças colorretais têm apresentado, no mundo, tendência à elevação. A abordagem inicial na busca do seu diagnóstico ainda deve ser feita através da anamnese coloproctológica. Os estudos necroscópicos, independente da causa morte, podem identificar achados não diagnosticados em vida que visam sugerir necessidade de avaliação familiar.

OBJETIVO: Analisar a prevalência das doenças colorretais em doentes necropsiados, seu diagnóstico em vida e sua correlação anátomo-clínica.

MÉTODO: Os autores apresentam um estudo descritivo prospectivo realizado em 12 pacientes necropsiados no período de dezembro de 2005 a abril de 2007. Os critérios considerados para inclusão foram: necrópsias realizadas com menos de 12 horas do momento do óbito e ausência de distúrbios circulatórios. Todos os pacientes foram submetidos a estudo da mucosa colônica. Os cólons que não apresentavam lesões macroscópicas foram avaliados histologicamente através de 4 fragmentos retirados de segmentos distintos. Nas áreas com suspeita macroscópica de lesão realizou-se cromoscopia com azul de metileno e posterior biópsia.

RESULTADO: Dos 12 doentes estudados 10 apresentaram algum tipo de doença colorretal, sendo que 2 já possuíam diagnóstico em vida e em 8 este foi *post mortem*. Nos com diagnóstico *post mortem*, 4 apresentaram lesões polipóides, 4 doença diverticular, 3 megacólon, 2 doença inflamatória e 2 neoplasia maligna. Queixas intestinais foram encontradas na revisão de 4 prontuários. Nos 2 pacientes que já apresentavam diagnóstico em vida, a necrópsia foi concordante com a colonoscopia realizada, evidenciando pólipos, crescidos de doença diverticular não diagnosticadas. Não foi encontrado na literatura estudo com correlação anátomo-clínica.

DISCUSSÃO: As doenças colorretais apresentam variabilidade da evolução influenciada diretamente pela precocidade do diagnóstico. Deve-se ter em mente que o exame clínico bem feito e um adequado raciocínio fisiopatogênico, permanecem como condutas ideais e não excludentes. A necrópsia permitiu o confronto anátomo-clínico e através deste percebemos que as doenças colorretais permanecem subdiagnosticadas.

CONCLUSÃO: Os autores concluem que o exame *post mortem* pode ser utilizado como instrumento diagnóstico inclusive em pacientes assintomáticos de enfermidades colorretais, para posterior orientação quanto à prevenção e rastreamento familiar.

P.06.22

INCIDÊNCIA FAMILIAR E A IMPORTÂNCIA DO ACONSELHAMENTO GENÉTICO NA SÍNDROME DE GARDNER

Ciquini, S.A.*; Vidilli-Pereira, E.A.; Alves, A.C.N.; Gazzaneo, T.J.; Reis Neto, J.A.; Quilici, F.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA PUC-CAMPINAS – SÃO PAULO - BRASIL

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Gardner é uma Polipose Adenomatosa Familiar autossômica dominante caracterizada pela presença de pólipos digestivos adenomatosos combinados com osteomas da mandíbula e crânio, cistos epidermóides e fibromatose. Pode ainda associar-se à tumores desmóides, anormalidades da dentição e, carcinomas gastrointestinais e tireoideano. O exame físico cuidadoso, aliado a propedêutica radiológica e endoscópica básica praticamente definem o diagnóstico.

OBJETIVO: Analisar a ocorrência familiar desta enfermidade visando seu aconselhamento genético.

MÉTODO: Os autores relatam a manifestação desta enfermidade em três gerações consanguíneas consecutivas de uma mesma família, acompanhada no período de 1990 à 2008.

RESULTADO: A ocorrência inicial aconteceu, segundo relato familiar, em enfermo masculino falecido por câncer intestinal. Este doente teve dois filhos masculinos examinados, sendo o primeiro portador da forma clássica da doença. Este gerou duas descendentes, uma sem indícios da doença e outra com a forma clássica. O segundo filho apresentou polipose adenomatosa digestiva com degeneração maligna colorretal sincrônica (reto e cólon), e concomitante gástrica. Este gerou três descendentes; um com polipose digestiva, outra com quadro clássico e outra sem indício da doença.

DISCUSSÃO: A Síndrome de Gardner consiste em uma doença sistêmica, cujas manifestações iniciam-se em torno dos 20 anos de idade, embora possam estar presentes em qualquer faixa etária. As múltiplas anormalidades vistas nesta Síndrome são determinadas por um gene autossômico dominante aberrante pleiotrópico e usualmente com alto grau de penetrância. Desta forma, 50% da prole de um indivíduo afetado irá receber o alelo dominante e conseqüentemente apresentará os comemorativos da Síndrome, correspondentes à expressividade do gene alterado. Não há tratamento isolado nem tão pouco esquema terapêutico universalmente aceito para a cura ou o controle desta doença. O aconselhamento genético é simplificado pelo fato de que os indivíduos afetados podem, quase sempre ser identificados antes da idade reprodutiva.

CONCLUSÃO: Os autores concluem a importância deste diagnóstico diferencial de outras poliposes visando terapêutica específica adequada e precoce, além do rastreamento familiar objetivando o aconselhamento genético para poupar futuras gerações.

P.06.23

**RELATO DE CASO - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR RETOCOLITE ULCERATIVA
INESPECÍFICA**

P.06.24

LIPOMA COLO-RETAL GIGANTE REDUTÍVEL – RELATO DE CASO

Rotoly A.L.*; Sukeda D.H.; Baldim M.O.A; Moraes R.C.P.; Baldim J.A..

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO – ALFENAS (MG)

Introdução

O lipoma é um tumor benigno de origem não epitelial, considerado de ocorrência incomum a nível colo-retal, e que surge devido ao depósito anormal e idiopático de tecido gorduroso na parede do intestino. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de lipoma colo-retal exteriorizado pelo ânus.

Relato de caso

Paciente C.B.R.S., de 40 anos, masculino, procedente de Campo do Meio (MG), foi encaminhado para avaliação no serviço de coloproctologia do HUAV. Relatava disúria e obstipação intestinal há oito dias. Referia dor abdominal tipo cólica em flanco esquerdo e presença de massa que prolapsava do seu ânus, há um mês, aos esforços evacuatórios e com retorno em repouso. Ao exame: dor à palpação profunda em flanco esquerdo e presença de secreção purulenta em região anal. No exame proctológico, detectou-se massa polipóide volumosa e de consistência fibro-elástica. Optou-se pela exérese do pólipó. Paciente sob raquianestesia e em litotomia, foi feita a redução do pólipó e em seguida a ressecção, por laparotomia seguida de colotomia. O paciente teve boa evolução no pós-operatório e o exame anátomo-patológico revelou lipoma submucoso do reto-sigmóide, pesando 107 g e medindo 9 x 7x 5 cm.

Discussão

O lipoma colo-retal é mais comum no ceco e cólon direito. A maioria localiza-se no espaço submucoso, podendo acometer também o subseroso. O quadro clínico é variável, porém, com mais frequência, os indivíduos são assintomáticos e o diagnóstico feito ao acaso. As queixas, quando presentes, geralmente são representadas por alterações do hábito intestinal, dor abdominal vaga, sangramento pelo ânus ou anemia. As complicações incluem a intussuscepção, sangramento anal e obstrução intestinal.

Conclusão

Apenas as lesões sintomáticas ou aquelas em que não podemos descartar malignidade necessitam de remoção. De acordo com estas variáveis, localização da(s) lesão(ões) e o meio diagnóstico, podemos ressecá-las através de colonoscopia, colotomia, colectomia segmentar simples por via laparotômica ou laparoscópica.

P.06.25

METÁSTASE ISOLADA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON EM CICATRIZ UMBILICAL E RECONSTRUÇÃO DA PAREDE ABDOMINAL COM TELA ENDOABDOMINAL (ETHICON PROCEED)

Simoneti, C.A.M.*; Fregadolli, L.V.; Macedo,A.C.; Cestari Junior,L. A.; Di Giovanni,J.H.

SERVIÇO DE CIRURGIA - CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA, PUC-SP.

Resumo

No câncer colorretal a ressecção de metástases isoladas aumenta a sobrevida a longo prazo do paciente. Após a ressecção da metástase em cicatriz umbilical operatória com margem de segurança pode haver dificuldade no fechamento da parede abdominal . Temos como objetivo relatar um caso de exérese de implante metastático isolado em cicatriz umbilical e a utilização de tela para reconstrução da parede abdominal. Paciente submetido a hemicolectomia direita, em caráter de urgência, há um ano por abdome agudo obstrutivo. Apresentou no anátomo-patológico adenocarcinoma tubular de cólon. No acompanhamento ambulatorial após um ano da cirurgia, notou-se tumoração na cicatriz umbilical com cerca de 6 cm de diâmetro e endureção ao seu redor, além de uma hérnia incisional. Realizou tomografia computadorizada de abdome e tórax que não identificaram outras lesões, sendo indicada ressecção cirúrgica. A exérese da lesão com margens amplas de todos os planos da parede abdominal associada a hérnia incisional determinou defeito na parede abdominal de cerca de 20 cm no maior diâmetro, que impossibilitava o fechamento primário da parede abdominal, sendo necessário o uso de tela (**ETHICON PROCEED**).

P.06.26

MUCOCELE APENDICULAR: RELATO DE CASO E REVISAO DE LITERATURA

Sanches BCF*; Barbosa MPR; Dantas CCB; Gonstcharow S; Almeida MG; Baraviera AC; ;Falleiros V; Machado SPG; Marianelli R; Manzione CR; Trazzi JC; Villarino TC.

Serviço de Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal / HSPM – São Paulo

INTRODUÇÃO

Mucocele de apêndice caracteriza-se como uma patologia infrequente que acomete o apêndice vermiforme. Consiste em uma dilatação cística de volume variável, devido ao acúmulo de material mucinoso em sua luz. Para sua produção três fatores são necessários: obstrução crônica do lúmen apendicular, esterelidade de seu conteúdo e atividade secretória contínua.

Classificada em três entidades clínico patológicas diferentes: Mucocele ou Cisto de Retenção, formada pela simples obstrução da luz com acúmulo de muco produzido pelo epitélio; Cistoadenoma Mucinoso, tumor benigno cístico recoberto por epitélio neoplásico semelhante ao adenoma viloso do cólon, constituindo a maioria dos casos; Cistoadenocarcinoma Mucinoso que é um tumor maligno recoberto por epitélio semelhante ao adenocarcinoma de cólon com invasão da parede do apêndice por glândulas neoplásicas e células epiteliais no material mucinoso.

A importância da mucocele de apêndice reside no fato de seu diagnóstico dificilmente ser realizado no pré-operatório, e da sua obstrução poder ser causada por lesões neoplásicas que se romperem na cavidade peritoneal poderão levar ao pseudomixoma peritoneal. Este, por sua vez, é caracterizado pelo acúmulo de muco na cavidade peritoneal associado a implantes epiteliais, reação inflamatória crônica e tecido de granulação. Sua complicação relaciona-se com ascite mucinosa recorrente e obstrução intestinal, levando o paciente ao óbito quando atinge grandes dimensões.

RELATO DO CASO: Paciente W.A.G, feminino, 51anos, negra, natural de São Paulo, professora, casada, dois filhos. Procura serviço de Coloproctologia do HSPM com queixa de "Dor na Barriga". Refere início há cerca de 02 anos, dor abdominal em hipogástrio e FID, de grande intensidade, do tipo em cólica, progressiva e intermitente, sem irradiação e que piorava com os esforços. Procurou por várias vezes PS para atendimento médico. Há cerca de 1 ano evoluiu com quadro de distensão abdominal súbita e dolorosa, associado com irregularidade do hábito intestinal (obstipação /diarréia) e melhora espontânea após algumas semanas. Nega outros sintomas associados. História de HAS há 10 anos, em uso regular de Captopril e HCTZ. Laqueadura Tubárea há 28 anos. Nega tabagismo ou etilismo.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, hidratada, corada, acianótica, anictética, afebril e eupnéica. Abdome globoso, RHA +, timpânico, flácido, presença de massa palpável em FID de aproximadamente 7cm com bordos regulares, consistência fibroelástica e algo dolorosa à palpação. Ausência de VMG palpáveis. DB, Giordano e Murphy negativos. Os exames laboratoriais incluindo marcadores tumorais eram normais.

A USG de Abdome revelou em FID formação cística anecóide de contornos definidos e regulares, com paredes finas e lisas, apresentando raras linhas ecogênicas no interior e medindo 7,8 X 7,7 X 3,2 cm (vol. 100 ml). Distando aprox. 1,7 cm da superf. cutânea. USG Pélvica Transvaginal com miomatose uterina, cisto ovário Esq. Formação expansiva cística em FID. TC de Pelve com útero de dimensões aumentadas, estendendo-se até transição da FID e a pequena pelve. Formação cística de paredes finas, conteúdo hipoatenuante, alongado, medindo cerca de 43 X 34 mm de diâmetros transversos e 75 mm de extensão longitudinal (Cisto Mesentérico).

Colonoscopia observando em fundo do ceco, próximo ao óstio apendicular, saliência regular de aprox. 4,5 cm, podendo corresponder à hipótese de cisto mesentérico ou patologia apendicular. Submetida à Laparotomia Exploradora com incisão mediana infra-umbilical, no inventário da cavidade identificado líquido ascítico de pequena quantidade, lesão cística de apêndice cecal (3,5X8,0 cm), alça de delgado aderida em ovário D com folículo aparente aderido a esta. Útero de aspecto miomatoso. Realizado lise de aderências e apendicectomia com ligadura dos vasos do meso. Paciente recebeu alta hospitalar no 2 PO, sem intercorrências. Anatomia patológica com identificação de Mucocele de Apêndice, e cisto seroso simples em espécime de Alça Intestinal.

DISCUSSÃO: A mucocele de apêndice apresenta uma incidência estimada de 0,2% a 0,4% de todas as apendicectomias. Possui quadro clínico variável e uma sintomatologia inespecífica, entidade com difícil diagnóstico pré-operatório podendo se apresentar desde uma apendicite aguda, tumor cecal, massa abdominal, quadro obstrutivo, urinário, ginecológico ou até como uma coleção intra-abdominal identificada pelos exames de imagem. A maioria dos diagnósticos é feita durante os procedimentos cirúrgicos, por investigação de outras patologias, ou por achado histopatológico nas peças cirúrgicas.

Existem dúvidas quanto à melhor conduta a ser tomada diante de um caso de mucocele de apêndice vermiforme. Exames de imagem como USG, TC, clister opaco, e colonoscopia podem apenas sugerir o diagnóstico, auxiliando na definição da conduta cirúrgica no pré-operatório. A realização de biopsias é controversa, devido ao risco de disseminação peritoneal 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 consiste na realização da hemicolectomia direita, porém em algumas situações pode ser realizada apenas a apendicectomia, tendo como risco os implantes peritoniais que podem comprometer as chances de cura. Porém na maioria das vezes o cirurgião é surpreendido com o achado incidental durante a cirurgia ou tem que realizar uma laparotomia diagnóstica, devendo o mesmo respeitar os princípios de uma ressecção oncológica além de manipular a lesão com cuidado para evitar sua disseminação peritoneal. Caso esteja disponível, realizar biopsia de congelamento para que se possa definir melhor a conduta cirúrgica.

P.06.27

PÓLIPOS COLORRETAIS: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E HISTOLÓGICA

Rstom, R.*; Masiukewycz, A.; Martucci, T.; Rodrigues, B.; Piacente, J.; Nassri, A.; Bassani, R.

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO-MOGI DAS CRUZES/SP.

INTRODUÇÃO: A ressecção dos pólipos colorretais é uma medida importante na diminuição da incidência do câncer colorretal, visto que os adenomatosos destacam-se pelo potencial de malignidade conforme a sequência adenoma-adenocarcinoma.

OBJETIVO: Conhecer a localização e o padrão histológico dos pólipos colorretais e correlacioná-los ao perfil dos pacientes submetidos à colonoscopia.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo de 1893 laudos de colonoscopias realizadas entre janeiro de 2005 e abril de 2008, destacando a presença de pólipos. Foram avaliadas as características dos pólipos retirados: frequência de acordo com sexo e idade, localização, tipo histológico, grau de displasia e indicação do exame.

RESULTADOS: Foram encontrados pólipos em 524 laudos (27,6%), totalizando 591 lesões em 485 pacientes, sendo 51% no sexo masculino. A idade variou entre 9 e 93 anos. Quanto à localização, 52,6% dos pólipos situavam-se no reto, 17,0% no sigmóide, 7,4% no transverso, 5,4% no descendente e ascendente e 3,4% no ceco. As principais indicações foram sangramento intestinal baixo (25,7%) e dor anal (10,9%). Das 591 polipectomias, a histologia revelou pólipos inflamatórios em 24,2%, hiperplásicos em 32%, adenomatosos com padrão tubular em 31,3%, túbulo-vilosos em 10,3% e vilosos em 2,0%. Dentre os tubulares, 76,8% apresentaram displasias leves, 19,5% moderadas e 3,7% acentuadas. Os túbulo-vilosos revelaram displasias leves em 62,3%, moderadas em 24,6% e acentuadas em 13,1%. Já os vilosos mostraram displasias leves em 8,3%, moderadas em 41,7% e acentuadas em 50%.

CONCLUSÕES: A prevalência dos pólipos colorretais foi de 30,23%, sendo mais freqüentes os adenomatosos, de localização distal (preferencialmente retal) e a média de idade dos pacientes foi de 56,06 anos. Não houve predominância entre os sexos. Os pólipos adenomatosos vilosos apresentaram mais displasias moderadas e acentuadas que os demais.

P.06.28

MUCOCELE DE APÊNDICE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Barbosa, M.P.R; Marianelli, R.; Trazzi, J.C; Gontscharow, S.; Reis, M.P.; Vilariño, T.C.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL (HSPM) – SÃO PAULO

RESUMO

Patologia rara do apêndice vermiforme, apresentando uma incidência aproximada de 0,2% a 0,4% de todas as 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.

Trata-se de uma patologia de difícil diagnóstico pré-operatório, por ter uma sintomatologia muito variável. A maioria dos diagnósticos é feita durante as cirurgias por outras patologias, ou por achado histopatológico nas peças cirúrgicas. Existem dúvidas quanto à melhor conduta a ser tomada diante o diagnóstico desta patologia. Exames de imagem como USG, TC, clister opaco, e colonoscopia podem apenas sugerir o diagnóstico, auxiliando na definição da conduta cirúrgica no pré-operatório. A realização de biopsias das lesões é controversa, devido ao risco de disseminação peritoneal 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 peritonias que podem comprometer as chances de cura, determinando assim um prognóstico ruim. Sua complicação relaciona-se com a formação de ascite mucinosa recorrente e obstrução intestinal, levando o paciente ao óbito quando atinge grandes dimensões. Em determinadas cirurgias laparoscópicas, no qual se identifica um tumor mucinoso de apêndice, deve-se converter o procedimento para laparotomia e a apendicectomia ser realizada de forma totalmente atraumática.

O objetivo deste trabalho, além de fazer uma revisão da literatura sobre o assunto, é ressaltar a importância da definição de uma conduta cirúrgica mais adequada a esta patologia. Relatamos um caso acompanhando no ambulatório do serviço de Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM) – Brasil, no qual teve seu diagnóstico sugerido no pré-operatório e sendo confirmado posteriormente com o resultado histopatológico.

P.06.29

OBSTRUÇÃO INTESTINAL DEVIDO À ENDOMETRIOSE RETAL: RELATO DE CASO

Brandão, L.F.C.; Ferreira, M.J.L.; Lima, G.M.; Nardi, C.E.M*.; Serafim, C.M.M.

HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS

Introdução: Endometriose foi definida pela primeira vez em 1860 por von Rokitansky como sendo a presença de glândula e estroma endometrial funcionando fora da cavidade uterina. É uma patologia freqüente na prática ginecológica com prevalência de aproximadamente 5-10% das mulheres em idade fértil. O trato gastrointestinal é o sitio mais comum de endometriose extra-pélvica e a maioria dos implantes se encontram em reto e sigmóide. Os sintomas incluem dor e distensão abdominal, tenesmo, constipação ou hematoquezia; a obstrução parcial ou completa da luz intestinal é relativamente rara. Endometriose colorretal pode causar sintomas difíceis de distinguir de doenças inflamatórias ou malignas.

Objetivo: O objetivo do trabalho é relatar um caso de endometriose de reto diagnosticado e tratado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Ana Costa.

Material e Métodos: Relato de caso através de avaliação de prontuário médico para obtenção dos dados.

Resultados: Apresentamos um caso de uma paciente de 39 anos admitida no serviço de emergência com queixa de parada da eliminação de fezes há 3 dias associado há desconforto e distensão abdominal. Apresentava antecedente de hematoquezia já em investigação diagnóstica. Foi realizada colonoscopia visualizando tumoração em reto alto a qual obstruía 80% da luz e biópsia da lesão, evidenciando retite benigna não específica. Foi optado por tratamento cirúrgico com ressecção ampla do local acometido e anastomose primária. O exame anátomo-patológico mostrou tratar-se de endometriose colônica pseudo-tumoral polipóide com extensas erosões e de 7 cm no maior diâmetro. A paciente retornou ao ambulatório em bom estado geral e foi encaminhada ao serviço de ginecologia para seguimento.

Conclusões: A endometriose colônica é uma afecção rara e de difícil diagnóstico, sendo que a intervenção cirúrgica pode ser o único meio definitivo de se obter o diagnóstico de certeza.

P.06.30

OBSTRUÇÃO INTESTINAL DEVIDO À INTUSSUSCEPÇÃO CECO-CÓLICA POR LIPOMA DE CECO: RELATO DE 2 CASOS

Salles, VJA; Marotta, A; Machado Filho, HN; Romagnolo, LGC*; Tauil, RM.

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional do Vale do Paraíba – Taubaté - SP

Introdução: O lipoma é uma neoplasia benigna de origem não epitelial, de ocorrência incomum, que surge devido ao depósito anormal e idiopático de tecido gorduroso na parede do intestino. Podem provocar alterações do hábito intestinal, dor abdominal vaga, sangramento ou prolapsos pelo ânus e mais raramente sintomas e sinais de obstrução. O lipoma de intestino grosso, embora raro, parece consistir no segundo tumor não epitelial benigno mais freqüente do cólon. Em estudos de necropsia, a incidência é de 0,2 a 0,3%. Localizam-se mais comumente no ceco e cólon ascendente e representam a principal causa de intussuscepção em adultos.

Relato: 1) Paciente do sexo feminino, 40 anos, queixando-se de dor tipo cólica em flanco e fossa ilíaca direita há 2 dias; acompanhada de náuseas, vômitos, parada de gases e fezes e distensão abdominal. Ao exame físico: distensão abdominal, com ruídos de luta e dor à palpação do flanco e fossa ilíaca direita sem sinais de irritação peritonal. O RX mostrou distensão de delgado, com níveis hidroaéreos. TC de abdome, presença de uma formação expansiva intraluminal na projeção do colon direito. 2) Paciente do sexo masculino, 63 anos, com quadro algico mal definido de forte intensidade em baixo ventre há 36 horas, acompanhado de distensão abdominal, náuseas e vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Distensão abdominal importante e presença de ruídos de luta foram evidenciados no exame físico, bem como, ausência de irritação peritonal. Na rotina radiológica do abdome agudo, presença de distensão e níveis em delgado. Notava-se na tomografia de abdome a presença de imagem sugestiva de intussuscepção de colon direito. Ambos foram submetidos à laparotomia, com evidência de intussuscepção cecocólica. Desfeito a cabeça da invaginação, optou-se pela hemicolectomia direita por impossibilidade de afastamento de malignidade e pelo volume tumoral.

Conclusão: Devido à baixíssima incidência de lipoma cecal, ainda mais sintomático, achamos importante o relato destes dois casos.

P.06.31

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA NA REGIÃO DO ALTO TIETÊ

Masiukewycz, A.* ; Rstom, R. ; Martucci, T. ; Rodrigues, B. ; Piacente, J.; Nassri, A. ; Bassani, R.

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO – MOGI DAS CRUZES/SP.

INTRODUÇÃO: A Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) é uma doença inflamatória difusa dos cólons, de etiologia multifatorial, natureza pré-maligna, que acomete continuamente a mucosa intestinal e manifesta-se por quadro crônico de diarreia e sangramento intestinal baixo. Apresenta sérias complicações em sua evolução, sendo, portanto, fundamental a colonoscopia para seu diagnóstico e acompanhamento.

OBJETIVO: Conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de RCUI submetidos à colonoscopia em nosso serviço.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva de 1893 laudos de exames colonoscópicos, realizados no intervalo de janeiro de 2005 a abril de 2008, segundo as variáveis: sexo, idade, indicação e patologias associadas à RCUI.

RESULTADOS: A RCUI foi constatada em 150 laudos. A idade variou de 12 a 90 anos, sendo a média, 49,07. A doença apresentou-se no sexo feminino em 51%. As principais indicações para a realização do exame colonoscópico foram: sangramento intestinal baixo (35,6%), diarreia (11,0%), dor abdominal (10,2%) e seguimento ao portador de RCUI (9,3%). Em 30,3% dos laudos não foram observadas lesões associadas. Porém, simultaneamente à RCUI, 41% dos diagnósticos colonoscópicos apresentaram pólipos colorretais, mais frequentes no reto e, cujo tipo histológico de maior prevalência foi o hiperplásico; seguidos de hemorroidas (14%) e diverticulose (6,7%).

CONCLUSÕES: Neste estudo, a prevalência da RCUI foi de 8%, associada à quinta década de vida e sem predominância entre os sexos. Os sintomas mais referidos foram sangramento intestinal baixo, diarreia e dor abdominal. Em um terço dos laudos houve apenas RCUI e, dos que apresentaram lesões associadas, os pólipos colorretais foram os mais prevalentes.

P.06.32

PET-CT NA DOENÇA METASTÁTICA HEPÁTICA NO CÂNCER COLORRETAL

Ciquini, S.A.* ; Vidilli-Pereira, E.A. ; Alves,A.C.N.; Frederico, F.A.P.; Prado, L.G.A.M.; Santos, L.V.; Pizão, P.E.; Reis Neto, J.A. ; Quilici, F.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA-FACULDADE MEDICINA-PUC-CAMPINAS-S. PAULO -BRASIL

INTRODUÇÃO: O objetivo do estadiamento pré, intra e pós-operatório em doentes com qualquer tipo de neoplasia deve estar relacionado a técnicas que permitam contraindicar ou alterar o planejamento cirúrgico e, ainda sugerir a necessidade de terapias neoadjuvantes e adjuvantes . Recentemente a tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) vem sendo introduzida para rastreamento de metástases em alguns tipos de tumores . Sua principal vantagem é que, além da imagem anatômica, demonstra sinais referentes ao consumo de glicose, comum nessas lesões . Apesar de dispendioso e de pouca disponibilidade, tem tido aplicabilidade crescente em diversas áreas da medicina, favorecendo diagnósticos mais precisos e propiciando decisões terapêuticas mais adequadas. Tem como principais indicações a avaliação de suspeita de malignidade, detecção de recidivas pós-operatórias, avaliação de resposta a terapia complementar e prognóstico. A relevância do PET-TC no diagnóstico e manejo das recidivas do câncer colorretal ainda é motivo de divergências. Deve-se discutir ainda, a influência desse método na terapêutica de tumores primários. O desenvolvimento da quimioterapia para o câncer colorretal metastático tem sido grande, sendo este considerado atualmente como quimiossensível. Apesar de até 50% dos pacientes diagnosticados vir a falecer, muitos tem por objetivo principal ajudar no controle dos sintomas e, eventualmente, prolongar a sobrevida .

OBJETIVO: Analisar os resultados das novas terapias adjuvantes no câncer colorretal metastático e a eficácia dos métodos diagnósticos no seu seguimento.

MÉTODO: Os autores relatam o quadro da paciente A.D.L., 55 anos, feminino, branca, portadora de adenocarcinoma tubular bem diferenciado em sigmóide com estadiamento pré-operatório com metástases hepáticas difusas em segmentos II, IV e VII, além de antígeno carcinoembrionário (CEA) elevado (122). Foi submetida a retocolectomia esquerda com linfadenectomia radical e anastomose primária. O exame histopatológico revelou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, ulcerado e infiltrativo até tecido adiposo sem invasão vascular e com metástases linfonodais (T₃ N₁ M₁; Dukes D). Tratada com quimioterapia pós-operatória no esquema Folfox 4 (fluorouracil / leucovorin / oxaliplatina) em 6 ciclos com regressão quase completa (95%) das lesões hepáticas e normalização do CEA, permanecendo pequena lesão no segmento IV. Submetida a PET-CT sem evidências de lesões hipermetabólicas além de manutenção do CEA normal. Após 24 meses de evolução apresentou aumento progressivo do CEA com confirmação de doença metastática exclusivamente hepática ao PET-CT, sendo então submetida a terapêutica cirúrgica e esquema quimioterápico Folfiri (fluorouracil / leucovorin / irinotecano).

RESULTADO E DISCUSSÃO: Na paciente em questão, o método diagnóstico contribuiu para sugerir modificações terapêuticas e prognósticas para a sobrevida e qualidade de vida. A abordagem da doença metastática é multidisciplinar e deve ser adequada ao contexto geral do enfermo, levando em consideração fatores relevantes como estado geral, sobrevida e os reais benefícios que o tratamento proposto pode trazer para a situação em particular.

CONCLUSÃO: Os autores concluem que o tratamento do câncer colorretal persiste como desafio da Coloproctologia moderna, e que a variabilidade da evolução é influenciada não só pela qualidade do cirurgião e pelas características da lesão, mas também pelo seu estadiamento preciso. Neste, a tecnologia moderna vem incorporando métodos que devem ser desenvolvidos buscando a otimização dos resultados terapêuticos cirúrgicos, neoadjuvantes e adjuvantes favorecendo a cura e a qualidade de vida dos doentes.

P.06.33

POLIPECTOMIAS ENDOSCÓPICAS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 532 COLONOSCOPIAS

SOUZA GRMR; ALMEIDA MG; BARAVIERA AC; DANTAS CCB; FALLEIROS V; GONTSCHAROW S; FALLEIROS V; MANZIONE CR; MACHADO SPG; MARIANELLI R; SANCHES BCF*; VILARIÑO TC

SERVIÇO: Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo – (HSPM-SP)

RESUMO :

Objetivos: Avaliar em estudo retrospectivo, o resultado de 532 videocolonoscopias, realizadas no Serviço de Coloproctologia do HSPM_SP, no período de janeiro a dezembro de 2007, estudando-se apenas aquelas com achados de lesões polipoides. Correlacionar idade dos pacientes, indicações do exame, eventuais complicações, bem como localização, distribuição e diagnóstico anatomopatológico das lesões encontradas.

Pacientes e métodos: Foram realizadas 532 videocolonoscopias, sendo que destas, 88 mostraram lesões polipóides, evidenciando-se 142 polipos, os quais foram ressecados endoscópicamente e o material enviado para análise histopatológica.

Resultados: Das 88 videocolonoscopias realizadas, 68,18% dos pacientes eram mulheres, 31,81% homens. A maior incidência de lesões se deu na faixa dos 51 aos 80 anos de idade, perfazendo 82,55% da amostra. A principal indicação do exame foi sangramento, em 22 casos seguida de alteração do hábito intestinal em 15 pacientes e 17 já haviam sido submetidos há alguma retirada de pólipos. Em 59 (67,04%) pacientes foi encontrado apenas um pólipo. Em 50% dos casos os pólipos se localizavam no reto ou sigmóide, 6,81% no ascendente e 2,5% no ceco. Destes 41% tinham menos que 0,4cm, 20,4% entre 0,5 e 0,9cm e 15,5% eram maiores que 2,0 cm. Histologicamente 77 (54,23%) pólipos eram adenomas (47,4% tubulares, 32,6% túbulo-vilosos e 20% vilosos) 27 (19,02%) inflamatórios, 36 (25,35%) hiperplásicos e 02 (1,40%) hamartomatosos. Não houve complicações decorrentes do procedimento em nenhum dos casos.

Conclusão: Nossos resultados estão de acordo com a literatura e reforçam o fato de que todos os pólipos encontrados, passíveis de ressecção, devem ser retirados durante o exame videocolonoscópico, devido ao alto risco de malignização, e que a polipectomia endoscópica é um método seguro, factível e eficaz demonstrado pelos baixos índices de complicações.

P.06.34

PÓLIPO ADENOMATOSO COLORRETAL COM FOCO DE ADENOCARCINOMA: POLIPECTOMIA OU RESSECÇÃO? IMPORTÂNCIA DO ESTUDO HISTOPATOLÓGICO

Ciquini, S.A.*; Vidilli-Pereira, E.A.; Alves, A.C.N.; Elias, S.E.M.C.N.; Nascimento, P.F.; Pizzo, K.B.; Gazzaneo, T.J.; Carmo, A.C.P.; Quilici, F.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA PUC-CAMPINAS – SÃO PAULO - BRASIL

INTRODUÇÃO: A presença de todas as fases no desenvolvimento de malignidade dentro do mesmo espécime de uma lesão polipóide é a evidência direta da seqüência pólipto-câncer, já que 4 a 5% dos pólipos demonstram algum elemento de carcinoma invasivo. De maneira geral, lesões maiores, sésseis e vilosas apresentam maior probabilidade de degeneração maligna. Com o advento da colonoscopia, a presença de uma lesão polipóide obriga a avaliação endoscópica e polipectomia. A questão mais controversa do tratamento é a identificação de carcinoma invasivo no espécime estudado. Doentes submetidos à ressecção intestinal após remoção de pólipos sésseis contendo carcinoma invasivo, apresentam incidência de metástase linfonodal de 10%. Portanto, a chave do tratamento adequado é a interpretação precisa dos achados histopatológicos.

OBJETIVO: Analisar a importância deste diagnóstico em doente portadora de pólipto intestinal ressecado por via endoscópica com posterior disseminação sistêmica da doença.

MÉTODO: Os autores relatam o quadro de doente portadora de pólipto adenomatoso tubular com focos de adenocarcinoma e posterior disseminação sistêmica.

RESULTADO: Apresenta-se o quadro da doente de 60 anos portadora de pólipto adenomatoso tubular com moderada atipia submetida a polipectomia endoscópica. Em acompanhamento endoscópico posterior, foi submetida à nova ressecção local com o achado histopatológico demonstrando focos de adenocarcinoma com invasão estromal. Com estadiamento negativo para metástases foi acompanhada endoscopicamente e submetida a mucosectomia local, a qual demonstrou presença de adenoma tubular com displasia de baixo grau. Permaneceu em acompanhamento com novos exames periódicos e após 3 anos apresentou sinais de metastização difusa, com impossibilidade terapêutica curativa.

DISCUSSÃO: Não há justificativa para observação do pólipto adenomatoso após seu diagnóstico, exceto na rara situação em que o risco de ressecção endoscópica é alto. Quando o carcinoma invasivo for encontrado no espécime de polipectomia, alguns autores aconselham ressecções locais para casos selecionados. Outros recomendam o tratamento cirúrgico, caso a área degenerada esteja próximo à margem de ressecção, se houver invasão angiolímfática e/ou presença histológica de lesão pouco diferenciada.

CONCLUSÃO: Os autores concluem a importância do tratamento adequado baseado na interpretação competente dos achados microscópicos. Isto vem sendo particularmente difícil quando não há uniformização de muitos termos usados por diferentes patologistas.

Qualquer que seja a escolha terapêutica, esta deverá ser sempre partilhada com o doente ponderando os riscos e benefícios inerentes a cada uma.

P.06.35
CARCINÓIDE DE RETO – RELATO DE CASO

Rodrigues S.G.;Nonose R.;Valenciano J.S*.;Maciel V.M; Martinez C.A.R,

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

INTRODUÇÃO:O tumor carcinóide deriva das células de Lieberkühn¹ e foi descrito pela primeira vez por Lubarsch em 1888², sua terminologia foi introduzida por Oberndorfer em 1907³ ao descrever um tipo de neoplasia que se assemelhava ao adenocarcinoma, porém era morfológicamente diferente e clinicamente menos agressivos que o adenocarcinoma intestinal⁹. O tumor carcinóide é raro, porém é o tumor neuroendócrino mais comum do trato gastrointestinal⁴⁻⁷. Estima-se que a incidência de tumores carcinóides nos E.U.A seja de um a dois casos por 100.000 mil habitante⁶. O trato gastrointestinal é a sede destes tumores em 73,7% dos casos¹¹.

Objetivo:Realizar uma revisão bibliográfica e relatar um caso de tumor carcinóide de reto através da análise retrospectiva do prontuário e pesquisa na literatura.

Conclusões:A incidência de tumor carcinóide retal é de cerca de 0,04% dos exames proctológicos, representando cerca de 1 a 2% das neoplasias retais^{1,11,14-17} e surgem mais frequentemente por volta da sexta década de vida¹¹. Aproximadamente 50% dos tumores são assintomáticos e são encontrados em colonoscopia de rotina¹⁷⁻²¹. Os pacientes que possuem sintomas geralmente apresentam sangramento retal, dor ou constipação^{18, 22}. A síndrome carcinóide é rara²² e quando está presente na maior parte das vezes já indica presença de metástase hepática^{16, 23}. Os sítios mais freqüentes de metástases são os linfonodos e o fígado, metástases para pulmão e ossos são incomuns⁶. O tamanho da lesão se correlaciona estreitamente com a probabilidade de metástases, tumores menores que 1,0cm raramente são metastático, ocorrendo em menos de 5% dos casos^{24, 22, 25}, se a lesão medir entre 1,0 cm e 1,9 cm a chance de metástase aumenta para 10%, e a chance de metástase é maior que 70% se a lesão exceder 2,0 cm de diâmetro^{26, 27}. A sobrevida em 5 anos é de 81% para os pacientes com doença localizada, 47% para os casos com metástases locorregionais, e 18% para os pacientes com metástases a distância^{11,16}

P. 06.36

TUMOR CARCINÓIDE DE RETO – RELATO DE CASO

Gontscharow S; Machado SPG; Barbosa MPR; Sanches BCF; Dantas CCB*; Marianelli R; Trazzi JC; Reis MP; Baraviera AC; Falleiros V; Almeida MG; Villariño TC.

Introdução:

O termo *Karzinóide* foi introduzido na literatura em 1907 por Oberndorfer ao descrever um tipo de neoplasia que se assemelhava ao adenocarcinoma, porém de evolução mais lenta, geralmente benigna.

Denominamos tumor neuroendócrino toda neoplasia originada das células do sistema APUD também chamadas de células de Kulchinsky ou células neuroendócrinas que se diferenciam dos adenocarcinomas por apresentarem grânulos intracitoplasmáticos.

Entre os tumores de natureza endócrina o carcinóide é o mais freqüente e representa 75% destes. Histologicamente são caracterizadas por apresentar reações positivas a sais de prata e a marcadores de tecidos neuroendócrinos como enolase, sinaptofisina e cromogranina. Clinicamente podem ser assintomáticos ou apresentar manifestações tais como: hemorragias, dor abdominal recorrente, obstrução intestinal ou, as vezes, manifestações sistêmicas derivadas de secreção hormonal anormal.

A incidência de tumores carcinóides gastrintestinais aumenta do duodeno ao íleo, com mais de 80% sendo localizados no intestino delgado distal e no reto representa cerca de 1,5% de todas as neoplasias.

Relato de Caso:

Paciente A.S., 68 anos atendido no serviço de coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal proveniente de outro hospital para rastreamento de câncer de Colon com história de dor em fossa ilíaca esquerda, de longa data, tipo "pontada", sem fatores de melhora ou piora, sem irradiações, associada a alteração do hábito intestinal (constipação → diarreia) há aproximadamente 3 anos. Antecedentes cirúrgicos: Hemorroidectomia há 15 anos. Ao exame proctológico apresentava plicoma discreto e área de estenose anular em canal anal com tônus aumentado. Trouxe colonoscopia realizada há 1 ano demonstrando doença diverticular de cólon esquerdo e pólipos de 1,0 cm em reto distal, retirado com alça diatérmica cujo resultado de análise anátomo-patológica demonstrava adenoma túbulo-viloso sem invasão camada muscular da mucosa. Foi submetido, em nosso serviço, a retossigmoidoscopia onde evidenciou-se dois pólipos retais a 1,2 cm e 7 cm da borda anal, medindo respectivamente 0,4 cm e 0,6 cm, retirados parcialmente com saca-bocado. A análise anatomo-patológica revelou carcinoma neuroendócrino em lâmina própria e submucosa. A dosagem de excreção urinária de ácido 5-hidroxiindolacético foi dentro dos padrões da normalidade. Seguiu-se a colonoscopia que apresentou lesão polipóide de aproximadamente 0,5 cm, pediculado, de aspecto liso, adjacente a pólipos sessil, ambos localizados há 15 cm da borda anal. O primeiro retirado com pinça de biópsia e o segundo com alça de polipectomia. Ambos os pólipos apresentaram diagnóstico anatomo-patológico de adenoma viloso.

Após 5 meses paciente retorna com Ultrassonografia abdominal (sem lesões evidentes) e Tomografia abdomino-pélvica demonstrando duas imagens hepáticas nodulares, hipodensas em segmento IV (2,1 cm) e V (1,1 cm), ambas de natureza indeterminada. Nesta ocasião submeteu-se a retossigmoidoscopia de controle que evidenciou nova lesão polipóide, de 4,0 mm, a 8 cm da borda anal cuja análise anatomo-patológica revelou tumor carcinóide em mucosa e submucosa.

Diante dos achados clínicos, endoscópicos e radiológicos optou-se por tratamento cirúrgico através de retossigmoidectomia e anuplastia. A análise macroscópica da peça não demonstrava lesões porém o resultado de microscopia apresentou diagnóstico de tumor carcinóide em reto distal com invasão de camada mucosa e submucosa. Paciente apresentou boa evolução após o procedimento e esta em acompanhamento pelo serviço de coloproctologia.

Discussão:

Os tumores carcinóides são tumores de crescimento lento de origem neuroectodérmica que pertencem ao sistema de captação e descarboxilação de precursores de aminas (amine precursor uptake and decarboxylation APUD). Eles são as mais comuns neoplasias neuroendócrinas do trato gastrointestinal. Também podem ser encontrados em localizações diversas como brônquio ovário e rim.

Aproximadamente 50% dos casos são assintomáticos, sendo diagnosticados acidentalmente ou em exames proctológicos de rotina. Quando presentes no reto são facilmente identificados por meio de retossigmoidoscopia e toque retal.

Os tumores carcinóides, independentemente do seu local de origem, são associados a uma incidência aumentada de outros tumores malignos, especialmente aqueles do trato gastrointestinal, conforme apresentado. Além disso, uma incidência aumentada de malignidade de mamas e uterinas, bem como câncer do sistema hematopoiético foi descrita.

Os tumores maiores que 2cm são malignos entre 74 e 83% dos casos, os tumores que medem entre 1 a 2cm são malignos em 9 a 11% dos casos e os menores que 1cm entre 3 a 7%.

A ocorrência de metástase depende de fatores como tamanho do tumor e grau de invasão. Os órgãos mais afetados pelas metástase são fígado seguido por pulmões e cérebro. O tamanho do tumor maior que 2cm sugere invasão de muscular e quando esta ocorre as metástases ganglionares e a distância são regra, salvo raras exceções. Modlin e Sandor verificaram que mais de 60% dos tumores carcinóides de reto diagnosticados por biopsia medem menos que 1cm, e estão associados a disseminação metastática em menos de 2% dos casos enquanto que lesões entre 1 a 1,9cm e lesões maiores que 2,0cm a ocorrência de metástases foi evidenciada em 10 a 15% e 60 a 80% dos casos respectivamente.

O tratamento baseado em fatores prognósticos tem sido a ressecção radical em todos os tumores maiores que 2,0cm, variando a técnica a ser usada de acordo com sua localização em reto.

No caso relatado apesar do tamanho do tumor ser menor que 2,0cm, apresentava invasão de camada muscular e nesse caso a o procedimento cirúrgico mais adequado foi a retossigmoidectomia como nos casos de adenocarcinoma.

ESÔFAGO E ESTÔMAGO

P.07.01

ACHADOS MANOMÉTRICOS DE PACIENTES COM MEGAESÔFAGO CHAGÁSICO DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

P. 07.02

VOLVO GÁSTRICO: RELATO DE CASO

Lichtenberger, M.; Carvalho, D.*; Frazão, M.; Ilias, E.; Kassab, P.

DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNISA

Resumo: volvo gástrico é uma condição pouco comum, na qual ocorre uma rotação anormal do estômago. As causas podem ser primárias (congenita, frouxidão dos ligamentos gástricos) ou secundárias a um defeito diafragmático (hérnia hiatal, pós-traumática). De acordo com o eixo de rotação, classifica-se em organoaxial – eixo logitudinal, sendo o mais comum (60%) – mesentérico-axial – eixo transversal (30%) – e tipo misto – uma combinação dos dois. Apresenta-se com um quadro de dor abdominal súbita, vômitos e a tríade de Borchardt (distensão abdominal, incapacidade de passar a sonda gástrica e inúteis esforços para vomitar). Pode ter uma forma de apresentação crônica que é assintomática ou oligossintomática, responsável por sintomas incomuns de dor abdominal. O diagnóstico pode ser confirmado com endoscopia e estudo contrastado. O volvo gástrico é propenso a isquemia tecidual, necrose e perfuração gástrica, sendo considerado uma emergência cirúrgica. No tratamento é realizado gastropexia, correção da hérnia e, se houver comprometimento gástrico, gastrectomia. Objetivo: relatar um caso de volvo gástrico secundário à hérnia hiatal. Relato do caso: paciente S.B.Z., 53 anos, masculino, obeso, com vômitos há 14 horas que ocorriam após a alimentação, sem outras queixas. Referia episódio semelhante há um mês, em uso de omeprazol 40mg/dia desde então. Antecedente de etilismo. Ao exame: regular estado, corado, desidratado ++/4, afebril, eupneico, orientado. PA 110x70mmHg. Abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor, sem vísceras palpáveis. Hb 17,7; Ht 54,3%; leucócitos 18500 (1B/70S). A endoscopia revelou extensa hérnia hiatal (4cm), torção do estômago em seu próprio eixo, sem sinais de isquemia, sangramento ou perfuração gástrica. Realizou-se tentativa de redução do volvo com o aparelho, sem sucesso. Optou-se então, por conduta cirúrgica. Achados intra-operatórios: estômago aumentado de tamanho, torcido em seu próprio eixo (rotação mista – organoaxial e mesoaxial) e hérnia paraesofágica. Realizou-se correção da hérnia com funduplicatura à Nissen e gastropexia no peritônio parietal.

**P.07.03
ADENOCARCINOMA E CARCINOMA ESPINOCELULAR SINCRÔNICOS DE ESÔFAGO -
RELATO DE CASO**

P. 07.04

ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES DA ESOFAGOCOLO PLASTIA EM DOENÇA MALIGNA DO ESÔFAGO

Aquino, J.L.B.; Crisóstomo, T.A.*; Maziero, D.; Oliveira, J.M.V.P.; Pereira, D.A.R.; Said, M.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, AVENIDA JOHN BOYD DUNLOP S/Nº, JARDIM IPAUSSURAMA, CAMPINAS.

INTRODUÇÃO

Há várias maneiras de se tratar um paciente portador de doença maligna do esôfago cirurgicamente. A esofagoplastia, com ou sem esofagectomia, é um procedimento que permite ao paciente com obstrução esofágica severa a realimentação por via oral. A técnica mais utilizada no mundo todo é o tubo gástrico de grande curvatura que pode ser utilizado como intuito paliativo ou curativo. No entanto, apesar de ser mais fisiológico, algumas vezes o estômago não se apresenta em condições adequadas para ser utilizado na reconstrução esofágica. Nestes casos, mesmo os paciente que apresentam doença maligna do esôfago podem se valer dos benefícios da esofagocoloplastia.

OBJETIVO

Avaliar os resultados da reconstrução esofágica com o colo em uma série de pacientes portadores de doença esofágica maligna.

MATERIAIS E MÉTODOS

No período de janeiro de 1995 a julho de 2006, no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP), 16 pacientes foram submetidos à esofagocoloplastia pela via cérvico-laparotômica com esofagectomia. Do total de pacientes, 11 (66,7%) eram do sexo masculinos e idade média desta casuística foi de 42 anos, variando de 32 a 73 anos. Este grupo foi submetido à ressecção esofágica transmediastinal com reconstrução colônica por via mediastinal posterior, independentemente da localização ou do resultado histopatológico previamente obtido por biópsia, à exceção de um único paciente, cujo tumor não podia ser ressecado. Apenas este paciente, devido à irressecabilidade detectada à tomografia computadorizada de tórax, teve o bypass esofágico realizado por via retroesternal, sem esofagectomia. Nos outros 15 pacientes, o procedimento foi realizado com intenção curativa, não paliativa.

RESULTADOS

Dos pacientes estudados, 8 (50%) apresentaram uma ou mais complicações, sendo a fístula e/ou estenose da anastomose cervical a mais freqüente, presente em 6 pacientes (38,12%); complicações pleuro-pulmonares ocorreram em 5 pacientes (31,25%) e complicações cardiovasculares estiveram presentes em 2 casos (12,5%). Houve 1 caso de necrose de colo, que representou 6,25% de nossa casuística e houve, ainda, 3 pacientes que foram a óbito no pós operatório mediato (18,75%), todos os 3 haviam sido submetidos à ressecção esofágica. O paciente que sofreu o bypass retroesternal faleceu 4 meses após a cirurgia, por pneumonia da comunidade.

CONCLUSÃO

A esofagocoloplastia por via mediastinal posterior é um procedimento que restabelece o trânsito digestivo de maneira adequada na maioria dos pacientes, apesar da mortalidade não desprezível. Há elevação da morbimortalidade quando da realização de ressecção esofágica. Também é evidente na literatura e prática clínica a boa qualidade de vida nos pacientes portadores de doença maligna submetidos a esta reconstrução, com grande satisfação em poderem alimentar-se por via oral.

P. 07.05

ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS COMPLICAÇÕES DA ESOFAGOCOLOPLASTIA EM ESOFAGITE CÁUSTICA

Aquino, J.L.B.; Crisóstomo, T.A.*; Maziero, D.; Oliveira, J.M.V.P.; Pereira, D.A.R.; Said, M.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, AVENIDA JOHN BOYD DUNLOP S/Nº, JARDIM IPAUSSURAMA, CAMPINAS.

INTRODUÇÃO: A esofagocoloplastia, com ou sem esofagectomia, é um procedimento que permite ao paciente com obstrução esofágica severa a realimentação por via oral. As indicações mais comuns são nas doenças benignas, principalmente por ingestão de cáusticos. A respeito do procedimento, é necessário ainda que se esclareça que o estômago é a víscera de eleição para reconstrução esofágica, tanto pela situação anatômica, pelo fato de a reconstrução ser mais fisiológica, como também por exigir apenas uma anastomose, diminuindo significativamente a chance de haver complicações e o tempo cirúrgico. No entanto, alguns pacientes, seja por comprometimento do estômago ou de sua vascularização, ou ainda por ter sofrido gastrectomia prévia, não têm a oportunidade reconstrução esofágica por tubo gástrico. A estes pacientes, com indicação precisa da esofagocoloplastia e com boas condições de operabilidade, este procedimento oferece grandes benefícios, sendo o principal a realimentação via oral.

OBJETIVO: Avaliar os resultados da reconstrução esofágica com o colo em uma série de pacientes portadores de doença esofágica benigna, considerando complicações locais e sistêmicas do procedimento.

MATERIAIS E MÉTODO: No período de janeiro de 1987 a julho de 2007, no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP), hospital universitário vinculado à Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 34 pacientes foram submetidos à esofagoplastia pela via cérvico-laparotômica com ou sem esofagectomia. A indicação da esofagocoloplastia em todos estes pacientes se deveu à esofagite cáustica, com tempo variável de 1 mês a 5 anos da ingestão de cáusticos. sendo 23 pacientes (66,7%) masculinos, com idade média de 37,5 anos. Deste grupo, a maioria (29 pacientes) foi submetida à derivação por transposição colônica retroesternal e apenas 5 pacientes foram submetidos à ressecção esofágica transmediastinal com reconstrução colônica por via mediastinal posterior.

RESULTADOS: Dos pacientes estudados, 14 (41%) apresentaram uma ou mais complicações, sendo a fístula e/ou estenose da anastomose cervical a mais freqüente, presente em 10 pacientes (29,4%); e complicações cárdio-pulmonares, em 3 (8,82%), sendo apenas 1 do grupo tratado por via retroesternal. O grupo de pacientes submetidos à ressecção transmediastinal teve mais complicações: pacientes (63,3%) em relação ao grupo submetido ao bypass retroesternal (34,4%). Não houve nenhum caso de óbito decorrente da intervenção nesta série de pacientes.

CONCLUSÃO: A esofagoplastia, seja por via retroesternal ou pela via mediastinal posterior, é um procedimento que restabelece o trânsito digestivo de maneira adequada na maioria dos pacientes, apesar da morbidade não desprezível. Há elevação da morbidade quando da realização de ressecção esofágica. Por outro lado, fica evidente na literatura e prática clínica, a boa qualidade de vida a longo prazo nos pacientes portadores de doença benigna submetidos a esta reconstrução, que não aumenta comorbidades digestivas nem compromete, em nenhum grau, a alimentação destes pacientes.

P. 07.06

CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CÉLULAS BASALÓIDES DO ESÔFAGO: RELATO DE CASO

Vasconcelos, L.P.; Vasconcelos, H.P.; Garcia, R.B.; Mello, F.C.; Souza, P.M.S.B.; Rodrigues, T.O.*; Pettinati, J.; Ferraz, R.B.J.; Junior, R.M.;

SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO.

INTRODUÇÃO: O carcinoma espinocelular de células basalóides (CECB) de esôfago é uma variante rara e agressiva do carcinoma espinocelular (CEC), correspondendo 0,3 a 11,3% destes. Apresenta prevalência maior em homens, entre 55 e 60 anos, acometendo preferencialmente o terço médio esofágico. O diagnóstico pelo anátomo-patológico (AP) da biópsia realizada por endoscopia digestiva alta (EDA) é muito difícil. Caracteriza-se pelo baixo grau de diferenciação, grande atividade proliferativa, grande índice de metástase, maior pleomorfismo nuclear e alto grau de atividade apoptótica. Por isso, o papel da cirurgia oncológica é fundamental, apresentando prognóstico muito ruim quando não passível da mesma. Ainda não existe consenso a respeito do uso da radio e quimioterapia, tanto no pré quanto no pós-operatório. **OBJETIVO:** relatar um caso de CECB. **MATERIAL E MÉTODOS:** Paciente de 57 anos, masculino, tabagista (60 maços/ano), etilista (há 20 anos), referiu disfagia para sólidos há 2 meses e pastosos há 1 mês, associado à perda ponderal de 4 kg no período. À EDA evidenciou-se lesão vegetante infiltrando toda a circunferência do órgão, comprometendo 80% da luz, iniciando a 19 cm da arcada dentária superior, estendendo-se por 6 cm distalmente. O exame AP da biópsia realizada demonstrou tratar-se de CEC invasor, moderadamente diferenciado. Na TC de tórax observou-se espessamento de parede de esôfago no seu terço superior, com íntimo contato com a croça da aorta, sem linfonomegalias. Submetido à cirurgia de esofagectomia subtotal em 3 campos (acesso por cervicotomia esquerda, toracotomia direita e laparotomia mediana supra-umbilical), sendo confeccionado um tubo gástrico ao longo da grande curvatura, com grampeador linear, que foi transposto pelo mediastino posterior e anastomosado com o coto esofágico na região cervical. No AP da peça cirúrgica evidenciou-se um CECB, invadindo adventícia, sem invasão linfonodal (T3N0Mx). Optado pela não realização de terapia neoadjuvante. Um ano após a cirurgia o paciente não apresenta sinais de recidiva tumoral. **CONCLUSÕES:** Até o momento, o tratamento é realizado como um CEC, sendo o diagnóstico de CECB feito na maioria das vezes após AP da peça cirúrgica e imunohistoquímica com laminina se persistir dúvida. Por tratar-se de um tumor raro, são necessários mais estudos para definir a importância da terapia adjuvante e neoadjuvante para este tipo de tumor.

P. 07.07

TUMOR SINCRÔNICO DE ESTÔMAGO-RELATO DE CASO

Caramel, J. M.*;Petreca, C.;Rubio,E.C.; Becker Jr., O.M.;Apodaca, F. R.; Kim, S. B.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO-SPDM (UNIFESP) - MOGI DAS CRUZES – SÃO PAULO

(INTRODUÇÃO) O câncer gástrico duplo sincrônico, foi pela primeira vez relatado em 1855. Pelos critérios de Warren e Gates, de 1932, reestabelecidos por Moertel em 1961; os tumores sincrônicos são aqueles que não podem ser considerados metástase, invasão ou recorrência do primeiro, tendo como intervalo entre o diagnóstico do segundo primário tumor menos que seis meses, podendo estar em órgãos diferentes, no mesmo ou associação dos dois. Na literatura muitas combinações de tumores sincrônicos são relatadas. Das neoplasias do sistema digestório o mais comum de apresentar tumor sincrônico é a neoplasia de estômago, em torno de 2,8% a 6% sendo a maioria dos casos composta por adenocarcinomas múltiplos ou associação entre adenocarcinoma e linfoma (MALT). (OBJETIVO) Relatar o caso de um paciente com tumor duplo sincrônico de estômago. (MATERIAL E MÉTODOS) Paciente com 66 anos, masculino, com história de vômitos pós prandiais e disfagia progressiva para sólidos, associada à dor epigástrica e perda ponderal de cerca de 5 kg nos últimos 30 dias. Na endoscopia digestiva alta foi identificado, no esôfago, tumoração de 35 a 40 cm da arcada dentária superior; vegetante, ocupando cerca de 75% da luz e na mucosa do antro anterior e incisura angularis,tumoração vegetante de 5,0 cm, de bordos e limites irregulares e imprecisos e friável .O resultado do exame anatomopatológico identificou, adenocarcinoma invasivo, moderadamente diferenciado, na biópsia da lesão de antro, e adenocarcinoma moderadamente a pouco diferenciado e infiltrativo na biópsia da lesão em esôfago distal.A partir dos achados acima, o paciente foi submetido a esofagectomia subtotal, gastrectomia total e reconstrução do trânsito por esofagocoloanastomose através de laparotomia mediana e cervicotomia lateral esquerda. (RESULTADO) O anátomo-patológico evidenciou adenocarcinoma túbulo-viloso, invasivo em cárdia e adenocarcinoma tubular, tipo intestinal de Lauren, em topografia antral. Deve ser salientada nos casos de tumores sincrônicos gástrico, a necessidade de uma propedêutica gástrica pré-operatória acurada com exame endoscópico e histopatológico rigoroso, além de inspeção cuidadosa do estômago no intra-operatório.

P. 07.08

TUMOR NEUROENDÓCRINO DE ESTÔMAGO.

Ferraz, R.B.J.*; Vasconcelos, L.P.; Vasconcelos, H.P.; Garcia, R.B.; Mello, F.C.; Souza, P.M.S.B.; Rodrigues, T.O.; Junior, R.M.;

SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO.

INTRODUÇÃO: Os tumores neuroendócrinos do estômago são tumores raros, sendo o estudo imunohistoquímico condição essencial para o diagnóstico adequado. O diagnóstico é realizado por exame endoscópico com biópsia da lesão, que deve ser submetida ao estudo anátomo – patológico e ao estudo imunohistoquímico. A conduta é a ressecção cirúrgica do tumor e das metástases hepáticas sempre que possível. O tipo de tratamento depende da classificação destas lesões, que dividem – se em quatro tipos, sendo proposto para cada tipo um tratamento distinto. Os casos selecionados de lesões polipóides no estômago podem ser tratados com ressecção endoscópica. O tratamento adjuvante é baseado na quimioterapia, que tem indicação apenas nos tumores pouco diferenciados ou na presença de doença extra-hepática. A radioterapia é reservada apenas com fins de tratamento paliativo. **OBJETIVO:** relatar um caso de Tu neuroendócrino de estômago. **MATERIAL E MÉTODOS:** Paciente de 54 anos, masculino, com diagnóstico prévio de adenocarcinoma que foi submetido a gastrectomia total. O resultado do exame anátomo patológico mostrou tratar-se de neoplasia neuroendócrina bem diferenciada em pólipos de região posterior de corpo, próxima à pequena curvatura, com 0,8 cm no maior eixo, acometendo mucosa e submucosa. Ausência de metástases nos linfonodos dissecados com a peça cirúrgica. A análise da lesão através de exame imunohistoquímico confirmou o resultado do anátomo – patológico da peça ressecada, de neoplasia neuroendócrina bem diferenciada em estômago. **CONCLUSÕES:** O estudo imunohistoquímico do material de biópsia é essencial para o diagnóstico dos Tu neuroendócrinos de estômago. A ecoendoscopia é importante para o correto estadiamento da lesão e indicação terapêutica adequada. O tipo de tratamento cirúrgico depende do estadiamento da neoplasia e grau de diferenciação celular.

P. 07.09

CARCINOMA VERRUCOSO DE ESÔFAGO

*Tebet ACF¹, Ujvari RM¹, Augusto FM¹, Castro OAPC², Contrucci O³, Marques GMN⁴, Ilias EJ⁵, Kassab P⁵, Maluf F⁶.

Introdução: Carcinoma verrucoso é uma variedade rara e bem diferenciada de carcinoma de células escamosas, caracterizado por uma arquitetura verrucosa (papilífero). Predominantemente tem uma margem expansiva, atipia citológica mínima e paraqueratose. A correlação clínico-patológica é essencial visto que o diagnóstico de malignidade somente é feito se há invasão com comprometimento luminal profundo. A ecoendoscopia alta pode ser um método útil na avaliação da lesão, sugerindo o diagnóstico. Permite ainda realizar o estudo vascular do pedículo de modo à melhor definir a estratégia terapêutica. Proliferações verrucosas podem ser causadas por corpos estranhos, assim como algumas infecções virais como o HPV.

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 75 anos, apresentava disfagia há 10 meses e emagrecimento de aproximadamente 10 kg. Realizada endoscopia que revelou tumoração sugestiva de papiloma em esôfago médio, cuja biópsia não foi conclusiva. Realizada a ecoendoscopia evidenciando tumoração se estendendo de 28 a 32 cm da arcada dentária superior. Localizava-se na parede anterior e lateral esquerda, sendo elevada, vegetante, sésil, de superfície friável e verrucosa. Tratava-se de lesão hipocóica que parecia envolver mucosa e submucosa esofágicas e, na sua porção central até muscular própria. A lesão media 40 mm no maior eixo. Não se identificaram linfonodos regionais em tronco celíaco ou esôfago cervical. Feito exame anatomopatológico que concluiu tratar-se de carcinoma papilífero de células escamosas de forma verrucosa, bem diferenciada não metastatizante, com nível de invasão submucosa superficial (sm1), com forma de invasão expansiva (pushing borders). Os linfonodos supra diafragmáticos, junto à veia cava inferior, mediastinais e tronco celíaco não estavam comprometidos. Estádio pT1, pN0. Alterações citopáticas e arquiteturais consistentes com ação viral da família papilomo vírus humano (HPV). Realizada esofagectomia subtotal e reconstrução através do tubo gástrico, com boa evolução. Encontra-se com 18 meses de seguimento sem sinais de recidiva.

1. Acadêmicas do quinto ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro
2. Professor adjunto da Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de Santo Amaro
3. Professor adjunto da disciplina de cirurgia geral da Faculdade de Medicina da Universidade Santo Amaro
4. Médico assistente do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Geral do Grajaú, MSc, Fellow PhD FMUSP
5. Professor titular da disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro
6. Professor Livre Docente disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo

P. 07.10

DIVERTÍCULO DE FUNDO GÁSTRICO - RELATO DE CASO

Braga, M.; Ceccato, A.; Ceccato, G.*; Martins, R.; Oliveira, P.; Prates, R.;

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS

INTRODUÇÃO: Os divertículos são estruturas saciformes formados a partir da parede da víscera, estão presentes em todo o segmento gastrointestinal sendo o estômago o local de menor incidência. Os divertículos gástricos são raros e o diagnóstico é feito ocasionalmente durante o estudo radiológico, endoscópico, e nas necropsias. Aparecem em forma isolada com localização preferencial na região justacardiaca e pré-pilórica. São classificados em verdadeiros (congenitos) ou falsos (adquiridos). Os verdadeiros contêm todas as camadas da parede gástrica enquanto o falso contém apenas a mucosa. **OBJETIVO:** Apresentar o caso do paciente L.A.J.P, sexo masculino, 48 anos que durante um episódio de impactação alimentar e conseqüente estudo de imagem do trato digestivo alto, diagnosticou-se divertículo de fundo gástrico. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo; relato de caso. Realizou-se revisão da literatura em busca de informações sobre a doença relatada. **RESULTADO:** O paciente evoluiu bem, apresentando-se oligossintomático. Não apresentou aos estudos subseqüentes outras complicações. Optou-se pela conduta conservadora. **CONCLUSÃO:** O caso relatado é particular pela rara localização no fundo gástrico e pelo aspecto sintomático. O divertículo é uma causa incomum de sintomas dispépticos e dor abdominal inespecífica. O tratamento pode ser conservador. Em casos com pouca melhora clínica ou em vigência de complicações, indica-se o tratamento cirúrgico.

P. 07.11

DIVERTÍCULO DE ZENKER ASSOCIADO AO CARCINOMA ESPINOCELULAR: RELATO DE UM CASO

Mazzurana, M; Fortes, D.; Nasser, A. M. A.; Alvarez, H. T.; Iervolino, A. P. G.*; Utiyama, T. P. D.; Barreiro, B.

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO DE SANTOS E CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSÍADA (UNILUS)

Introdução: O divertículo faringoesofageano de Zenker é uma doença rara, foi descrito pela primeira vez por Ludlow em 1769. Seu principal sintoma é uma disfagia lentamente progressiva e o diagnóstico é confirmado através do esofagograma contrastado. Existem várias modalidades cirúrgicas para o seu tratamento e a malignização dificulta a resolução curativa. A ocorrência de carcinoma no divertículo é um achado ímpar. Objetivo: Relatar um caso clínico de malignização de divertículo de Zenker e elucidar seu quadro clínico possibilitando diagnóstico precoce. Materiais e Métodos : estudo e comparação de textos publicados em artigos originais, artigos de revisão bibliográfica e livros. Resultados: Estima-se uma incidência anual de 2:100.000. Pacientes com mais de 60 anos são os mais acometidos, na proporção de 2 homens para 1 mulher. A maioria dos pacientes com divertículo faringoesofágico apresenta disfagia como sintoma principal. O carcinoma epidermóide geralmente está associado ao divertículo de longa duração (3 a 34 anos), já que a inflamação crônica produzida pelo alimento estagnado e pela saliva é importante para o aparecimento de displasia⁸. Pacientes com divertículo de Zenker de longa duração devem ser submetidos à cirurgia como forma de prevenção da evolução para carcinoma. Conclusão: Devido à disfagia lentamente progressiva e rara associação com outros sintomas, muitos pacientes recorrem ao serviço de saúde somente quando apresentam complicações. Isso fica evidente no relato, pois o paciente procurou atendimento médico após 10 anos de sintomatologia, além de não realizar o tratamento ao diagnóstico do divertículo. Tal comportamento levou à malignização da mucosa diverticular e à irressecabilidade da lesão. Apesar da evolução neoplásica ser rara, destacamos a importância da valorização de pequenos sintomas, do acompanhamento médico dos divertículos já diagnosticados, bem como tratamento cirúrgico adequado.

P. 07.12
TUMOR DE GIST

RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO

DEFINI-SE GIST (TUMORES ESTROMAIS DO TUBO DIGESTIVO) COMO TUMORES MESENQUIMAIS MAIS COMUNS DO TRATO DIGESTIVO.

OBJETIVO

RELATAR UM CASO DE TUMOR DE GIST EM PACIENTE COM MASSA PALPÁVEL EM REGIÃO EPIGÁSTRICA ATÉ CRISTA ILÍACA COM EVOLUÇÃO DE 3 MESES.

RELATO DE CASO

MGM, 55 ANOS , FEMININA, SOLTEIRA, COZINHEIRA. PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NESTA UNIDADE EM SETEMBRO DE 2007 COM RELATO APARECIMENTO DE MASSA EM FLANCO ESQUERDO COM CRESCIMENTO DE APROXIMADAMENTE 3 MESES E EMAGRECIMENTO. NEGA DOR E SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL. ABDOME : PERISTALSE PRESENTE, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, PRESENÇA DE MASSA PALPÁVEL DESDE REGIÃO EPIGÁSTRICA ATÉ CRISTA ILÍACA ESQUERDA. EVACUAÇÃO PRESENTE .

FORAM REALIZADOS EXAMES LABORATORIAIS QUE EVIDENCIOU ANEMIA E EXAMES DE IMAGEM COMO: ULTRASSONOGRAFIA E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MOSTRANDO MASSA VOLUMOSA , BEM DELIMITADA DESDE A CÚPULA FRÊNICA ATÉ À CRISTA ILÍACA ESQUERDA (GIST ?). FEITO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM PÓLIPO SESSIL EM FUNDO GÁSTRICO.

FOI ENCAMINHADA Á SALA DE CIRURGIA E REALIZADO LAPAROTOMIA EXPLORADORA E AO IVENTÁRIO DA CAVIDADE FOI ENCONTRADO GRANDE MASSA ADERIDA AO ESTÔMAGO. FEITO GASTRECTOMIA EM CUNHA E ENVIADO PEÇA PARA ANATOMOPATOLÓGICO QUE POSTERIORMENTE CONFIRMOU TUMOR DE GIST.

P. 07.13

**TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES (TUMOR DE ABRIKOSSOFF) EM ESÔFAGO:
RELATO DE CASO**

Bazzi, K; Moraes, F; Souza, GRMR; Souza, PMBS; Andrade, AB*; Parreira, BA.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Introdução: Tumor de células granulares (TCG) do trato gastrointestinal é uma neoplasia benigna rara, sendo de localização mais freqüente no esôfago. Apresenta provável etiologia neural nas células de Schwann e a maioria dos casos é assintomática. **Relato de caso:** Feminino, 46 anos, tabagista de 7 maços/ano, queixava-se de dor tipo queimação em região epigástrica e retroesternal há 6 anos, associada a náuseas e vômitos. Apresentava plenitude gástrica pós-prandial, eructações e perda ponderal de 10 kg em 2 anos. Sem alteração de hábito intestinal. Foi submetida à endoscopia digestiva alta (EDA) com achado de esofagite e manteve-se em tratamento clínico por Doença do Refluxo Gastro-Esofágico com gastroclínico, com pantoprazol, mantendo-se assintomática. Apresentou histórico de 2 tratamentos prévios para *H. pylori* sem sucesso. Em uma das EDA de controle, 6 anos após o início do aparecimento dos sintomas, se observou epitélio sugestivo de esôfago de Barrett em 1/3 distal de esôfago (realizado biópsias), gastrite erosiva de antro gástrico, bulbite erosiva e monilíase esofágica. O resultado da biópsia revelou tumor de células granulares. Foi submetida à mucossectomia com alça de polipectomia em lesão localizada em esôfago distal de aproximadamente 1,5 cm de diâmetro e à 1,5 cm da transição esôfago-gástrica. O espécime foi submetido à análise anatomopatológica (AP), que confirmou tumor de células granulares. Realizado controle endoscópico com nova análise AP, constatada presença de ulcera esofágica em processo de cicatrização no local da ressecção, progressão de área digitiforme correspondente ao epitélio de Barrett e sem evidência de tumor residual, com margens livres de doença. Paciente permanece assintomática e segue em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** TCG são em sua maioria assintomáticos e de achado incidental. Quando sintomáticos ou com grandes dimensões, maior que 1cm, podem ser removidos via EDA, como realizado no caso.

P. 07.14

TRATAMENTO CONSERVADOR DA MEDIASTINITE PÓS-ROTURA DE ESÔFAGO

ESGAIB, A.S.;GHEFTER, M.C.:(GUIDUGLI, R.B.*).

SERVIÇO DE CIRURGIA DE TÓRAX DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO

RESUMO

A mediastinite pós-rotura de esôfago evolui invariavelmente para uma sepse grave, com fístula esôfago plural, causando instabilidade hemodinâmica que não permite manipulações cirúrgicas agressivas.

É proposto um tratamento conservador que consiste na aspiração da secreção do mediastino e alimentação por jejunostomia.

O principio terapêutico se embasa no fato de que, enquanto houver produção de enzimas e material necrótico no mediastino, não haverá fechamento da fístula.

É feito o relato de um caso do serviço que apresentou evolução, e já foram tratados mais outros quatro casos semelhantes com os mesmos procedimentos que evoluíram satisfatoriamente.

Os autores acreditam que este procedimento não invasivo, seja o melhor tratamento para um paciente instável por mediastinite com fístula esôfago pleural.

P. 07.15

DIVERTÍCULO DE ZENKER DE 10 CM

Ferraz, R.B.J.*; Melo, F.A.C.; Vasconcelos, L.P.; Bin, F.C.; Garcia, R.B.; Rodrigues, T.O.; Miele, C.F.; Ataliba, T.F.

HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL – SÃO PAULO - SP

Introdução: O divertículo faringoesofágico é uma herniação da mucosa da parede posterior do hipofaringe. Foi descrito pela primeira vez por Ludlov, em 1764, mas o nome Zenker tornou-se ligado a esta afecção porque em 1878, ele e Von Ziemssen juntaram 22 casos da literatura e 5 casos de sua casuística. São relativamente comuns, observados em 1% dos esofagogramas, especialmente nos pacientes idosos. A maior discussão é em torno do tratamento, sendo descrito o endoscópico, a miotomia isoladamente do músculo cricofaríngeo, a miotomia com diverticulopexia, a diverticulopexia sem miotomia, a diverticulectomia isoladamente e a diverticulectomia associada a miotomia. Para divertículos grandes o tratamento que apresenta menor recidiva é a diverticulotomia associada a miotomia cirúrgica. **Objetivo:** Relatar caso de divertículo de tamanho grande (10 cm). **Resultado:** Paciente de 56 anos, sexo masculino, com queixa de disfagia e perda de 20 kg em 3 anos. Apresentava abaulamento em região cervical associado a refluxo pós prandial. Realizou exame contrastado com iodo que evidenciou divertículo de grandes proporções comprimindo a luz do esôfago. Realizou diverticulectomia com grampeador linear associada a miotomia evoluindo bem, realizando exame contrastado do esôfago no 8º PO sem evidência de fistula e apresentando boa aceitação da dieta conforme sua progressão. **Conclusões:** Se o divertículo for pequeno, só deve ser realizada a miotomia; se for médio ou grande é feita diverticulectomia associada à miotomia cricofaríngea. E há quem defenda a diverticulopexia, afirmando que os pacientes evoluem com menos complicações e alta mais precoce.

P. 07.16

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA

Martucci, T. *; Masiukewycz, A.; Rodrigues, B.; Rstom, R.; Piacente, J. ;
Nassri, A.; Bassani, R.

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO-MOGI DAS CRUZES/SP.

INTRODUÇÃO: As doenças gastrintestinais na infância representam um grande grupo de desordens inflamatórias (agudas ou crônicas), infecciosas, metabólicas e congênitas, na maioria das vezes de caráter benigno. As indicações e os diagnósticos da endoscopia digestiva na pediatria são freqüentemente diferentes das dos adultos. Este aspecto deve ser sempre levado em consideração, pois raciocínios clínicos utilizados para adultos levariam à realização de endoscopias desnecessárias na faixa etária pediátrica.

OBJETIVO: Traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes pediátricos submetidos à EDA e pesquisar a positividade para *H. pylori*.

MATEIRAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva de 194 laudos endoscópicos de 186 pacientes de até 20 anos de idade que realizaram EDA no intervalo de janeiro a dezembro de 2007, observando-se as seguintes variáveis: sexo, idade, indicação, patologias encontradas e positividade para *H. pylori*.

RESULTADOS: A faixa etária variou de 1 a 19 anos e a média de idade foi de 14,8, com predomínio do sexo feminino (72,7%). As indicações mais relatadas foram dispepsia (58,8%) e epigastralgia (25,3%). Entre os exames realizados, 81,5% revelaram alguma alteração. Do total, as mais encontradas foram gastrite endoscópica (33,8%), esofagite (19,3%), incontinência do cárdia (9,4%) e bulbite (9,1%). A positividade para *H. pylori* esteve presente em 68,1% dos pacientes onde este foi pesquisado. Dos pacientes que apresentaram gastrite endoscópica, 32,1% realizaram pesquisa para *H. pylori* e em 70,5% a bacterioscopia foi positiva.

CONCLUSÕES: Neste estudo, as doenças gastrintestinais foram mais prevalentes a partir dos 11 anos de idade, com maior freqüência no sexo feminino. Dispepsia foi a queixa mais referida, e a alteração endoscópica predominante sugeriu a ocorrência de gastrite. Houve forte relação entre a presença de *H. pylori* e gastrite endoscópica.

P. 07.17

ESOFAGECTOMIA TRANSHIATAL LAPAROSCÓPICA COM PRESERVAÇÃO DOS NERVOS VAGOS PARA O TRATAMENTO DO MEGAESÔFAGO AVANÇADO - ANÁLISE DE 16 CASOS

Crema, E.; Sousa, R. C.; Lenza, R. M.; Perales, S. R.; Almeida, L. S.; Câmara, M. V. C.; Pastore, R.*

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO – UBERABA-MG

INTRODUÇÃO: A técnica de esofagectomia é o melhor tratamento para o megaesôfago avançado; entretanto, pode levar à disfagia importante e à estase alimentar. As esofagectomias transhiatais laparoscópicas analisadas foram feitas com a preservação dos nervos vagos.

OBJETIVO: Analisar as conseqüências da preservação do vago na esofagectomia transhiatal laparoscópica.

MATERIAL E MÉTODOS: As indicações de cirurgia foram megaesôfago avançado diagnosticado radiológica e manometricamente e recidiva de megaesôfago após cirurgia envolvendo junção esôfago-gástrica. Foram realizadas 16 esofagectomias transhiatais laparoscópicas com preservação dos nervos vagos entre agosto de 2006 e dezembro de 2007. A média de idade dos pacientes foi de 58,3 anos (24-72) e todos foram submetidos à sorologia para *T. cruzi*, esofagograma, endoscopia digestiva de alta resolução, eletromanometria, ultrassom de vesícula biliar e pHmetria de 24 horas, estudo radiológico e cintilográfico (tc99), avaliação nutricional, fisioterapia respiratória e suporte nutricional através de sonda nasoenteral.

RESULTADOS: O tempo médio de cirurgia foi de 160 minutos (100–220), não houve mortalidade e nem conversões. Sendo 2 (12,5%) hemopneumotórax e 1 (6,25%) fístula cervical. Os estudos radiológico e cintilográfico mostraram bom esvaziamento gástrico em todos os pacientes.

CONCLUSÃO: Os resultados observados com o emprego da esofagectomia laparoscópica transhiatal demonstraram que a preservação dos vagos é possível, segura e propicia bom esvaziamento gástrico no pós-operatório.

Palavras-chave: Esofagectomia; laparoscopia; megaesôfago

P. 07.18

ESOFAGECTOMIA TRANSHIATAL LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DO MEGAESÔFAGO AVANÇADO - ANÁLISE DE 60 CASOS

Crema, E.; Silva, A. A.; Lacerda, C. F.; Perales, S. R.*; Almeida, L. S.; Câmara, M. V. C. e Pastore, R.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO – UBERABA - MG

INTRODUÇÃO: A esofagectomia subtotal transmediastinal através de acesso laparoscópico tem se mostrado boa alternativa ao acesso laparotômico no tratamento do megaesôfago avançado.

OBJETIVO: Analisar os resultados de esofagectomias transhiatais laparoscópicas.

MATERIAL E MÉTODOS: As indicações de cirurgia foram megaesôfago avançado diagnosticado radiologicamente e/ou manometricamente e recidiva de megaesôfago após cirurgia envolvendo junção esôfago-gástrica. Foram realizadas 60 esofagectomias transhiatais por laparoscopia de setembro de 1996 até dezembro de 2006. A idade média dos pacientes foi 56,4 anos (18 – 76) e antes da cirurgia foram submetidos a sorologia para T. cruzi, esofagograma, endoscopia digestiva de alta resolução, eletromanometria, ultrasonografia de vesícula biliar e pHmetria de 24 horas, avaliação nutricional, fisioterapia respiratória e suporte nutricional através de sonda nasoenteral.

RESULTADOS: O tempo médio de cirurgia foi de 160 minutos (110 – 325), não houve mortalidade e houve melhora de todos os parâmetros avaliados. Doze dos 60 pacientes (20%) apresentaram complicações. Ocorreram 8 casos de hemopneumotórax (13,34%), 3 casos de estase gástrica (5%), 4 casos de fístula cervical (6,67%) com resolução clínica e 9 casos de disfonia (15%).

CONCLUSÃO: Os resultados observados na esofagectomia transhiatal laparoscópica foram satisfatórios. Demonstraram que a técnica é segura e traz excelentes resultados pós-operatórios.

Palavras-chave: Esofagectomia; laparoscopia; megaesôfago

P. 07.19

ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: RELATO DE CASO

Nicoletti C.; Birindelli J.P.A.; Richter C.A.; Siqueira L.C.D.

UGA II – HOSPITAL IPIRANGA – SÃO PAULO, SP

INTRODUÇÃO: A esofagite eosinofílica (EE) é uma doença com etiologia não totalmente esclarecida. Ocorre com maior frequência em homens jovens e crianças. Comumente está associada a outras doenças alérgicas e atopias. Manifesta-se por disfagia. O diagnóstico baseia-se na endoscopia digestiva alta com biópsia esofágica.

OBJETIVO: RELATO DE CASO DE ESOFAGITE EOSINOFÍLICA, COM REVISÃO DO TEMA.

RELATO: PACIENTE MASCULINO, BRANCO, 27 ANOS, NATURAL E PROCEDENTE DE SÃO PAULO. RELATOU QUE HÁ DEZ ANOS HAVIA INICIADO QUADRO DE DISFAGIA PARA ALIMENTOS SÓLIDOS, ASSOCIADA A VÔMITOS PÓS-ALIMENTARES. ANTECEDENTE DE RINITE ALÉRGICA. EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÕES. SERIOGRAFIA ESÔFAGO-GASTRO-DUODENAL DEMONSTRANDO ESTENOSE REGULAR EM TERÇO DISTAL DE ESÔFAGO TORÁCICO. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EVIDENCIANDO SUBESTENOSE ESOFÁGICA EM TERÇO MÉDIO/DISTAL E MUCOSA BRANCO-NACARADA. A BIÓPSIA DEMONSTROU ESOFAGITE CRÔNICA MODERADA TIPO EOSINOFÍLICA, COM PRESENÇA DE MAIS DE 40 EOSINÓFILOS POR CAMPO DE GRANDE AMPLIAÇÃO. SUGERIDA RESTRIÇÃO DIETÉTICA COM ALIMENTOS POUCO ALERGÊNICOS, CONTROLE ENDOSCÓPICO E POSTERIOR DILATAÇÃO ESOFÁGICA.

DISCUSSÃO: A esofagite eosinofílica caracteriza-se por um infiltrado inflamatório de eosinófilos, provavelmente de etiologia alérgica ou idiopática. A doença afeta principalmente indivíduos jovens do sexo masculino, sendo diagnosticada na infância até a terceira ou quarta décadas de vida. Em aproximadamente 77% dos casos existe uma história pessoal progressiva de atopia. A principal manifestação clínica é a disfagia para sólidos que pode atingir até 92% dos indivíduos. A severidade dos sintomas "obstrutivos" contrasta com a freqüente escassez de achados radiológicos e endoscópicos. O diagnóstico baseia-se na identificação de um infiltrado eosinofílico limitado ao esôfago. O único método acurado de diagnóstico de EE é a endoscopia digestiva alta com biópsias. O exame histológico é o padrão-ouro no diagnóstico, sendo este estabelecido quando existe um acentuado infiltrado eosinofílico intraepitelial com um número superior a 20 eosinófilos por campo de grande ampliação. A manometria e a pHmetria geralmente são normais. O trânsito esofágico baritado pode revelar um esôfago estreitado, rígido, sem estenoses focais. O tratamento permanece controverso.

CONCLUSÃO: A esofagite eosinofílica, apesar de ter sido sub-diagnosticada nos últimos anos e de muitos doentes terem sido diagnosticados como portadores de DRGE, deve ser investigada nos pacientes com queixa disfagia.

P. 07.20

GASTROILEOANASTOMOSE INADVERTIDA PÓS GASTROENTEROANASTOMOSE POR ESTENOSE DUODENAL NA URGÊNCIA

Contrucci, O.; Kassab, P.; Ilias, E.J., Fávoro, M.L.; Fonseca, A. Z.; Frazão, M.S.V.; Elias, N. C.; Souza, N. C.; Calandrino, R.*; Campoy, L.G.;

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO – SÃO PAULO, SP

A gastroileoanastomose é, e deve continuar a ser, um raro erro de técnica cirúrgica. Até 1969, Bachulis e Thornford recolheram apenas 73 casos documentados na literatura. Diarréia, desnutrição, e inanição foram registradas como as principais complicações. Fisiologicamente, a gastroileoanastomose é muito semelhante à cirurgia de bypass jejunoileal na obesidade. Uma revisão da literatura relevante sobre a derivação jejunoileal para a obesidade mórbida revela uma infinidade de efeitos colaterais produzidos pelo processo. As complicações articulares ocorrem em até 40% desses pacientes que sofrem cirurgia bypass. Os sintomas podem se desenvolver dentro de algumas semanas da cirurgia, ou pode ser adiada por vários meses. O conjunto doença varia de leve, artralgia a artrite franca. Além das artrites, vários fenômenos imunomediados também são frequentemente descritos, incluindo uma reação cutânea, eritema nodoso, e o fenômeno de Raynaud. Os efeitos gastrointestinais incluem má absorção, perda acentuada de eletrólitos, diarréia, síndrome do intestino curto, síndrome de desnutrição, e a formação de uma alça cega. Acredita-se que a superpopulação das bactérias da flora no restante do intestino e da alça cega (predominantemente anaeróbios) possa ser responsável por algumas das complicações gastrointestinais observadas. A correção dos efeitos dessas doenças através da administração de antibióticos e metronidazol tem vindo a apoiar este ponto de vista.

Nosso paciente, assim, mostrou várias características da síndrome pós-bypass que regressou ao normal após a correção cirúrgica. Em uma revisão de 73 pacientes com gastroileoanastomose, Bacbulis e Thornford relataram um variável aparecimento da diarréia. Os sinais de subnutrição são muito comuns e marcantes. Mal-absorção, observada nestes doentes, é multifatorial. No entanto, no nosso paciente, parece resultar de Síndrome do intestino curto e enteropatia. Esse fenômeno é descrito em paciente com bypass jejunoileal. No entanto, Bachulis e Thornford não fizeram qualquer menção de sintomas articulares. A ausência de artrites relatados em tão grande número de pacientes é surpreendente, porém, nem todos os pacientes submetidos à cirurgia de derivação irão desenvolver a síndrome articular. A correção cirúrgica do bypass resultou em uma dramática resolução de artrite e de outros fenômenos imunológicos.

Conclusão: O cirurgião deve estar atento aos pontos de referência (ângulo de Treitz) para anastomose gastro-jejunal e não confundi-lo com outro ponto fixo (íleo terminal) que geralmente é a causa dessa anastomose inadvertida, principalmente na urgência.

P. 07.21

MEGAESÔFAGO CHAGÁSICO E CARCINOMA EPIDERMÓIDE.

Cerqueira M. M. B. F.*; Riccio, J. A.; Buscariolli Y. S.; Aoyagi, H.; Ingrund, J.C.; Britto J.C.L.;
Moreira D.A.R.

Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio – Tatuapé

A doença de Chagas é uma doença multissistêmica causada pelo *Trypanossoma cruzi* e que acomete cerca de 5 a 8 milhões de pessoas no Brasil. Dos portadores, aproximadamente 10% desenvolvem a forma esofágica da doença, por lesão dos plexos nervosos intramurais. A complicação característica resultante pode ocorrer após vários anos do diagnóstico sorológico e/ou do estabelecimento da lesão neuromotora. Estudos clínicos têm sugerido que a infecção crônica pelo *Trypanossoma cruzi* e o megaesôfago chagástico estão relacionados a uma maior incidência de câncer de esôfago. O tumor é o do tipo espinocelular, podendo se localizar em qualquer porção do órgão. A fisiopatologia está relacionada com a esofagite crônica decorrente da estase e conseqüente supercrescimento bacteriano, predispondo ao aparecimento da displasia epitelial e na ação carcinogênica relacionada à produção de compostos N-nitrosos na luz do órgão, mediada por essas bactérias. O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica sobre a associação entre megaesôfago chagástico e carcinoma espinocelular, ilustrada por um relato de caso de paciente atendido no serviço de cirurgia geral do Hospital Municipal do Tatuapé. Paciente masculino, 57 anos, tabagista, encaminhado ao serviço em janeiro de 2002, com disfagia progressiva de 2 anos de evolução. EDA evidenciava Megaesôfago. Hemaglutinação para Chagas reagente. Submetido à correção do megaesôfago a Heller-Pinotti, com boa evolução no pós operatório. Em dezembro de 2007 retornou com quadro de epigastralgia e disfagia. Submetido a EDA, que evidenciou lesão elevada de aspecto irregular e rugoso em esôfago, a 34 cm da arcada dental superior, cujo anatopatológico indicou Carcinoma Epidermóide grau III. Submetido a gastrectomia polar e esofagectomia distal. O anatopatológico da peça cirúrgica evidenciou Carcinoma Epidermóide grau II, com comprometimento de linfonodos. Encaminhado para o IBCC para iniciar o tratamento adjuvante.

P. 07.22

**RESULTADOS DA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA DO MEGAESÔFAGO RECIDIVADO:
ESTUDO RETROSPECTIVO DE 47 PACIENTES**

Aquino, J.L.B.; Crisóstomo, T.A.*; Maziero, D.; Oliveira, J.M.V.P.; Pereira, D.A.R.; Said, M.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, AVENIDA JOHN BOYD DUNLOP S/Nº,
JARDIM IPAUSSURAMA, CAMPINAS.

INTRODUÇÃO

Existem controvérsias quando à melhor opção cirúrgica dos megaesôfagos com recidiva de sintomas após tratamento prévio. Por isso, tornou-se importante tentar padronizar a técnica cirúrgica para obtenção de melhores resultados.

OBJETIVO

Avaliar os resultados do tratamento cirúrgico em pacientes submetidos ao tratamento prévio para megaesôfago que evoluíram com recidiva de sintomas.

MATERIAL E MÉTODOS

Analisou-se os resultados das diversas técnicas operatórias realizadas em 47 pacientes pelo Serviços de Cirurgia Torácica do HMCP. A morbidade pós-cirúrgica, mortalidade, o alívio ou nova recidiva de sintomas e o tempo de seguimento foram os principais indicadores. Dividiu-se a série em três grupos, de acordo com o grau da afecção: Incipiente (9 casos), Não-avanzado (18 casos) e avanzado (20 casos). As técnicas operatórias utilizadas foram: à cardiomiectomia com funduplicatura anterior, esofagocardioplastia à Tahl, esofagocardioplastia à Serra-Dória, Esofagectomia Subtotal e Mucosectomia com conservação da túnica muscular esofágica.

RESULTADOS

Obteve-se índices de resolutividade satisfatórios com a técnica de cardiomiectomia com funduplicatura para o megaesôfago Incipiente, com baixa morbidade. Nos megaesôfago não-avanzado, as cardioplastias, em especial a esofagocardioplastia à Serra-Dória mostram se mais adequadas. A terapêutica do megaesôfago avanzado apresentou as maiores taxas de morbidade e demonstrou superioridade das técnicas mais agressivas em relação às técnicas conservadoras, em especial a mucosectomia.

CONCLUSÃO

A difícil padronização do tratamento cirúrgico do megaesôfago recidivado deve-se às inúmeras técnicas disponíveis, às habilidades pessoais dos cirurgiões e atenta para a criação de protocolos terapêuticos.

UROGINECOLOGIA

P. 13.01

DISFUNÇÃO MICCIONAL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS HISTERECTOMIA VAGINAL : RELATO DE CASO

Pedrosa ELM ; Oliveira LM ; Valadão JG ; Girão MJB; Sartori MGF.

SPDM – UNIFESP – São José dos Campos SP

INTRODUÇÃO: A incontinência urinária e as disfunções miccionais são encontradas com frequência em pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas. As causas mais comuns são: lesão anatômica da bexiga, do esfíncter uretral e até mesmo lesões neurológicas do detrusor, comprometendo sua função. A dificuldade do diagnóstico, nos aspectos clínico e urodinâmico, pode levar à demora da resolução do quadro.

OBJETIVO : Discutir os parâmetros urodinâmicos encontrados em um caso de incontinência urinária contínua pós histerectomia vaginal.

DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente de 59 anos com prolapso uterino e distopia de parede vaginal anterior (IIba) submetida a histerectomia vaginal e colporectomia anterior. Evoluiu no pós-operatório imediato sem intercorrências e 07 dias após o procedimento apresentou retenção urinária. Permaneceu com sonda vesical de demora por 10 dias, sendo então realizada nova tentativa de micção, que ocorreu de forma satisfatória. Porém a paciente passou a referir perda contínua de urina na posição supina, não sendo possível manter o conteúdo vesical quando ficava nesta posição. Descartada a possibilidade de fístulas, foi realizado o primeiro estudo urodinâmico, 3 meses após a cirurgia: com 100 ml de volume, o conteúdo vesical foi eliminado sem a presença de contração do detrusor ou realização de esforço, mostrando uma capacidade cistométrica extremamente reduzida com hipótese de perda de urina por transbordamento. Após um ano, a paciente retornou ao serviço e foi realizada nova avaliação urodinâmica que mostrou uma hipofunção do detrusor (F Máx 15 cm H₂O, F Méd 08 cm H₂O, PdFmáx de 10 cm H₂O, curva alargada, resíduo ausente e capacidade vesical máxima de 250 ml) e defeito esfinteriano grave (PPE 10 cm H₂O). Realizado TVT retropúbico com sucesso terapêutico e micção normal no pós-operatório, demonstrada em nova avaliação urodinâmica.

CONCLUSÃO: Os parâmetros do estudo fluxo-pressão na mulher precisam ser avaliados de maneira individualizada, principalmente em pacientes já submetidas a procedimentos cirúrgicos. Em pacientes com defeito esfinteriano, a micção ocorre com pressões do detrusor mais baixas, mesmo não havendo comprometimento neurológico.

P. 13.02

HEMATOMA PARAVESICAL APÓS USO DO SLING AMS MINIARC™ PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Rios de Oliveira, M.P. ;Figueiredo, R.C.B.M.*; Arruda, R.M. ; Ribeiro, G.Q.; Pinheiro, D.J.P.C.; Santos, T.M.V.; Castello Branco, H.K.M.S.M. ; Lopes, R.G.C.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO

Introdução: A eficácia dos *slings* minimamente invasivos para correção de incontinência urinária de esforço (IUE) já está bem estabelecida na literatura. Para evitar a necessidade da cistoscopia e diminuir complicações relacionadas à via retropúbica (hematomas, lesões vesicais e intestinais) e transobturatória (dor na coxa e na região inguinal), foi desenvolvido o *sling* MiniArc™ (AMS Minnetonka, MN, USA), tela de polipropileno, de 8,5 cm de comprimento, com extremidades auto-aderentes ao músculo obturador.

Objetivo: Alertar para complicações após uso de mini-sling.

Descrição do Caso: MP, 49 anos, branca, com diagnóstico clínico e urodinâmico de IUE recidivada, com pressão de perda 65 cm H₂O, foi submetida à cirurgia de Burch há 1 ano, sem melhora. Em setembro de 2008, foi realizado o MiniArc™, cirurgia transcorreu sem intercorrências, com faixa posicionada na uretra média. Paciente evoluiu com dor no pós-operatório imediato e retenção urinária, sendo sondada novamente. A sonda foi retirada no 1º pós-operatório (PÓ), ocorrendo micção espontânea, com melhora da dor. No retorno de 7 dias, paciente referia urgência, urge-incontinência, dor em hipogástrio e abaulamento em parede vaginal lateral esquerda. Realizadas cistoscopia e ultrassonografia (fotos) no 14º pós-operatório, e foi diagnosticado hematoma paravesical esquerdo e ausência de tela intra-vesical, com *sling* na posição correta. Decidido acompanhamento clínico.

Conclusões: O MiniArc™ é um procedimento que foi desenvolvido para diminuir a morbidade dos *slings* existentes, porém, encontramos na primeira cirurgia realizada no serviço uma complicação que pode ser conseqüente à curva de aprendizado. Estudos controlados e randomizados são necessários para certificar a eficácia e complicações dos novos *slings*.

P. 13.03

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: EFEITO DA OBESIDADE NA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

(Fonseca, E S M*.; Moreno, A.; Castro, R A.; Fonseca, M C M.; Girão, M J C B.; Sartori, M G F.)

UNIFESP/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Objetivos: A incontinência urinária de esforço (IUE) é uma condição comum em mulheres e é causada por problemas anatômicos relacionados a vários fatores como: idade, paridade, menopausa. Vários estudos indicam que a obesidade é um fator importante. Este estudo foi conduzido para investigar o impacto da obesidade na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **Métodos:** Foram recrutadas prospectivamente no serviço de uroginecologia da UNIFESP, durante 3 meses, 86 mulheres com IUE confirmada por estudo urodinâmico e que concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento livre e Informado.

Foi aplicado o Questionário King's Health (KHQ) antes de qualquer tratamento para avaliar o impacto de IUE na qualidade de vida. Dividimos as pacientes em dois grupos, mulheres obesas e não obesas, de acordo com o índice de massa corpórea IMC (>30 IMC e < 30 IMC).

Resultados: Havia 25 mulheres do grupo obeso e 61 no grupo não obeso. Não houve diferença estatística entre os grupos em relação à idade, paridade e frequência de micções/dia. O grupo de pacientes obesas era mais pesado ($p < 0.0000$), com maior de IMC ($p < 0.0000$) e também com noctúria estatisticamente mais frequente ($p = 0.0147$) que o grupo não obeso. O grupo obeso apresentou um maior tempo de sintomatologia de IUE ($p = 0.0268$). Dos domínios avaliados do KHQ (percepção de saúde geral, impacto da incontinência, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono e energia, medidas de gravidade) as medidas de gravidade foram estatisticamente diferentes entre os grupos ($p = 0.0093$).

Conclusão: Obesidade parece agravar a gravidade da percepção da incontinência urinária.

P.13.04
PERFURAÇÃO VESICAL COM PROLIFT® ANTERIOR

Figueiredo, R.C.B.M.* ; Rios de Oliveira, M.P.; Arruda, R.M. ; Ribeiro, G.Q. ; Pinheiro,D.J.P.C. ; Santos, T.M.V.; Castello Branco, H.K.M.S.M. ; Lopes, R.G.C.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO

Introdução: O prolapso genital afeta 30% a 50% das mulheres acima de 50 anos. O risco estimado de uma mulher se submeter a uma cirurgia reconstrutiva pélvica é de 11% durante a vida, sendo que 30% destas irão necessitar de uma reoperação dentro de 5 anos. O índice elevado de falha nas cirurgias convencionais pode ser devido à alteração do tecido conectivo da paciente, já enfraquecido e com falhas múltiplas. Para melhorar os resultados dessas cirurgias, foi introduzido o uso de telas. O sistema Prolift® (Gynecare/Ethicon, Somerville, NJ, USA) é formado por tela de polipropileno, macroporosa, monofilamentar, pré-cortada.

Objetivo: Alertar para complicações com o uso de telas sintéticas para reconstrução pélvica .

Descrição do Caso: ACM, 82 anos, com prolapso genital estágio IIIc (ponto c em +5), submeteu-se à histerectomia vaginal e colocação de tela (Prolift® anterior e posterior) para reconstrução pélvica dia 01/08/08. Paciente evoluiu com hematúria no 2º dia pós-operatório (PÓ). Realizado cistoscopia no 4º PO, foi evidenciada tela intravesical (fotos dos exames). Retirada tela via vaginal, com sutura vesical e da mucosa vaginal. Paciente se manteve sondada por 14 dias. Um mês após a cirurgia, a paciente permanecia assintomática e sem distopias ao exame ginecológico.

Discussão: Apesar da cistoscopia não ser rotineiramente indicada após procedimentos transobturatórios, já foi demonstrado que mulheres com prolapso genital acentuado e/ou aquelas com cirurgias pélvicas anteriores tem um risco aumentado de lesão vesical na passagem das agulhas transobturatórias. Como as pacientes que se submetem à cirurgia com Prolift® anterior normalmente se encontram nesse grupo de mulheres, talvez seja necessária a realização de cistoscopia de rotina após passagem dos guias dessa tela.

P.13.05
RESULTADOS DA CORREÇÃO DE RETOCELE USANDO GYNEMESH®

P. 13.06

TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO COM MINI SLING (OPHIRA®) - RESULTADOS PRELIMINARES

Djehdian, L.M.*; Oliveira, M.P.R.; Takano, C.C.; Araújo, M.P.; Castro, R.A.; Zucchi, E.V.M.; Girão, M.J.B.C; Sartori, M.G.F.

SETOR DE UROGINECOLOGIA E CIRURGIA VAGINAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

INTRODUÇÃO: O Ophira® (mini sling system – Promedon), foi desenvolvido para o tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE), dando suporte para o terço médio uretral, diminuindo a morbidade relacionada aos outros slings, com dissecação mínima e sem necessidade de cistoscopia ou sondagem vesical. O sling é auto-fixável nos tecidos moles abaixo do osso púbico.

MATERIAL E MÉTODO: Treze pacientes do sexo feminino com diagnóstico clínico e urodinâmico de IUE e indicação de cirurgia, submeteram-se ao método. O procedimento foi realizado sob anestesia local com lidocaína 2%, em ambiente cirúrgico, com a paciente em posição de litotomia dorsal. Incisão na mucosa vaginal anterior foi realizada a 1cm do meato uretral, com dissecação mínima em direção ao ramo ascendente do osso púbico. O sling foi conectado ao introdutor de ponta retrátil e introduzido até perfurar a membrana obturadora. Após retração da ponta do introdutor, o sling foi liberado na posição adequada, bilateralmente. Realizado teste de esforço (tosse) para ajuste da faixa. As pacientes receberam alta após 24 h de internação.

RESULTADOS: A idade média das pacientes era de 59 anos ($59,3 \pm 10,7$). O teste do absorvente realizado no pré-operatório variou entre 2 e 73 gramas, com média de 29 gramas. A pressão de perda variou de 25 a 119 cmH₂O ($67,2 \pm 26$). As cirurgias duraram em média 36 minutos e o tempo de internação foi de 24 horas. Não houve complicações no pós-operatório imediato e no seguimento após 1 mês. Após 30 dias, foi realizado novo teste do absorvente. Em 10 pacientes o teste foi negativo, e duas apresentaram resultados de 4 g e 21 g, com perda urinária à tosse, porém, em menor intensidade quando comparado ao observado no pré-operatório.

CONCLUSÕES: O Ophira® representa uma alternativa segura e promissora para o tratamento cirúrgico da IUE. Este é um estudo preliminar, sendo necessário aguardar novos casos e seus resultados a longo prazo.

P. 13.07

TROMBOSE DA VEIA RENAL - UMA CAUSA RARA DE ABDOME AGUDO

PÔSTER

2º dia 28 de novembro - sexta-feira

EXPERIMENTAL

P. 08.01

NOVA TÉCNICA PARA RECONSTRUÇÃO DA VIA BILIAR UTILIZANDO TUBO DE SEGMENTO JEJUNAL – RELATO DO PRIMEIRO CASO

Crema, E.; Monti, P.; Sousa, R. C.; Júnior, J. A. T.; Silva, A. A.; Pastore, R.; Perales, S. R.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – UBERABA-MG

INTRODUÇÃO: Apesar de a reconstrução das lesões extensas da via biliar ser um tema atual, exaustivamente pesquisado e estudado, não há, ainda, um consenso quanto ao modelo ideal de restauração da via biliar. A reconstrução da via biliar em Y de Roux é uma derivação clássica; que, tem, entretanto, desvantagens dignas de nota. Após esta reconstrução, é significativo o índice de estenoses das vias biliares e a conseqüente cirrose biliar secundária. Além disso, por não ser uma reconstrução anatômica, dificulta enormemente ou impede o acesso endoscópico, tanto diagnóstico como terapêutico, à via biliar. (Kremer et al., 1989; Erhard et al., 1995; Moellmann et al., 2004) e desvia o fluxo do suco biliar alcalino do duodeno, podendo ocasionar, em longo prazo, a ocorrência de úlcera péptica (McArthur e Longmire Jr., 1971).

OBJETIVO: No sentido de procurar uma reconstrução mais anatômica e fisiológica para as lesões extensas da via biliar, Crema (Crema et al., 2006), propôs a aplicação do princípio de Monti às vias biliares. Demonstraremos o primeiro caso, tratado com esta técnica proposta, em paciente com lesão iatrogênica da via biliar.

MATERIAS E MÉTODOS: O paciente foi encaminhado de outro serviço, com quadro de icterícia 1+/4+ e dor abdominal, após ser submetido a colecistectomia aberta há 04 dias, devido a colelitíase. Averiguou-se que havia ocorrido uma ligadura do colédoco pós – colecistectomia e, em achado cirúrgico, foi verificada uma fístula biliar do leito da vesícula e secção total do colédoco a 3cm da junção dos hepáticos, com ligadura do coto proximal e distal com fio de algodão.

A técnica proposta utiliza um segmento jejunal com um “pedículo” de mesentério, de calibre proporcional à via biliar, com as pregas mucosas reorientadas no sentido longitudinal. Sobretudo, este tipo de reconstrução permite o acesso endoscópico às vias biliares.

CONCLUSÕES: No presente relato, procurou-se analisar a eficácia da utilização do tubo jejunal, segundo o princípio de Monti, entre o colédoco dilatado e o duodeno, como opção técnica para a reconstrução da via biliar.

P. 08.02

TERAPIA ALVO DO GENE K-RAS E O ESTUDO DE MMP-2 E MMP-9 NO CÂNCER EXPERIMENTAL DE PANCREAS EM HAMSTERS IN VITRO E IN VIVO.

MORIOKA,C.Y.*, COSTA, F.P., YAMAGUCHI, N. SAITO, S., WATANABE, A., HUANG, C.C.

CENTRO DE ONCOLOGIA, HOSPITAL SÍRIO LIBÂNES, SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA CIRÚRGICA E COLOPROCTOLOGIA, HOSPITAL SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, DEPART DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, DEPART OF INTERNAL MEDICINE, TOYAMA UNIVERSITY, TOYAMA, JAPAN.

Introdução: Matrix metaloproteinases (MMP), especialmente MMP-2 e MMP-9, estão relacionadas em possuir um papel importante no crescimento tumoral e metástases de câncer de pâncreas. Ras ativa uma série de atividades com papel no processamento celular, incluindo invasão e metástases. Portanto, oligonucleotídeo antisense (OA) como terapia alvo do gene *K-ras* poderia ser uma escolha terapêutica.

Objetivo: Elucidar a efetividade desta terapia genética em um modelo experimental de câncer de pâncreas em hamsters.

Material e Métodos: HaP-T1, uma linhagem de adenocarcinoma de pâncreas induzida por nitrosamina foi utilizada. Transfecção com oligonucleotídeos foi realizada. Ensaio de MTT e MTT-agarose e de quimioinvasão foram realizados. A produção de MMP-2 and MMP-9 pelas linhagens de células foram determinadas pela zimografia. Para os experimentos *in vivo*, tumores subcutâneos foram ressecados e implantados ortotopicamente em hamsters Sírio dourado, e foram divididos em 3 grupos: 1. Controle positivo (CP), 2. Hamsters tratados com sentido (HTS), 3. Hamsters tratados com antisense (HTA). Oligonucleotídeos foram administrados por 2 semanas. *Follow up* foi realizado. Cinco animais de cada grupo foram sacrificados nos Dias 10, 17, 24, 31, e 38, para estudar a resposta local e sítios de metástases. Cinco hamsters de cada grupo foram deixados para estudar o tempo de sobrevida. Espécimens foram estudados histopatologicamente. A produção de MMP do tumor implantado ortotopicamente foi mensurada pela técnica de zimografia.

Resultados: Oligonucleotídeo antisense inibiram o crescimento e invasibilidade tumoral. Eles diminuíram a regulação de formas ativas de MMP-2 e MMP-9 de maneira dose dependente *in vitro*. CP, HTS e HTA sobreviveram em média 72,7, 74,3 e 82,7 dias, respectivamente. Metástases espontâneas para linfonodos foram encontradas a partir de 31 dias no grupo HTA, enquanto grupos CP e HTS mostraram metástases e invasão direta de órgãos adjacentes a partir de 17 dias. Após óbito, sítios de metástases foram similar nos 3 grupos. OA diminuíram mais a ativação de MMP-9 quando comparada com MMP-2 *in vivo*.

Conclusões: Estes experimentos sugerem que OA como terapia alvo do gene *K-ras* pode ser uma boa escolha no tratamento do câncer de pâncreas devido a supressão do crescimento e invasibilidade tumoral *in vitro* and *in vivo*. OA também diminuiu a ativação de MMP-9 e MMP-2 *in vivo*.

FÍGADO E VIAS BILIARES

P. 09.01

RELATO DE CASO: ADENOMATOSE HEPÁTICA

Sousa, A.V.; Rossi, C.S.*; Veiga, D.K.; Pilla, V.;Teixeira, A.R.F.

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ – JUNDIAÍ, SP

INTRODUÇÃO: A adenomatose hepática é uma doença rara. A progressão natural da doença e sua etiologia não são bem conhecidas. É uma doença que apresenta propensão para complicações hemorrágicas e até mesmo risco para transformação maligna.

OBJETIVO: Relatar um caso de adenomatose hepática em uma paciente jovem e assintomática. Discutir particularidades do diagnóstico imagiológico. Realizar uma revisão da literatura sobre esta entidade clinica, evidenciando seus aspectos clínicos, radiológicos e a conduta terapêutica recomendada.

RELATO DO CASO

Paciente V.A.F, 27 anos, branca, assintomática, realiza exame de ultra-sonografia pélvica transvaginal em consulta de rotina com seu ginecologista. O laudo do exame revelou nódulos sólidos hepáticos sendo alguns confluentes de etiologia a esclarecer. Ao exame físico encontrava-se sem quaisquer alterações. Foram solicitados exames de rastreamento para outras eventuais patologias neoplásicas associadas, todos sem alterações. A tomografia computadorizada de abdome superior revelou fígado com dimensões aumentadas às custas do lobo direito, textura heterogênea devido à presença de numerosas lesões nodulares hipoatenuantes. A ressonância magnética do abdome superior demonstrou lesão expansiva sólida, com deslocamento da veia cava inferior e da veia cava supra-hepatica direita. Observaram-se oito outras lesões, menores do que 1,0 cm, com as mesmas características.

DISCUSSÃO

Tumores hepáticos benignos são achados comuns nos exames de rotina. Adenomas hepáticos, em sua forma maciça, são lesões potencialmente perigosas. A conduta-padrão ainda não está estabelecida. Geralmente se faz a associação com outros métodos, como ultra-sonografia com Doppler e tomografia computadorizada helicoidal multifásica. A opção de ressecção das múltiplas lesões é por vezes tecnicamente muito difícil e a indicação de transplante hepático em pacientes assintomáticos em idade jovem também se torna um desafio na condução desses casos. As lesões adenomatosas possuem risco potencial de transformação em carcinoma hepatocelular, ressaltando-se a importância de se realizar o diagnóstico diferencial dessas lesões e a indicação precoce de ressecção das lesões.

CONCLUSÃO

A adenomatose hepática é uma doença rara e potencialmente perigosa pelo risco de sangramento e transformação maligna. É importante a realização do diagnóstico diferencial entre adenomatose hepática e adenoma, hiperplasia nodular focal e até mesmo com o carcinoma hepatocelular, uma vez que cada uma dessas entidades requer conduta específica. A revisão da literatura demonstra que muitos aspectos dessa entidade clínica permanecem obscuros e mais estudos sobre adenomatose seriam necessários para um melhor entendimento dessa patologia.

P. 09.02

ANGIOMIOLIPOMA HEPÁTICO: RELATO DE CASO

Cordts, R.M.; Barbosa, F.C.P.; Gallo, A.S.; Koszka, A.J.M.; Aquino, C.G.G.; Ribeiro, M.A.; Santos, M.F.; Ferreira, F.G*.; Szutan, L.A.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

INTRODUÇÃO

O angiomiolipoma é um tumor geralmente benigno que freqüentemente acomete os rins, sendo rara a apresentação hepática isolada. Desde o primeiro relato em 1976, foram descritos pouco mais de 200 casos na literatura mundial e apenas um caso na literatura nacional.

OBJETIVO

Relatar o caso de uma paciente com angiomiolipoma hepático (AMLH) e comparar com dados de revisão de literatura através das bases de dados Lilacs e Pubmed.

RELATO DE CASO

Paciente com 50 anos e do sexo feminino acompanhada no Ambulatório do Grupo de Fígado e Hipertensão Portal da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo de agosto de 2008 até o presente momento. Queixava-se de dor epigástrica moderada havia oito meses, com irradiação para dorso, associada a empachamento pós-prandial e perda de 5 kg no período. Sem alterações em exames laboratoriais, sorologias para hepatite negativas e marcadores tumorais (CEA e CA19-9) normais. Tomografia computadorizada e ressonância magnética de abdome evidenciaram tumor em lobo hepático direito de 11 x 9 x 8 cm com predomínio gorduroso. Submetida a hepatectomia direita, confirmando-se o diagnóstico de AMLH.

DISCUSSÃO

O AMLH é um tumor raro (5-10% dos casos de angiomiolipoma), muitas vezes assintomático ou com queixas vagas como a da paciente em questão. Acredita-se que seja um hamartoma mesenquimal, originando-se de células epitelióides perivasculares com potencial para se diferenciar em tecido gorduroso, vascular ou muscular liso. Macroscopicamente apresenta-se como uma massa arredondada ou ovóide de limites bem delimitados com ou sem cápsula, cuja coloração varia entre amarelada e marrom, podendo haver áreas necróticas. O conteúdo gorduroso pode variar de menos de 1% a mais de 90%. A análise imunohistoquímica revela positividade para o anticorpo HMB-45, que confere o diagnóstico de certeza. Ainda assim, na avaliação pré-operatória, deve ser feito diagnóstico diferencial com hemangioma, lipoma, miolipoma, carcinoma hepatocelular com transformação gordurosa, adenoma, hiperplasia nodular focal e metástases. Alterações laboratoriais e de marcadores tumorais não são encontradas. Por muitos anos o AMLH foi considerado um tumor benigno que, pequeno e sem sintomatologia, poderia ser acompanhado conservadoramente. Entretanto, em 2000, Dalle et al publicaram o primeiro caso com invasão vascular e com recorrência hepática em cinco meses após ressecção, indo a óbito após sete meses da cirurgia.

CONCLUSÃO

O AMLH deve ser considerado como neoplasia com potencial para transformação maligna e, associado ao risco de ruptura e à possibilidade de compressão de estruturas adjacentes, com sintomas por vezes incapacitantes, a ressecção cirúrgica deve ser considerada como o tratamento de escolha. Talvez seja aceitável conduta não-cirúrgica apenas em pacientes com pouca reserva hepática ou pequenas lesões profundas e de acesso dificultado.

P. 09.03

VARIAÇÕES ANATÔMICAS DAS VIAS BILIARES: RELATO DE DOIS CASOS.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Apesar dos avanços nos métodos de diagnóstico por imagem, a colangiografia intraoperatória ainda apresenta-se como um exame com excelente sensibilidade e acurácia. Dessa forma, deve ser realizado para identificação de anomalias e de variações anatômicas das vias biliares para evitar possíveis complicações e diagnosticar lesões inadvertidas, além de identificar a possível presença de cálculos em seu trajeto.

OBJETIVO: Relatar dois casos de colecistectomia aberta eletiva no qual foram encontradas variações anatômicas raras da via biliar, com achado cirúrgico e colangiográfico.

MÉTODOS: C.M.L., feminino, 23 anos, longilínea e abaixo do peso ideal para a altura, com indicação cirúrgica eletiva por cólicas biliares recorrentes. No intraoperatório foi identificado um ducto cístico curto, fino e uma estrutura tubular aderida ao corpo e fundo da vesícula. Realizado colangiografia intraoperatória transcística que revelou ser uma via biliar setorial.

C.L.M., feminino, 38 anos, com indicação cirúrgica eletiva por colecistolitíase assintomática. No intraoperatório identificado duas estruturas tubulares na topografia do ducto cístico que desembocavam na via biliar principal. Realizado colecistectomia para identificação do verdadeiro ducto cístico e colangiografia intraoperatória transcística que revelou a presença de uma via biliar direita acessória.

RESULTADOS: A evolução pós operatória dos dois casos descritos não teve intercorrências, sendo que ambas as pacientes tiveram alta no 3º PO.

CONCLUSÃO: A frequência de uma via biliar direita acessória é descrita na literatura como próximo a 12% e ducto setorial de < que 1%. A colangiografia intraoperatória deve ser realizada para melhor estudo e documentação da anatomia da via biliar, sendo, portanto, essencial para identificação de suas variações anatômicas e importante para orientação da conduta cirúrgica.

P. 09.04

**CARCINOMA HEPATOCELULAR – VARIANTE FIBROLAMELAR:
RELATO DE CASO**

Raphe R*.; Itáó R.E.; Felício H.C.; Fumie M.R.; Duca W.J.; Arroyo Jr. P.C.; Silva R.C.M.; Silva R.F.

UNIDADE DE CIRURGIA E TRANSPLANTE DE FÍGADO E INTESTINO DO HOSPITAL DE BASE/FUNFARME/FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, S.P – BRASIL

Introdução: O Carcinoma hepatocelular (CHC) fibrolamelar é um raro subtipo do CHC com características histológicas, epidemiológicas e clínicas distintas, com melhor ressecabilidade e sobrevida. **Objetivo:** Descrever um caso típico de CHC fibrolamelar e a conduta terapêutica.

Relato de Caso: Masculino, 21 anos, com apendicectomia prévia e biópsia de nódulo de grande omento sugerindo CHC metastático fibrolamelar. Encaminhado com dor em região mesogástrica, hiporexia, perda de peso de 12 quilos em 6 meses e revisão de biópsia confirmando CHC fibrolamelar. Apresentava função hepática, alfa feto proteína e sorologias para vírus B e C sem alterações. TC de abdome com massa heterogênea com continuidade à superfície hepática inferior medindo 15,8 x 12,0 x 8,4 cm. Estadiamento sem evidência de metástase. Optado por intervenção cirúrgica paliativa e realizado hepatectomia de segmento IV e V, colecistectomia e colectomia de transversa com anastomose primária devido acometimento neoplásico. AP: CHC fibrolamelar com estadiamento patológico T4NoMx. Iniciado tratamento ambulatorial com Sorafenib e apresentando boa evolução após 8 meses de acompanhamento.

Discussão: O CHC fibrolamelar apresenta uma distribuição unimodal, na terceira década de vida, ocorrendo igualmente em ambos os sexos, não relacionado ao vírus B e C e nem à cirrose hepática. Possui alfa feto proteína e função hepática sem alteração. Origina-se como uma massa solitária, de crescimento indolente, de tamanho variando entre 10 a 15 cm, com tendência a formar metástase precoce para nódulos linfáticos e peritônio. Apresenta-se inicialmente por dor abdominal ou massa palpável. Métodos de diagnósticos podem ser utilizados exames de como US, TC e RM de abdome ou angiografia. O tratamento curativo baseia-se no transplante hepático ou ressecção. Estudos têm mostrado sobrevida de 5 anos em torno de 45 a 70 % após abordagem cirúrgica agressiva. Em relação ao uso do Sorafenib, um inibidor multiquinase com propriedades anti-proliferativa e anti-angiogênica, considerado um medicamento promissor na terapia para o carcinoma hepatocelular, há dados mostrando uma estabilização da doença em 16 semanas ou mais em 35.8% de 137 pacientes avaliados em estudo. **Conclusão:** Devido às características clínico patológicas distintas e impossibilidade de transplante hepático, o manejo cirúrgico agressivo pode ser recomendado como alternativa para aumentar a sobrevida de portadores desta enfermidade.

P. 09.05

COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA FOCAL MIMETIZANDO TUMOR: UM RELATO DE CASO

Raphe R. Jacob M.S.C.; Almeida L.F.G.; Salgado P.H.;; Felício H.C.; Fumie M.R.; Duca W.J.; Arroyo Jr. P.C.; Silva R.C.M.; Silva R.F.

UNIDADE DE CIRURGIA E TRANSPLANTE DE FÍGADO E INTESTINO DO HOSPITAL DE BASE/FUNFARME/FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, S.P – BRASIL

Introdução: Colangite esclerosante primária (CEP) é uma doença colestática crônica e progressiva, caracterizada por inflamação e fibrose das vias biliares intra e extra-hepáticas. É rara, com uma prevalência 1-6/100.000, sendo dois terços dos doentes homens e freqüentemente associada à colite ulcerosa. A etiologia permanece desconhecida, diversas evidências apontam para o envolvimento do sistema imune na sua gênese (HLA-B8, -DR3). A CEP segmentar ou focal é uma raríssima causa de doença hepatobiliar crônica. **Objetivo:** Apresentação de um caso de colangite esclerosante focal mimetizando tumor. **Relato de Caso:** Feminino, 35 anos, com queixas dispépticas, investigada com endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciando lesão submucosa em parede anterior do corpo gástrico e ultra-som (US) abdominal identificando 05 nódulos hepáticos hiperecogênicos dispersos pelo parênquima. Realizou ainda TC de abdome que não visualizou lesões hepáticas. A paciente foi submetida à cirurgia devido à dúvida diagnóstica, uma vez que os marcadores tumorais eram negativos. A lesão gástrica foi ressecada em cunha, o exame histológico da lesão gástrica indicou gastrite crônica leve com *Helitobacter pylori* positivo e dos nódulos hepáticos, evidenciou acentuada fibrose portal de padrão biliar com septos e transformação nodular associada à moderada ductopenia em cirrotização compatível com o quadro de CEP focal. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial, tratada para *Hp* e mantida em uso de inibidor de bomba de prótons (IBP) com melhora dos sintomas dispépticos. **Discussão:** Na maioria das vezes é difícil distinguir entre CEP focal e outros tumores hepáticos primários, como o colangiocarcinoma, ou secundários, como neste caso em que inicialmente foi feita a hipótese de tumor gástrico com metástases hepáticas. Em geral o diagnóstico definitivo só é possível com o exame anatomo-patológico. O transplante de fígado é o tratamento de escolha para os casos de cirrose por CEP, porém nos casos de doença focal ou segmentar a ressecção local pode ser curativa, oferecendo aumento da sobrevida com boa qualidade de vida. Neste caso optou-se por tratamento clínico devido à função hepática preservada e melhora dos sintomas dispépticos com o tratamento para gastrite. **Conclusão:** CEP focal mimetizando tumor pode dificultar o raciocínio diagnóstico, assim cuidado especial deve-se ter na avaliação pré-operatória.

P. 09.06

COLEDOCOLITÍASE: TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO

Eduardo Crema; Alex Augusto Silva; Marcus Vinicius Canteras Raposo da Camara; Simone Reges Perales; Ludmila Santiago Almeida; Croider Franco Lacerda; Ricardo Pastore.

Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Introdução: O tratamento da coledocolitíase, pela da técnica laparoscópica, independente da indicação, tem se mostrado eficaz e com resultados semelhantes aos da técnica aberta. **Objetivo:** Relatar a experiência do Hospital Escola da UFTM na abordagem laparoscópica das vias biliares.

Material e Métodos: Foram tratados 232 pacientes portadores de coledocolitíase, sendo realizada abordagens: transcística e por coledocotomia longitudinal, em 12 (5,19%) e 219 pacientes (94,80%), respectivamente. A conversão foi realizada em 16 casos (6,93%), sendo a Síndrome de Mirrizi a responsável pela maior prevalência. Todos os casos da coledocotomia receberam uma coledocostomia a Kehr, pela qual realizou-se colangiografia no 8º dia pós-operatório. O dreno foi retirado após 03 semanas.

Resultados: Não houve mortalidade e a taxa de complicações precoces ocorreu em 20 casos (8,6%): 8 apresentaram fístula biliar; 03 pancreatite aguda leve; 01 perfuração da parede posterior do colédoco; 04 hiperbilirrubinemia por 24 horas; 01 foi reoperado por coleperitônio gerado na retirada do cateter transcístico, no 21º dia pós-operatório; 01 ocorreu o aparecimento de um cálculo coledocociano, 5 anos após a cirurgia- retirado por papilotomia endoscópica.

Conclusão: A colelitíase associada à coledocolitíase merecem tratamento por um único procedimento: o laparoscópico, que além de ser seguro e factível, possibilita diminuir complicações decorrentes de métodos terapêuticos. Por isso, deve ser o tratamento de eleição.

P. 09.07

DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES SEM ICTERÍCIA – RELATO DE CASO

Romagnolo, LGC*; Tauil, RM; Salles, VJA; Cauduro, AB; Roja, RH.

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional do Vale do Paraíba – Taubaté - São Paulo

Introdução: A icterícia é uma manifestação freqüente das doenças das vias biliares, sendo causada pelo acúmulo de bilirrubinas nos tecidos, tornando-se clinicamente aparente quando os níveis séricos excedem 2,0 mg/dl. Doenças que causam icterícia são devido a processos metabólicos, ou devido à processos obstrutivos. Os exames laboratoriais incluem bilirrubinas séricas, fosfatase alcalina, transaminases, amilase e hemograma completo. Hiperbilirrubinemia direta resulta de defeitos na excreção de bile ou obstruções biliares extra-hepáticas. Os exames de imagem incluem a ultra-sonografia, tomografia computadorizada, colangiografia e colangiressonância nuclear magnética, e os invasivos, como colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e a colangiografia hepática percutânea (CPT). Na avaliação radiológica a dilatação de vias biliares intra e/ou extra-hepáticas esta associada à icterícia. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas sem icterícia. **Relato de caso:** EMS, 69 anos, feminina, em acompanhamento com neurologista devido fraqueza em membros superiores, evidenciou-se aumento de volume abdominal, indolor, sem alterações de ritmo intestinal. Nega icterícia, colúria e acolia fecal. Refere perda de 15Kg em 5 meses. Nega cirurgias prévias, nega patologias de base. Em bom estado geral, descorada+/4, hidratada, eupneica, consciente e orientada, contactuante, afebril e anictérica. Apresenta abdome globoso, flácido, indolor a palpação superficial e profunda, massa endurecida em região epigástrica, fixa, com contornos bem definidos, indolor, hepatomegalia discreta, traube livre, ruídos hidro-aéreos presentes. TC evidenciando massa em cabeça e corpo de pâncreas com dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Vesícula biliar aumentada, com conteúdo heterogêneo. Colangiografia percutânea evidenciando dilatação de via biliar. Hemograma com Hb: 13,8, Ht: 41,7, leuco: 5700 sem desvio, plaquetas: 125000, TGO: 69, TGP: 100, fosfatase alcalina: 598, GGt: 1044, bilirrubinas totais: 0,83, sendo direta: 0,7 e indireta: 0,13, amilase: 61, Ca 19-9: <1,2. Realizada Laparotomia Exploradora que evidenciou massa em cabeça de pâncreas com comprometimento de artéria e veia mesentérica superior, sem condições de ressecção. Realizado derivação biliodigestiva. AP: Cisto Adenoma Seroso. **Conclusão:** Desta forma concluímos que nem sempre a compressão da via biliar com dilatação da mesma, pode evoluir para icterícia clínica.

P. 09.08

DRENAGEM DE ABCESSO HEPÁTICO PÓS ULCERORRAFIA GÁSTRICA.

Castro R.; Gregorio LL.; Samençatti GL.; Dobrioglo ET.; Chicoli F.; Cruz AH.

Hospital de Ensino Anchieta, Serviço de Cirurgia Geral e de Urgência, Faculdade de Medicina do ABC.

INTRODUÇÃO: A formação de Abscesso Hepático apesar de não ser muito freqüente é mais comum em regiões tropicais e em pacientes com Diabetes e Neoplasias. Geramemente ocorre pela migração de enterobactérias aeróbicas e anaeróbicas pelas vias biliares. Tradicionalmente, o tratamento cirúrgico compreende drenagem por via aberta por hepatotomia, por via transperitoneal ou retroperitoneal. Hoje, com o advento da ultrasonografia e tomografia computadorizada (TC) é possível realizar drenagem percutânea guiada radiologicamente, que ao se associar antibioticoterapia de amplo espectro garantem um tratamento mais eficaz, com taxa de mortalidade menor e menor índices de complicação.**RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino com 52 anos, foi readmitido em nosso serviço no 15º Pós-Operatório de Ulcerorrafia Gástrica por Abdome Agudo Perforativo apresentando quadro doloroso em Hipocondrio Direito que piorava com a realização de atividades rotineiras. Negava qualquer sinais flogísticos de quadro de origem infeccioso, dispneia ou outros sintomas. Ao exame físico foi constatado dor à palpação profunda de Hipocôndrio Direito, macicez em parte de hemitorax direito e timpanismo em loja hepática. No Raio X de Tórax e Abdome solicitados evidenciou-se Pneumoperitônio à Direita e na TC visualizou-se Abscesso Hepático. Foi realizada drenagem percutânea do abscesso guiada por TC com saída de 500 mL de secreção purulenta de odor fétido e antibióticoterapia. Paciente evolui com melhora importante da dor com resolução do quadro. **DISCUSSÃO:** A drenagem percutânea guiada radiologicamente mais antibioterapia é o tratamento de escolha para pacientes com presença de abscesso hepático. **DESCRITORES:** abscesso hepático, drenagem, tomografia computadorizada.

P. 09.09

RELATO DE UM CASO DE ANGIOSSARCOMA HEPÁTICO EM ALFENAS – MG

*Guidetti, T.H.; **Pereira, M.B.A.; **Monteiro, M.V.; **Souza, M.R.; **Inicki, L.; ***Esteves, I.; ****Carvalho, J.B.V.

* Apresentador e acadêmico do sexto ano médico da UNIFENAS

** Acadêmicos do sexto ano médico da UNIFENAS

*** Médica residente da UNIFENAS

**** Professor da FCM da UNIFENAS, Médico cirurgião vascular

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO – UNIFENAS, ALFENAS, MG.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O angiossarcoma hepático é um tumor endotelial maligno de incidência rara, cerca de 0,1% dos tumores malignos primários do fígado. Observa-se, na literatura, sua relação direta com a exposição ao Thorotrast (contraste utilizado antigamente para exame de vias biliares), ao polivinil (PVC), ao arsênico (substância frequentemente encontrada em agrotóxicos) e aos esteróides exógenos. Possui prognóstico sombrio devido à escassez de sintomas e sinais clínicos, o que leva ao diagnóstico tardio. São descritos na literatura somente quatro casos com sobrevida superior a 12 meses, já que a maioria dos pacientes vai a óbito devido a sangramento intra abdominal maciço, coagulação intra vascular disseminada e falência hepática. **RELATO DE CASO:** Relata-se o caso de paciente de 62 anos, sexo feminino, residente na zona rural de Paraguaçu – MG. Apresentou dor em hipocôndrio direito de longa data e intolerância a alimentos gordurosos. Foi submetido à ultrassonografia, cujo resultado foi compatível com abscesso hepático. Realizada intervenção cirúrgica para drenagem do mesmo, quando foi encontrada grande quantidade de sangue livre na cavidade e tumoração vascular. O estudo anátomo-patológico diagnosticou angiossarcoma hepático. **OBJETIVO:** Temos o objetivo de alertar para a pobreza de sintomas e sinais clínicos, o que leva ao diagnóstico tardio e pior prognóstico. **DISCUSSÃO:** O angiossarcoma hepático deve ser incluído no diagnóstico diferencial de doenças hepáticas mais prevalentes em nosso meio, como o hemangioma hepático e o abscesso amebiano hepático, o que levaria ao diagnóstico precoce e melhor prognóstico.

P. 09.10

FÍSTULA BILEO-CUTÂNEA, RELATO DE UM CASO

Speranzini,M.B.; Pezzolo,S.; Martinelli,R.B.; Ducatti,L.S.S.*; Lemes,M.P.L.; Rautenfeld,M.V.; Honório,G.S.; Castro,R.

HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS FACULDADE DE MEDICINA ABC

Introdução: As fístulas colecisto-cutâneas são complicações infrequentes decorrentes de processos inflamatórios ou infecciosos que ocorrem envolvendo a vesícula biliar ou vias biliares incluindo colédoco e ducto cístico. O primeiro relato data de 1640 por Tilesius, e sua incidência vem diminuindo provavelmente devido à melhora dos métodos diagnósticos de imagem e tratamentos medicamentosos. Relatamos aqui um caso de um paciente do sexo masculino de 65 anos de idade que apresentou como queixa inicial uma dor em hipocôndrio direito do tipo cólica, há cerca de quatro meses, que evoluiu com abscesso local, drenado em outro serviço. Seguiu-se à drenagem débito bilioso persistente. Paciente foi submetido a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com retirada de múltiplos cálculos do colédoco. Após 30 dias o paciente foi operado sendo realizada colecistectomia com exploração radiológica das vias biliares que evidenciou normalidade das vias biliares intra e extra-hepáticas, obstrução do ducto cístico, estenose de colédoco proximal de cerca de dois centímetros e ausência de cálculos biliares. Realizou-se ainda a ressecção da porção estenosada do colédoco com anastomose primária término-terminal e drenagem a Kher. O paciente evoluiu com fístula biliar pós-operatória orientada por dreno cavitário, evoluindo com baixo débito de cerca de 150 mililitros até o 15º pós-operatório. Conclusão: as fístulas colecisto-cutâneas são uma complicação cada vez mais rara de processos inflamatórios ou infecciosos do trato colecisto-biliar, os quais exigem tratamento cirúrgico efetivo envolvendo a colecistectomia com re-estabelecimento do trajeto fisiológico de drenagem biliar.

P. 09.11

FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA – RELATO DE CASO

Gabriel, SA*; Fonseca, AZ; Farias FA; Frazão M; Bestane F; Dimitrov M; Lee ADW; Ilias EJ, Kassab P

Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro.

Introdução: As fístulas digestivas consistem em uma comunicação anormal entre o tubo digestivo e qualquer outra víscera oca intra-abdominal ou em cavidade livre (fístula interna), ou ainda com a superfície cutânea (fístula externa), através da qual ocorre drenagem de secreção digestiva. As fístulas gastrointestinais estão associadas a altos índices de morbidade e mortalidade. As fístulas espontâneas internas em geral se associam com litíase da árvore biliar, sendo a mais comum a colecistoduodenal (77%), colecistocólica (15%) e colecistogástrica (2%). As fístulas pós-operatórias são muito mais freqüentes e geralmente externas. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente internada eletivamente para realização de colecistectomia, por colecistopatia crônica calculosa com diagnóstico intra – operatório de fístula colecistogástrica. **Relato do Caso:** L.G.F., 64 anos, feminina, branca, internada por quadro de dor abdominal, principalmente em hipocôndrio direito, acompanhado por vômitos pós – prandiais. A USG de abdome evidenciava colecistopatia crônica calculosa, sendo indicada realização de colecistectomia convencional. No intra – operatório, notou-se uma fístula colecistogástrica, que foi desfeita. Realizou-se colecistectomia, sutura da lesão gástrica e exploração de vias biliares, que exibiu cálculo em colédoco distal, impactado na papila duodenal; drenagem da via biliar com dreno de Kher e programada realização de CPRE pós – operatória. **Discussão:** As fístulas digestivas representam complicações importantes no período pós – operatório, especialmente de cirurgias abdominais. A presença de fístulas prolonga o tempo de internação hospitalar e aumenta os custos financeiros. A colecistectomia pode se associar a esta complicação em até 3 % dos casos. **Conclusão:** As fístulas digestivas se constituem em complicações, por vezes, de alta gravidade, podendo ocorrer de forma espontânea ou pós intervenção cirúrgica. É fundamental o conhecimento das fístulas digestivas e de suas peculiaridades, principalmente nesse tipo descrito, pela sua raridade.

P. 09.12

FÍSTULA COLEDOCODUODENAL POR UM DIVERTÍCULO DO DUODENO: UM CASO RARO.

Castro R.; Samençatti GL.; Gregorio LL.; Diniz MT.; Neves LM.; Cruz AH.

Hospital de Ensino Anchieta

Serviço de Cirurgia Geral e de Urgência – Faculdade de Medicina do ABC

INTRODUÇÃO: Fístulas espontâneas entre a vesícula biliar e o trato gastrointestinal são complicações crônicas das colecistites calculosas, sendo decorrentes de processos inflamatórios ou infecciosos que ocorrem nas vias biliares, incluindo colédoco e ducto cístico. Pelo menos 90% das fístulas, são colédocoduodenais. A patofisiologia desta condição tem sido associada ao aumento pressórico na vesícula biliar, secundário a uma obstrução do ducto cístico ou a um tumor. Somente um número pequeno de casos na literatura reporta aerobilia, devido à bactérias produtoras de gás, como algumas anaeróbicas e coliformes fecais. Relatamos um caso de um paciente de 72 anos, sexo masculino, oriental, que chega ao nosso serviço referindo dor epigástrica, de moderada intensidade há 5 dias. Acompanhando esta dor, refere tremores e mal estar generalizado. Nega icterícia no período. Ao exame físico, apresentava icterícia leve e pouco doloroso à palpação profunda na região de epigástrio. Realizada coloscopia, descartando a possibilidade de fístula colônica; contudo na colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) foi visto uma fístula entre o ducto colédoco e um divertículo do duodeno, além da retirada de um cálculo das vias biliares. Na tomografia computadorizada de abdomen, foi evidenciado aerobilia. Com estes dados, foi proposto a circlagem do piloro com gastroenteroanastomose e derivação biliodigestiva em Y de Roux com colescistectomia e coledocolitíase. Não houve nenhuma complicação intraoperatória e o paciente evoluiu satisfatoriamente, até a alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** As fístulas bilioentéricas são reportadas frequentemente como um achado incidental, devido aos raros sintomas clínicos. São uma complicação cada vez mais rara de processos inflamatórios ou infecciosos do trato colecistobiliar, sendo o tratamento cirúrgico o mais efetivos para estes casos.

DESCRITORES: fístula coledoco duodenal, diverticulo dueodenal, vesícula biliar.

P. 09.13

HEMOBILIA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DEFINITIVO POR ARTERIOGRAFIA

Raphe R*.; Itáio R.E.; Felício H.C.; Fumie M.R.; Duca W.J.; Arroyo Jr. P.C.; Silva R.C.M.; Silva R.F.

UNIDADE DE CIRURGIA E TRANSPLANTE DE FÍGADO E INTESTINO DO HOSPITAL DE BASE/FUNFARME/FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, S.P – BRASIL

Introdução: Hemobilia é caracterizada como uma hemorragia originária do trato biliar, consequência de trauma, iatrogenia, doença inflamatória acalculosa, distúrbios vasculares e neoplasia. **Objetivo:** Descrever um quadro de hemobilia e pancreatite após biópsia hepática e a conduta a ser abordada. **Relato de Caso:** Feminino, 29 anos, portadora do vírus HIV, com colelitíase sintomática, submetida à colecistectomia VLP e biópsia devido lesões vesiculares em lobo hepático direito. No 6º dia pós operatório evoluiu com dor epigástrica irradiada para dorso de forte intensidade, náusea e hematoquezia. Apresentava elevação de amilase, enzimas canaliculares e bilirrubina, com predomínio de bilirrubina direta. EDA sem alteração. US de abdome evidenciando dilatação de vias intra e extra-hepática. Realizado conduta terapêutica para pancreatite. Solicitado colangiopancreatografia endoscópica (CPRE) que mostrou sangramento e coágulos nas vias biliares o qual foi removido, resultando em boa drenagem biliar. Devido persistência de hemorragia, foi realizada arteriografia que evidenciou pseudoaneurisma em ramo de artéria hepática direita com sangramento para o trato biliar que cessou após embolização. **Discussão:** O QC de hemobilia compreende a tríade de Quinke, caracterizada por dor em quadrante superior direito de abdome, icterícia e hemorragia gastrointestinal, com menos de 1/3 dos casos demonstrando a tríade completa. As possíveis etiologias envolvem acidente traumático (33%), iatrogenia (28%), colelitíase (11%), inflamação acalculosa (10%), condições vasculares (10%), neoplasia (5%) e outras causas (3%). A incidência após biópsia hepática percutânea tem sido relatada em 0, 023%. O intervalo do início dos sintomas pode ocorrer precocemente a até mais de vinte dias após biópsia percutânea. A maioria dos casos de hemobilia há cessamento espontâneo. A obstrução do trato biliar pelo coágulo pode causar colecistite, colangite e pancreatite. O US de abdome pode ser o método inicial de diagnóstico, demonstrando dilatação do trato biliar com ausência de cálculo. A EDA bem como a CPRE podem confirmar o diagnóstico em 40 a 60% dos casos. A angiografia constitui o principal método de diagnóstico e terapêutica de hemobilia persistente. A utilização de embolização seletiva possui uma taxa de sucesso maior que 95%. **Conclusão:** Pseudoaneurisma de ramo de artéria hepática pode ser uma das causas de hemobilia. A arteriografia constitui o principal método de diagnóstico e terapêutico com a embolização da anomalia arterial.

P.09.14

ICTERÍCIA OBSTRUTIVA POR ANEURISMA DE ARTÉRIA HEPÁTICA

P. 09.15

ÍLEO BILIAR – CÁLCULO IMPACTADO NO SIGMÓIDE

Mazzurana M; Alvarez GA; Santos D; Filho OF; Morais RP; Penido LS.

CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSÍADA e HGA - SANTOS - SP

Introdução: O Íleo Biliar foi descrito por Bartholin em 1654. É considerada complicação rara de colelitíase, presente em 0,3 a 0,5% dos casos. Ocorre em consequência à fístula interna entre algum ponto do sistema biliar e o tubo digestivo, a qual dá passagem a um grande cálculo que impacta no íleo terminal (60%), no íleo proximal (24%), jejuno distal (9%) ou no cólon e reto. Seu diagnóstico é desafiador e na maioria dos casos não é concluído até se optar pelo procedimento cirúrgico.

Objetivo: Relatar caso de Íleo Biliar com cálculo impactado no sigmóide e discutir as possibilidades terapêuticas encontradas na bibliografia.

Relato de caso: Tratou-se de paciente feminina, 86 anos com quadro clínico de dor no hipocôndrio direito, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes há 3 dias. Apresentava história prévia de icterícia com colúria e acolia fecal. Leucocitose moderada foi a única alteração laboratorial encontrada. Na radiografia de abdome evidenciou-se quadro de distensão de alças de delgado; no ultrassom, aerobilia, cálculo impactado em colédoco distal e cálculo na junção jejuno-ileal e na tomografia, litíase no intestino delgado. Iniciou-se tratamento clínico que não foi satisfatório e no 3º dia de internação hospitalar foi submetida à laparotomia exploradora seguida de colecistectomia + coledocotomia com drenagem a Kher, seguida de sigmoidotomia para retirada do cálculo e colorrafia primária. A paciente teve ótima evolução com alta no 7º pós-operatório após realização de colangiografia.

Discussão: A formação de fístula interna decorre do processo inflamatório gerado na vesícula biliar o que dificulta a decisão cirúrgica, por isso alguns autores defendem a realização da cirurgia em dois tempos, primariamente resolvendo a obstrução intestinal (Hempfling W et al, 2001). No entanto, o maior risco de colangite que essa paciente apresentava estimulou a realização de cirurgia mais agressiva (Jarbou e Agrawal, 2000 e Ayantude e Agrawal, 2007).

P. 09.16

ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO

Lichtenberger, M.*; Carvalho, D.; Frazão, M.; Cecílio, A.; Ilias, E.; Kassab, Paulo

DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNISA

Resumo: o íleo biliar é uma complicação rara da litíase biliar com incidência menor de 1% dos casos de colelitíase, sendo mais frequente nos idosos. Apresenta-se como um quadro de obstrução intestinal mecânica devido à presença de um cálculo biliar impactado dentro da luz intestinal, geralmente em sua porção mais estreita – íleo terminal, que migrou através de uma fístula bilioentérica. Esta fístula pode ocorrer entre a vesícula e o duodeno (75% dos casos) ou mais raramente entre a vesícula e outra região do tubo digestivo. Este quadro cursa com dor e distensão abdominal associada a vômitos biliosos e apenas 50% dos pacientes têm história de colelitíase. O diagnóstico é difícil de ser realizado, sendo que mais de 50% dos casos são descobertos durante a laparotomia. A radiografia de abdome pode mostrar distensão de alça, níveis hidroaéreos e sinais relativos à origem da obstrução como aerobilia ou cálculo calcificado distante da vesícula. Porém, esses achados são infrequentes. O tratamento do íleo biliar é cirúrgico e varia desde enterotomia com a excisão do cálculo para alívio da obstrução até cirurgia definitiva do trato biliar, com colecistectomia e fechamento da fístula enterobiliar e enterotomia. Objetivo: relatar um caso raro de íleo biliar em paciente jovem. Relato do caso: paciente M.J.O., 44 anos, feminino, obesa, com dor abdominal há 8 dias, associada a vômitos, parada da eliminação de fezes e antecedente de colelitíase. Exame físico: regular estado, desidratada ++/4, descorada +/4, eupneica, afebril, anictérica, orientada. Abdome distendido, doloroso à palpação profunda em andar superior, ruídos hidroaéreos aumentados, descompressão brusca negativa. A radiografia de abdome evidenciava dilatação de alças de delgado e nível hidroaéreo em topografia da vesícula. O controle da sonda gástrica mostrava débito volumoso de líquido bilioso. Hb 13,5mg/dl; Ht 40,1%; 10. Leucócitos 10.400(4B/73S). Optou-se por conduta cirúrgica. Achados intra-operatórios: presença de cálculo de 4 cm, cilíndrico, ocluindo a região do íleo terminal e fístula colecisto-duodenal. Realizada enterotomia com excisão do cálculo, colecistectomia e fechamento da fístula. Paciente teve boa evolução pós-operatória e recebeu alta no 4ºPO.

P. 09.17

IMPLANTAÇÃO ANÔMALA DE CÁLCULOS EM PERITÔNIO PARIETAL APÓS COLECISTITE AGUDA

Cunha A.Z.*; Migotto A.; Kadri, C.J.; Fernandes, C.L.; Martinez, C.A.R.

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SÃO PAULO

Introdução: A perfuração espontânea da vesícula biliar é uma condição rara de colecistite aguda, que está associada a cálculos em 95% dos casos. Há uma obstrução litiásica infundibular, que resulta em distensão e sinais inflamatórios na vesícula. Dos casos de colelitíase, 75% são de colesterol, sendo os fatores predisponentes a idade, sexo, obesidade e fertilidade. Pode haver complicações graves como abscesso pericolecístico, coledocolitíase e pancreatite. No entanto, há poucos relatos na literatura quanto à presença de cálculos implantados na parede abdominal sem coleperitônio. O objetivo do trabalho é documentar esta distinta complicação sem evidências clínicas ou radiológicas de abdômen agudo perfurativo. **Relato do caso:** Mulher de 26 anos com cólica biliar há cinco anos. O ultra-som abdominal revelou cálculos em seu interior de até 1,5 cm de diâmetro, sem sinais de colecistite aguda. No dia da cirurgia eletiva relatou forte crise de cólica em epigastro há 30 dias, mas de evolução benigna. Foi submetida à cirurgia convencional, onde havia sinais de fibrose fúndica e alguns cálculos remanescentes em seu interior, além dos seus substratos alojados na parede abdominal. O anátomo patológico mostrou a presença de colecistite aguda calculosa. Não foi realizado colangiografia intraoperatória devido ausência de alteração coledococística. As evidências sugerem que um cálculo maior serviu de tampão vesicular e que os cálculos livres em peritônio foram organizados como uma reação de corpo estranho. **Conclusão:** A ectopia litiásica é uma complicação pouco evidenciada na prática clínica, mas que revela grande curiosidade quanto à resposta orgânica diante de uma inflamação abdominal.

P. 09.18

NECROSE ISQUÊMICA DE VESÍCULA BILIAR: UMA COMPLICAÇÃO INCOMUM PÓS GASTRECTOMIA

Contrucci, O.; Kassab, P.; Ilias, E.J., Fávoro, M.L.; Fonseca, A. Z.*; Frazão, M.S.V.; Elias, N. C.; Souza, N. C.; Araujo, L.S

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO – SÃO PAULO, SP

As colecistites agudas alitiásicas correspondem de 2 a 5 % do total de colecistites agudas. Sendo relacionadas à: cirurgia (colecistite pós operatória), politraumatizados graves, sepse, hiperalimentação, queimados, e pancreatite aguda grave. A real incidência da colecistite isquêmica não está bem estabelecida devido aos seus múltiplos fatores coadjuvantes.

O paciente apresentou quadro de abdome agudo com irritação peritoneal no pós operatório de gastrectomia por câncer, optando-se então pela laparotomia exploradora. Na cirurgia encontrou-se a vesícula biliar necrosada, sendo realizada colecistectomia clássica.

A isquemia vesicular pós-operatório é levantada com base nos achados operatórios, na microscopia, somados a procedimentos cirúrgicos que envolvem as estruturas vasculares do pedículo hepático (esvaziamento ganglionar e ligadura da origem da gastroduodenal). Para alguns autores a irrigação da vesícula biliar é do tipo terminal e em alguns casos a artéria cística se apresenta em dobro, sendo a artéria cística inferior ramo da artéria hepática própria e pode originar pequenos ramos para os gânglios do pedículo hepático. Mais raramente poderia nascer da gastroduodenal. Em algumas ocasiões a artéria hepática direita da origem à artéria cística. Com estas bases anatômicas, podem-se levantar de forma retrospectiva alguns dos mecanismos patogênicos. O esvaziamento do pedículo implica ligaduras vasculares dos principais gânglios do grupo 12, de modo que a ligadura inadvertida da artéria cística e de seus ramos pode desenrolar ou colaborar com a isquemia vesicular. Em outro caso, a ligadura alta da gastroduodenal, eventualmente associada a uma origem anômala da artéria cística ou cística inferior (quando em dobro), pode levar a resultados semelhantes. Outros mecanismos diferenciais ou associados podem ser: o jejum prolongado nos casos de pacientes gastrectomizados, refluxo pancreático e oscilações tensionais na circulação esplênica. As colecistites alitiásicas pós-operatórias são entidades realmente raras, cujo diagnóstico se dá por laparotomia exploradora. A baixa frequência desta entidade faz com que os detalhes etiopatogênicos não sejam totalmente conhecidos, não se podendo extrair conclusões táticas em relação à conduta a se tomar com a via biliar acessória, em caso de esvaziamento ganglionar do pedículo hepático ou quando se manipulam suas estruturas vasculares. Pode parecer um excesso associar uma colecistectomia profilática a uma gastrectomia se o procedimento incluir os vasos do pedículo hepático ou quando se realiza um esvaziamento ganglionar hepático.

Conclusão: A necrose da via biliar pode ocorrer na linfadenectomia D2 para tratamento de câncer gástrico podendo ser associada a colecistectomia durante o ato da gastrectomia

P. 09.19

NEOPLASIA PRIMÁRIA DE TERÇO MÉDIO DE COLÉDOCO.

Marques, T.G.*; Bot, L.H.B; Constantino, M. G.; Petreca, C.; Apodaca, F.R.; Kim, S.B.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO – SPDM (UNIFESP) - MOGI DAS CRUZES – SÃO PAULO

INTRODUÇÃO: Neoplasias dos canais biliares são raras, classificadas em tumores intra-hepáticos (8-13%) e extra-hepáticos (87-92%), sendo os mais prevalentes os de via biliar distal ou periampulares (30-50%). A disseminação linfática é comum e já está presente ao diagnóstico em 32% dos tumores extra-hepáticos, para linfonodos císticos, celíacos e peripancreáticos. Apesar de menos de 20% dos tumores serem ressecáveis ao diagnóstico, o tratamento é cirúrgico e quimioterapia ou radioterapia adjuvantes são controversas. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é relatar um caso de adenocarcinoma de terço médio de colédoco, tratado cirurgicamente. **MATERIAL E MÉTODO:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, branca, solteira, católica, natural e procedente de Mogi das Cruzes, apresentou-se com história de dor em andar superior de abdome de início há um mês, tipo cólica, associada à icterícia progressiva, colúria e acolia, sem febre ou emagrecimento no período. Paciente sem comorbidades clínicas. Ao exame físico, apresentava icterícia e dor moderada à palpação de andar superior de abdome. Os exames laboratoriais evidenciaram uma síndrome colestática, sem leucocitose associada. Observou-se à ultra-sonografia dilatação intra-hepática das vias biliares e vesícula biliar hiperdistendida, de paredes finas, sem cálculos. A tomografia computadorizada de abdome mostrou pâncreas sem alterações e a endoscopia digestiva alta era normal. A paciente foi submetida à ressecção de via biliar extra-hepática e hepaticojejuno anastomose em Y de Roux. O anátomo-patológico revelou adenocarcinoma de ducto colédoco. **RESULTADOS:** A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com regressão do quadro colestático e está em acompanhamento ambulatorial no momento. **CONCLUSÃO:** Neoplasias de vias biliares extra-hepáticas são tumores raros e podem ser tratadas por ressecção de via biliar e derivação biliodigestiva, com boa evolução pós-operatória, sendo adjuvância ainda controversa nesses casos.

P. 09.20

PÓLIPO DE PAPILA DUODENAL OBSTRUINDO VIAS BILIARES: RELATO DE CASO

D'Ávila, R.*; Rebolho, E C.; Gonçalves, W M.; Carvalho, P B.; Velha, L P E.

Complexo Hospitalar Heliópolis – São Paulo – SP

RESUMO

Introdução e Objetivos: Tumor de Papila de Vater é uma entidade rara, sendo que os adenomas ocupam uma pequena porcentagem com o tipo histológico viloso (menos comum que os tubulares) tendo uma incidência de 0,04 a 0,12%. Os adenomas vilosos são considerados lesões pré-malignas com forte evidência de progressão adenoma-carcinoma semelhante ao que ocorre no câncer de cólon. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de um paciente submetido à colecistectomia eletiva com exploração de vias biliares com achado incidental de tumor duodenal periampular, obstruindo a via biliar, bem como relatar a importância da realização da colangiografia intra-operatória.

Material e Método: Paciente feminino de 74 anos, internado no serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Heliópolis com diagnóstico de colecistopatia calculosa crônica (micro cálculos) e episódio prévio de icterícia além de elevação das enzimas canaliculares. Foi submetida à colecistectomia convencional com exploração de vias biliares onde a colangiografia intra-operatória evidenciou parada de contraste em colédoco distal e dilatação das vias biliares intra e extra-hepática. Realizado a coledocotomia com instrumentalização sem dificuldade da papila duodenal, porém nova colangiografia revelou não progressão do contraste. Indicada exploração transduodenal da papila evidenciando pólipos pediculados sobre a mesma, mimetizando sistema valvular. Realizado polipectomia com papilotomia e drenagem das vias biliares a Kehr. Paciente recebeu alta no nono pós-operatório (PO), sem intercorrências ou complicações durante a internação, após nova colangiografia evidenciar bom escoamento das vias biliares e normalização dos marcadores laboratoriais. No seguimento, o exame anatomopatológico diagnosticou pólipos vilosos com displasia de baixo grau.

Conclusão: Salientar a importância da colangiografia intra-operatória no diagnóstico diferencial das obstruções das vias biliares, bem como evidenciar os adenomas de papila como fator etiológico de síndrome colestática, apesar de pouco comuns.

P. 09.21

RELATO DE CASO: NEOVESÍCULA OU DUCTO CÍSTICO REMANESCENTE

Pinheiro, M.L.P.; Sivieri, T.; Gandolfi, H.; Gandolfi, J.F.; Neto, F.R.C.; Cabral, C.M.; Raphe, R*

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Introdução: Ducto cístico remanescente ou neovesícula é uma patologia rara e pouco descrita na literatura, definida como ducto cístico residual com mais de 1 cm de comprimento, com presença de cálculos, causando síndrome pós colecistectomia.

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de neovesícula ou ducto cístico remanescente.

Relato de Caso: T.G.S., 22 anos, sexo masculino, branco. Paciente com história de colecistite aguda litiásica em junho de 2007, foi submetido a videocolecistectomia, evoluindo bem. Biópsia de peça cirúrgica evidenciou colecistite crônica em surto agudo. Retornou ao serviço em janeiro de 2008 queixando-se de icterícia, colúria e dor em hipocôndrio direito. Solicitados exames laboratoriais: bilirrubina total de 8,0 (normal inferior a 1,0 mg/dL), bilirrubina direta de 4,6 (normal inferior 0,3 mg/dL), gamaGT 471 (normal 1 a 30 UI/L) e fosfatase alcalina 132 (normal de 25 a 100 UI/L). Exame ultrassonográfico evidenciava imagem semelhante a vesícula biliar repleta de cálculos. Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) foi realizada e visualizou colédoco dilatado, presença de cálculos e imagem em topografia de vesícula com importante retenção de contraste, sugerindo se tratar de vesícula biliar. Após CPER paciente apresentou pancreatite. Realizado tratamento clínico com boa evolução. Paciente foi submetido então a cirurgia aberta que evidenciou neovesícula, sendo a mesma ressecada. Realizada colangiografia intra operatória que não evidenciou cálculos em vias biliares. A biópsia da peça cirúrgica evidenciou fragmento de ducto cístico com infiltrado inflamatório crônico não específico. Paciente evoluiu bem no pós operatório.

Discussão: Com a técnica laparoscópica de colecistectomia, existe maiores chances de aparecimento do ducto cístico remanescente longo, o que pode favorecer o surgimento de cálculos, causando a síndrome pós colecistectomia (neovesícula).

Conclusão: Neovesícula é uma patologia rara e benigna, que pode ser tratada cirurgicamente com boa evolução.

P.09.22

**QUIMIOEMBOLIZAÇÃO TRANSARTERIAL COMO TRATAMENTO DO CARCINOMA
HEPATOCELULAR**

P.09.23

PROPOSTA DE UMA NOVA TÉCNICA PARA RECONSTRUÇÃO DA VIA BILIAR UTILIZANDO TUBO DE SEGMENTO JEJUNAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM CÃES

Eduardo Crema, Paulo Monti, Croider Franco Lacerda, Alex Augusto Silva, Karla V. Lara, Ricardo Pastore e Ludmila Santiago Almeida.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – DEPARTAMENTO DE CIRURGIA – UBERABA - MG

INTRODUÇÃO: Com o intuito de reconstruir a via biliar de maneira fisiológica Crema idealizou a aplicação do princípio de Monti às vias biliares já estabelecido em humanos para vias urinárias. Nesta técnica, faz-se a retubularização transversa de um segmento jejunal.

OBJETIVO: O presente estudo objetiva avaliar a eficácia da interposição do referido tubo entre o colédoco e o duodeno, em cães.

MATERIAIS E MÉTODOS: Inicialmente foi realizada ligadura laparoscópica do colédoco dos cães. Uma semana após, foi realizada derivação biliodigestiva com interposição do tubo jejunal. Os cães foram submetidos a dosagens bioquímicas de transaminases glutâmico-pirúvica, glutâmico-oxalacética, bilirrubinas totais, fosfatase alcalina e gama glutamiltransferase no pré-operatório e semanalmente até a eutanásia; realizada seis semanas após a derivação biliodigestiva, quando foi realizada nova laparotomia e coleta das peças para macroscopia. Dos 13 animais operados três morreram. Um cão foi excluído porque não apresentou significativa icterícia obstrutiva. Portanto, nove cães tiveram seus dados submetidos à análise estatística.

RESULTADOS: Todos apresentaram icterícia obstrutiva após ligadura do colédoco, comprovada por exames bioquímicos. Os nove animais apresentaram redução estatisticamente significativa de sua colestase após derivação biliodigestiva com a interposição do tubo jejunal e mantiveram-se saudáveis até o término do experimento.

CONCLUSÕES: Concluiu-se que houve redução estatisticamente das variáveis estudadas, nos nove animais, seis semanas após a derivação biliodigestiva com interposição coledocoduodenal do tubo jejunal.

NEOPLASIAS

P. 10.01**ADENOCARCINOMA ENDOMETRIÓIDE DE PAREDE ABDOMINAL E ENDOMETRIOSE**

SPERANZINI,M.B.; PEZZOLO,S.; MARTINELLI,R.B.; DUCATTI,L.S.S.*; LEMES,M.P.L.; RAUTENFELD,M.V.; HONÓRIO,G.S.; CASTRO,R.

HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS FACULDADE DE MEDICINA ABC

INTRODUÇÃO: A TRANSFORMAÇÃO MALIGNA DA ENDOMETRIOSE PODE OCORRER EM 0,7-1% DAS PACIENTES E 78,7% DESTES CASOS OCORREM NOS OVÁRIOS. ESTE TRABALHO RELATA CASO DE UM ADENOCARCINOMA ENDOMETRIÓIDE DE PAREDE ABDOMINAL APÓS DOIS PARTOS CESÁREA. **RELATO DE CASO:** PACIENTE DE 52 ANOS APRESENTA DOR BEM LOCALIZADA EM REGIÃO DE HIPOGÁSTRIO COM PRESENÇA DE TUMORAÇÃO EM MESMO LOCAL HÁ UM ANO, QUE PIORA NO PERÍODO MENSTRUAL, RELATA AINDA, AUMENTO DO NÚMERO DE CICLOS MENSTRUAIS (2X/MÊS). A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM EVIDENCIOU FORMAÇÃO NODULAR HETEROGÊNEA MEDINDO 45 X 45 MM SUBJACENTE À CICATRIZ CIRÚRGICA NA EXTREMIDADE DIREITA (PFANNSTIEL), COM AUSÊNCIA DE LINFOADENOPATIAS. FOI REALIZADA A EXÉRESE DO TUMOR DA PAREDE ABDOMINAL QUE REVELOU APÓS ANATOMO-PATOLÓGICO, SER UM ADENOCARCINOMA ENDOMETRIÓIDE. **CONCLUSÃO:** A MANIPULAÇÃO CIRÚRGICA DA CAVIDADE PÉLVICA PODE SER CONSIDERADA UM FATOR DE RISCO NO DESENVOLVIMENTO DA ENDOMETRIOSE EXTRA-GONADAL. ALÉM DISSO, O HIPER-ESTROGENISMO, SEJA ENDÓGENO OU EXÓGENO, TEM SIDO CONSIDERADO COMO UM FATOR DE RISCO NO DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER ORIGINADO DA ENDOMETRIOSE. A MALIGNIZAÇÃO EXTRA-GONADAL DA ENDOMETRIOSE, DEVE SER CONSIDERADA COMO UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM QUALQUER MULHER COM MASSA EM PAREDE ABDOMINAL, COM DOR PÉLVICA E/OU ABDOMINAL, USO DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL, HISTÓRICO DE MANIPULAÇÃO CIRÚRGICA DA CAVIDADE PÉLVICA E SANGRAMENTOS VAGINAIS.

P. 10.02

CERCLAGEM CUTANEA : MÉTODO DE REPARAÇÃO EM ORELHA EXTERNA

Teshirogi EY; Cabello MF*; Freitas Filho MFC.

SOROCABA CEPAC – CHS
CENTRO DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTENCIA EM CIRURGIA
CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA– secr de saúde do estado sp

INTRODUÇÃO Em torno de 6% dos tumores malignos cutâneos acometem a orelha externa. Relata-se alto índice de recidiva local considerando a peculiaridade anatômica e escassez cutânea para a reparação, induzindo à extirpação tumoral com margem inadequada.

OBJETIVO Objetivo deste estudo consiste em apresentar um método de reparação que permite a extirpação do tumor com maior radicalidade mas sem comprometer significativamente a cosmética local.

MATERIAL E METODO Foram selecionados 10 pacientes que apresentavam tumor cutâneo em orelha externa, confirmado através de biópsia. Foram submetidos à exereses, com margem oncológica lateral e o plano profundo com inclusão da cartilagem do leito tumoral. Foi realizada "cerclagem" cutânea local com intenção de diminuir a área cruenta e a cicatrização foi por segunda intenção. Houve acompanhamento dos pacientes observando-se controle tumoral local e a estética final.

RESULTADO Todos pacientes submetidos a esse método cirúrgico apresentaram excelente resultado estético e índice de cura de 100%, sendo acompanhados por 24 meses. O tempo médio de cicatrização completa foi de 40 dias. Não houve infecção local.

CONCLUSÃO

Essa técnica de reparação permite extirpação do tumor com a adequada margem oncológica. É uma abordagem ousada e aceitável considerando-se excelente controle oncológico, baixo índice de infecção e resultado estético satisfatório.

P. 10.03

CISTO DE MESENTÉRIO: RELATO DE CASO

Sanches, CWO. *; Nascimento, EF. ; Martinez, CAR. ; Araújo, DA.

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo.

Tumores císticos primários de mesentério, omento e retroperitônio, são lesões raramente descritas que podem originar-se dos tecidos linfáticos, vascular, nervoso e conjuntivo. Localizam-se, preferencialmente, no mesentério do intestino delgado podendo ser encontrados em qualquer segmento da cavidade abdominal. Sua origem, classificação e etiopatogenia permanecem controversas e o diagnóstico muitas vezes torna-se problemático.

O caso descrito retrata a história de uma mulher, 70 anos, com tumoração assintomática em região hipogástrica, encontrada ao acaso durante a palpação abdominal. Ao exame apresentava tumoração fibroelástica, com aproximadamente 10 cm de diâmetro, parcialmente móvel e indolor. O USG e a tomografia abdominais demonstravam tumor cístico entre alças de delgado, sem outras lesões associadas. Foi submetida a laparotomia explorada onde evidenciou-se tumor cístico com 10 cm de diâmetro aderido ao ângulo de Treitz, bifurcação das artérias ilíacas e veia ilíaca esquerda, sendo realizado sua exérese íntegra. O exame anatomopatológico confirmou tratar-se de cisto de mesentério.

O cisto de mesentério, não obstante ser lesão raramente descrita deve ser sempre considerado no diagnóstico diferencial dos tumores abdominais, sendo portanto válido o seu estudo com o intuito de propiciar a divulgação do conhecimento científico.

P.10.04

CISTOADENOMA DE APÊNDICE VERMIFORME COMO CAUSA MECÂNICA DE INTUSSUSCEPÇÃO COLO-CÓLICA

Cunha A.Z.*; Migotto A.; Kadri, C.J.; Fernandes, C.L.P.; Martinez, C.A.R.

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SÃO PAULO

Introdução: A intussuscepção é causa de obstrução intestinal em crianças menores de dois anos, pouco comum em adultos. Apresenta-se de diversas formas, sendo a invaginação colocolica pouco evidente, raramente decorrente de neoplasia apendicular. Nestes casos geralmente são classificadas em quatro categorias principais: tumor carcinóide puro, adenocarcinoma do tipo cólico, cistoadenomas ou cistoadenocarcinomas e tumor adenocarcinóide. Os tumores carcinóides estão mais localizados no órgão em estudo em até 70% dos casos de neoplasia apendicular. Porém esses tumores representam 0,5% das neoplasias do trato gastrointestinal e 0,5% das apendicectomias. O objetivo do presente relato é apresentar um caso de rara associação de cistadenoma mucinoso em apêndice vermiforme como fator mecânico de invaginação do ceco sobre o cólon direito. No inventário da cavidade foi encontrado um divertículo de Meckel. Relato do caso: Homem, 42 anos com quadro de dor abdominal tipo cólica aliviada pelas evacuações há dois anos, com frequência quinzenal. Foi possível observar no exame físico a presença de ondas de Kussmaul. O trânsito intestinal mostrou imagem ovalada de densidade cáustica em topografia de fossa ilíaca direita, além da "imagem em alvo" na tomografia. No intraoperatório, havia intenso processo inflamatório em serosa de cólon direito, além de tumoração em apêndice de 6,5 cm. Apesar de não haver associação da doença com a persistência do ducto onfalomesentérico, optou-se pela sua ressecção. Conclusão: Apesar da raridade, tumores em apêndice vermiforme e intussuscepção são condições que podem ser encontradas durante a laparotomia. Não há descrito na literatura os três achados vistos num mesmo paciente.

P.10.05
COLANGIOCARCINOMA – RELATO DE CASO

Zanatta P.*; Sukeda D.H.; Gontijo M.G.C.; Dias B.B.; Leite C.C.D.; Carvalho J.B.V..

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO – ALFENAS (MG)

Introdução

O colangiocarcinoma é um raro tipo de neoplasia maligna das vias biliares. As condições de risco incluem colangite esclerosante primária, doenças fibropolicísticas do sistema biliar e infecção crônica pelo trematódeo do fígado *Opisthorchis sinensis*. Clinicamente, a icterícia progressiva é a apresentação mais freqüente. Exames de imagem como a tomografia computadorizada e o ultra-som são necessários para o diagnóstico. O objetivo deste trabalho é relatar um caso ocorrido em nosso serviço.

Relato de caso

Paciente J.P.Q.R., 87 anos, lavrador, procedente de Conceição do Rio Verde (MG) foi admitido apresentando icterícia, colúria, acolia e dor em hipocôndrio direito de moderada intensidade, tipo aperto, há 22 dias. O ultra-som abdominal revelou hepatomegalia, estase biliar e dilatação acentuada em colédoco terminal. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada evidenciou discreta papilite, dilatação do colédoco e ducto hepático e obstrução intrínseca do colédoco terminal. Exames laboratoriais: Bb total = 19mg/dl, Bb direta = 16mg/dl, TGO = 115U/L, TGP = 147U/L, Gama-GT = 304U/L, FA = 1009U/L e DHL = 229U/L. Foi realizado anastomose bileodigestiva, biópsias e colocação de dreno de Kher em coto cístico. No exame anatomo-patológico foi evidenciado achados consistentes com colangiocarcinoma.

Discussão

A ressecção cirúrgica é o único tratamento curativo. A completa ressecção tumoral com margens cirúrgicas livres é o que oferece o melhor prognóstico. O uso de agentes quimioterápicos e radioterápicos no pós-operatório parece não alterar a sobrevida nem o índice de recorrência. Entretanto, o tratamento cirúrgico radical pode ser contra-indicado como em metástases à distância, invasão da veia porta ou de estruturas vasculares adjacentes e na necessidade de ressecções hepáticas extensas.

Conclusão

O objetivo do tratamento é a exérese do tumor, priorizando o restabelecimento do fluxo biliar. Assim, pode-se realizar ressecção local acompanhado ou não de ressecção hepática e mesmo o transplante hepático. Porém, está associado a mau prognóstico e a altos níveis de morbimortalidade mesmo após o tratamento cirúrgico.

P.10.06

É POSSÍVEL REDUZIR CARCINOMATOSE PERITONEAL EM MODELO EXPERIMENTAL DE CÂNCER DE PÂNCREAS EM HAMSTERS COM O AZUL DE METILENO?

P.10.07

RELATO DE CASO: GANGLIONEUROMA PÉLVICO RETROPERITONEAL – APRESENTAÇÃO DE CASO NA INFÂNCIA E REVISÃO DA LITERATURA

SILVA, B. F.; SANTO E. F. G.; PINHEIRO M. L. J.; CORREA A. M.; SILVA, T.N*

Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário Júlio Muller / UFMT

INTRODUÇÃO Ganglioneuroma é um tumor benigno de células do sistema nervoso simpático, constituído de células ganglionares maduras, correspondendo a menos de 1% de todas as neoplasias de tecidos moles, sendo raro na região pélvica e na maioria assintomáticos. Diagnóstico é realizado durante exame de rotina ou investigação de outras patologias.

OBJETIVO Relatar um caso de ganglioneuroma pélvico na infância.

MÉTODO: Descrição de caso e revisão da literatura.

RESULTADOS Paciente GPT, 13 anos, Feminino, com quadro de dor pélvica e metrorragia submetida a laparotomia exploradora devido suspeita de cisto hemorrágico, sendo identificada massa retroperitoneal pélvica, e realizada apenas biópsia, com diagnóstico de ganglioneuroma. Encaminhada ao nosso serviço onde foi realizada tomografia computadorizada de abdome que confirmou presença da tumoração. Paciente foi submetida à nova cirurgia com ressecção completa de tumoração retroperitoneal pélvica medindo 23 × 20 × 10 cm.

CONCLUSÃO Tumor benigno de difícil diagnóstico, que raramente recidivam ou tornam-se malignos. Cirurgia com ressecção completa e preservação de funções é o tratamento indicado e viável em grandes tumores pélvicos.

P.10.08

GASTRODUODENECTOMIA PARCIAL NO TRATAMENTO DO TUMOR CARCINÓIDE DUODENAL

Introdução: O termo *Karziñoide* foi empregado por Oberndorfer em 1907 a fim de diferenciá-lo dos adenocarcinomas. O carcinóide duodenal corresponde a menos de 2% dos carcinóides do sistema digestório.

Objetivo: Relato de um caso portador de tumor neuroendócrino de comportamento incerto (tipo 1 de Kloppel).

Relato do caso: Paciente sexo feminino, 65 anos com epigastralgia tipo queimação, iniciada há 2 anos com piora á alimentação associada à emagrecimento de 5kg no período. AP: HAS e dislipidemia compensadas. Ao exame sem alterações. Realizada EDA que evidenciou gastrite erosiva e lesão séssil de 1,5 cm em parede anterior do bulbo duodenal. A biópsia classificou em tumor carcinóide. A pesquisa de síndrome do carcinóide foi afastada pela ausência de sinais e sintomas característicos bem como exames sérico e de urina.

Resultados: Encaminhada ao setor de endoscopia para marcação da lesão com azul de metileno 2 horas antes da cirurgia. No ato cirúrgico, a lesão não palpável foi facilmente localizada (inclusive seus limites proximal e distal). Realizado, por via laparotômica, Duodenectomia (primeira porção) e gastrectomia parcial com esvaziamento linfonodal a D2 associado a apendicectomia. Reconstrução em Y de Roux. A paciente evoluiu bem com alta no PO6 . O exame anatomopatológico concluiu como tumor neuroendócrino medindo 2,0x1,3 cm, de padrão trabecular com infiltração até o cório de mucosa duodenal. Margens proximal(9,5 cm) e distal (2 cm) livres. Linfonodos 0/19. Apêndice cecal normal.

Conclusão: A gastroduodenectomia pode ser utilizada no tratamento dos carcinóides da primeira porção do duodeno.

P. 10.09

HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR RELATO DE CASO

Nonose, R.; Rodrigues, A.; Valenciano, J.; Kanno, D.*; Martinez, C; Lahan A.

BRAGANÇA PAULISTA, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF)

Resumo:

Hepatocarcinoma fibrolamelar (HCFL) é uma variante histológica do hepatocarcinoma (HCC) caracterizado pela presença de septos fibrosos no fígado em doentes sem afecções hepáticas prévias. Esta neoplasia é rara, sendo responsável por apenas 2% das neoplasias de origem hepatocelular. A doença acomete jovens a partir da segunda década de vida, sem predominância por sexo. Geralmente, o HCFL apresenta-se como tumor focal único, de volume considerável com níveis de alfa-fetoproteína normais. A sintomatologia clínica apresentada é variada. A conduta no HCFL é cirúrgica, sendo a ressecção do segmento hepático acometido o tratamento mais efetivo. O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso de HCFL tratado por hepatectomia esquerda, cujo diagnóstico suspeitado pelos exames de imagem, foi confirmado pelo estudo histopatológico. Relato do caso: homem, 21 anos, branco, procurou atendimento médico com queixa de dor epigástrica em queimação há seis meses, de leve intensidade, que piorava com a alimentação. Ao exame físico geral encontrava-se em bom estado geral, descorado +/4+, nutrido, sem linfonodomegalias; o abdome apresentava-se doloroso à palpação com massa palpável, endurecida, fixa, situada, predominantemente, no epigástrio. A ultrassonografia de abdome mostrou massa heterogênea, situada na região do lobo esquerdo do fígado, de aspecto nodular; a tomografia computadorizada de abdome e a ressonância magnética confirmaram os achados ultrassonográficos. Com a hipótese diagnóstica de HCFL o doente foi submetido à hepatectomia esquerda (segmentos II, III e IV) tendo apresentado evolução pós-operatória satisfatória e recebendo alta no 6º dia pós-operatório. O estudo anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de HCFL, com margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico, sendo estagiado como pT3,pN0,pM0. Não foi instituído tratamento quimioterápico adjuvante. O HCFL é uma neoplasia hepática rara que radiologicamente é constituída por uma massa única, hipervascularizada. Os principais diagnósticos diferenciais do HCFL são: hiperplasia nodular focal, hemangiomas, colangiocarcinomas, adenomas hepáticos e metástase de tumores do trato gastrointestinal. A ressecção hepática é o tratamento de escolha com índices curativos de 48% a 60% dos casos, com aumento da sobrevida global (média de 32 a 68 meses). O transplante é também uma opção terapêutica, na impossibilidade da ressecção ou comprometimento hepático bilateral.

P.10.10
TUMOR ESTROMAL PRIMÁRIO DE DUODENO

Bot, L.H.B.*; Marques, T.G.; Pasquoto, M.L.; Yamamura, K.; Apodaca, F.R.; Kim, S.B.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO -
SPDM (UNIFESP) - Mogi das Cruzes – São Paulo

INTRODUÇÃO: GIST são neoplasias raras que se originam das células de Cajal e expressam a proteína c-kit. Sua incidência é de 14,5 casos por milhão de habitantes. Quanto à localização anatômica, são mais frequentes no estômago (40% a 70% dos casos), seguido do intestino delgado e duodeno (20% a 40 %), e são raros no esôfago e no cólon. Seu tratamento é cirúrgico e uma pequena margem de segurança de 1 a 2 cm é suficiente, com sobrevida média de aproximadamente 54% em 5 anos. A doença residual pode ser tratada com o Mesilato de Imatinib. As recidivas podem ser tratadas cirurgicamente. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é relatar o caso de um tumor estromal primário de duodeno tratado cirurgicamente. **MATERIAL E MÉTODO:** Paciente do sexo masculino deu entrada no Pronto-Socorro com história de hematêmese há um dia, de moderada quantidade. Realizada Endoscopia Digestiva Alta que evidenciou tumoração ulcero-vegetante na parede póstero-lateral da segunda porção duodenal, contra-lateral à papila, irregular, endurecida, friável ao toque e com sangramento difuso de superfície. Foi feita a biópsia da lesão, com resultado de proliferação mesenquimal fusocelular em submucosa com estromas e inflamatório associado. A imunohistoquímica foi positiva para CD117, concluindo o diagnóstico de Tumor Estromal Primário de Segunda Porção duodenal. Ao estadiamento, a tomografia de abdome revelou tumoração extensa na topografia duodenal. O paciente foi submetido a gastroduodenopancreatectomia, com ressecção de lesão maior que 5 cm de segunda porção duodenal, bem delimitada e móvel. **RESULTADOS:** Paciente há 3 anos em acompanhamento ambulatorial sem doença residual ou presença de metástases a distância, assintomático. Acompanhamento com oncologia clínica sem necessidade de quimioterapia. **CONCLUSÃO:** Independente da apresentação clínica, muitas vezes de difícil diagnóstico necessitando de imunohistoquímica, o GIST de duodeno precisa de ressecção cirúrgica ampla, afim de obter melhora da sintomatologia e proporcionar sobrevida a longo prazo.

P. 10.11

LEIOMIOSSARCOMA RETROPERITONEAL COM RESSECÇÃO DE VEIA CAVA – RELATO DE CASO

*Silva, B. F.; Santo, E. F. G.; Teixeira, S. M.; Correa, F. A. M.; Silva, T. N

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER-UFMT, CUIABÁ-MT

Introdução: Os tumores primários de retroperitônio são infreqüentes e malignos em 70 a 90% dos casos. Destes, o leiomiossarcoma é o segundo mais comum em adultos. Normalmente, estes tumores cursam como uma grande massa abdominal, de pouca sintomatologia inicial, geralmente dor abdominal inespecífica, e diagnóstico tardio.

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente de 48 anos, feminina, com grande leiomiossarcoma de retroperitônio invadindo veia cava inferior na confluência das veias renais e rim direito.

Métodos: Relato de caso e revisão da literatura.

Resultados: Paciente com quadro de dor e aumento do volume abdominal há dois anos, com TC e RM de abdome total mostrando volumosa massa retroperitoneal comprimindo e deslocando estruturas adjacentes, com falha de enchimento de veia cava retro-hepática, podendo corresponder a trombo ou invasão tumoral. Realizado laparotomia exploradora em 19/09/2007 com ressecção de massa retroperitoneal em bloco, com rim direito, adrenal direita e veia cava incluindo a as confluências das veias renais, com anastomose término-terminal entre a veia renal esquerda e veia cava. O resultado do anatomopatológico confirmou o diagnóstico de leiomiossarcoma de baixo grau, medindo 27x20x16cm. Esta paciente continua em acompanhamento no ambulatório de Cirurgia Oncológica de nossa instituição, com 13 meses de seguimento pós-operatório, sem sinais de recidiva tumoral.

Conclusão: O leiomiossarcoma é um tumor raro, no qual a ressecção cirúrgica completa é o único tratamento efetivo. Entretanto, a invasão de órgãos adjacentes e grandes vasos estão freqüentemente associados, dificultando, porém não inviabilizando a ressecção completa. O cirurgião deve estar preparado para a ressecção de órgãos e anastomoses vasculares.

P. 10.12

LIPOSSARCOMA DE CORDÃO ESPERMÁTICO

Consani, H.; Pinheiro, E.; Palma, D..

Serviço de Cirurgia Geral Avançada, Grupo de Parede Abdominal.
Centro de Estudos, Pesquisa e Assistência em Cirurgia - CEPAC.
Conjunto Hospitalar de Sorocaba

Os lipossarcomas de cordão espermático são condições raras com menos de 100 casos relatados na literatura, correspondendo a menos de 7 % de todos os sarcomas paratesticulares. O diagnóstico muitas vezes é difícil sendo achado durante hernioplastias inguinais e só pode ser estabelecido por exame anatomo-patológico.

Os autores relatam um caso de paciente com 65 anos e grande massa testicular cujo diagnóstico inicial no encaminhamento para nosso serviço era hérnia inguinal.

O exame físico demonstrou grande massa em escroto, não redutível sem ruídos hidro-aéreos, a tomografia computadorizada mostrava grande massa com densidade de gordura e que se estendia acima do ligamento inguinal. CEA e CA19-9 normais.

Proposta ressecção do tumor em bloco com reconstrução do canal inguinal com prótese.

O resultado do anatomo-patológico mostrou lipossarcoma bem diferenciado sendo que não se optou por tratamento adjuvante, o paciente encontra-se nos 6 meses de pós-operatório sem sinais de recidiva.

Tumores paratesticulares são raros entretanto devem ser considerados quando nos deparamos com grandes massa irreductíveis na região inguinal e a tomografia computadorizada auxilia na identificação de sua origem como diagnóstico diferencial de tumor de retroperitônio que desce pelo canal inguinal

P. 10.13

LIPOSSARCOMA MIXÓIDE DE MEMBRO INFERIOR COM INVASÃO DE CAVIDADE PERITONEAL – RELATO DE CASO.

Leal, C.S.; Silva, F.B.; Santo, G.F.E.; Corrêa, M.A.F.*; TEIXEIRA, M.S.; Silva, N.T.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO (UFMT), CUIABÁ – MT.

INTRODUÇÃO:

O lipossarcoma é o tipo mais comum de sarcoma, sendo o lipossarcoma mixóide (LM) responsável por 30-35% dos casos. O LM geralmente ocorre em membros inferiores, entre 35-55 anos. Costuma ser indolente, com sobrevida de 70% em 5 anos. Pode gerar metástases para outros tecidos moles, mesmo anos após o diagnóstico e diminuir significativamente a sobrevida, o que justifica conduta agressiva.

OBJETIVO: Relatar caso de LM primário de extremidade inferior com invasão de cavidade peritoneal, cujo tratamento cirúrgico não foi possível.

MÉTODOS: Revisão de prontuário + Revisão da literatura

RESULTADOS:

Paciente masculino, 52 anos, com aumento de volume abdominal e dispnéia progressiva há 20 dias, além de emagrecimento de 8kg nos últimos 3 meses. Ao exame físico havia abdome ascítico com massa à direita indo de flanco até fossa ilíaca; massa volumosa em coxa esquerda.

TC de abdome total revelou massa heterogênea na face anterior da coxa esquerda sugerindo processo expansivo primário, formação hipodensa em flanco/fossa ilíaca direita e, densificação do peritônio e gordura mesentérica sugerindo infiltração. RX de tórax descartou comprometimento pulmonar. Realizada biópsia da massa em coxa que confirmou lipossarcoma mixóide de baixo grau.

Evoluiu rapidamente com insuficiência de múltiplos órgãos e sistemas, sendo transferido para UTI e indo a óbito alguns dias depois.

CONCLUSÃO:

O LM tem crescimento lento, porém comumente gera metástases extra-pulmonares, diferente dos outros lipossarcomas, de forma que o diagnóstico tardio piora significativamente o prognóstico e, muitas vezes, inviabiliza o tratamento curativo.

P. 10.14

MELANOMA CUTÂNEO METASTÁTICO EM INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE ABDÔMEN AGUDO OBSTRUTIVO: RELATO DE CASO

Venancio, A.; Pazzeli, A.; Jorge, R.C.; Santos, I.R.; Rosenowicz, L.R.; Monteiro, M.S.S*.; Neto, J.L.; Amade, S.B.

LOCAL: JUNDIAÍ
FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ
LIGA DE CIRURGIA TÓRACO-ABDOMINAL (LCTA)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O MELANOMA MALIGNO RESULTA DA PROLIFERAÇÃO DE MELANÓCITOS MODIFICADOS, OCORRENDO PRINCIPALMENTE NA PELE, SENDO QUE O PRINCIPAL FATOR ETIOLÓGICO É A EXPOSIÇÃO AOS RAIOS UVB. AS VIAS DE DISSEMINAÇÃO DO MELANOMA SÃO LINFÁTICAS E HEMATOGENAS, SENDO RARA A DISSEMINAÇÃO PARA O TRATO DIGESTIVO.

OBJETIVO – RELATAR CASO DE PACIENTE COM MELANOMA METASTÁTICO PARA O INTESTINO DELGADO, SUA EVOLUÇÃO E TRATAMENTO EFETUADO.

RELATO DE CASO – PACIENTE MASCULINO, BRANCO, 47 ANOS, DIAGNOSTICADO COM MELANOMA MALIGNO EM REGIÃO PEITORAL ESQUERDA E SUBMETIDO À RESSECÇÃO LOCAL COM ESVAZIAMENTO AXILAR ESQUERDO. FOI INDICADO NO PÓS-OPERATÓRIO ADJUVÂNCIA COM INTERFERON. NO TERCEIRO MÊS DE PÓS-OPERATÓRIO EVOLUIU COM QUADRO DE EMAGRECIMENTO, ANEMIA, DOR ABDOMINAL E NÁUSEAS, SENDO SUSPENSO INTERFERON E RE-ESTADIADO COM EXAMES QUE NÃO EVIDENCIARAM ALTERAÇÕES. APÓS QUINZE DIAS DE EVOLUÇÃO DEU ENTRADA NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA COM QUADRO DE PARADA DE FEZES E VÔMITOS, QUANDO FOI SOLICITADO RX DE ABDÔMEN QUE REVELOU DISTENSÃO DE DELGADO E SOLICITADO LAPAROTOMIA. O ANATOMOPATOLÓGICO CONSTATOU MELANOMA METASTÁTICO EM DELGADO E LINFONODOS MESENTERIAIS. APÓS 24 MESES DE SEGUIMENTO EVOLUIU COM METÁSTASES HEPÁTICAS DISSEMINADAS, INDO A ÓBITO POR PROGRESSÃO DA DOENÇA. **CONCLUSÃO-** A RESSECÇÃO CIRÚRGICA COMPLETA DAS LESÕES METASTÁTICAS NÃO SÓ OFERECE PALIAÇÃO DOS SINTOMAS COMO TAMBÉM OFERECE GANHO DE SOBREVIVÊNCIA SENDO O OBJETIVO DO TRATAMENTO A MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA NESTE GRUPO DE PACIENTES.

P. 10.15

MELANOMA MALIGNO METASTÁTICO CAUSANDO INTUSSUSCEPÇÃO EM INTESTINO DELGADO.

Alvarez, G. A.; Fortes D.; Amadei H. L.

Faculdade de Ciências Médicas de Santos- Unilus- Hospital Guilherme Álvaro

Introdução: O trato gastrointestinal é um raro sítio de metástase de melanoma embora reportado em poucos casos o desenvolvimento de intussuscepção. A maioria dos quadros de intussuscepção são sintomáticos, tendo a ressecção como uma boa proposta paliativa. O melanoma maligno metastático em mesentério de intestino delgado, raramente se apresenta como metástase solitária.

Relato de caso: Paciente masculino de 68 anos apresenta quadro de anemia, alteração de hábito intestinal e massa palpável em flanco esquerdo. À ultrasonografia de abdômen: presença de conglomerado linfonodal em flanco esquerdo e massa à projeção de cólon descendente. À tomografia de abdômen com contraste via oral, Abaixo do ângulo de Treitz presença de acúmulo de contraste e evidência de diminuição de sua luz com imagem sugestiva de intussepção de alça de jejuno com linfonomegalia adjacente.

Materiais e Métodos: relato de caso e pesquisa bibliográfica em Lilacs, Scielo e Medline.

Resultados: Indicado laparotomia exploradora presença de lesão tumoral em segmento de delgado próximo ao ângulo de Treitz, linfonomegalia mesentérica e realiza ressecção da massa.

Conclusões: O diagnóstico pré-operatório é difícil, neste caso, como nos demais na literatura, sendo a ressecção da massa por vezes curativo.

P.10.16
METÁSTASE DE CARCINOMA COLORRETAL EM TIREÓIDE

Coletta L.D. ; Dosso L.M.* ; Gil B.Z. ; Hueb R.B. ; Ponton L.T. ; Gil S.M.

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL- HOSPITAL SÃO DOMINGOS; CATANDUVA-SP

Resumo:

A incidência de metástases de carcinoma colorretal em tireóide clinicamente relevantes são raras em comparação com as originadas de tumores em outros sítios primários, tais como rim, pulmão e mama. A maioria dos casos são clinicamente sub-diagnosticados, apenas 31 casos descritos, apesar de serem encontrados em 4% a 9% das autópsias com história de carcinoma colorretal. Nosso intuito é apresentar um caso incomum na literatura médica e reafirmar uma condição que deve ser investigada em pacientes com história de carcinoma colorretal.

Homem, 59 anos, há 4 anos submetido a cirurgia de amputação abdominoperineal de reto, confirmado ao exame histopatológico como adenocarcinoma de moderada diferenciação. Realizou quimioterapia e radioterapia adjuvante com regressão do antígeno carcinoembrionário. Há 3 meses queixou-se de nódulo móvel em lobo esquerdo de tireóide confirmado por ultra-sonografia cervical. Submetido a punção por agulha fina e o material colhido era compatível com adenocarcinoma em exame citológico. Realizado tireoidectomia total com esvaziamento cervical. O exame histopatológico revelou adenocarcinoma metastático de cólon.

Os autores reportam caso raro de metástases em tireóide de carcinoma colorretal, conduta diagnóstica e cirúrgica; chamando atenção sobre a necessidade de seguimento contínuo em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de carcinoma colorretal.

P. 10.17

RADIOTERAPIA EXCLUSIVA EM TUMORES MALIGNOS NÃO MELANOMAS EM PELE NASAL

Teshirogi EY; Cabello MF*; Strasser M; Freitas Filho MFC.

SOROCABA CEPAC – CHS

CENTRO DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTENCIA EM CIRURGIA

CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA – secr de saúde do estado sp

INTRODUÇÃO

A radioterapia é tão eficaz quanto a cirurgia no tratamento do câncer da pele. Em algumas situações é a primeira indicação. Para se conseguir bons resultados, tanto do ponto de vista curativo quanto estético, é indispensável que se disponha de equipamento adequado e se tenha uma visão global dos parâmetros físicos e clínicos envolvidos.

OBJETIVO O objetivo consiste em apresentar a eficácia e o ótimo resultado estético e oncológico após tratamento radioterápico.

MATERIAL E METODO Foram selecionados 20 pacientes de forma prospectiva não randomizada que apresentavam tumor cutâneo não melanoma em região nasal, confirmado através de biópsia. Todos os casos eram carcinoma basocelular localizado predominantemente em ponta e asa nasal e variavam de 2 a 3 cm de diâmetro.

Os pacientes selecionados foram submetidos à radioterapia exclusiva, havendo variação da voltagem conforme tamanho e profundidade do tumor.

Houve acompanhamento periódico, observando-se efeitos colaterais da radioterapia, recidivas locais e resultado estético obtidos.

RESULTADO Com aderência de 100% e seguimento até 24 meses, até então não havia sido observada recidiva local. Não houve alteração arquitetural nasal. Todos apresentaram epistaxe, ressecamento nasal, exulceração e formação de crosta local, durante a radioterapia. Efeito tardio local em 30% dos casos de leve atrofia epidérmica e discromia.

CONCLUSÃO Todos pacientes submetidos à radioterapia em região nasal obtiveram controle semelhante ao da cirurgia, com resultado estético satisfatório ou até melhor quando estimado se fosse submetido ao tratamento cirúrgico.

P. 10.18

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) EM RETROPERITÔNIO

PESCIOTO, A.; FONSECA, C. A. M.; PINHO, D. B. M.*; NETO, R. M.

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E ONCOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO-SP.

Resumo do Relato de Caso

C.R.S., 43 anos, sexo feminino, admitida em nosso serviço com história de histerectomia há 13 anos por miomatose uterina e há 2 anos apresentando crescimento progressivo de tumoração em andar inferior do abdome, sem outra queixas. Ao exame físico apresentava massa em flanco e fossa ilíaca direitos de aproximadamente dez centímetros de altura por quatro de largura, fixa, consistência endurecida e indolor, com toque vaginal sem abaulamento de fundo de saco e sem colo uterino. Trazia o resultado de USG de 2 anos antes que mostrava massa multinodular, sólida e pélvica, sugerindo como diagnósticos diferenciais útero miomatoso (apesar da histerectomia prévia) ou origem anexial. Fora submetida há 2 meses à biópsia incisional de retroperitônio em outro serviço, com resultado de neoplasia mesenquimal fusocelular sugestiva de leiomioma. Resultado de RNM do mês anterior evidenciara formações expansivas, extensas, sólidas, retroperitoniais e pélvicas que poderiam corresponder a conglomerados linfonodais.

Submetida em nosso serviço à aortografia evidenciou-se irrigação de massa tumoral retroperitoneal à esquerda e pélvica à direita a partir de artérias lombares, ilíacas direita e esquerda, ilíaca externa e circunflexa esquerdas.

Em exploração cirúrgica realizada por nossa equipe foram ressecados vários fragmentos da massa, cuja biópsia de congelação revelou novamente leiomioma. A paciente recebeu alta no 14º pós-operatório e realizou tomografia após um mês que evidenciou crescimento tumoral e imagens sugestivas de linfocele.

Em nova cirurgia após realizou-se a drenagem de linfocele e a ressecção de tumoração retroperitoneal volumosa fibroelástica com intenso processo fibrótico em flanco direito e aderida em mesentério, bexiga, ureter direito, artéria e veias ilíacas externas e internas direitas.

O resultado do anátomo-patológico evidenciou pleomorfismo nuclear, uma mitose em 20 campos de grande aumento, ausência de necrose e painel de imunoistoquímica positivo para CD117. Este resultado compatível com tumor gastrointestinal – GIST, excepcionalmente em retroperitônio, foi confirmado em revisão posterior da lâmina de biópsia de congelação. Infelizmente a paciente não aceitou o tratamento com Glivec se recusando a manter acompanhamento médico.

P. 10.19

RECANALIZAÇÃO ESOFÁGICA PÓS-ADJUVÂNCIA, DE CÂNCER DE ESÔFAGO AVANÇADO IRRESSECÁVEL, SUBMETIDO À CIRURGIA PALIATIVA DE BYPASS

Contrucci, O.; Kassab, P.; Ilias, E.J., Fávoro, M.L.; Fonseca, A. Z.; Frazão, M.S.V.; Elias, N. C.; Souza, N. C.*; Proto. R. S.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO – SÃO PAULO,SP

Os tumores malignos do esôfago estão entre os mais agressivos do trato gastrointestinal. Devido o seu surgimento assintomático, o diagnóstico é feito já em estágio mais avançado, razão de uma sobrevida pequena mesmo após seu tratamento. No Brasil, segundo estimativas do Ministério da Saúde, ocorreram em 2005 cerca de 8.140 casos novos de câncer de esôfago em homens e 2450 em mulheres.

Relato de caso: de um paciente de 48 anos, tabagista e etilista, portador de câncer epidermóide invasivo GII, obstrutivo em esôfago torácico alto, previamente submetido à gastrectomia com reconstrução à Birroth II há 20 anos e tratamento de tuberculose pulmonar. Durante o ato operatório encontrou-se tumor de esôfago torácico alto com invasão de estruturas adjacentes pleuro pulmonares e em estruturas vasculares (tronco braquiocefálico a E). Foi optado por realizar uma esofagotomia cervical deixando o tumor no leito e bypass com colón direito retroesternal (esofagocolonjejuno-plastia - alça eferente). Paciente evoluiu bem no pós-operatório com pequena fístula cervical no 8º pós-operatório e fechou definitivamente no 18º pós-operatório. Após alta hospitalar foi encaminhado para radioterapia adjuvante voltando em pós-operatório tardio no consultório com queixa de disfagia pra sólidos. Durante endoscopia digestiva alta verificamos na altura da anastomose 2 orifícios que após esofagograma, para melhor avaliação, observamos recanalização do esôfago. O paciente foi submetido a sessões de dilatação com melhora clínica satisfatória. Atualmente apresenta 60 meses de sobrevida e doença sob controle.

Conclusão: A radioterapia no câncer de esôfago irressecável é de fundamental importância , levando ao aumento da sobrevida e a permeabilidade do esôfago e do tubo colônico, ambos funcionante, não trás conseqüências malélicas ao paciente.

P. 10.20

RELATO DE CASO: TUMOR DE APÊNDICE

Souza, A. V.; Pazelli, A.; Jorge, R. C.; Bush, B.; Duarte, S.; Greco, J. P.; Cruz, G. S.; Finnardi, V.; Yoshizumi, D.O.*; Maekawa, E. T.; Coppedé, L.

HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULA E FACULDADE DE MEDINA DE JUNDIAÍ.

INTRODUÇÃO:

Os tumores do apêndice são extremamente raros com incidência de 0,12 casos em 1 milhão de habitantes⁽⁴⁾, dificilmente diagnosticados no pré-operatório e constituem 0.5% de todas as malignidades gastrointestinais⁽⁶⁾. Frequentemente o diagnóstico é realizado somente depois do exame histológico do apêndice removido⁽³⁾. Os tumores carcinóides são neoplasias derivadas de células neuroendócrinas e representam cerca de 80-88% das neoplasias do apêndice cecal.

O adenocarcinoma do apêndice cecal é encontrado em cerca de 0,1% das apendicectomias, representando 4-6% de todos os tumores primários do apêndice, e corresponde a menos de 0,5% de todas as neoplasias gastrintestinais⁽²⁾.

OBJETIVO:

Alertar a comunidade médica acerca desta patologia (Tumor de Apêndice Cecal), que embora infrequente, tem risco de malignização e pode levar à morte se não sofrer uma intervenção cirúrgica adequada.

MATERIAL E MÉTODOS:

Paciente masculino, 63 anos, natural do Paraná, procedente de Jundiaí, apresentando sintomas de: dor em região inguinal direita que irradiava para membro inferior direito, tipo "pontada", de fraca intensidade, que se iniciou há 2 meses concomitantemente ao aparecimento de uma massa em fossa ilíaca direita. O paciente foi analisado e encaminhado ao centro cirúrgico para realizar um laparotomia exploradora em que foi diagnosticado tumor de apêndice, por essa razão foi feito uma hemicolectomia direita e a peça foi encaminhada ao laboratório anatomopatológico.

RESULTADOS:

Exame Macroscópico: Produto de hemicolectomia direita medindo 44,0 cm de comprimento, com serosa lisa, brilhante e massa tumoral de 8,0 x 4,0 cm ao nível do apêndice.

CONCLUSÃO:

Embora quase sempre o adenocarcinoma de apêndice se apresente com quadro clínico de apendicite aguda, por ser uma neoplasia bastante agressiva e de caráter invasivo, o adenocarcinoma pode apresentar-se como uma massa em região de fossa ilíaca direita como no caso encontrado.

P. 10.21

RETALHO MIOCUTANEO NASAL

Teshirogi EY; Cabello MF*; Freitas Filho MFC.

SOROCABA CEPAC – CHS
CENTRO DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTENCIA EM CIRURGIA
CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA– secr de saúde do estado sp

INTRODUÇÃO O desenvolvimento de tumores malignos cutâneos em nariz é freqüente e requer do profissional a melhor conduta proporcionando ao paciente o controle oncológico e melhor resultado cosmético.

OBJETIVO Objetivo deste estudo consiste em apresentar um método de reparação que possa permitir a extirpação do tumor da região nasal com radicalidade e oferecer resultado estético final satisfatório.

MATERIAL E METODO Foram selecionados 10 pacientes que apresentavam tumor maligno na pele nasal. Os tumores acometiam predominantemente o dorso e ponta nasal. Foram restritos àqueles casos que quando os tumores fossem extirpados, a área cruenta atingisse 2 cm de diâmetro no máximo e sem comprometimento da cartilagem. Foram 8 diagnósticos de carcinoma basocelular e 2 de espinocelular. O retalho miocutâneo baseia-se no músculo dorsal do nariz cuja irrigação provém do ramo da artéria labial superior. A reconstrução é feita com deslocamento da ilha de pele para a área cruenta decorrente da extirpação tumoral.

RESULTADO Todos pacientes submetidos a esse método cirúrgico apresentaram excelente resultado estético final. Índice de cura foi de 100%, sendo acompanhados por 24 meses. Não houve casos de infecção. Leve a moderada retração cutânea nasal foi observada em todos os casos mas com acomodação satisfatória após 6 meses de seguimento.

CONCLUSÃO

Essa técnica de reparação oferece resultados cosméticos satisfatórios. A retração cutânea observada não é preocupante, pois, uma vez que a cartilagem nasal não é removida, permanece a arquitetura nasal, proporcionando, desta forma, a acomodação tecidual e conseqüentemente, boa estética final.

P. 10.22

TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUENAS E REDONDAS INTRAPERITONEAL

Carvalho, P.B.*; Gonçalves, W.M.; Carmello, B.L.; D'Ávila, R.; Velha, L.P.E.;

HOSPITAL HELIÓPOLIS – SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Introdução: Tumor desmoplásico de células pequenas e redondas (TDCPR) é uma neoplasia rara e altamente agressiva, de curso progressivo e sobrevida média 1,5 a 2 anos. Geralmente apresenta-se como massa abdominopélvica volumosa em pacientes jovens do sexo masculino. Devido ao seu perfil polifenotípico à imunohistoquímica, não tem uma origem visceral bem definida. Os sinais e sintomas são bastante inespecíficos, sendo mais comuns dor abdominal, sintomas subocclusivos e perda de peso. Uma revisão da literatura nacional demonstrou a presença de apenas três casos relatados anteriormente.

Objetivos: Relatar um caso de TDCPR, realizar uma revisão acerca dos aspectos clínicos, radiológicos e imunohistoquímicos, a fim de incluí-lo no diagnóstico diferencial de massas abdominais e propiciar o diagnóstico precoce.

Material e Métodos: Relato de um caso de paciente do sexo masculino, 37 anos, atendido com quadro de diarreia, dor abdominal e emagrecimento. A investigação demonstrou volumosa lesão abdominopélvica sólido-cística em grande omento e sem plano de clivagem com reto e sigmóide. São descritos os achados radiológicos, tomográficos, cirúrgicos, anatomopatológicos e imunohistoquímicos, bem como a evolução clínica e a terapêutica do paciente.

Conclusão: O TDCPR é um tumor raro e altamente agressivo que acomete o sexo masculino, predomina na segunda década de vida, não possui modalidades terapêuticas curativas e tem uma sobrevida média de 1,5 a 2 anos. Esta neoplasia intra-abdominal demonstra uma histologia distinta e um aspecto imunohistoquímico único. A terapêutica radical com tratamento cirúrgico citoreduzidor extenso associado à radio-quimioterapia adjuvante possui os melhores resultados nos casos precoces e sem implantes secundários. Porém a conduta cirúrgica paliativa conservadora tem sua aplicação nos casos avançados a fim de melhorar a qualidade de vida. Assim a hipótese diagnóstica de TDCPR deve ser aventada nas grandes massas abdominais e uma abordagem agressiva precoce proporciona melhores resultados na sobrevida a longo prazo.

P. 10.23

TUMOR DE FRANTZ: RELATO DE CASO

Sousa, A. V.; Stefan, L. F. B. *; Pazelli, A.; Jorge, R. C.; Santos, I. R.; Rosenowics, R. L.; Giraldes, A. P. R.; Nogueira, P. L. P.

JUNDIAÍ, FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

Introdução: O tumor de Frantz, um tumor sólido pseudopapilífero (TSPP), é uma neoplasia rara do pâncreas, que acomete em sua maioria o corpo e cauda desse órgão, ocorrendo preferencialmente o sexo feminino.

Em virtude do seu lento crescimento, os TSPP podem se tornar extensos e volumosos ao diagnóstico² e raramente invadem estruturas extra-pancreáticas. Os sintomas mais comuns são dor abdominal, dor nas costas e presença de massa abdominal^{1,3,4}.

Referente ao diagnóstico, estudos de imagem auxiliam no manejo pré-operatório, sendo a tomografia computadorizada helicoidal o exame de imagem de melhor acurácia.

Os achados anatomopatológicos à macroscopia são de tumorações circunscritas por pseudocápsula de tecido pancreático normal; a superfície de corte demonstra regiões sólidas com lesões císticas interpostas com áreas de hemorragias centrais^{3,6,7}.

A microscopia exhibe, freqüentemente, formações papilares com células de tamanho uniforme e citoplasma levemente eosinofílico ao redor de um eixo fibroconjuntivo, de qualidade mixematosa e mitoses incomuns.

A ressecção cirúrgica é o melhor tratamento para o TSPP.

Objetivo: Relatar um caso de Tumor de Frantz.

Material e Métodos: Paciente E.A.M., 26 anos, feminino, encaminhada ao nosso serviço por um quadro de tumoração em epigastro, sem qualquer outra queixa.

Resultados: Após exames complementares diagnosticou-se tumoração sólido-cística em topografia de cabeça do pâncreas, sendo a ressecção cirúrgica a conduta de escolha. Paciente encontra-se no trigésimo mês de seguimento com boa evolução.

Conclusões: Concluímos que o TSPP é uma entidade rara, sendo predominante em mulheres jovens. O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras neoplasias sólido-císticas do pâncreas, posto que o tratamento cirúrgico para este tipo de tumor oferece altas taxas de cura ao contrário das outras neoplasias pancreáticas.

P. 10.24

TUMOR DE FRANTZ – RELATO DE CASO RARO EM PACIENTE MASCULINO

Sperandio, WT.*;Soares, RP.;Genaro, HF.;Sementilli, A.;Di Vaio, E.

IRMANDADE DO HOSPITAL SÃO JOSÉ - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO VICENTE

Introdução

O tumor sólido pseudopapilar do pâncreas (TSPP), também conhecido como tumor de Frantz, é uma entidade patológica rara, cuja etiologia não é conhecida. Foi descrito pela primeira vez em 1959 por Frantz.

Objetivo

O objetivo dessa publicação é relatar um caso atípico de TSSP com alta malignidade e mau prognóstico em paciente do sexo masculino.

Relato do Caso

E.R.S., 28 anos, masculino, pardo, referindo dor abdominal à esquerda com massa palpável no local. A ultrasonografia observa-se grande aumento de volume em região da cauda do pâncreas. A tomografia demonstrou grande massa abdominal esquerda na região da cauda pancreática até a cápsula renal esquerda. Durante a primeira incursão cirúrgica foi realizado pancreatectomia caudal mais drenagem de cisto com túbulo laminar, apresentando evolução satisfatória. Cinquenta dias após, paciente retornou ao serviço com novas dores abdominais em região epigástrica com péssimo quadro clínico. Submetido a laparotomia de emergência encontrando tumoração em região para-aórtica e infra-gástrica comprimindo os vasos.

Discussão

O TSPP é uma neoplasia primária rara do pâncreas, sua incidência é de 2% a 3% entre esses tumores. Normalmente, 90% dos pacientes são do sexo feminino e 85% deles têm menos de 30 anos de idade com uma idade média de 24 anos. De 1% a 3% desses tumores são potencialmente malignos. A maioria apresenta-se com baixo potencial metastático. A taxa de mortalidade é estimada em torno de 2%.

O caso em questão está dentro da faixa de idade esperada de incidência desses tumores (28 anos), mas é extremamente raro uma vez que o paciente é do sexo masculino, apresentando uma neoplasia com alta agressividade e grande potencial metastático. Além de apresentar uma evolução clínica desfavorável (óbito), sendo que usualmente o TSPP apresenta-se com excelente prognóstico.

Conclusão

Habitualmente o tumor de Frantz apresenta-se com baixa malignidade em paciente jovem e do sexo feminino. A considerar por esse caso, propomos uma nova classificação a esse tipo de tumor que se apresentou altamente agressivo, com grande potencial maligno e em paciente jovem do sexo masculino.

OUTROS ASSUNTOS

P. 11.01

USO DE COLA DE HISTOACRILATO EM LINHA DE SUTURA PARA REFORÇO DE SUTURA EM DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE NO TRAUMA DUODENAL

Salles, VJA;Romagnolo,LGC*;Tauil,RM;Machado Filho,HN;Roja,RH.

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional do Vale do Paraíba – Taubaté – SP

Introdução:O trauma de duodeno é sempre um desafio para os cirurgiões. A maioria das lesões traumáticas de duodeno são tratadas simplesmente com ráfias e/ou enterectomias com anastomose termino – terminal. Porém em virtude destes tratamentos serem motivos de urgência, muitos pacientes podem apresentar quadros de desnutrição em virtude de jejum prolongado, ou mesmo por apresentarem hipoalbuminemia cursam com a possibilidade de deiscência de sutura de anastomose.A taxa de aparecimento de fistulas intestinais em pacientes desnutridos é alta e a anastomose fica comprometida mesmo que sem sinais de infecção local. Desta forma o uso de cola de histoacrilato como reforço de linha de sutura vem sendo empregado, com resultados positivos para lesões de duodeno neste perfil de pacientes. **Objetivo:** Relatar um caso de fistula duodenal pós lesão traumática de cólon como uso de cola de histoacrilato como reforço de linha de sutura.

Método:Paciente de 69 anos, feminino, branca,com quadro de perfuração intestinal pós colonoscopia, evoluindo para peritonite e após abordagem cirúrgica apresentou fistula duodenal sem sucesso com reparo com sutura manual. Realizado outra abordagem após sinais de nova perfuração de duodeno e realizada sutura com reforço com cola de histoacriato. Paciente evoluindo com melhora dos sintomas sem novos sinais de deiscência.

Conclusão:O uso de cola de histoacrilato como reforço de linha de sutura pode ser de grande importância para evitar a deiscência de anastomose e desta forma com alternativa para outros tipos de anastomose.

P.11.02
A RESPONSABILIDADE E ETICA DO CIRURGIÃO DE MAMA

P. 11.03

TRAUMA ABDOMINAL – DAMAGE CONTROL

Bergamo, DN; Zanin, MS; Borduchi, PH; Paresoto, JC; Jacob, R; de Carvalho, EA; Pinheiro, RV*.

INTRODUÇÃO:

Ocorre mais de um milhão de acidentes de trânsito por ano, resultando em 350 mil feridos. Ocasionalmente 70 mil mortes por ano. Morre uma pessoa a cada 1 minuto e a cada 31 segundos acontece um acidente de trânsito, 46% de todas as lesões neurológicas são registradas com motociclistas e se o número de vítimas fatais em acidentes de carro é de 6% a 7%, com motociclistas varia de 61% a 82%. A cirurgia para o controle do dano visa uma estabilização clínica para uma posterior abordagem curativa.

RELATO DE CASO: Paciente E.J.S., 31 anos, admitido no PS do HCSL vítima de acidente motociclístico com trauma abdominal corto-contuso com evisceração abdominal e torácica direita, fratura exposta em tornozelo direito, PA inaudível, FC= 125bpm, Glasgow=7. Iniciada reestabilização hemodinâmica e encaminhado rapidamente para o centro cirúrgico. Durante laparotomia exploradora evidenciou lesão hepática em lobo direito grau IV, no lobo esquerdo grau VI, ruptura junto a grande curvatura gástrica com lesão de vasos gástricos curtos e parede gástrica de 6 cm, lesões múltiplas em grande omento, lesão dilacerante de 5 cm em cólon transversal, lesão em diafragma direito e ruptura de pleura direita.. Realizado então ressecção de segmentos II e III do fígado, gastrorrafia, omentectomia maior, colectomia transversal, rafia do diafragma com fechamento pleural, realizado laporostomia com bolsa de Bogotá e encaminhado ao CTI. Referências:

- Feliciano DV, Moore EE, Mattox KL. Trauma damage control. In: Feliciano DV, Moore EE, Mattox KL, editors. Trauma. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2000. p. 907-31.
- Damage Control Laparotomy in Damage Control Surgery 2000. www.trauma.org
- 1. Carreiro PRL, Moura AD. Laparotomia estagiada para o controle do dano. In: Freire E, editor. Trauma: a doença do século. 1º ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001. p. 2081-9.

P. 11.04

ABDOMINE AGUDO OBSTRUTIVO COMO COMPLICAÇÃO DE BANDA MESODIVERTICULAR – RELATO DE DOIS CASOS.

Iscaife A.; Abrahão H.C.F.; Arasaki CH.; Colleoni R; Scalabrini M; Lopes Filho GJ.

Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

Os casos de obstrução relacionados ao divertículo de Meckel são raros dificultando seu diagnóstico pré-operatório, principalmente nos adultos. Uma banda mesodiverticular ligando o divertículo de Meckel ao mesentério do delgado pode originar o quadro obstrutivo como nos dois casos aqui apresentados. Uma criança de quatro anos, sexo masculino, branca, apresentou aumento do volume abdominal progressivo e parada de eliminação de fezes há quatro dias. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, desidratado e taquicárdico, FC=140bpm. O abdome estava distendido, timpânico, doloroso à palpação difusa sem sinais de irritação peritoneal mas com ausência de ruídos hidroaéreos. A radiografia simples abdominal mostrava sinais sugestivos de obstrução de delgado. Na laparotomia exploradora foi identificado um grande divertículo de Meckel ligado ao mesentério por uma banda mesodiverticular formando uma hérnia interna com alças de delgado no seu interior, sem sinais de isquemia. Após secção da banda foi realizada enterectomia incluindo o divertículo. No segundo caso um homem de 25 anos referia dor abdominal há dois dias com piora progressiva e associada a náuseas e vômitos. Encontrava-se em regular estado geral, moderadamente desidratado, com abdome rígido e doloroso à descompressão brusca. A radiografia simples de abdome mostrou intestino delgado pouco distendido, sem sinais de obstrução. A ultrassonografia abdominal evidenciou alças intestinais apresentando moderada dilatação e peristaltismo reduzido. Na laparotomia exploradora encontrou-se hérnia interna através de brida unindo a raiz do mesentério a um divertículo de Meckel que apresentava aspecto necrótico. Realizou-se enterectomia englobando o divertículo. A presença de banda mesodiverticular causando uma hérnia interna com obstrução intestinal é um evento raro cujo diagnóstico geralmente ocorre no intra-operatório. O tratamento cirúrgico consiste na liberação da banda e ressecção do divertículo.

P. 11.05

ABSCESSO HEPÁTICO COM TROMBOSE DE VEIA PORTA EM GESTANTE – RELATO DE CASO

Testa, C.B.; De Andréa, P*.; Modesto, A.E.; Maximiano, L.F.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: O abscesso hepático em gestantes é de difícil diagnóstico e seu manejo clínico implica em difíceis decisões, dada a restrição de antibioticoterapia e a dificuldade em instituir o tratamento de drenagem cirúrgica.

Relato de caso: Paciente de 28 anos, gestante de 17 6/7 semanas com lombalgia e hematúria há um mês, febre há uma semana e contrações há um dia, em REG, descorada, icterícia e febril, dor à punho percussão dorsal direita. USG revelou hepatoesplenomegalia e coleção volumosa ocupando os segmentos V, VIII, VII e IV, veia porta normal e restrição de crescimento intra-uterino. Apresentava leucocitose com desvio, alargamento de coagulograma e leucocitúria. Iniciada antibioticoterapia parenteral. Paciente evoluiu com ascite padrão de hipertensão portal e piora clínica. Realizada drenagem cirúrgica e colecistectomia. Descartados abscesso amebiano e esquistossomose. No 1º pós-operatório apresentou hemorragia digestiva alta; endoscopia mostrou varizes esofágicas, realizada escleroterapia. Permaneceu estável, icterícia e com ascite volumosa, com alargamento progressivo do coagulograma. Tomografia computadorizada mostrou coleção hepática de 8 cm no maior eixo. USG Doppler mostrou veia porta e ramos péricos e veias hepáticas sem alterações. No 11º pós-operatório realizada drenagem guiada por USG e biópsia hepática, que revelou padrão sugestivo de trombose de veia porta. USG obstétrico no pós-operatório imediato revelou óbito fetal. Após reabordagem evoluiu com resolução da icterícia e melhora gradual da ascite. Induzido parto com misoprostol e feita curetagem. Diante do anatomopatológico hepático que mostrou padrão compatível com trombose de veia porta, iniciada anticoagulação. Recebeu alta com melhora dos parâmetros clínicos e ascite discreta.

Discussão: Trata-se de uma gestante com pielonefrite e sepse grave perpetuada por abscesso hepático de provável origem hematogênica que evoluiu com hipertensão portal. Afastadas doenças prévias, consideramos fatores de risco a gestação e o abscesso hepático, que comprimiu extrinsecamente hilo hepático e a junção de veias hepáticas direita e esquerda, causando clínica mista Sd Budd-Chiari e trombose veia porta.

P.11.06
ADERÊNCIAS CONGÊNITAS DE INTESTINO DELGADO

Estefani, R.*; Sato, O., R.; Paoliello, R., C., R.; Pastore, G.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Introdução: Múltiplas são as causas conhecidas de abdômen agudo oclusivo descritos pela literatura (Vidal, N., A., M., 2005). Tal síndrome clínica basicamente é definida como a interferência da propulsão do conteúdo fecal em direção ao ânus. Raras causas são pouco relatadas como as aderências congênitas do delgado (small bowel coccon), existindo relatos de casos isolados no Japão (Okamoto *et al.*, 2006) e Índia (Kaushik *et al.*, 2006), geralmente relacionados a tuberculose e diálise peritoneal, sendo mais raras ainda, as formas de apresentação congênita como o referido paciente. **Objetivo:** Relatar caso raro de envelopamento de intestino delgado congênito como causa de abdômen agudo obstrutivo dada a deficiência de dados encontrados na literatura. **Material e Métodos:** Paciente de 48 anos, pardo, trabalhador rural, apresentando-se ao atendimento inicial quadro de dor abdominal difusa, mais proeminente em região periumbilical, acompanhada de diminuição da eliminação de gases e fezes há 4 dias, tendo sido medicado e liberado para casa com sintomáticos. Há 1 dia, retornando ao hospital, apresentou distensão abdominal, com parada de eliminação de gases e fezes, associada a sinais de peritonite (descompressão brusca franca) ao exame físico, com leucograma dentro da margem normal quantitativa, porém desviado até metamielócito: Optado pela abordagem cirúrgica, evidenciou-se à laparotomia exploradora transumbilical saída de líquido ascítico em moderada quantidade com envelopamento de intestino delgado por membrana semelhante ao peritônio. Durante o ato operatório foi aberto o “saco peritoneal” o qual mostrava-se aderido às alças e desfeito possíveis vícios de rotação sem enteropexias. **Resultados:** Paciente apresentou boa evolução clínica, com aceitação de dieta, presença de ruídos abdominais e eliminação de gases e fezes. **Conclusões:** Insere-se no âmbito da clínica-cirúrgica nacional as aderências congênitas do intestino delgado como causa real de obstrução mecânica, sendo etiologia rara, porém importante, que quando resolvidas em tempo hábil tem boa evolução clínica.

P. 11.07

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE INÍCIO DE SINTOMATOLOGIA E MACROSCOPIA DO APÊNDICE INTRA-OPERATÓRIA EM PACIENTES COM APENDICITE AGUDA.

Mendes, H. W.*; Godoes, P. V.; Quintas, M. L.; Pedrosa, F. B. S.; Almeida, F.J.

Hospital Estadual de Vila Alpina – HEVA, São Paulo/SP

Objetivo: a inflamação aguda do apêndice é uma causa comum de abdome agudo. Porém, até o início do século XIX o apêndice não era reconhecido como um órgão capaz de causar doença. Em 1905, Murphy descreveu a sequência apropriada dos sintomas, havendo uma melhora significativa da sobrevida. Este trabalho tem como objetivo analisar o tempo de início dos sintomas até a procura por atendimento, comparando com a macroscopia do apêndice no achado intra-operatório.

Método: realizado estudo prospectivo, em que pacientes com quadro clínico sugestivo de apendicite aguda, após anamnese e exame físico, eram avaliados mediante protocolo pré-estabelecido. O período analisado foi de 12 meses (setembro de 2007 a agosto de 2008), num total de 128 pacientes submetidos a Apendicectomia por apendicite aguda.

Resultado: neste período, 48,93% dos pacientes apresentavam sintomatologia há 1 dia de procura por atendimento, sendo a queixa mais comum dor em FID (81,25%), associada a vômitos (68,08%), e 21,27% dos pacientes esperaram até 3 dias do início dos sintomas para a procura por atendimento médico. Entre estes pacientes, 52,12% apresentavam apêndice na fase flegmonosa e 20,21% na fase edematosa, sendo 52,37% destes pacientes submetidos a Apendicectomia entre 6 e 12h da admissão. Menos que 5% dos pacientes tiveram complicações relacionadas à Apendicite Aguda.

Conclusão: os resultados permitem concluir que a rápida procura por atendimento médico, com diagnóstico e tratamento instituídos em tempo hábil, cursa com menor morbidade, refletindo em redução de tempo de internação e custos, visto que o apêndice encontrado na fase edematosa e flegmonosa têm bom prognóstico.

P. 11.08

APENDICITE AGUDA POR TUMOR CARCINÓIDE DE APÊNDICE CECAL

Rubio, E. C.*; Monaco, M.; Nassif J.; Vicentine, F. P.; Apodaca, F. R.; Kim. S. B.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS CLINICAS LUZIA DE PINHO MELO – SPDM (UNIFESP) – MOGI DAS CRUZES – SP.

INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo inflamatório, constituindo-se no procedimento mais freqüentemente realizado nos serviços de urgência. A fisiopatologia da doença consiste na obstrução do lúmen apendicular, cuja principal etiologia é por fecalito. Outras causas de obstrução do lúmen apendicular que eventualmente podem desencadear apendicite aguda, são as neoplasias do apêndice cecal. Estas neoplasias são de difícil diagnóstico clínico, não apenas por sua baixa incidência, mas, também, devido à sua forma de apresentação inespecífica. No trato gastrointestinal, o apêndice é o sítio mais comum de carcinóides, representando cerca de 35-44% do total. Os sintomas de síndrome carcinóide são raros neste sítio, e geralmente indicam metástase para o fígado. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é relatar um caso de Tumor carcinóide de apêndice manifestado por apendicite aguda. **MATERIAL E MÉTODO:** Paciente sexo feminino, 26 anos, natural de Mogi das Cruzes, deu entrada no serviço com dor em fossa ilíaca direita, tipo pontada, progressiva, há 2 dias, acompanhada de febre, náuseas, vômitos e inapetência. Negava alterações geniturinárias, menstruais ou gastrintestinais. Paciente evoluiu com quadro de abdome agudo inflamatório e foi submetida à laparotomia exploradora, apresentando diagnóstico intra-operatório de apendicite aguda em fase gangrenosa. O anátomo-patológico revelou neoplasia neuroendócrina bem diferenciada grau I do apêndice cecal, de aproximadamente 1 cm no seu maior eixo, invadindo mucosa, submucosa, muscular própria e subserosa, com ausência de extensão neoplásica para mesoapêndice e ausência de invasão vascular, linfática e perineural. Margens cirúrgicas livres. **RESULTADO:** No acompanhamento ambulatorial, a tomografia de abdome de controle identificou nódulos hepáticos no segmento II e III, e a colonoscopia mostrou lesão em coto apendicular. Indicada re-abordagem cirúrgica e realizada hemicolectomia direita, bi-segmentectomia hepática e nodulectomia hepática à direita. O anátomo-patológico revelou hemangioma hepático e ausência de neoplasia em coto apendicular. **CONCLUSÃO:** Concluímos que apesar da baixa incidência de neoplasias malignas de apêndice cecal, não se deve desconsiderar a hipótese quando frente a um quadro de apendicite aguda.

P. 11.09

APENDICITE TUBERCULOSA – RELATO DE UM CASO EM IMUNOCOMPETENTE

Zagoury, A. R.; Pando, C. S.; Vendrame, C. D.; Avila, D. S.; Beier, M. M.*

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM), SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL, SANTA MARIA (RS)

INTRODUÇÃO: Após a descoberta da estreptomicina em meados de 1940, a tuberculose (TB) apresentava-se com diminuição progressiva do número de casos, voltando a subir a partir dos anos 1980 devido ao HIV e imunossupressão. (quimioterapia). A forma extra-pulmonar da TB é doença presente em regiões endêmicas e principalmente em associação com a infecção pelo HIV.

RELATO DE CASO: C.Z.S, sexo feminino, 21 anos, internou em 08/04/08 com dor abdominal há 1 dia, em epigástrio e fossa ilíaca direita. Referiu febre, náuseas e anorexia. Hábito intestinal preservado. Negou perda de peso. Ao exame: afebril. Abdome: dor à palpação de fossa ilíaca direita, fossa ilíaca esquerda e epigástrio, Blumberg positivo. Hemograma infeccioso. US abdominal: plastrão em FID, com pequena quantidade de líquido livre na cavidade. Descrição cirúrgica: apêndice dilatado aproximadamente 10 x 3 cm diâmetro, endurecido com ápice aderido ao ceco anteriormente à válvula íleo-cecal. Após descolamento evidenciou-se perfuração de ceco neste local. Líquido sero-mucoso em fundo de saco. Iniciado ampicilina/sulbactam 3g EV 6/6hs + metronidazol 500mg EV 8/8hs. Laudo do anátomo-patológico: Apendicite aguda. Processo inflamatório granulomatoso de tipo tuberculóide. BAAR+, compatível com TB. 22/04/08 – consulta no ambulatório de doenças infecciosas, sendo iniciado esquema RHZ. Anti-HIV e hepatites negativos.

DISCUSSÃO: No caso da TB intestinal, a região íleo-cecal é a região mais acometida, provavelmente devido à concentração de tecido linfóide nessa área. Somente 15% dos pacientes com TB abdominal têm acometimento pulmonar concomitante. O quadro clínico pode ser insidioso ou com sintomas constitucionais. O número crescente de pacientes com fatores de risco para tuberculose nos leva a maior suspeição desta patologia em quadros de dor abdominal, porém este caso faz lembrar que a imunocompetência não descarta esta patologia.

P. 11.10

AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DAS DIFERENTES INCIDÊNCIAS DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO NO PERÍODO DE 2 ANOS – O IMPACTO DO APRENDIZADO DE TÉCNICAS ASSÉPTICAS.

Godões, P. V.*; Quintas, M. L.; Shiba, C. M.; Sebode, M. Q.

Hospital Estadual de Vila Alpina – HEVA, São Paulo – SP

Objetivo: As infecções de sítio cirúrgico (ISS) correspondem a terceira mais comum causa de infecção nosocomial respondendo por 14% a 16% de sua totalidade. Acarretam aumento no tempo e custos de internação. A finalidade deste estudo foi avaliar o ingresso de uma nova equipe de especializandos como contribuinte para a ocorrência dessas infecções.

Método: Foi realizado estudo retrospectivo baseado em dados cedidos pela comissão de controle de infecção hospitalar envolvendo dois intervalos de 3 meses: abril – junho de 2007 e fevereiro – abril de 2008, correspondendo aos primeiro trimestre de treinamento em cirurgia geral. Foram selecionados dados de ISS de cirurgias eletivas e limpas.

Resultado: No trimestre de 2007 foram realizadas 262 cirurgias limpas, destas, 8 (3,05%) cursaram com ISS. As incidências de ISS foram: abril(0%), maio(6,2%), junho(2,8%). No trimestre de 2008 foram realizadas 656 cirurgias limpas, destas, 17(2,59%) cursaram com ISS. As incidências de ISS foram: fevereiro(2,8%), março(3,4%), abril(1,7%).

Conclusão: Os resultados mostram que o ingresso de uma nova turma de especializandos cursa com aumento da incidência de ISS, e diminui a medida que as práticas de antissepsia passam a ser melhor aplicadas.

P. 11.11

BASES ANATÔMICAS E RADIOLÓGICAS DO DIAGNÓSTICO DO PNEUMOPERITÔNIO

Cunha A.L.G.*; Francischinelli J.D.; Lourençato A.B.; Barella, S.M.; Brenner R.O.S.; Colleoni R.; Scalabrini M.; Lopes Filho G.J.; Reibscheid S.

DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA CIRÚRGICA E DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP

O diagnóstico do abdome agudo perfurativo classicamente baseia-se nas evidências radiológicas de perfuração de víscera oca caracterizadas pela presença de ar e/ou líquido na cavidade peritoneal, no retroperitônio e nos ligamentos e inserções peritoneais das alças. Apesar dos métodos de diagnóstico por imagem geralmente demonstrarem esses sinais com facilidade, muitas vezes surgem situações complexas na avaliação propedêutica desses pacientes. Particularmente nessas situações o conhecimento da anatomia e da intercomunicação dos espaços abdominais é imprescindível para a interpretação dos achados da radiografia simples abdominal.

As radiografias padrão para o diagnóstico são: do tórax em antero-posterior com o raio central no nível das hemícupulas; do abdome em ortostática, decúbito dorsal e decúbito lateral esquerdo com raios horizontais. Não é apenas pela perfuração de uma víscera oca que pode se originar o pneumoperitônio. O ar pode se difundir do tórax à cavidade abdominal através da dissecação dos espaços peribrônquicos com entrada no mediastino ou por pequenas aberturas no diafragma. O pneumomediastino pode facilmente difundir-se às partes moles do pescoço ou para o retroperitônio. O retro-pneumoperitônio pode ser demonstrado quando há contrastação das estruturas retroperitoneais pelo ar, ali presente através das comunicações da cavidade peritoneal através do curso de vasos mesentéricos. A partir da parede serosa das vísceras o ar também pode percorrer fâscias e ligamentos atingindo locais distantes e outros compartimentos.

Demonstramos alguns sinais radiológicos clássicos do pneumoperitônio: sinal de Rigler, visualização do ligamento falciforme, sinal da fissura do ligamento redondo, sinal do espaço subfrênico, sinal do "V" invertido, sinal do úraco, sinal da borda hepática, sinal da bola de futebol, chapéu de Doge (ar no espaço de Morison); sinal oval superior e anterior e o sinal do espaço subfrênico.

P. 11.12

CARACTERIZAÇÃO DE EVENTOS TRAUMÁTICOS EM PETROLINA/PE: A ESCOLARIDADE IMPORTA?

Galhardo A.M; Ferro M.B.; Guedes F.W.N.C.C.; Soares B.L.F.*; Barbosa R.E.N.; Caires E.L.P.; Almeida G.N.P

Liga Acadêmica do Trauma, Urgência e Emergência da UNIVASF –Univ. Federal do Vale do São Francisco Petrolina/PE

Objetivos: Determinar o perfil da escolaridade dos pacientes que deram entrada no pronto-socorro da cidade de Petrolina/PE vítimas de trauma. Introdução Em estudo na Lituania observou-se que a população menos escolarizada apresentou entre 3,2 e 3,37 vezes mais eventos traumáticos se comparados com uma população com nível universitário (Kalediene R, 2006) o que reafirma a relação entre baixa escolaridade e o aumento do número de traumas. Material e Métodos: Estudo prospectivo de coorte transversal do tipo inquérito epidemiológico. Amostragem aleatória simples consecutiva de 1875 pacientes atendidos no pronto-socorro. Resultados: Nos eventos por projetis de arma de fogo houve 66,1% dos pacientes com ensino fundamental incompleto (EFI) seguidos de 8,47% com ensino superior completo (ESC). Nos eventos com agressões físicas tem-se 54,28% dos pacientes com EFI, 9,52% com ensino fundamental completo (EFC), 11,4% com ensino médio completo (EMC), 9,5% com ensino médio incompleto (EMI). Nos acidentes familiares se apresentam: 73% com EFI, 6,4% com EMC ; 6,8% com EMI. Nas tentativas de suicídio há: 10,34% com EFC, 37,93% com EFI, 10,34% com EMC, 10,34% com EMI, 10,34% como somente alfabetizado (SA). Nos acidentes automobilísticos tem-se: 9,02% com EFC, 43,83% com EFI, 21,9% com EMC, 7,7% EMI e 8,28% como SA. Nos acidentes de trabalho há: 9,28% com EFC, 48,57% com EFI, 17,14% com EMC, 10% com EMI e 8,57% como SA. Nos eventos com arma branca houve 56,41% com EFI, 10,25% com EFC e 11,53% como SA. Nos acidentes por quedas tem-se: 46,64% com EFI, 10,05% com EMC e 27,31% como SA. Conclusão: Os resultados reafirmaram a relação entre baixa escolaridade e aumento da incidência de trauma, havendo necessidade de mais estudos com a população em questão visando à criação de estratégias de educação e prevenção no trauma e elucidação das causas desta maior incidência.

P. 11.13

CASUÍSTICA DE ESTEREOTAXIA DO HOSPITAL ESTADUAL PROFESSOR CARLOS LACAZ COMPARADA COM A LITERATURA MÉDICA

Miura F.K.; Alves E.M.; Silva A.S.M*.; Gouveia N.B.; Melo T.K.; Mari P.L.; Lara N.; Haddad L.; Daniel J.W.; Veiga J.C.E.

HOSPITAL ESTADUAL PROFESSOR CARLOS LACAZ

Introdução

A biópsia esterotáxica é um procedimento cirúrgico minimamente invasivo com morbidade extremamente baixa podendo, desta maneira, ser realizado em pacientes com riscos maiores como imunossuprimidos, idosos e portadores de HIV. Cirurgias maiores desnecessárias são evitadas através deste método e ele permite, ainda, a orientação de planejamentos cirúrgicos adequados. Os resultados anátomo-patológicos obtidos através das biópsias feitas por este método norteiam o tratamento.

Objetivo

Apresentar a casuística do serviço de neurocirurgia do Hospital Estadual Professor Carlos Lacaz (HEPCL) no período de novembro de 2005 a março de 2008 e comparar com a literatura médica.

Material e Métodos

Foi realizada uma análise retrospectiva, de novembro de 2005 a março de 2008, da casuística do HEPCL de pacientes submetidos à técnica esterotáxica. Os resultados encontrados foram comparados à literatura médica.

Resultados

A média de idade dos pacientes submetidos à técnica esterotáxica no HEPCL é de 58 anos, sendo que a média encontrada na literatura foi de 41 anos. No HEPCL, 80% dos pacientes eram do sexo masculino e 20% do feminino, enquanto que a literatura mostrou 61% de homens e 39% de mulheres.

A taxa de complicações da biópsia cerebral esterotáxica é de aproximadamente 6%, a maioria decorrente de hemorragia, e a mortalidade relacionada ao procedimento varia entre 0,7-2% na literatura específica. No HEPCL, não houve mortalidade relacionada a este procedimento no período estudado. Todas as biópsias realizadas no HEPCL foram conclusivas, enquanto que a literatura mostra taxas de inconclusividade em biópsias realizadas por este método entre 5-9%. No serviço, o diagnóstico de lesão mais encontrado foi de gliose (42,84%), enquanto na literatura foi de tumores malignos cerebrais (46%).

Conclusões

Diversos parâmetros analisados foram compatíveis com os encontrados na literatura. A maior divergência se encontra nos diagnósticos patológicos das lesões biopsiadas. Tanto no HEPCL quanto na literatura médica a técnica esterotáxica se mostrou segura, eficaz e de grande utilidade no diagnóstico de lesões cerebrais.

P. 11.14

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. QUEM SOMOS ? MEMBROS POR CATEGORIAS ESTATUTÁRIAS NOS ESTADOS DO PAÍS

Ciquini, S.A.*; Vidilli-Pereira, E.A.; Manzione T.S.; Alves, A.C.N.; Ribeiro, R.J.; Ramos, J.R.

CONTRIBUIÇÕES PESSOAIS

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA - FACUDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS - SÃO PAULO – BRASIL

INTRODUÇÃO: O Colégio Brasileiro de Cirurgiões completa em 2.007 setenta e oito anos de existência, com 5.705 membros representando a maior Sociedade de Cirurgia da América Latina. São finalidades estatutárias da mesma: estimular a pesquisa científica, propugnar pelo progresso da Especialidade promovendo o ensino da mesma, fornecer os títulos de especialistas e de qualificação, e defender seus especialistas normatizando sua prática. Para tanto atua de forma a promover concursos e congressos, estágios no Brasil e exterior, além de numerosas atividades no ensino e na prática da Cirurgia, respeitando sempre as mais estritas normas do Código de Ética Médica. Torna-se, portanto, fundamental um planejamento futuro, em busca da coesão e do entendimento, aonde cada participante, sem renunciar suas convicções pessoais, possa contribuir para a viabilização de uma Sociedade sólida, de longa vida e que seja socialmente relevante.

OBJETIVO: Analisar a distribuição pelos Estados do País dos membros do Colégio Brasileiro de Cirurgiões em suas respectivas categorias que a constituem.

MÉTODO: Os autores analisam, através de dados fornecidos pela Secretária Geral do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e de informações colhidas em seu Estatuto vigente, o número de especialistas, divididos por categorias, nos Estados do País. De acordo com normas específicas para enquadramento regular, podem ser admitidos como titulares, titulares-colaboradores, adjuntos, aspirantes, eméritos e associados-jubilados. *Termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADO E DISCUSSÃO: Dos 5.705 membros, são 1.805 titulares (31,63%), 35 (0,61%) titulares-colaboradores, 2.600 (45,57%) adjuntos, 827 (14,49%) aspirantes, 362 (6,34%) eméritos e 79 (1,88%) associados-jubilados. Os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais concentram a maioria dos membros titulares (61,88%) , adjuntos (56,80%) , eméritos (79,83%) e aspirantes (73,15%) . Considerando os dados mencionados é essencial respeitar a liberdade acadêmica e as opções políticas ideológicas de cada um. Mas assegurar, acima de tudo um espírito de diálogo, de debate e de convivência em harmonia, buscando coesão para atender às enormes exigências e superar os imensos desafios de manter sempre uma Sociedade de qualidade, fiel à sua identidade, em sintonia com sua comunidade e com seu tempo.

CONCLUSÃO: Os autores concluem que este conjunto de informações pode servir para idealizar objetivos e estratégias, coerentes com o futuro, que se espera para a mesma. Poderão constituir-se em balizas para o desenvolvimento de ações, projetos e atividades de todos, nos mais variados níveis. Isto contribuirá para que se possa efetivamente direcionar o Colégio Brasileiro de Cirurgiões no rumo da excelência, competência e relevância social, nas suas atividades de ensino, formação e aprimoramento contínuo, além do convívio de uma verdadeira família.

P. 11.15

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. QUEM SOMOS? MEMBROS POR ESTADOS

Ciquini, S.A.*; Vidilli-Pereira, E.A.; Manzione T.S.; Alves, A.C.N.; Ribeiro, R.J.; Ramos, J.R.

CONTRIBUIÇÕES PESSOAIS

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA - FACUDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS - SÃO PAULO – BRASIL

INTRODUÇÃO: Mais de meio século de existência. Setenta e oito anos que serão completados em 30 de julho de 2.007, logo após a 27ª edição de seu Congresso Nacional. Muitas gerações passaram desde a fundação do Colégio Brasileiro de Cirurgiões em 1.929, e este continua seu caminho em busca do fiel cumprimento de seus objetivos e finalidades estatutárias, visando o ensino, a formação e o aprimoramento contínuo de seus associados. Caminha na busca aos ideais de excelência, competência e relevância social, além de fundamental atuação como órgão de defesa de classe, contribuindo para a manutenção do respeito e dignidade do trabalho na especialidade, e conseqüentemente valorização profissional¹.

OBJETIVO: Analisar a distribuição dos membros do Colégio Brasileiro de Cirurgiões pelos Estados do País.

MÉTODO: Os autores analisam, através de dados fornecidos, pela Secretária Geral do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a distribuição dos membros que a constituem, nos diferentes Estados do País. De acordo com seu Estatuto vigente os membros são divididos em titulares, titulares-colaboradores, adjuntos, aspirantes, eméritos e associados-jubilados. Considerar-se-ão como não radicados no País todos os membros correspondentes e eventuais membros das outras categorias*.

RESULTADO E DISCUSSÃO: Para tanto, acumula hoje patrimônio físico e financeiro estável conquistado ao longo de sua história. Mas, com certeza tem sua maior riqueza em seus 5.705 membros, oriundos dos vários Estados do Brasil com concentração mais significativa nos Estados do Rio de Janeiro (1.609/28,20%) e São Paulo (1.590/27,87%), correspondendo a praticamente metade de seu total (3.199/56,07%). Somam ainda mais de 100 membros por Estado, Minas Gerais (372/6,52%), Ceará (257/4,50%), Paraná (242/4,24%), Rio Grande do Sul (241/4,22%), Distrito Federal (166/2,91%), Bahia (159/2,79%), Pernambuco (124/2,17%), Pará (106/1,86%), Santa Catarina (104/1,82%) e Espírito Santo (101/1,77%). Todos os 27 Estados brasileiros apresentam filiações. Possui também membros estrangeiros radicados em vários países. Constitui-se portanto, em uma das maiores Sociedades da Especialidade do mundo, o que demonstra a perspectiva de alcance e inserção de todas as ações por ela desenvolvidas¹.

CONCLUSÃO: Os autores concluem que esta representa uma história que completa 78 anos, constituída coletivamente. Que enche de orgulho a todos que ajudaram a construí-lo, tanto pelo muito que já foi feito, quanto pela riqueza do muito que ainda há por fazer, para melhor servir aos seus associados e a todos que são a razão da existência do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Pode-se dizer que este possui o tamanho e a grandeza de um País, o nosso Brasil.

P. 11.16

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. QUEM SOMOS? SERVIÇOS CREDENCIADOS POR ESTADO

Ciquini, S.A.*; Vidilli-Pereira, E.A.; Manzione T.S.; Alves, A.C.N.; Ribeiro, R.J.; Ramos, J.R.

CONTRIBUIÇÕES PESSOAIS

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA - FACUDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS - SÃO PAULO – BRASIL

INTRODUÇÃO: O Colégio Brasileiro de Cirurgiões, dentro de suas finalidades estatutárias tem como objetivo a promoção do ensino da Especialidade, além de contribuir para o aprimoramento contínuo profissional. Reconhecido em todo o Brasil desde 1929, data de sua fundação, o Colégio tornou-se a maior entidade cirúrgica da América Latina, com cerca de seis mil membros. Fornece, em convênio com a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, respectivamente, os títulos de especialista e de qualificação em Cirurgia Geral. Para tanto, mantém programa mínimo para o credenciamento de Serviços da Especialidade que incluem participação de membros Titulares, número de cirurgias e endoscopias, atuação em unidades ambulatoriais e de apoio, além de atividades de ensino e pesquisa .

OBJETIVO: Analisar a distribuição dos Serviços credenciados pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões nos Estados do País.

MÉTODO: Os autores analisam através de dados fornecidos pela Secretaria Geral e constantes no Estatuto do Colégio Brasileiro de Cirurgiões a distribuição dos Serviços credenciados nos Estados do País e relacionados com o número dos associados. *Termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADO E DISCUSSÃO: O Colégio Brasileiro de Cirurgiões mantém atualmente 65 Serviços de Cirurgia Geral credenciados de acordo com normas internas para tal, e considerados aptos a fornecer aprimoramento na Especialidade. Os Estados de São Paulo (25 / 38,46%) (1590 / 27,87%) e do Rio de Janeiro (17 / 26,15%) (1609 / 28,20%) concentram a maioria dos Serviços (42 / 64,61%) e dos membros nas várias categorias (3199 / 56,07%). Os Estados do Distrito Federal, Minas Gerais e Paraná têm mais de 2 Serviços credenciados cada (3 / 4,61%) (8 / 12,30%) (4 / 6,15%) e concentram 780 membros (13,67%) Os Estados do Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Pará, Pernambuco, Piauí e Santa Catarina contam com 1 Serviço credenciado , num total de 8 serviços (12,30%). Estes Estados somam juntos 984 membros (17,24%). Nos demais Estados (14 / 51,85%), que concentram 765 membros (13,40%), não há Serviços credenciados pelo Colégio.

CONCLUSÃO: Os autores concluem que , considerando as necessidades mínimas para o credenciamento serem de fácil acesso, há necessidade de formação de centros que visem a formação e o aprimoramento contínuo da Especialidade em todos os Estados, visto a inserção de seus membros nos mesmos.

P. 11.17

COMPARAÇÃO DA CAUSUÍSTICA DE PACIENTES COM TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR DE SERVIÇOS MÉDICOS EM 8 ESTADOS BRASILEIROS

Miura F.K.; Alves E.M.; Silva A.S.M*.; Melo T.K.; Ayoub F.L.; Otani K.M.; Haddad L.; Daniel J.W.; Veiga J.C.E.

HOSPITAL ESTADUAL PROFESSOR CARLOS LACAZ

Introdução

O Trauma Raquimedular é uma importante causa de morbidade mundial, refletindo em altos custos, relacionados tanto ao tratamento destes pacientes, quanto à sua reabilitação. Nos EUA, cerca de 15% dos pacientes vítimas deste trauma evoluem com comprometimento neurológico. No Brasil, registrou-se em 2004 cerca de 15.700 internações por fratura de coluna, com 505 óbitos. Para estudar as características das vítimas deste agravo em nosso meio, buscou-se, através da revisão da literatura, caracterizar os diversos fatores epidemiológicos e sociais ligados a este trauma, além de dados relacionados ao tratamento e prognóstico dos mesmos. Estes dados foram comparados com a experiência obtida no Hospital Estadual Professor Carlos Lacaz (HEPCL) em Francisco Morato, que centraliza os atendimentos de traumatismo raquimedular de uma significativa área periférica ao município de São Paulo (Mairiporã, Cajamar, Franco da Rocha, Francisco Morato e Caieiras). Neste Hospital, aplicou-se um protocolo onde se avaliou o perfil social dos acidentados, os motivos mais comuns dos traumas, as vias de acesso cirúrgico mais utilizadas, a evolução pós-cirúrgica dos pacientes e as condições gerais na alta.

Objetivo

Avaliar a casuística de pacientes com TRM no HEPCL e em diversos serviços localizados em 8 Estados do Brasil.

Materiais e Métodos

Realizou-se uma análise retrospectiva dos prontuários de todos os pacientes operados com o diagnóstico de TRM do HEPCL no período de maio de 2005 a março de 2008. Estes dados foram comparados com aos dados obtidos na literatura, relativos a serviços médicos dos estados de São Paulo (5), Minas Gerais (1), Goiás (1), Distrito Federal (1), Paraná (2), Santa Catarina (1) e Rio Grande do Sul (2).

Resultados

O levantamento demonstrou prevalência do sexo masculino, principalmente em faixa etária menor de 40 anos. Globalmente, as quedas predominam como fator desencadeante da lesão, seguidas por acidente automobilístico. Em relação aos pacientes do HEPCL, observou-se um predomínio de lesões lombares (43,1%). Do total de cirurgias neste serviço, 70,45% foram por via posterior e a maior parte dos pacientes (68,1%) não teve intercorrências pós-operatórias.

Conclusão

O trauma raquimedular é uma importante causa de morbidade, sobretudo em faixa etária produtiva, resultando em altos custos sociais. O conhecimento das características relacionadas ao trauma raquimedular permite criar intervenções racionalizadas de caráter preventivo, com grande impacto potencial.

P. 11.18

COMPARAÇÃO ENTRE A CASUÍSTICA DE ESTEREOTAXIA ENTRE HOSPITAL DA CAPITAL E DE MUNICÍPIO PERIFÉRICO

Miura F.K.; Alves E.M.; Silva A.S.M*.; Gouveia N.B.; Melo T.K.; Kehde B.H.; Lara N.; Haddad L.; Daniel J.W.; Veiga J.C.E.

HOSPITAL ESTADUAL PROFESSOR CARLOS LACAZ

Introdução

A organização estrutural do Sistema Único de Saúde estabelece um fluxo onde os atendimentos de patologias de menor complexidade são realizados em serviços regionais, e as de maior complexidade, em hospitais de referência. Isto acaba gerando um aumento excessivo de demanda de certas doenças que acabam não sendo absorvidas por estes serviços de referência. A capacitação de procedimento de ponta em hospitais localizados em regiões periféricas minimizaria este problema, melhorando a distribuição destes atendimentos, com impacto positivo para a população destas regiões.

Este trabalho se propõe comparar um serviço localizado na região central da cidade de São Paulo (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - SCMSP) com um localizado na Grande São Paulo, no município de Francisco Morato (Hospital Estadual Professor Carlos Lacaz - HEPCL) quanto à utilização da estereotaxia.

Objetivo

Comparar a casuística, resultados e segurança do uso da estereotaxia em hospital de um serviço central e um periférico.

Material e Métodos

Foi realizada uma análise retrospectiva em prontuários de pacientes das duas instituições num período 2 anos e 5 meses, buscando-se avaliar as indicações, as técnicas utilizadas e os desfechos dos procedimentos estereotáxicos realizados nestes serviços, além da diferença entre estas populações.

Resultados

Os resultados do HEPCL revelaram que o procedimento estereotáxico foi realizado com a finalidade de drenagem de acidente vascular cerebral hemorrágico em apenas 10% dos casos e nos 90% restantes foi realizada biópsia. No SCMSP, observou-se que em 8% dos casos, o procedimento foi indicado para drenagem de lesão, em 76% para biópsia e em 16%, para ressecção de tumor.

No HEPCL, a faixa etária média foi de 58 anos. Em relação ao gênero, 80% dos pacientes eram do sexo masculino. Na SCMSP, a média de idade foi 42,16 anos, e 60% dos pacientes eram homens. A taxa de mortalidade foi nula no HEPCL enquanto que na SCMCP foi de 8%.

Conclusões

O presente estudo confirmou o sucesso na utilização deste método em ambos os serviços estudados, observando-se baixa morbi-mortalidade e boa eficácia.

P. 11.19

DIVERTÍCULO DE ZENKER ASSOCIADO AO CARCINOMA ESPINOCELULAR RELATO DE UM CASO

Mazzurana, M; Fortes, D.; Nasser, A. M. A.; Alvarez, H. T.; Iervolino, A. P. G.*; Utiyama, T. P. D.; Barreiro, B.

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO DE SANTOS E CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSÍADA (UNILUS)

Introdução: O divertículo faringoesofageano de Zenker é uma doença rara, foi descrito pela primeira vez por Ludlow em 1769. Seu principal sintoma é uma disfagia lentamente progressiva e o diagnóstico é confirmado através do esofagograma contrastado. Existem várias modalidades cirúrgicas para o seu tratamento e a malignização dificulta a resolução curativa. A ocorrência de carcinoma no divertículo é um achado ímpar. Objetivo: Relatar um caso clínico de malignização de divertículo de Zenker e elucidar seu quadro clínico possibilitando diagnóstico precoce. Materiais e Métodos : estudo e comparação de textos publicados em artigos originais, artigos de revisão bibliográfica e livros. Resultados: Estima-se uma incidência anual de 2:100.000. Pacientes com mais de 60 anos são os mais acometidos, na proporção de 2 homens para 1 mulher. A maioria dos pacientes com divertículo faringoesofágico apresenta disfagia como sintoma principal. O carcinoma epidermóide geralmente está associado ao divertículo de longa duração (3 a 34 anos), já que a inflamação crônica produzida pelo alimento estagnado e pela saliva é importante para o aparecimento de displasia⁸. Pacientes com divertículo de Zenker de longa duração devem ser submetidos à cirurgia como forma de prevenção da evolução para carcinoma. Conclusão: Devido à disfagia lentamente progressiva e rara associação com outros sintomas, muitos pacientes recorrem ao serviço de saúde somente quando apresentam complicações. Isso fica evidente no relato, pois o paciente procurou atendimento médico após 10 anos de sintomatologia, além de não realizar o tratamento ao diagnóstico do divertículo. Tal comportamento levou à malignização da mucosa diverticular e à irrissecabilidade da lesão. Apesar da evolução neoplásica ser rara, destacamos a importância da valorização de pequenos sintomas, do acompanhamento médico dos divertículos já diagnosticados, bem como tratamento cirúrgico adequado.

P. 11.20

DIVERTÍCULOS DE DELGADO E SANGRAMENTO INTESTINAL BAIXO – RELATO DE CASO

Romagnolo,LGC*; Taulil,RM; Kalume,RS;Salles,VJA ;Machado Filho,HN

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional do Vale do Paraíba – Taubaté -SP

Introdução: Os Divertículos de jejuno podem ser adquiridos ou congênitos e mesmo assim um evento raro. Os adquiridos em torno de 1,3% dos estudos radiológicos ou em séries de autópsias, quando especificamente pesquisados. Porém os divertículos de delgado são muito menos comuns que os duodenais, com uma incidência de 0,1% a 1,4% notados em séries de autópsias. Estes divertículos são múltiplos e localizam-se a partir da borda mesentérica. Acometem mais idosos e são raros os casos em que acometem menores de 40 anos As manifestações clínicas são raras, na maioria das vezes são assintomáticas, entretanto como complicações agudas temos hemorragias, obstruções intestinais ou perfurações.

Relato de caso: Mulher, branca, 92 anos, com queixa de enterorragia há 04 dias, e dor abdominal difusa, com vômitos pós- alimentares e parada de evacuação por 02 dias, nega lipotímias ou síncope. Relata Hipertensão arterial sistêmica. Apresentando –se descorada +/4+, afebril, hemodinamicamente sem alterações. Abdome globoso, doloroso difusamente, RHA+, sem sinais de irritação peritonial. Toque Retal sem alterações significativas e discreto sangue em dedo de luva. Os exames laboratoriais com Hb de 11,2g/dl, endoscopia digestiva alta com pangastrite difusa e colonoscopia com doença diverticular dos cólons sem sangramento recente. Realizado tc de abdome que evidenciou liquido livre em cavidade e imagens sugestivas de ar em parede posterior de abdome . No o ato operatório evidenciou-se múltiplos divertículos em delgado e um deles perfurado. Optou-se pela enterectomia com enteroanastomose. No pós operatório a paciente se manteve estável, sem intercorrências.

Conclusão: Os divertículos de delgado são raros e assintomáticos, porém quando apresentam manifestações clínicas podem ser tratadas as vezes clinicamente como uma simples enterorragia sem repercussões hemodinâmicas, porém podem também apresentar evoluções com condutas cirúrgicas, entretanto se diagnosticadas precocemente apresentam um tratamento eficaz sem muitas complicações pós-operatórias.

P. 11.21

RELATO DE CASO: FEOCROMOCITOMA

*Tebet ACF¹, Ujvari RM¹, Augusto FM¹, Castro OAPC², Jukemura J³, Marques GMN⁴, Ilias EJ⁵, Kassab P⁵.

Introdução: O feocromocitoma é um tumor maligno em cerca de 10 a 30% dos casos e, algumas vezes, nem mesmo a análise histológica pode revelar a sua natureza. Aproximadamente 10% têm localização extra-adrenal. Seu diagnóstico pode ser feito por meio de achados tanto clínicos como laboratoriais, e a determinação da correta localização e tamanho do tumor é essencial para o planejamento cirúrgico. Muitas vezes a determinação histológica da malignidade é difícil, sendo que a evolução determina a natureza maligna ou benigna. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 34 anos, referindo cefaléia há um ano, principalmente associada aos exercícios físicos. Deu entrada no pronto-socorro com queixa de dor abdominal. Na admissão, normotenso, com abdome plano, sem sinais de peritonite. Ultrassonografia abdominal mostrou massa em retro peritônio entre aorta e cava, medindo 70x62x42mm, deslocando anteriormente a artéria mesentérica superior, sem plano de clivagem com o pâncreas. À tomografia observaram-se os limites craniais abaixo das veias renais e limites caudais 2,5cm acima da bifurcação da aorta. Notou-se também a presença de linfonodos em topografia ileocecal. A investigação por laparoscopia não foi realizada em função de uma crise hipertensiva. A dosagem de catecolaminas na amostra de urina de 24hs revelou adrenalina de 33 µg/L (nl:<18 µg/L) e noradrenalina de 594 µg/L (nl:<55 µg/L). Ressonância Magnética demonstrou massa hipervascular com pouca homogeneidade, deslocando para cima a terceira porção do duodeno e as veias mesentéricas, comprimindo a veia cava inferior. Optou-se pela abordagem cirúrgica e o paciente recebeu bloqueador α adrenérgico por 3 semanas. Foi realizada abordagem bissubcostal. Análise histológica do tumor confirmou o diagnóstico de feocromocitoma por meio de achados imunohistoquímicos (cromogranina, enolase, sinaptofisina e proteína S100). Não foi possível determinar a malignidade do tumor. O paciente recebeu alta em 17 dias, sem drogas anti-hipertensivas. O paciente foi acompanhado até 2005, quando seguimento foi perdido. Retomado o seguimento em abril de 2007, notaram-se metástases pulmonares e abdominais junto à aorta e quarta porção duodenal. Realizou-se ressecção das metástases abdominais, porém o paciente evoluiu com complicações pós-operatórias (fístula duodenal), falecendo no 30º PO.

1. Acadêmicas do quinto ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro
2. Professor adjunto da Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de Santo Amaro
3. Doutor do Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
4. Médico assistente do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Geral do Grajaú, MSc, Fellow PhD FMUSP
5. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro

P. 11.22

GOSSIPIBOMA: RELATO DE UM CASO

Speranzini,M.B.; Pezzolo,S.; Martinelli,R.B.; Sayama,S.M.; Ducatti,L.S.S.*; Lemes,M.P.L.

HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS FACULDADE DE MEDICINA ABC

INTRODUÇÃO: Há relatos na literatura de casos em que corpo estranho acidentalmente esquecido em cavidade abdominal fistulizou para órgão adjacente. **RELATO DE CASO:** MAS, 72 anos, sexto mês de pós-operatório de colecistectomia laparotômica procurou o serviço com queixa de dor abdominal em cólica há quatro meses em hipocôndrio direito, de intensidade progressiva, aproximadamente três episódios ao dia, não relacionada com alimentação, com irradiação para epigastro, melhora parcial com analgésicos, acompanhada de vômitos, eructação, disfagia e emagrecimento de 11 kg no período. Vômitos presentes há dois meses, três episódios semanais, conteúdo de restos alimentares e odor fétido. Disfagia há dois meses, progressiva, conseguindo ingerir apenas alimentos pastosos. Na admissão a paciente apresentava endoscopia digestiva alta de outro serviço que evidenciava corpo estranho de origem têxtil em primeira porção de duodeno e radiografia simples de abdome compatível com corpo estranho em hipocôndrio direito. Foi submetida a uma nova endoscopia digestiva alta em nosso serviço com a retirada do corpo estranho via endoscópica, em um procedimento cauteloso de 4 horas de duração. A paciente apresentou evolução satisfatória, recebeu dieta no primeiro dia e alta hospitalar no segundo dia após procedimento.**CONCLUSÃO:** Corpo estranho em cavidade abdominal pode apresentar fístula com o trato gastro-intestinal. No caso relatado fistulizou para o duodeno, sendo possível sua retirada endoscópica, evitando um novo procedimento cirúrgico invasivo.

P. 11.23

HAMARTOMA DUODENAL GIGANTE

*Tebet ACF¹, Ujvari RM¹, Augusto FM¹, Castro OAPC², Jukemura J³, Marques GMN⁴, Ilias EJ⁵, Kassab P⁵.

Introdução: O adenoma de glândulas de Brunner, ou como denominado atualmente, hamartoma de glândulas de Brunner (HGB) é a única forma de proliferação destes elementos glandulares. A sua localização mais freqüente é na primeira porção do duodeno São geralmente pediculados e podem atingir grandes dimensões (12 cm). São lesões quase sempre únicas. A sintomatologia dos HGB está diretamente relacionada com a sua localização e suas dimensões. Como se trata de um tumor localizado na submucosa, as biópsias endoscópicas, frequentemente, não são diagnósticas. Por outro lado, a presença de glândulas de Brunner numa biópsia de um pólipó duodenal não permite concluir qualquer diagnóstico, pois o verdadeiro tumor pode residir na profundidade da lesão. Na presença de um doente sintomático e nos casos em que não existe certeza diagnóstica, deve ser realizada a ressecção endoscópica ou cirúrgica. Estão descritos alguns casos de sucesso da polipectomia endoscópica, sendo referidos como fatores importantes para optar por essa atitude, o bom acesso endoscópico, a dimensão do tumor e a sua relação com a papila de Vater. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 36 anos, apresentando vômitos excessivos e emagrecimento de 15 kg há cerca de 1 ano. Submetida a diversas endoscopias em outros serviços com relato de obstrução duodenal e biópsias inconclusivas. No exame físico inicial apresentava massa palpável em hipocôndrio direito. Foi submetida à EDA que revelou lesão vegetante de cerca de 5 cm em estomago (antro) e outra lesão obstrutiva em duodeno. A RNM e a colangiorressonância revelaram volumosa massa sólida situada no duodeno, medindo aproximadamente 14,0 cm em seu maior eixo. A lesão apresentava contornos bosselados e limites parcialmente nítidos. Comprometia a parede duodenal e projetava-se para a luz da porção horizontal duodenal e também da porção inferior do arco. Exibia padrão textural heterogêneo com predomínio de sinais de média e baixa intensidade em T2. O TU determinava discreta compressão sobre região cefálica do pâncreas. Observava-se discreta dilatação do hepatocolédoco e da árvore biliar intra-hepática. Foi realizada gastroduodenopancreatectomia com reconstrução em dupla alça. A anatomia patológica revelou HGB gigante do duodeno e o pólipó gástrico tratava-se de gastropatia hiperplásica. Paciente com boa evolução encontra-se assintomática há 6 anos.

1. Acadêmicas do quinto ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro
2. Professor adjunto da Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de Santo Amaro
3. Doutor do Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
4. Médico assistente do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Geral do Grajaú, MSc, Fellow PhD FMUSP
5. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro

P. 11.24

HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO

Mazzurana M; Alvarez GA; Menezes AA; Barreto B; Bauer R; Tonini T.

CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSÍADA e HGA - SANTOS – SP

Introdução: A Hérnia de Amyand, descrita por Claudius Amyand no ano de 1735, caracteriza-se pela presença de apendicite aguda no interior do saco herniário inguinal. Esse epônimo também é empregado nos casos em que o apêndice cecal encontra-se normal. É condição rara, corresponde a 1% das hérnias inguinais e 0,13% das apendicites agudas e frequentemente é subdiagnosticada como hérnia encarcerada.

Objetivo: Relatar caso de Hérnia de Amyand e discutir aspectos do seu tratamento.

Relato de caso: Paciente masculino, 46 anos, atendido ambulatorialmente, apresentava quadro de dor e abaulamento na região inguinal bilateral há três anos. O exame físico evidenciou hérnia inguinal bilateral, encarcerada à direita. Não se observaram sinais flogísticos ao exame físico. Internou-se o paciente eletivamente e a proposta cirúrgica foi a realização de herniorrafia inguinal bilateral à Lichtenstein. No trans-operatório evidenciou-se a presença do apêndice cecal no interior do saco herniário e optou-se pela realização de apendicectomia seguida de herniorrafia à Bassini. O paciente teve alta no segundo pós-operatório sem intercorrências.

Discussão: O achado do apêndice cecal no saco herniário é uma entidade rara e o diagnóstico de certeza é dado no trans-operatório na maioria dos casos (97,8%) o que torna o tratamento desafiador. A discussão consiste na realização ou não da apendicectomia seguida de herniorrafia e a literatura é bastante inconclusiva. Nossa opção foi apendicectomia seguida de herniorrafia à Bassini, técnica apoiada por muitos autores. Três autores optaram pela técnica de Lichtenstein apesar da apendicectomia e outros reduziram o apêndice cecal levando a um caso de apendicite aguda.

Conclusão: Na era da medicina baseada em evidências fica difícil definir o tratamento da Hérnia de Amyand já que a situação é rara e a experiência é pouca, mas se entende como temeroso a colocação de tela em cirurgia potencialmente contaminada, por isso não há consenso para o tratamento dessa patologia.

P. 11.25

RELATO DE CASO: HÉRNIA DE AMYAND

Venâncio,A.;Rossi,C.S.*;Santos,T.S.;Silva,O.A.;Silva,M.P.

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ – JUNDIAÍ, SP

Introdução

A hérnia de Amyand é caracterizada pela presença do apêndice cecal no interior de um saco herniário inguinal. Esta condição é rara, com uma incidência de aproximadamente 0,13% das hérnias inguinais. O quadro clínico é variável, dependendo da presença ou não de processo infeccioso apendicular, assim como da existência ou não de contaminação peritoneal. O diagnóstico é realizado, na maioria dos casos, durante a intervenção cirúrgica, sendo raro o mesmo ocorrer no pré-operatório.

Objetivo

Relatar um caso de hérnia de Amyand, se tratando de uma condição rara, tratada em nosso serviço.

Relato de Caso

Paciente, 34 anos, sexo masculino, vem ao pronto-socorro com história de abaulamento em região inguino-escrotal direita há 5 meses, sem apresentar outros sintomas. Evoluiu há um dia com exteriorização de conteúdo herniário em região inguino-escrotal direita, acompanhada de hiperemia e fortes dores locais.

Exame físico: Paciente BEG, consciente, orientado em tempo e espaço, hidratado, corado, acianótico, anictérico, afebril, ECG = 15, PIFR, sem déficits motores. Abdome plano, tenso, indolor à palpação, DB negativo, Murphy negativo, Giodarno negativo, sem sinais de irritação peritoneal, RHA presentes. Região inguinal direita com abaulamento volumoso pouco móvel à inspeção estática, doloroso à palpação superficial e profunda, irreductível, com hiperemia local. Hipótese diagnóstica de Hérnia inguino-escrotal direita encarcerada. Paciente submetido à cirurgia com identificação do saco herniário, e dentro do mesmo, estrutura alongada de base larga, sem sinais de isquemia ou sofrimento vascular, de 5 cm de comprimento, configurando assim o apêndice vermiforme. Realizada então apendicectomia táctica à Parker Kherr e hernioplastia inguinal direita pela técnica de Bassini.

Conclusões

O trabalho tem como objetivo demonstrar que toda hérnia encarcerada pode conter outros elementos no interior do saco herniário, como o apêndice vermiforme, caracterizando assim uma hérnia de Amyand. Esta é uma condição rara que pode estar ou não associada à inflamação do apêndice. O diagnóstico, na maioria dos casos, é realizado no intra-operatório, quando fica então indicada apendicectomia seguida da correção herniária.

P. 11.26

HÉRNIA DE LITTRÉ FEMORAL

Francischinelli, J.D.*, Lourençatto A.B.; Colleoni R., Del Grande L.M.; Cascione D., Shigueoka, D.C.; Scalabrini M.; Lopes Filho G.J.

Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica- Departamento de Cirurgia - Escola Paulista de Medicina – UNIFESP

O divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, sendo observado em cerca de 2% da população. Estima-se que complicações ocorram em até 4% dos portadores desta anomalia. A hérnia de Littré corresponde a protrusão do DM através de um anel herniário inguinal (50%) umbilical (20%) ou femoral (20%) representando cerca de 10% das complicações do DM. A literatura tem demonstrado que entre as complicações das hérnias da parede abdominal os casos de hérnia femoral apresentam maior mortalidade. Relato do caso: MH, 82 anos, feminina, amarela foi admitida no serviço de emergência referindo diarreia há 5 dias seguida de interrupção da evacuação e vômitos há 1 dia. Era portadora de insuficiência renal crônica não dialítica e arritmia cardíaca.

Ao exame físico apresentava abaulamento doloroso na região da raiz da coxa direita com 4 cm de diâmetro, com calor e hiperemia local. Não havendo melhora com as medidas clínicas iniciais foi realizada tomografia computadorizada que sugeriu segmento de intestino delgado estrangulado no anel femoral direito com coleção líquida adjacente. Foi solicitada avaliação da equipe de cirurgia e nesse momento a doente já apresentava sinais de sepse grave e disfunção orgânica. Foi indicada inguinitomia exploradora que identificou DM necrótico no anel femoral direito, sendo realizada enterectomia e drenagem do abscesso local. A paciente faleceu no sétimo dia de pós-operatório apesar das medidas de suporte terapêutico intensivo.

O caso apresentado ilustra a importância de diagnosticar e tratar oportunamente os casos de hérnia femoral complicada.

P. 11.27

HÉRNIA DE SPIEGEL BILATERAL – RELATO DE CASO

Ebram, JE; Tauil, RM; Cauduro, AB; Romagnolo, LGC*; Salles, VJA; Machado Filho, HN;

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional do Vale do Paraíba – Taubaté - SP

INTRODUÇÃO: As hérnias de Spiegel ocorrem através da fáscia Spiegeliana, composta de uma camada aponeurótica entre os retos abdominais medialmente e a linha semilunar lateralmente, sendo a sua maioria abaixo ou sobre a linha arqueada. Normalmente se desenvolvem como tumorações subcutâneas dolorosas, podendo ser confundidas com lipomas; sendo pequenas em sua maioria. Costumam ocorrer na sétima década de vida, sendo de ocorrência infrequente. O diagnóstico é feito pelo exame físico, podendo ser confirmado por exames de imagem (USG e/ou Tomografia Computadorizada).

OBJETIVO: Relatar caso de hérnia de Spiegel bilateral sendo um achado mais infrequente.

MATERIAIS E MÉTODOS: Paciente feminina, 71 anos, sendo evidenciado, durante exame físico de rotina, abaulamento abdominal pararretal bilateral, doloroso e redutível a manipulação. Sem alterações de hábito intestinal ou outras queixas associadas. Realizada USG e TC evidenciando hérnia de Spiegel bilateral. Sendo submetida à correção cirúrgica eletiva com uso de tela de prolene.

CONCLUSÃO: A ocorrência de hérnia de Spiegel bilateral, trata-se de caso de extrema raridade, com pouquíssimos casos descritos em literatura. O diagnóstico é feito com um alto índice de suspeição clínica e confirmação através de exames de imagem (TC e/ou USG) se necessários. O tratamento deve ser através de correção cirúrgica eletiva, sendo a recidiva incomum.

P. 11.28

RELATO DE CASO: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

Venâncio, A.; Rossi, C.S.*; Sato, M.; Pazelli, A.; Vernin, C.E.S.; Wiesel, E.; Godinho, M.

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ – JUNDIAÍ, SP

INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática é definida como a evisceração transdiafragmática de conteúdo abdominal no tórax, ocorrendo em 0,8% dos pacientes vítimas de acidentes automobilísticos e em cerca de 3% a 5% dos casos de traumatismo abdominal fechado. A sintomatologia e os achados no exame físico podem ser torácicos ou abdominais. O exame físico, raramente, fornece o diagnóstico, uma vez que estes pacientes chegam em estado grave na sala de admissão, não havendo tempo hábil para um exame minucioso.

OBJETIVO: Relatar um caso de hérnia diafragmática traumática decorrente de um trauma abdominal contuso de alta energia.

RELATO DE CASO: Relatamos o caso de um paciente, masculino, 28 anos, vítima de evento auto versus auto (colisão frontal). Apresentava desvio de traquéia à direita e turgência jugular à direita. Realizada punção de 2º EIC E LHC devido hipótese de pneumotórax hipertensivo, com saída de pequena quantidade de ar. FC=101 bpm, PA=130x70 mmHg. Pego acesso venoso: Gelco 14 MMSS 1000 ml SRL. GCS=15, PIFR, sem déficits motores. No pronto socorro, realizado ATLS, com os seguintes achados:

- A: Vias Aéreas pérvias com colar cervical e prancha, traquéia desviada à D sem hematoma cervical. Sat O₂=96%

- B: sem creptações e sem enfisema. MV diminuído em hemitórax esquerdo, FR=22icp. Optado por drenagem de tórax com saída de pequena quantidade de ar com dreno não oscilante ou borbulhante.

- C: BRNF em 2 tempos sem sopros. PA= 140x80 mmHg, FC=112 bpm, corado, perfusão periférica < 2s. Realizado 2000 ml SRL. Nos exames de imagem, foram solicitados R-x simples de Abdome, TC de Abdome e TC de Tórax, que evidenciaram conteúdo abdominal dentro do tórax à esquerda, sugerindo hérnia diafragmática traumática à esquerda. Paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi realizada laparotomia exploradora. Encontrado 600 ml de sangue livre, redução de conteúdo herniado de volta para cavidade abdominal. Diafragma esquerdo com laceração linear de 15 cm, a 1 cm do esôfago, região posterior. Hematoma pequeno ZIII sem sangramento ativo. Hiperinsuflação pulmonar sem escape de ar pelo diafragma. Drenado 300 ml de líquido sanguinolento em dreno de tórax.

CONCLUSÃO: Relatamos, portanto, um caso de hérnia diafragmática traumática, que deve sempre ser lembrada nos traumas abdominais contusos de alta energia.

P. 11.29

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA APÓS TRAUMA CONTUSO DE TÓRAX: RELATO DE CASO

Gabriel, SA*.; Fonseca, AZ.; Frazão M.; Bestane F.; Dimitrov, M.; Canto H.; S, AAV.; Mattos, G.; Ilias EJ

Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro.

Introdução: A Hérnia diafragmática é definida como a evisceração transdiafragmática de conteúdo abdominal no tórax. Ocorre em 0,8 a 5% dos traumas contusos de tórax ou abdome, sendo 70 a 90% a esquerda. A etiologia mais freqüente são os acidentes automobilísticos envolvendo grande energia cinética. Há uma grande incidência de lesões associadas, acarretando maior morbimortalidade. A clínica e os sinais radiográficos são inespecíficos. É um diagnóstico difícil e muitas vezes feito tardiamente. **Objetivo:** Relatar uma caso de hérnia diafragmática diagnosticada e tratada em nosso serviço. **Relato de Caso:** Paciente 32 anos, masculino, com história de trauma contuso em hemitórax esquerdo durante prática esportiva há 3 dias. Evoluiu com tosse e dor torácica ventilatório dependente acompanhada de um pico febril aferido em 38°C. Radiograma de tórax com opacidade nos dois terços inferiores de hemitórax esquerdo. Realizada tomografia computadorizada de tórax que apresentava imagem sugestiva de atelectasia pulmonar. A ressonância magnética comprovou a ruptura diafragmática. O paciente foi submetido a toracotomia esquerda com sutura contínua da lesão seguida de plicatura do diafragma, ambas com fio inabsorvível monofilamentado. Paciente apresentou boa evolução e recebeu alta no 5º p's operatório. **Discussão:** A hérnia diafragmática após trauma contuso é um diagnóstico relativamente incomum. É mais frequente no sexo masculino, na terceira década de vida. Localizada mais frequentemente à esquerda devido a capacidade que o fígado apresenta de absorver o impacto. O radiograma de tórax evidenciou víscera oca no tórax em 40% dos casos. A tomografia computadorizada tem 70% de sensibilidade diagnóstica. A ressonância magnética é o melhor exame para avaliar a integridade do diafragma, chegando a 100% de especificidade, mas deve ser deixada para os casos em que persiste a dúvida. Devido o gradiente de pressão entre o tórax e abdome e os movimentos respiratórios, o fechamento espontâneo da lesão é raro. A correção cirúrgica é mandatória, devido o risco de estrangulamento.

P. 11.30

HÉRNIA LOMBAR SECUNDÁRIA AO TRAUMA : Relato de Caso

(Silva,F. *; Ripardo,J. ; Nishimura, E.; Marcel, R.; Komatsu,H.; Bitencourt,F; Speranzine,M.)

CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI

INTRODUÇÃO : A hérnia lombar ocorre em qualquer ponto da parede abdominal posterior, limitada superiormente pelos bordos inferiores das 12as costelas, inferiormente pelas cristas ilíaca e medialmente pelos músculos eretores da espinha. A hérnia lombar adquirida pode ser primária ou idiopática e secundária (cirurgia, trauma fechado ou aberto). O primeiro caso de hérnia lombar foi descrito em 1731, por De Garengéot, que detectou hérnia lombar inferior em necrópsia. Petit, em 1733, descreveu o ponto de saída da hérnia lombar inferior. Em 1866, Grynfeltt descreveu o espaço lombar superior, local mais freqüente das hérnias lombares. As hérnias lombares são incomuns, com pouco mais de 300 casos descritos até o momento, e a ocorrência pós trauma é incomum. O presente relato descreve um caso de hérnia lombar pós trauma abdominal e lombar por acidente automobilístico.

OBJETIVO : Relatar um caso de hérnia lombar pós trauma abdominal e lombar.

MATERIAL E MÉTODOS : Paciente do sexo masculino, branco, 24 anos, operário industrial, procedente de Capão redondo-SP, procurou o serviço queixando-se de um abaulamento nas costas nas costas com mais de 04 anos de evolução. Refere que tal quadro iniciou após trauma em região dorsal por acidente automobilístico, onde houve trauma abdominal fechado + LE por perfuração intestinal. Ao exame, observou-se na região dorsal inferior direita um tumor de configuração ovóide, 10cm x 8cm, pouco móvel e de consistência firme e elástica. Mostrava-se redutível e, à manobra de valsalva, aumentava visivelmente sua consistência. O paciente foi submetido a estudo tomográfico evidenciando uma protusão da parede fibromuscular dorsal tendo tecido adiposo como conteúdo. Estabelecido o diagnóstico de hérnia lombar, o paciente foi encaminhado ao serviço de cirurgia geral para correção de tal defeito.

RESULTADOS : Realizada correção cirúrgica com tela de marlex com evolução satisfatória do quadro tendo o paciente evoluído bem em pós operatório, com melhora do abaulamento em região lombar.

CONCLUSÃO : O relato tal caso ressalta a importância do conhecimento médico holístico já que a evidência de tal quadro não é comum em nosso meio, mostrado pelo número reduzido de casos publicados, bem como da salutar aplicação de exames complementares quando bem indicado, favorecendo o paciente para uma adequada correção cirúrgica da patologia e boa evolução em pós operatório.

P. 11.31

LESÃO DUODENAL ISOLADA EM TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO DE BAIXA ENERGIA

Silva, R.F.P.*; Araújo, F.R.; Soares L.C.; Silva, A.S.; Okamoto, L.F.G.; Calistro A.C.O.

HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO-SP.

Este trabalho tem por objetivo descrever um caso de lesão duodenal isolada em paciente com trauma abdominal leve que procurou tardiamente serviço médico, relacionando a evolução com tempo de atraso no diagnóstico e grau da lesão; além de discutir alternativas de tratamento cirúrgico e rever a literatura pertinente ao caso.

J.S.V., 19 anos, sexo masculino, vítima de queda de bicicleta com colisão do abdome contra o guidão, procurou atendimento 28 horas após o trauma com queixa de dor abdominal discreta, sem outras queixas. Na avaliação inicial, não havia sinais de comprometimento ventilatório ou hemodinâmico, o exame abdominal sem equimoses ou sinais de peritonite e exames radiológicos iniciais sem alterações significativas. Após 12 horas de observação, apresentou piora progressiva da dor abdominal, sendo então submetido a exame de tomografia abdominal que evidenciou extenso pneumo-retroperitônio. O paciente foi então submetido a laparotomia exploradora que evidenciou crepitação em origem de meso-cólon e ausência de lesões associadas ou contaminação de cavidade peritoneal. À manobra de Kocher foi identificada laceração de 2 cm na segunda porção do duodeno, friável e com comprometimento inflamatório contido ao retroperitônio. Realizadas duodenostomia e gastrostomia para descompressão, jejunostomia alimentar e drenagem ampla da loja pancreática. O paciente evoluiu com fístula duodenal de baixo débito, com fechamento espontâneo, sem outras complicações. Recebeu alta no 34º dia de pós-operatório e apresenta-se em bom estado e sem seqüelas 9 meses após.

A lesão duodenal isolada em trauma contuso é evento incomum, associado a elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Devido à relativa ausência de sinais e sintomas em sua fase inicial, o diagnóstico freqüentemente é tardio, podendo já haver sepse por contaminação maciça da cavidade peritoneal, fator de grande impacto no prognóstico destes doentes.

P. 11.32

LITIASE VESICAL POR INIBIDOR DE PROTEASE: RELATO DE CASO

Soares, LC*, Araujo, FR, Calixtro, ACO, Carvalho, PB, Okamoto, LFG, Silva, RFP

HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Relato de um caso de litíase vesical por indinavir em um pós-operatório tardio de paciente HIV+ vítima de perfuração por arma de fogo com lesão ureteral e migração de cateter ureteral. J.F.C., 48 anos, masculino, portador do vírus da imunodeficiência adquirida em uso de inibidor de protease. Vítima de perfuração por arma de fogo em transição toraco-abdominal, com lesão de hepática, renal e ureteral com permanência de cateter ureteral em pós-operatório. Após perda de acompanhamento de três anos o paciente apresenta sintomas de urolitíase. Investigação revela cálculo vesical de grande volume e aspecto compatível com desenvolvimento de cálculo com precipitação de cristais de inibidor de protease sobre estrutura de cateter ureteral. A terapia com inibidor de protease usada no tratamento de portadores do vírus da imunodeficiência humana é uma conhecida fonte de litíase urinária. Vinte por cento da dose administrada são excretadas pelos rins. A alcalinização urinária leva a cristalização destes metabólitos propiciando a litíase urinária. Os inibidores de proteases são importantes causas de litíase urinária em HIV+. A prevalência de urolitíase nestes pacientes tende a ser maior quanto mais prolongado o uso da droga. Tem sido provado que alterações metabólicas na urina destes pacientes levam a uma maior prevalência de litíase urinária.

P. 11.33

TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR NO PÓS-OPERATÓRIO:

Salerno, L. H. T.*;Burgos, F. H.; Souza, M.A..

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

Introdução:O tromboembolismo pulmonar é um dos principais problemas clínicos que ocorre nos hospitais gerais,acometendo principalmente pacientes acamados por tempo prolongado e idosos. É sabido que qualquer procedimento cirúrgico aumenta o risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar, sendo a principal causa de morte súbita, e em quase 70% dos casos não é sequer suspeitada antes do óbito.Por isso deve-se conhecer as principais formas de prevenção e tratamento desta patologia que passa despercebida em enfermarias e UTIs.

Objetivo: Elaborar uma revisão bibliográfica a respeito do tratamento e prevenção de tromboembolismo pulmonar como complicação pós-operatória considerando os elevados índices de morbidade e mortalidade da doença. **Matérias e Métodos:** Para elaboração do trabalho descritivo foram analisados e selecionados recentes artigos publicados em bases de dados como MEDLINE, PUBMED, EBSCO e SCIELO, além de livros relacionados ao tema como Sabiston e Cirurgia Toraxica Geral.As principais palavras utilizadas para pesquisa foram *Pulmonary embolism, post surgical , treatment, e prophylaxis.*

Resultados:O tromboembolismo venoso, causa de óbito hospitalar evitável mais comum no pós-operatório, tem como principal complicação o tromboembolismo pulmonar, doença de difícil diagnóstico,que tem sua maior prevalência associada a vários fatores de risco como embolia pulmonar prévia, procedimentos cirúrgicos prolongados,imobilização, entre outros.Medidas terapêuticas como anticoagulação com heparina, heparina de baixo peso molecular, trombolíticos, filtros de veia cava e embolectomia constituem as possibilidades de tratamento da TEP.Em contra partida, as medidas profiláticas, com melhores resultados, são: cuidadosa avaliação pré-operatória dos pacientes, movimentação precoce após evento cirúrgico, realizando fisioterapia principalmente para membros inferiores, uso de meias e bandagens, alem do uso profiláticos de anticoagulantes e fibrinolíticos. **Conclusão:** A despeito das diversas formas de tratamento do TEP (anticoagulantes, fibrinolíticos, filtros de veia cava e cirurgia), a trombopprofilaxia pode ser considerada a melhor conduta para reduzir as taxas de morbimortalidade pós-operatória por TEP.Entretanto , esta medida ainda é pouco utilizada ou utilizada de forma incorreta, o que evidencia a necessidade de uma conscientização de profissionais da saúde, afim de evitar as possíveis complicações e piora do quadro do paciente com a referida patologia.

P. 11.34

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ESTENOSE ILEAL CAUSADA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL CRONICAMENTE INFLAMADO

Cunha A.Z.*; Migotto A.; Kadri, C.J.; Fernandes, C.L.P.; Martinez, C.A.R.

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SÃO PAULO

Introdução: O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais freqüente do trato gastrointestinal, encontrado em 2% da população. As principais formas de manifestação são hemorragia intestinal em crianças abaixo de 2 anos; obstrução intestinal em adultos, causado por volvo ao redor do cordão fibroso; intussuscepção; hérnia de Littré e diverticulite, a menos freqüente. As neoplasias tem incidência bastante raras. O objetivo deste trabalho é apresentar uma forma incomum de divertículo de Meckel, cuja clínica era obstrução do trato digestivo devido estenose ileal. **Relato do caso:** Homem, 59 anos com dor abdominal há 3 dias evoluindo com parada de eliminação de gases e fezes, apresentando vômitos de conteúdo entérico. Procurou nosso serviço, com obstrução intestinal alta, sendo submetido à radiografia simples de abdômen onde se notava imagem em "empilhamento de moedas". Submetido à cirurgia, encontrado estenose ileal a 40 cm da valva íleo-cecal, cuja conduta foi enterectomia e anastomose primária término-terminal. O resultado do anátomo patológico foi de divertículo de Meckel cronicamente inflamado, associado a área fibrótica e estenótica da parede intestinal. **Conclusão:** O divertículo de Meckel pode complicar mais raramente como uma diverticulite de Meckel, mas há poucas evidências na literatura como causa de estenose ileal segmentar.

P. 11.35

PERFIL DAS AGRESSÕES FÍSICAS ATENDIDAS NO PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL DOM MALAN, PETROLINA-PE

Soares B.L.F.* ; Barbosa R.E.N.; Caires E.L.P.; Galhardo A.M.; Ferro M.B.; Almeida G.N.P.; Guedes F.W.N.C.C.

Liga Acadêmica do Trauma, Urgência e Emergência da UNIVASF – Univ. Federal do Vale do São Francisco

Introdução: A maior prevalência causal de agressões físicas não pode ser avaliada por um fator isoladamente. Entretanto, entender a maneira como esses determinantes estão relacionados à violência é um dos passos importantes no planejamento de políticas públicas de saúde. **Objetivos:** Determinar o perfil das agressões físicas que deram entrada no pronto-socorro do Hospital Dom Malan (HDM), Petrolina-PE. **Material e Métodos:** O estudo foi prospectivo de corte transversal realizado através de inquérito epidemiológico - questionário. A amostragem foi aleatória simples consecutiva dos atendidos no pronto-socorro do HDM de setembro de 2005 a janeiro de 2006. A amostra – extraída de uma maior de 1669, contendo todos os traumatizados - foi de 247 e foi constituída de todos os pacientes vítimas de agressões físicas, após o aceite de termo de consentimento livre e aplicação dos critérios de exclusão. **Resultados:** As agressões físicas representaram 14,53% dos atendidos. Destes, 32,38% foram causadas por arma branca, 25,10% por arma de fogo e 42,51% por luta corporal. Das agressões por arma branca, 81,25% das vítimas foram homens; 12,50% analfabetos; 70% relataram consumo de álcool; 46,50% tinham renda de até um salário mínimo; e 70% tinham até 30 anos. Das agressões por arma de fogo, 85,48% das vítimas foram homens; 9,67% analfabetos; 43,54% relataram consumo de álcool; 43,54% tinham renda de até um salário mínimo; e 59,67% tinham até 30 anos. Nas lutas corporais, 71,42% das vítimas foram homens; 7,61% analfabetos; 66,66% relataram consumo de álcool; 54,28% tinham renda de até um salário mínimo; e 48,57% tinham até 30 anos. **Conclusão:** Em concordância com estudos semelhantes, a baixa escolaridade, o sexo masculino e a baixa renda são fatores associados ao aumento das agressões físicas. Além desses, constatamos que o consumo de álcool e idade até 30 anos, também estão associados à agressões físicas.

P. 11.36

PERFIL DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO E FORMAS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR APLICADOS NA CIDADE DE PETROLINA-PE

Soares B.L.F.* ; Barbosa R.E.N.; Caires E.L.P.; Galhardo A.M.; Ferro M.B.; Almeida G.N.P.; Guedes F.W.N.C.C.

Liga Acadêmica do Trauma, Urgência e Emergência da UNIVASF- Universidade Federal do Vale do São Francisco

Introdução: A avaliação da gravidade do trauma e a instituição de manobras para manutenção básica de vida, no local do evento, podem representar a oportunidade de sobrevivência para as vítimas de trauma até sua chegada ao hospital. **Objetivo:** Caracterizar as vítimas segundo o tempo utilizado para o resgate e determinar as formas de atendimento pré-hospitalar prestados no município de Petrolina-PE. **Material e Métodos:** O estudo foi prospectivo, de corte transversal, realizado através de inquérito epidemiológico - questionário. A amostragem foi aleatória simples dos atendidos no pronto-socorro do HDM de setembro de 2005 a janeiro de 2006. A amostra – extraída de uma maior de 1875, contendo todos os traumatizados - foi de 545, constituída de todos os pacientes vítimas de acidentes automobilísticos, após o aceite de termo de consentimento livre e aplicação dos critérios de exclusão. **Resultados:** Acidentes de trânsito respondem por 33% do total. Desses 47,7% foram socorridas por terceiros ou conta própria, o SAMU socorreu 26,06%; ambulância comum, 16,52%; e corpo de bombeiros, 7,52%; 2,20% não souberam informar. Em todas as formas de socorro houve um predomínio de chegada ao hospital na primeira hora: SAMU e Corpo de Bombeiro, 69%; terceiros ou conta própria, 60%; Ambulância Comum, 24%. Tendo em vista, o tempo decorrido do evento e a chegada do socorro, 54% dos mesmos são realizados dentro dos primeiros trinta minutos. Considerando apenas os primeiros quinze minutos, a categoria outros socorreu 49% das vítimas, seguido pelo SAMU (30%), bombeiros e ambulância (10%). **Conclusões:** Sabendo-se que a primeira hora pós-trauma é considerada a "golden hour", no presente estudo 60% das vítimas receberam socorro nesse período. Contudo, não é demonstração de eficiência chegar ao local da ocorrência em poucos minutos se, do ponto de vista técnico, não houve atendimento adequado para a(s) vítima(s).

P. 11.37

PIONEFROSE CALCULOSA COM FÍSTULAS CUTANEA E DUODENAL

Oliveira, L.C.N.; Gonçalves, W. M.*; Carvalho, P.B.; Lessio, B.P.; Miranda, G.

SERVIÇO DE UROLOGIA - HOSPITAL HELIÓPOLIS

Introdução: pionefrose calculosa consiste na perda de parênquima renal pela ação simultânea de um processo obstrutivo e infeccioso. O quadro clínico costuma ser indolente, com manifestações clínicas atípicas, como dor lombar, anemia e queda do estado geral. Eventualmente, evolui para um processo séptico com alta morbi-mortalidade. O diagnóstico baseia-se em exames de imagem (ultra-som – US e tomografia computadorizada -TC). A modalidade terapêutica empregada constitui-se de antibioticoterapia e drenagem associada ou não à nefrectomia a depender das condições clínicas do paciente. O objetivo desse trabalho é relatar o caso de uma paciente, que, ao recusar-se à realização de uma nefrectomia para tratamento de uma pionefrose calculosa, evoluiu com abscessos perinefréticos, fístulas cutânea e duodenal e sepse.

Relato de Caso: paciente do sexo feminino, 48 anos, há 3 anos, durante investigação de um quadro de infecções urinárias de repetição, diagnosticou-se a presença de cálculo coraliforme e ausência de função renal à direita. Indicou-se a nefrectomia, contudo, a paciente, por questões religiosas, recusou a realização do procedimento, uma vez que transfusão sanguínea poderia ser necessária. Em 3 meses evoluiu com perda de peso importante (37,7% do peso corporal total), febre, massa dolorosa em flanco e saída de secreção em quadrante inferior direito. Ao exame físico, presença de massa palpável em todo hemiabdomen direito com saída de secreção purulenta por orifício único em fossa ilíaca direita. Urocultura: crescimento de *Proteus mirabilis*. Exames de imagem evidenciaram uma pionefrose à direita com abscessos perinefréticos e perihepáticos com trajeto fistuloso para pele. O tratamento inicial baseou-se em antibioticoterapia e drenagem percutânea. Evoluiu com resolução do quadro séptico, realizando nefrectomia direita posteriormente.

Conclusão: pionefrose calculosa é uma enfermidade que pelo seu caráter crônico e insidioso têm seu diagnóstico retardado levando a um pior prognóstico. O relato de caso permitiu observar que complicações graves como abscessos perinefréticos, fístulas e até mesmo sepse grave podem fazer parte da evolução dessa doença, enfatizando-se, assim, a importância do diagnóstico precoce.

P. 11.38

PNEUMOPERITÔNIO, PNEUMOTÓRAX BILATERAL, PNEUMOMEDIASTINO E ENFISEMA DE SUBCUTÂNEO APÓS COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Puglia CR, Moura LFRA, Oliveira Neto RM, Oliveira CA, Nakashima CAT, Corsi PR.

Hospital São Luis - Unidade Anália Franco, São Paulo (SP).

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 63 anos, que há dois anos foi submetido a retossigmoidectomia com ileostomia de proteção por adenocarcinoma retal. Em acompanhamento oncológico, realizou colonoscopia de controle sem alterações. Três horas após o procedimento, evoluiu com dor tóraco-abdominal, distensão abdominal, dispnéia e enfisema de tronco e face. No exame físico de entrada encontrava-se em regular estado geral, frequência respiratória 28 ipm, saturando 94% com oxigênio a 2L/min; murmúrio vesicular diminuído globalmente sem ruídos adventícios; abdome distendido e timpânico à percussão com ileostomia em flanco direito. Foi realizada a tomografia computadorizada que diagnosticou enfisema cervical e mediastinal, pneumotórax bilateral e pneumoperitônio. Feita hipótese diagnóstica de perfuração de cólon com suspeita de comunicação tóraco-abdominal e interpleural. Optou-se pela antibioticoterapia, drenagem de tórax bilateral e conduta abdominal expectante pelo fato de a ileostomia tornar o cólon excluído. Evoluiu bem e recebeu alta após seis dias de internação.

P. 11.39

RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA COMO COMPLICAÇÃO TARDIA DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA DE SILICONE LÍQUIDO: RELATO DE CASO

Matos, L.L.*; Lopes, L.S.; Saggiomo, J.V.A.; Wroclawski, E.R.; Faro Jr, M.P.

DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL E DE URGÊNCIA – FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

INTRODUÇÃO: A retenção urinária aguda é uma condição caracterizada pela interrupção abrupta de eliminação de urina com a presença desta represada na bexiga, sem possibilidade de eliminação, seja em virtude de fatores anatômicos obstrutivos, ou por motivos funcionais. Entre suas causas mais comuns, destaca-se a hiperplasia prostática benigna, seguida de constipação, adenocarcinoma de próstata, estenose uretral, retenção de coágulos, desordens neurológicas, pós-operatórios, cálculos, drogas e infecções do trato urinário. **RELATO DO CASO:** Paciente sexo masculino, 55 anos, travesti, com história pregressa de injeção subcutânea de silicone líquido em diversas regiões do corpo, queixa-se de não conseguir urinar há 14 horas. Ao exame físico, apresenta extrema deformação cutânea devido a migração do implante, palpando-se nódulo endurecido em prepúcio característico de corpo estranho. Dado o diagnóstico de retenção urinária aguda, tentou-se, sem sucesso, exteriorizar a glândula e proceder a sondagem vesical de demora, sendo então realizada cistostomia terapêutica. **DISCUSSÃO:** Dentre as complicações mais características da injeção subcutânea de silicone industrial destaca-se: mudanças da cor ou textura da pele, inflamações, fibroses severas, fístulas, deformidades e contraturas, dentre muitas outras descritas. Linfadenopatia regional, infiltração de tecidos moles adjacentes e compressão de órgãos foram caracterizadas como complicações a longo prazo. Doenças respiratórias agudas e crônicas, doenças do colágeno e doenças vasculares foram descritas como complicações sistêmicas, principalmente naqueles pacientes que fizeram uso do silicone em grandes quantidades e alguns evoluíram inclusive a óbito, porém retenção urinária aguda não é encontrada e sequer mencionada na literatura médica mundial como complicação de injeção subcutânea de silicone líquido.

PÂNCREAS

P. 12.01

RELATO DE CASO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMA DE PÂNCREAS GRAU III

Venâncio, A.; Rossi, C.S.*; Vernin, C.E.S.; Jorge, R.C.; Canavezi, T.R.; Silva, M.P.; Bolleli, G.M.; Godinho, M.

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ – JUNDIAÍ, SP

INTRODUÇÃO

O trauma de pâncreas é incomum, ocorrendo em 0,2% de traumas contusos. O maior desafio é o diagnóstico, que muitas vezes acaba sendo tardio e com piora da morbi-mortalidade. A amilase não é um marcador de lesão confiável. Na maioria das vezes o diagnóstico é cirúrgico, indicado por lesões associadas. A classificação de lesão pancreática leva em consideração o local da lesão e o acometimento ou não do ducto principal.

OBJETIVO

Apresentar um caso de lesão pancreática isolada, por trauma abdominal contuso, após colisão de automóvel, de grau avançado, e optado por tratamento conservador.

RELATO DE CASO

Colisão carro versus objeto fixo chega ao Pronto-Socorro trazido pelo SAMU, sem alterações no exame primário e nas medidas auxiliares do exame primário, apresentando, ao exame secundário, dor abdominal de intensidade 5+/10+. Ficou em observação por 12 horas e alta após. Retornou depois de 3 dias, pois a dor, apesar da mesma intensidade, não melhorava com analgesia comum. Amilase = 67, colangio-ressonância evidenciou solução de continuidade de grande parte do diâmetro transversal do pâncreas, na sua porção do colo, exceto a sua porção inferior, com imagem de coleção líquida que se estende cranialmente e posteriormente ao fígado, a partir deste ponto. O ducto de Wirsung foi identificado até a porção de continuidade parenquimatosa, no local da lesão. Tendo sido classificado como Grau III. Segundo Lillian, 2002, a mortalidade neste grau de lesão é de 30%, sendo que dos pacientes que foram operados, 82% foram submetidos à pancreatectomia distal. Neste caso realizamos tratamento conservador, com exame clínico seriado, e controle diário de Hb, Ht e amilase, os quais não tiveram grandes alterações, tendo, o paciente, alta hospitalar no 7º dia de internação assintomático.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Mesmo em centros com grande volume de trauma, o trauma de pâncreas, principalmente isolado, é pouco frequente. A lesão do ducto principal é um divisor de águas, indicando na maioria das vezes o tratamento cirúrgico com pancreatectomia distal. Neste caso, mostramos que algumas lesões de alto grau podem ser satisfatoriamente conduzidas por tratamento conservador.

P. 12.02

RUPTURA DE PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA COMO COMPLICAÇÃO DE PANCREATITE CRÔNICA: RELATO DE CASO

Travassos, C.L.G.; Matos, L.L.*; Ducatti, L.; Bueno, A.N.; Benavides, M.R.; Faro Jr, M.P.

DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL E DE URGÊNCIA – FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

INTRODUÇÃO: O pseudoaneurisma hemorrágico resulta da corrosão da parede de uma artéria justa-pancreática por um pseudocisto em expansão ou pela própria pancreatite. Trata-se de uma complicação rara da forma crônica desta doença. Ocorre em 4,6% e é responsável por 69% das complicações hemorrágicas nos pacientes com pancreatite crônica. A ruptura do pseudoaneurisma é uma complicação ainda mais rara, porém com alta mortalidade. O tratamento do pseudoaneurisma caracteriza-se principalmente pela embolização via endovascular, porém nos casos de ruptura e choque hemorrágico a cirurgia em caráter de urgência é muitas vezes imperativa. **RELATO DO CASO:** Homem, 34 anos, branco, etilista há 15 anos, procura atendimento médico com quadro de dor em região epigástrica há um mês e piora há 5 horas, de forte intensidade, com irradiação para hipocôndrio esquerdo e dorso. A investigação diagnóstica evidenciou pseudocisto em cauda pancreática, sendo programada derivação cirúrgica eletiva. Porém o paciente apresentou quadro de choque hemorrágico refratário a reposição volêmica e foi então submetido a laparotomia exploradora na qual encontrou-se hemoperitônio, hematoma retroperitoneal e pseudocisto roto de cauda de pâncreas, com sangramento ativo em sua parede posterior, correspondente à artéria esplênica rota. Foi então realizada inicialmente ligadura perdida da artéria esplênica, e posterior pancreatectomia corpo-caudal, esplenectomia, lavagem da cavidade e drenagem do coto pancreático. O paciente recuperou-se bem, recebendo alta hospitalar e segue em acompanhamento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** Não está definido o melhor tratamento para pseudoaneurisma hemorrágico. Tanto a embolização angiográfica como a cirurgia tem obtido bons resultados dependendo da condição clínica do paciente. Apesar da embolização ter ganhado grande aceitação e bons resultados, ainda mostra significativa taxa de falha para pseudoaneurismas de artéria esplênica, especialmente quando associado ao pseudocisto. Esplenectomia, com ou sem pancreatectomia tem provado ser durável, sem sinal de recidivas de sangramento.

TEMAS LIVRES

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:00 – 08:10 hs

TL 06.01

A IMPORTÂNCIA DO ESTRESSE OXIDATIVO NA ETIOPATOGENIA DA COLITE DE EXCLUSÃO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.

Martinez, CAR*; Priolli, DG; Ribeiro, ML; Alfredo, CH; Miranda, DDC; Nadal SR.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SÃO PAULO.

A etiopatogenia das doenças inflamatórias intestinais vem sendo relacionada ao estresse oxidativo tecidual ocasionado por espécies reativas de oxigênio. A colite de exclusão apresenta aspectos clínicos, endoscópicos e histopatológicos semelhantes às doenças inflamatórias intestinais, porém até a presente data não se estudou a importância do estresse oxidativo como fenômeno inicial relacionado a etiopatogenia da colite de exclusão. OBJETIVO: Quantificar os níveis de estresse oxidativo à mucosa cólica de segmentos providos e desprovidos de trânsito e relacioná-los ao tempo de exclusão de intestinal. MÉTODOS: Sessenta ratos Wistar foram submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo por meio de colostomia proximal e fístula mucosa distal. Os animais foram divididos em três grupos experimentais de 20 ratos segundo o sacrifício ter sido realizado seis, 12 e 18 semanas após o procedimento cirúrgico. Para cada data programada para o sacrifício, cinco animais foram submetidos exclusivamente a laparotomia sem realizar a derivação intestinal (grupo controle). A avaliação do estresse oxidativo foi feita pelo método da eletroforese em gel de célula isolada (ensaio do cometa). Foram utilizados testes t de Student, teste t pareado, e análise de variância pelo teste de Kruskal-Wallis estabelecendo-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). RESULTADOS: Em todos os animais a exclusão de trânsito mostrou-se associada a alterações inflamatórias da parede cólica que se relacionavam ao tempo de exclusão. Os níveis de estresse oxidativo foram significativamente mais elevados nos segmentos desprovidos de trânsito em seis, 12 e 18 semanas ($p = 0,00001$) quando comparados aos segmentos providos de trânsito e não aumentaram com o progredir do tempo de exclusão ($p = 0,227$). CONCLUSÃO: Os níveis de estresse oxidativo são significativamente mais elevados em segmentos cólicos desprovidos quando comparados a segmentos providos de trânsito intestinal, não aumentando com o progredir do tempo de exclusão.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:10 – 08:20 hs

TL 06.02

ANÁLISE DA INCIDÊNCIA E TERAPÊUTICA DA DOR PÓS-OPERATÓRIA

Frulani de Paula, L.B.*; Curcio, L.C.; Dias, L.P.S.; La Montanha, L.; Loureiro, M.D.P; Nardi, N.; Alves, A.C.N.; Vidilli-Pereira, E.A.; Ciquini, S.A.

DISCIPLINA DE BASES DE CIRURGIA DA FACULDADE DE FISIOTERAPIA DA PUC-CAMPINAS – SÃO PAULO - BRASIL

INTRODUÇÃO: O tratamento da dor tem se tornado uma prioridade na abordagem terapêutica pós-operatória devido a sua alta incidência e pelas repercussões sistêmicas decorrentes da mesma. Está relacionada diretamente ao trauma cirúrgico, podendo predispor o doente a complicações e internações prolongadas.

OBJETIVO: Avaliar a incidência da dor em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos, as suas repercussões sistêmicas em atividades fisiológicas e a terapêutica analgésica utilizada.

MÉTODO: Foram incluídos no presente estudo doentes que apresentavam idades entre 15 e 76 anos, capacidade de comunicação e cognição preservados, e submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico. Os dados coletados compreendiam sexo, idade, tipo de cirurgia, incidência da dor e analgesia utilizada. Para a avaliação da dor procurou-se caracterizá-la, e mensurá-la em escala numérica verbal aplicada no pós-operatório imediato e mediato.

RESULTADO: O estudo analisou 36 pacientes de ambos os sexos, submetidos a procedimentos cirúrgicos abdominais (44,44%), torácicos (19,44%) e outros (36,12%). No pós-operatório imediato 52,78% dos pacientes referiram algum grau de dor, sendo 36,84% classificada como leve (1-4), 15,79% moderada (5-7) e 47,3% como intensa (8-10). Quanto à administração analgésica, 88,89% receberam medicamentos em horários fixos. As limitações fisiológicas advindas da dor foram encontradas em 69% dos casos, com incidência de 100% nos procedimentos cirúrgicos torácicos e 70,59% nos procedimentos abdominais. No momento da entrevista, 58,33% dos doentes não referiram dor, sendo referida nos restantes como leve, em 46,67%, como moderada em 40% e intensa em 13,33%. Nenhum paciente relatou tratamento não convencional para a dor.

CONCLUSÃO: O adequado tratamento da dor no pós-operatório não é apenas uma questão fisiopatológica, é também uma questão ética e econômica. Quando o tratamento é realizado por uma equipe interdisciplinar, obtêm-se melhores resultados, elevando a auto-estima do enfermo e acelerando seu processo de recuperação. O melhor controle da dor evita sofrimentos desnecessários, proporciona maior satisfação do paciente com o atendimento e reduz os custos relacionados a possíveis complicações, determinantes de maiores períodos de internação.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:20 – 08:30 hs

TL 06.03

ANESTESIA LOCAL EM CIRURGIAS PROCTOLÓGICAS AMBULATORIAIS

REIS NETO JA; REIS JUNIOR JA; KAGOHARA OH; NETO JS; BANCI SO; OLIVEIRA LH.

CLINICA REIS NETO – CAMPINAS – SP

INTRODUÇÃO: As cirurgias proctológicas ambulatoriais, realizadas sob sedação e anestesia local, são seguras e trazem conforto ao paciente, porém o principal desafio do cirurgião recai sobre o controle adequado da dor, tanto no pós-operatório imediato quanto no tardio. Trabalhos atuais já demonstraram uma boa analgesia pós-operatória quando da realização de raquianestesia ou anestesia peridural associada aos anestésicos locais (5), porém há poucos estudos comparando as diferentes técnicas de anestesia local e o nível de dor no pós-operatório.

OBJETIVO: Avaliar duas técnicas de anestesia local, infiltração subcutânea e bloqueio de nervo pudendo, no controle da dor no pós-operatório imediato em procedimentos proctológicos ambulatoriais.

MATERIAL E MÉTODOS: Avaliação prospectiva de 102 pacientes com afecções proctológicas submetidos a procedimento cirúrgico ambulatorial na clínica Reis Neto de julho de 2007 a janeiro de 2008.

Todos os pacientes foram operados pela mesma equipe cirúrgica, sob sedação, realizada com midazolam 2,5 mg, fentanil 50 mcg e propofol 40 mg IV. No momento da alta recebiam prescrição padronizada com anti-inflamatório não esteroidal e analgésico VO, pomada anestésica tópica, orientação de banhos de assento, além de medicação parenteral se dor forte.

Os pacientes foram divididos em dois grupos, A e B, sendo o primeiro correspondente aos submetidos à anestesia local subcutânea, e o segundo os submetidos a bloqueio de nervo pudendo, sendo utilizado citocaína 2% e ropivacaína. Foram avaliados quanto às variáveis: idade, sexo, tipo de cirurgia, nível de dor no pós-operatório e necessidade de medicação analgésica parenteral. A avaliação da dor foi feita através de escala analógica numérica (de 0 a 10), em dois momentos, na primeira hora de pós-operatório e 24 horas pós-procedimento. Consideramos como 0 ausência de dor, 1-2-3 e 4 dor leve, 5-6 e 7 dor moderada e 8-9 e 10 dor forte. Os dados foram avaliados através do teste de t student.

RESULTADOS: Um total de 102 pacientes, 41 (40.2%) do sexo feminino e 61 (59.8%) do masculino, idade média de 46,5 anos, sendo 35 do grupo A - anestesia local subcutânea, e 67 do grupo B - bloqueio de nervo pudendo. As principais cirurgias realizadas foram: hemorroidectomia, macroligadura, fistulectomia, fistulotomia, esfincterotomia e anuplastia. Na avaliação inicial, uma hora após o procedimento, nenhum paciente do grupo A referiu dor, e 0,5% (03) do grupo B referiram dor leve ou moderada. Após 24 horas da cirurgia, apresentavam-se sem dor ou com dor leve, 91,4% (32) dos pacientes do grupo A e 88% (59) do grupo B, sendo que nenhum do grupo A referiu dor forte e cinco do grupo B o fizeram e apenas 10 (9,8%) do total necessitaram de medicação analgésica parenteral. Ao se comparar as médias do nível de dor dos dois grupos, não houve diferença estatística significativa ($P=0,04849$).

CONCLUSÃO: As duas técnicas de anestesia local, subcutânea e bloqueio de pudendo, se mostraram igualmente eficazes no controle da dor no pós-operatório imediato de cirurgias proctológicas ambulatoriais.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:30 – 08:40 hs

TL 06.04

CIRURGIAS COLOPROCTOLÓGICAS – CASUÍSTICA DE 36 ANOS

REIS NETO JA; REIS JUNIOR JA; KAGOHARA OH; SIMOES NETO,J; BANCIS SO; OLIVEIRA LH.

CLINICA REIS NETO – CAMPINAS – SP

INTRODUÇÃO: As cirurgias coloproctológicas tem importância no tratamento de enfermidades benignas e malignas do trato digestório, e a videolaparoscopia representa um avanço e nova abordagem dentre as doenças atendidas pelo cirurgião colorretal. Apesar da aceitação para o tratamento de doenças benignas, ainda existem controvérsias e discussões quanto a sua aplicação em enfermidades malignas colorretais, pois exigem maior experiência e habilidade da equipe cirúrgica.**OBJETIVO:** Levantamento retrospectivo das cirurgias coloproctológicas realizadas pela grupo da Clínica Reis Neto, durante um período de 36 anos.

MÉTODOS: Avaliação retrospectiva, através de prontuário eletrônico, dos pacientes operados entre 1970 e 2006, sendo observados: sexo, idade, tipo de cirurgia, enfermidades benignas e malignas, via de acesso (laparoscópico/laparotômico), índice de alternância e complicações intra e pós-operatórias.

RESULTADOS: 1613 pacientes, sendo 845 mulheres (52,4%) e 768 homens (47,6%), com idade média de 53 anos, variando de 02 meses a 92 anos. Foram realizadas 1357 (84,2%) cirurgias laparotômicas e 256 (15,8%) laparoscópicas. Entre as cirurgias de acesso aberto, 635 (46,8%) foram por doenças benignas - representadas principalmente pelo megacólon chagásico - 138 (21,7%) e doença diverticular 37 (6%) ; e 722(53,2%) por neoplasias, principalmente adenocarcinoma de reto (n=345 - 47,8%) e sigmóide (n=185 - 25,6%).As cirurgias videolaparoscópicas, iniciadas em 1992, tiveram sua incidência nas doenças malignas (n= 163 - 63,7%), sendo o reto o seguimento colonico mais acometido (n=95 - 58%). A principal cirurgia realizada foi retossigmoidectomia (n=80 - 49%) seguida de amputação abdominoperineal do reto (n=27 - 16,6%), com média de 05 dias de internação e início da dieta no primeiro pós - operatório. As doenças benignas corresponderam a 36,3% da experiência em laparoscopia, sendo que 40,8% (n= 38) dos pacientes apresentaram doença diverticular. A retossigmoidectomia e sigmoidectomia somam 50,5% (n= 47) das cirurgias. O índice de alternância foi de 1,8% (n=3) para as neoplasias e de 3,2% (n=3) para as benignas, com 4,7% (n=12) de complicações intra e pós-operatórias, entre elas: lesão de ureter direito, abertura do grampo da anastomose, hematoma pélvico e sangramento intra-operatório.

CONCLUSÃO: A experiência da equipe é grande em cirurgias laparotômicas (n=1357), e vem adquirindo bons resultados em cirurgias laparoscópicas nos últimos 15 anos, com maior indicação para doenças malignas (63,7%), apresentando bons resultados com baixos índices de complicação (4,7%) e alternância (2,3%).

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:40 – 08:50 hs

TL 06.05

CORRELAÇÃO ENTRE ESTRESSE OXIDATIVO E EXPRESSÃO TECIDUAL DE GENES DE REPARO (hMLH1 e MGMT) EM DOENTES COM CÂNCER COLORRETAL

Martinez, CAR; Priolli, DG; Cordeiro, AT*; Miranda, DDC; Bartchewsky Júnior, W; Ribeiro, ML.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA.

O estresse oxidativo ocasionado por espécies reativas de oxigênio à mucosa colorretal pode determinar o aparecimento de mutações genéticas. Quando as mutações ocorrem, e não são corrigidas pelas proteínas de reparo, em genes controladores do ciclo celular existe a expansão de clones celulares com autonomia proliferativa e resistência a apoptose. Poucos estudos avaliaram a relação entre estresse oxidativo ao DNA e a expressão de genes de reparo, comparando tecidos normais e neoplásicos em doentes com câncer colorretal. Objetivo: Mensurar os níveis de dano oxidativo ao DNA de células isoladas da mucosa cólica de doentes com câncer colorretal comparando tecidos normais e neoplásicos, correlacionando-o à expressão dos genes de reparo hMLH1 e MGMT. Método: Foram estudados 35 doentes, com câncer colorretal operados entre 2005 e 2007. A quantificação dos níveis de estresse oxidativo foi realizada no tecido cólico normal e neoplásico, pela técnica da eletroforese em gel de célula única (ensaio cometa). A extensão do dano ao DNA foi quantificada em 200 células (100 de cada amostra de tecido) com o programa Komet 5.5. A expressão dos genes de reparo hMLH1 e MGMT foi determinada pela técnica da RT-PCR. A comparação entre níveis de dano oxidativo e expressão dos genes de reparo foi realizada pelo teste t pareado. A relação entre dano oxidativo e expressão gênica pelo teste de Pearson, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados: As células isoladas do tecido neoplásico apresentavam, em média, níveis de dano oxidativo ao DNA (T.M. = $2,532 \pm 0,945$) significativamente maior quando comparado às do tecido normal (T.M. = $1,056 \pm 0,460$) ($p = 0,00001$; I.C.95%: $-1,7705 - 1,1808$). As células do tecido neoplásico apresentavam, em média, menor expressão dos genes hMLH1 ($0,4027 \pm 0,0326$) e MGMT ($0,0883 \pm 0,0089$) quando comparadas as do tecido normal ($0,5672 \pm 0,1070$ e $0,1128 \pm 0,0207$, respectivamente) sem, contudo, existir significância estatística ($p = 0,07$; I.C.95%: $-0,0618 - 0,3907$ e $p = 0,10$; I.C.95%: $-0,0154 - 0,064$, respectivamente). Houve correlação, no tecido neoplásico, entre os níveis de dano oxidativo e a expressão do gene MGMT ($p = 0,04$), e não houve para o gene hMLH1 ($p = 0,99$). Conclusão: Em doentes com câncer colorretal, o tecido neoplásico apresenta níveis de estresse oxidativo ao DNA significativamente maior que os encontrados no tecido normal. Existe correlação entre os níveis de estresse oxidativo e a expressão do gene MGMT.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:50 – 09:00 hs

TL.06.06

DANO OXIDATIVO E PROTEÍNA P53 NO ADENOCARCINOMA COLORRETAL

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:00 – 09:10 hs

TL 06.07

EFEITO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA NA PRESSÃO ANAL

Formiga, F.B.; Magri, K.D.; Saito, H.C.G.; Manzione, T.S.; Rios, F.; Cruz, S.H.A.; Candelária, P.A.P.; Ortiz, J.A.; Klug, W.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP)

Introdução: A pressão anal máxima de repouso (PMR) é determinada pelo esfíncter anal interno em sua maior parte (60%), pelo esfíncter anal externo e músculo puborretal (25-30%) e pelos coxins hemorroidários (10-15%). A pressão máxima de contração (PMC) é a soma da PMR e a contração voluntária.

Objetivo: Avaliar o efeito da doença hemorroidária na pressão anal de repouso e contração.

Material e Métodos: Dividimos a amostra em um grupo controle (grupo A) com 57 indivíduos hígidos pariados em sexo e idade com um grupo de pacientes com doença hemorroidária de indicação cirúrgica (grupo B – 36 doentes). Mensuramos duas variantes do estudo de manometria anorretal: PMR e PMC. Com isso, comparamos estatisticamente os dois grupos.

Resultados: A pressão máxima de repouso do grupo A foi $64,14 \pm 12,02$ cmH₂O, estando entre os valores de referência já conhecidos. O grupo B apresentou PMR de $91,22 \pm 24,16$ cmH₂O. Diferença esta estatisticamente significativa ($p < 0,001$ - Teste de Mann-Whitney). Já os valores da pressão máxima de contração foram muito semelhantes entre os grupos: grupo A $236,56 \pm 103,56$ cmH₂O e grupo B $230,24 \pm 73,67$ cmH₂O ($p = 0,736$), não mostrando diferença estatística.

Conclusões: A doença hemorroidária eleva a pressão máxima de repouso, mas não interfere na pressão máxima de contração.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:10 – 09:20 hs

TL 06.08

EFEITO DA RAQUIANESTESIA NA PRESSÃO ANAL

Formiga, F.B; Magri, K.D.; Manzione; T.S.; Saito, H.C.G.; Cruz, S.H.A.; Candelária, P.A.P.; Ortiz, J.A.; Klug, W.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO - FCMSCSP

Introdução: A pressão anal máxima de repouso (PMR) é determinada pelo esfíncter anal interno (60%), pelo esfíncter anal externo e músculo puborretal (25-30%) e pelos coxins hemorroidários (10-15%).

Objetivo: Avaliar o efeito da raquianestesia na pressão anal.

Material e Métodos: Avaliamos 32 pacientes, amostra pareada para sexo e com 43 ± 12 anos. Todos com doença hemorroidária de indicação cirúrgica. Foram submetidos, ambulatorialmente, à manometria anorretal sendo determinada a pressão anal máxima de repouso. Após a raquianestesia, nova mensuração foi realizada. Os resultados foram confrontados estatisticamente.

Resultados: A pressão anal máxima de repouso foi $92,81 \pm 24,94 \text{ cmH}_2\text{O}$ e após a raquianestesia houve redução para $30,17 \pm 12,98 \text{ cmH}_2\text{O}$, mostrando significância estatística. ($p < 0,001$ - Wilcoxon)

Conclusão: O esfíncter anal interno, o maior componente da pressão esfínteriana, sofre influência do bloqueio raquidiano.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:20 – 09:30 hs

TL 06.09

HEMORROIDECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS HEMORROIDOPEXIA MECÂNICA. ESTUDO RETROSPECTIVO DE 253 CASOS.

MARIANELLI R.; MACHADO S.P.G.; GONTSCHAROW S., ALMEIDA M.G.; MANZIONE C.R.; FALLEIROS V; BARAVIERA A.C.; VILARIÑO T.C.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DA SÃO PAULO (HSPM-SP)

OBJETIVO: rever a experiência do serviço de coloproctologia do HSPM no tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, observando as características epidemiológicas, indicações, técnica utilizada, complicações e seguimento ambulatorial.

MATERIAL E MÉTODOS: foram estudados retrospectivamente 253 pacientes portadores de doença hemorroidária submetidos a tratamento cirúrgico no período de 10/05/2004 a 31/12/2007 no HSPM-SP. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo 1) Pacientes operados pela técnica convencional; Grupo 2) Pacientes operados pelo PPH. Estudou-se, pela revisão de prontuários, as características epidemiológicas, indicações, complicações e seguimento para cada grupo.

RESULTADOS: Entre os 253 pacientes analisados, 32.8% (83) eram homens. A idade média foi de 50 anos (19 – 78), com 63% dos pacientes entre 41 – 60 anos. Cerca de 14.2% dos casos (36) foram classificados como hemorróida de 2º grau, 71.2% (180) como de 3º grau e 14.6% (37) como de 4º grau. Quanto ao método utilizado, 83.8% (212) foram submetidos à hemorroidectomia convencional e 16.2% (41) à técnica de PPH. O tempo operatório médio foi de 52 minutos (25 – 120) para o grupo 1 e 31 minutos (20 – 65) para o grupo 2. O tempo médio de alta ambulatorial foi de 10 e 6 semanas para o grupo 1 e 2 respectivamente. As complicações precoces mais comuns foram: retenção urinária, com 9 casos (4.2%) no grupo 1 e 1 caso (2.4%) no grupo 2; e fissura anal aguda, com 1 (2.4%) caso no grupo 2. Quanto às complicações tardias, houve 19 casos (9%) no grupo 1, com 7 (3.3%) feridas fissuróides, 5 (2.3%) fístulas anais, 4 (1.9%) casos de estenose anal, 2 (1%) recidivas de prolapso e 1 (0.5%) incontinência anal. No grupo 2 houve apenas 1 (2.4%) caso de incontinência anal como complicação tardia. Cerca de 12 casos (4.7%) necessitaram reintervenção cirúrgica no grupo 1: 4 estenoses, 4 fístulas, 3 feridas fissuróides e 1 recidiva. No grupo 2 apenas 1 (2.4%) caso de fissura anal necessitou reintervenção.

CONCLUSÃO: No nosso serviço o método mais utilizado para o tratamento cirúrgico das hemorróidas foi a hemorroidectomia convencional. Podemos inferir que o método do PPH apresentou tempo operatório mais curto e recuperação pós-operatória mais breve (alta ambulatorial mais precoce). Houve uma maior tendência a complicações tardias e recidiva com o grupo de hemorroidectomia convencional. A necessidade de reintervenção cirúrgica foi maior com as hemorroidectomias convencionais que com o PPH.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:30 – 09:40 hs

TL 06.10

TIPOS DE DISTRIBUIÇÃO DE CEA E CORRELAÇÃO COM NÍVEIS DE CEA NO SANGUE PERIFÉRICO EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL.

Priolli, D.G.; Máximo, F.R.; Spadari, A.P.P.; Alfredo, C.H.; Cardinali, I.A.; Pereira, J.A.; Martinez, C.A.R.

Curso de Medicina da Universidade São Francisco, Bragança Paulista.

Até o momento, a elevação do antígeno carcinoembrionário tem sua importância relacionada ao seguimento do doente portador de adenocarcinoma colorretal. Entretanto a exata relação entre a fonte de produção e os níveis séricos do antígeno carcinoembrionário poderiam trazer esclarecimentos quanto à biologia tumoral. Não somente a avaliação por ocasião da retirada do câncer, como nos atuais estadiamentos prognósticos, e para o seguimento de doentes, mas também acrescentando dados quanto à dinâmica de funcionamento tumoral, os quais poderiam contribuir para a melhor compreensão de diferentes evoluções de uma mesma afecção, o adenocarcinoma colorretal. Objetivo: Verificar a existência de correlação da expressão imunoistoquímica do CEA com os níveis séricos do antígeno no adenocarcinoma colorretal. Material e Método: Foram analisados 75 doentes portadores de adenocarcinoma colorretal. Para dosagem sérica do CEA, determinada por quimioluminescência, foram realizadas coletas de sangue imediatamente antes de cirurgia. Dividiu-se a amostra em expressões apical ou citoplasmática quanto à localização tecidual do CEA determinadas por meio de imunocoloração com anticorpo monoclonal anti-CEA pela técnica da estreptavidina-biotina-peroxidase. Foram excluídos menores de 18 anos, portadores de outras neoplasias epiteliais, de doenças inflamatórias relacionadas à elevação do antígeno, com insuficiência hepática e/ou renal. A análise dos resultados obtidos foi realizada adotando-se nível de significância menor que 5% ($p \leq 0,05$) mediante os seguintes modelos: estatística descritiva; medidas de tendência central; análise de variância; correlação de Spearman. Resultados: Há diferença no nível sérico do CEA na expressão apical ou citoplasmática do antígeno ($p=0,01$). Pode-se verificar que a localização citoplasmática apresenta nível sérico elevado (Média=12,13, IC 95%=5,2-19,0), enquanto na apical o nível sérico de antígeno apresenta-se mais baixo (Média=4,38, IC 95%=2,2-6,4). Há correlação entre expressão tecidual do CEA, apical ou citoplasmática, com nível sérico do antígeno ($r_s=0,306$, $p=0,01$). Conclusão: O nível sérico do CEA se relaciona com o local de expressão do antígeno no adenocarcinoma colorretal.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:40 – 09:50 hs

TL 06.11

LESÕES SUBCLÍNICAS ANAIS DETECTADAS COM COLPOSCÓPIO E ÁCIDO ACÉTICO NO SEGUIMENTO DOS PORTADORES DE CONDILOMAS ACUMINADOS ANAIS TRATADOS.

NADAL, S.R.; MANZIONE, T.S.; MANZIONE, C.R.; SAITO, H.C.G.; SEID, V.E.; HORTA, S.H.C..

Equipe Técnica de Proctologia do Instituto de Infectologia Emilio Ribas – São Paulo.

INTRODUÇÃO: A incidência elevada de recidivas das lesões HPV-induzidas e a possibilidade da associação com o câncer anal tornaram obrigatório o seguimento dos portadores dessa infecção. Além do exame físico minucioso, métodos para ampliação das imagens vêm sendo utilizados principalmente nos doentes imunodeprimidos, nos quais as recidivas e as lesões pré-cancerosas são mais comuns. Entretanto, pouco é divulgado a respeito dos doentes imunologicamente sãos. **OBJETIVO:** avaliar a incidência das lesões subclínicas anais HPV-induzidas detectadas no pós-tratamento imediato dos portadores dos condilomas acuminados anais, comparando populações com ou sem a infecção pelo HIV.

MÉTODO: avaliamos a margem e o canal anal, após erradicação das verrugas anais, com auxílio do colposcópio e ácido acético a 3%. Realizamos o exame entre 15 e 30 dias após a operação, quando as feridas operatórias já estavam cicatrizadas, ou depois da última aplicação das medicações tópicas. Eram 77 doentes HIV-negativo e 62 HIV-positivo, com idades variando entre 18 e 64 anos, média de 38 anos de idade. Utilizamos análise estatística usando 5% para rejeição da hipótese de nulidade.

RESULTADOS: Dentre os soronegativos, 51 (66%) não apresentavam lesões HPV induzidas, o que também ocorreu em 28 (45%) dos soropositivos. O teste do chi quadrado revelou diferença significativa ($p = 0,02$) As do canal anal e da margem ocorreram respectivamente em sete (9%) e 26 (34%) dos soronegativos, e em 17 (27%) e 30 (48%) dos soropositivos. A análise estatística não mostrou diferença ($p = 0,216$) As lesões apareceram em ambos os sítios em quatro (5%) dos soronegativos e em 12 (19%) dos soropositivos. Dados sem significado estatístico ($p = 0,140$)

CONCLUSÃO: Os resultados obtidos nas condições de execução do presente estudo, no qual comparamos a incidência das lesões subclínicas anais provocadas pelo HPV identificadas com o colposcópio e o ácido acético, permitiram concluir que os doentes HIV-positivo apresentaram mais lesões subclínicas remanescentes no pós-tratamento imediato.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:50 – 10:00 hs

TL 06.12

MANOMETRIA ANAL NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL CRÔNICA. É NECESSÁRIO?

REIS NETO JA; REIS JUNIOR JA; KAGOHARA OH; SIMÕES NETO J; BANCI SO; OLIVEIRA LH.

CLINICA REIS NETO – CAMPINAS – SP

- **INTRODUÇÃO:** A fissura anal crônica (FAC) é uma enfermidade ano-retal freqüente. É caracterizada pela presença de dor intensa, e quase sempre não está relacionada com a extensão da lesão. Inicialmente descrita como aguda, pode apresentar-se de forma crônica, sendo caracterizada, por vezes, como uma lesão incapacitante. A fissura anal acomete adultos na quarta década de vida, sem prevalência por sexo. Anatomicamente situa-se na região da comissura mediana posterior, localização esta que varia de 60 a 90% na literatura. Apesar das opções medicamentosas para o tratamento da enfermidade, a esfínterectomia lateral interna continua sendo a maneira mais eficaz de diminuir a pressão de repouso do canal anal, causando remissão da sintomatologia e cicatrização do leito fissurário. Infelizmente técnicas como a dilatação anal, a fisurectomia, e a esfínterectomia (ELI) apresentam algum grau, ainda que na maioria das vezes transitórias, de incontinência anal. A incontinência minor pós ELI é relativamente freqüente, porém muitas vezes não relatada. Algumas séries demonstram valores de 02 a 20 %.
- **OBJETIVO:** Demonstrar se a manometria anal permite determinar a conduta terapêutica em pacientes com fissura anal crônica.
- **MÉTODOS:** Foram avaliados prospectivamente 36 pacientes com diagnóstico de FAC, tratados clinicamente durante 21 dias e posteriormente submetidos à manometria anorretal, com cateter de 08 canais de fluxo contínuo. Os pacientes foram divididos em dois grupos: A – responderam ao tratamento clínico e B – sem resposta ao tratamento clínico, submetidos a esfínterectomia lateral interna. Os resultados obtidos na manometria anorretal foram comparados com a conduta terapêutica.
- **RESULTADOS:** No grupo A, um total de 14 pacientes, cinco do sexo masculino, nove do sexo feminino, com idade média de 36,4 anos. A mediana da pressão de repouso encontrada na manometria anorretal foi de 82 mmHg, e a mediana da pressão de contração foi de 122 mmHg. No grupo B, um total de 22 pacientes sendo catorze do sexo masculino e oito do feminino, com idade média de 39 anos. A mediana da pressão de repouso determinada pela manometria anorretal foi de 111,5 mmHg e a pressão de contração foi de 155 mmHg. A pressão anal de repouso tem relação inversamente proporcional com a resposta ao tratamento médico. ($\chi^2=17,3$; $P=0,000031$)
Pressão de Repouso > 80 mmHg determina uma possibilidade de falha do tratamento clínico 5,8 vezes maior. (OR=5,8).
- **CONCLUSÃO:** A pressão de repouso avaliada pela manometria ano-retal, demonstrou ser útil para a determinação da conduta terapêutica.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 10:00 – 10:10 hs

TL 06.13

OS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS PACIENTES PORTADORES DE MEGACÓLON CHAGÁSICO ATENDIDOS NO HOSPITAL ESTADUAL DO GRAJAÚ.

Gabriel, SA.; Fonseca, AZ*.; Frazão M.; Bestane F.; Canto H.; Ribeiro, M.A.; Kassab, P.; Contrucci, O.; Ilias, EJ.;

Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro.

RESUMO: A doença de Chagas determina no homem quadro clínico com características e conseqüências variadas. Destacam-se a esofagopatia, cardiopatia e colopatia.

O objetivo de nosso estudo é avaliar, retrospectivamente, o perfil dos 35 pacientes portadores de megacólon chagásico atendidos no Hospital Estadual do Grajaú entre os anos de 1999 até 2006 em função das características clínicas, epidemiológicas e tratamento realizado.

Predominaram os pacientes do sexo masculino (60%), provenientes de área endêmica para Doença de Chagas. A maior parte deles tinha idade inferior a 50 anos e foi submetido a procedimento cirúrgico de forma eletiva. Os exames complementares mais utilizados foram a radiografia simples de abdome e o enema opaco. A maioria dos doentes(45,71%) recebeu alta hospitalar após 20 dias de internação. A reação de Machado e Guerreiro foi positiva em 75% dos pacientes.

As cirurgias mais utilizadas foram a retossigmoidectomia com anastomose primária e a cirurgia de Cutait. No presente estudo obtivemos altas taxas de complicações, sendo a mais comum a fístula. A mortalidade foi próxima de 11,5%, muito mais elevada do que a encontrada da litartura.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 10:50 – 11:00 hs

TL 06.14

PREPARO INTESTINAL PARA COLONOSCOPIA. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A SOLUÇÃO DE MANITOL A 10% E A DE LACTULOSE A 8%.

MARIANELLI R.; MACHADO S.P.G.; GONTSCHAROW S., MANZIONE C.R.; FALLEIROS V.; BARAVIERA A.C.; ALMEIDA M.G.; VILARIÑO T.C.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO (HSPM-SP)

OBJETIVO: Comparar a eficácia da solução de manitol a 10% com a da lactulose a 8% no preparo intestinal para colonoscopia.

MÉTODO: Estudo prospectivo randomizado com 204 doentes submetidos a colonoscopia entre abril e junho de 2008. Distribuímos os pacientes aleatoriamente em três grupos de acordo com o preparo intestinal: Grupo 1) 61 doentes que receberam 20mg de Bisacodil às 22:00 hs da véspera e 1,5L de solução de manitol a 10% às 7 hs do dia do exame; Grupo 2) 69 que receberam 20mg de Bisacodil às 22 hs da véspera, e 1L de solução de Lactulose a 8% às 7 hs do dia do exame; e Grupo 3) 74 outros orientados a ingerir 1L de solução de lactose a 8% às 20 hs da véspera e às 7 hs do dia do exame. A dieta sem resíduos na véspera foi orientada a todos. Dividimos, ainda, os doentes conforme estivessem internados ou não (regime ambulatorial). A relação ambulatorial/hospitalar nos grupos 1, 2 e 3 foi 1,2 (33/28), 0,9 (32/37) e 0,7 (31/43), respectivamente. Avaliamos a qualidade do preparo, as complicações e os custos. Os preparos foram classificados em bom, regular e ruim, conforme a presença de resíduos e a possibilidade de completar o exame. Os médicos que realizaram os exames desconheciam o tipo de preparo.

RESULTADOS: No grupo 1, o resultado foi bom em 83,6% (51) e regular em 16,4% (10). No grupo 2, foi bom 72,5% (50), regular em 23,2% (16) e ruim em 4,3% (3). No grupo 3, as taxas foram 54% (40), 33,8% (25) e 12,2% (9) respectivamente. A análise estatística não mostrou diferença entre os grupos 1 e 2 ($p=0,141$), que foram melhores que os preparos do grupo 3 ($p=0,003$). O preparo ambulatorial não foi superior ao hospitalar ($p=0,741$ no grupo 1, $p=0,60$ no grupo 2 e $p=0,06$ no grupo 3), mas os preparos regulares e ruins foram mais freqüentes nos doentes hospitalizados do grupo 3. ($p=0,044$) O custo do preparo foi de R\$ 6,50 no grupo I, R\$ 6,22 no grupo 2 e R\$ 11,08 no grupo 3.

CONCLUSÃO: Os resultados obtidos nas condições de realização do presente trabalho permitiram concluir que os preparos com manitol + bisacodil foram semelhantes aos com lactulose + bisacodil que foram melhores que os feitos com duas doses de lactulose.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:00 – 11:10 hs

TL 06.15

SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA CITOLOGIA ANAL COM ESCOVA NO DIAGNÓSTICO DAS LESÕES CLÍNICAS PROVOCADAS PELO PAPILOMAVIRUS HUMANO, COMPARANDO UMA COM DUAS COLETAS.

NADAL, S.R.; CALORE, E.E.; MANZIONE, C.R.; ARRUDA, C.N.; CHA, J.D.; FORMIGA, F.B.; MANZIONE, T.S..

Trabalho realizado pelas Equipes Técnicas de Proctologia e de Anatomia Patológica do Instituto de Infectologia Emílio Ribas e Liga de Coloproctologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

INTRODUÇÃO: As neoplasias intra-epiteliais anais (NIA), provocadas pelo papilomavirus humano (HPV), são as prováveis precursoras do carcinoma espinocelular (CEC) anal, que tem padrão biológico idêntico ao do câncer cervical. Da mesma forma que no colo do útero, o HPV no canal anal tem predileção pela junção escamocelular, parecendo lógico que esfregaços celulares colhidos dessa região possam auxiliar na detecção precoce das lesões citopáticas provocadas pelo vírus, selecionando doentes para colposcopia anal e biópsias. Os vários trabalhos da literatura referiram que a citologia anal tem sensibilidade entre 45 e 98%, talvez por falta de padronização quando à forma e local da coleta.

OBJETIVO: Com o objetivo de aumentar a eficácia do exame, resolvemos comparar os resultados da coleta única com a soma dessa a uma segunda amostra.

MÉTODO: Foram 78 doentes masculinos HIV-positivo com doença anal pregressa ou atual pelo HPV, com média etária de 37 anos. Colhemos material do canal anal com escovas (cytobrush), espalhamos o material em lâminas de vidro e examinados ao microscópio ótico, após coloração com hematoxilina-eosina. Dividimos os doentes entre aqueles com lesão detectada ou pela colposcopia e conforme a positividade da citologia.

RESULTADOS: Os resultados mostraram sensibilidade de 73,9% com a primeira coleta e 89,1% quando somadas as duas amostras. Essa diferença foi confirmada estatisticamente. Os demais parâmetros obtidos com a tabela 2x2 revelaram diferença estatística.

CONCLUSÃO: Concluímos que a sensibilidade foi maior e a especificidade menor quando os resultados foram obtidos com a soma das duas amostras da citologia anal.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:10 – 11:20 hs

TL.06.16

PROPORÇÃO DE LINFONODOS COMPROMETIDOS NO PROGNÓSTICO NO CÂNCER COLORRETAL. ESTUDO DE 113 CASOS.

Priolli, D.G; Alfredo C.H*; Spadari, A.P.P; Máximo,F.R; Pereira J.A; Cardinalli I.A; Martinez C.A.R.

Curso de Medicina da Universidade Soa Francisco, Bragança Paulista

Resumo: A literatura médica atual tem dado importância ao número de linfonodos examinados como fator determinante do prognóstico em inúmeras neoplasias. No câncer colorretal, acredita-se que o aumento do número de linfonodos ressecados aumenta a acurácia prognóstica bem como a sobrevida. Entretanto há dois pontos de vista em relação à linfadenectomia na determinação da sobrevida. Alguns estudiosos acreditam que uma completa linfadenectomia apresenta efeito terapêutico benéfico, enquanto outros crêem apenas em estadiamento mais acurado. Existem evidências recentes que a proporção entre linfonodos ressecados e comprometidos é um importante fator prognóstico em neoplasias. Tal como demonstrado no câncer gástrico, esofágico, pulmonar e mais recentemente no pancreático. O objetivo deste estudo é determinar o valor prognóstico independente da proporção de linfonodos (relação entre linfonodos comprometidos e ressecados) em doentes com adenocarcinoma colorretal. Método: A proporção de linfonodos comprometidos foi determinada em 113 pacientes com câncer colorretal pela relação entre número total de linfonodos comprometidos e ressecados sendo subdivididos em três grupos: ILC-0: 0%, ILC-1: até 20%; ILC-2: >20%. Os doentes com menos de 12 linfonodos ressecados foram excluídos. A sobrevida foi determinada pelos testes de Kaplan-Meier, Log-rank e Modelo de Cox. As relações entre proporção de linfonodos comprometidos, número de linfonodos ressecados e número de linfonodos infiltrados pela neoplasia foram determinadas. Resultados: Houve diferença significativa na sobrevida de cinco anos em doentes classificados nos diferentes grupos de ILC ($p=0,009$). Doentes do grupo ILC-0 apresentaram sobrevida global em 5 anos maior que 80%, enquanto os doentes pertencentes aos grupos ILC-1 e ILC-2 apresentaram sobrevida global menor que 60% e 40%, respectivamente. Análise multivariada demonstrou que o ILC é fator prognóstico independente ($p=0,009$). Houve relação entre o número total de linfonodos comprometidos e o ILC ($p= 0,00001$, com $rs=0,977$). Conclusão: O índice de linfonodos comprometidos é variável independente preditora de sobrevida em doentes com câncer colorretal.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:20 – 11:30 hs

TL.06.17

QUANTIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE ESTRESSE OXIDATIVO NO TECIDO NORMAL E NEOPLÁSICO EM DOENTES COM CÂNCER COLORRETAL.

Martinez, CAR*; Priolli, DG; Miranda, DDC; Arçari, DP; Ribeiro, ML.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA

O estresse oxidativo ao DNA de células da mucosa cólica, decorrente de radicais livres de oxigênio presentes na luz intestinal, induz mutações de genes relacionados ao controle do ciclo celular, representando um dos fenômenos iniciais da carcinogênese colorretal. A quantificação do dano oxidativo ao DNA em portadores de câncer colorretal foi pouco estudada até o momento. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo foi mensurar os níveis de dano oxidativo ao DNA de células isoladas da mucosa cólica de doentes com câncer colorretal comparando tecidos normal e neoplásico e correlacionando-o a variáveis anatomopatológicas. **Método:** Estudou-se 32 enfermos (19 mulheres) com média de idade de $60,6 \pm 15,5$ anos, portadores de adenocarcinoma colorretal operados consecutivamente, entre 2005 e 2006. A avaliação do dano oxidativo ao DNA foi realizada pela da versão alcalina do ensaio cometa (eletroforese e gel de célula única) a partir de fragmentos de tecido cólico normal e neoplásico obtidos imediatamente após a extirpação do espécime cirúrgico. Avaliou-se a extensão das rupturas das hélices do DNA com método de intensificação de imagem, em 200 células escolhidas aleatoriamente (100 de cada amostra de tecido) com o programa Komet 5.5. A mensuração da cauda obtida de cada célula (*Tail Moment*) representava, quantitativamente, a extensão do dano oxidativo ao DNA. A análise estatística das variáveis consideradas foi realizada pelos testes t de Student, qui-quadrado e Kruskal-Wallis, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Verificou-se em todos os doentes que as células obtidas do tecido neoplásico apresentavam maior intensidade de dano oxidativo ao DNA do que as células oriundas do tecido normal. As células isoladas da mucosa cólica neoplásica apresentavam, em média, extensão de ruptura das hélices do DNA (T.M. = $2,532 \pm 0,945$) significativamente maior quando comparadas às células isoladas do tecido normal (T.M. = $1,056 \pm 0,460$) ($p=0,00001$; I.C.95%: -1,7705 -1.1808). Verificou-se que os doentes pertencentes aos estádios mais precoces da classificação de Dukes e TNM apresentavam maiores níveis de dano oxidativo do que os pertencentes a estádios mais avançados ($p=0,04$ e $p=0,001$ respectivamente). **Conclusões:** As células obtidas do tecido normal de portadores de câncer colorretal apresentam sinais de danos oxidativos ao DNA celular, embora significativamente menores que as células neoplásicas.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:30 – 11:40 hs

TL. 06.18

QUANTIFICAÇÃO TECIDUAL DA EXPRESSÃO DE MUCINAS NA MUCOSA DE SEGMENTOS CÓLICOS PROVIDOS E DESPROVIDOS DE TRÂNSITO INTESTINAL.

MARTINEZ, CAR; NONOSE, R; SPADARI, APP*; PEREIRA, JA; MARGARIDO, NF; PRIOLLI, DG. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA.

MODIFICAÇÕES NA SECREÇÃO DE MUÇO CONSTITUEM-SE NUM DOS ELEMENTOS CHAVE NO ESPECTRO HISTOLÓGICO DA COLITE DE EXCLUSÃO. ATÉ O MOMENTO A QUANTIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DE MUCINAS EM SEGMENTOS DESPROVIDOS DE TRÂNSITO INTESTINAL VEM SENDO REALIZADA DE FORMA SUBJETIVA SUJEITA A VIÉS DE INTERPRETAÇÃO. OBJETIVO: QUANTIFICAR, POR MORFOMETRIA COMPUTADORIZADA, A INTENSIDADE DE EXPRESSÃO DE MUCINAS NA MUCOSA CÓLICA PROVIDA E DESPROVIDA DE TRÂNSITO INTESTINAL E RELACIONANDO-A AO TEMPO DE EXCLUSÃO DE TRÂNSITO FECAL. MÉTODO. TRINTA RATOS WISTAR MACHOS FORAM SUBMETIDOS À DERIVAÇÃO DO TRÂNSITO NO CÓLON ESQUERDO POR COLOSTOMIA PROXIMAL E FÍSTULA MUCOSA DISTAL. OS ANIMAIS FORAM DIVIDIDOS EM TRÊS GRUPOS EXPERIMENTAIS DE 10 RATOS SEGUNDO O SACRIFÍCIO TER SIDO REALIZADO SEIS, 12 E 18 SEMANAS APÓS A CIRURGIA. A AVALIAÇÃO DA EXPRESSÃO DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS NA MUCOSA CÓLICA FOI REALIZADA COM AS TÉCNICAS HISTOQUÍMICAS DO P.A.S. E ALCIAN BLUE (AB), RESPECTIVAMENTE. A QUANTIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO FOI DETERMINADA EM QUATRO CRIPTAS CONTÍGUAS EM DOIS CAMPOS ALEATÓRIOS COM AUXÍLIO DE PROGRAMA DE ANÁLISE DE IMAGEM ASSISTIDA POR COMPUTADOR. ADOTOU-SE COMO VALOR FINAL A MÉDIA DAS LEITURAS DOS DOIS CAMPOS SELECIONADOS, NOS SEGMENTOS PROVIDOS E DESPROVIDOS DE TRÂNSITO FECAL. FORAM UTILIZADOS TESTES T DE STUDENT E ANÁLISE DE VARIÂNCIA ANOVA E AS DIFERENÇAS NA VARIÂNCIA ENTRE OS GRUPOS PELO TESTE DE NEWMANN-KEULS, ESTABELECEM-SE NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA DE 5% ($P < 0,05$). RESULTADOS: HOUVE REDUÇÃO NA QUANTIDADE DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS NO CÓLON DESPROVIDO DE TRÂNSITO INDEPENDENTE DO TEMPO DE EXCLUSÃO. OCORREU AUMENTO NA EXPRESSÃO DE MUCINAS NEUTRAS NO CÓLON PROVIDO DE TRÂNSITO INTESTINAL APÓS 12 E 18 SEMANAS DE EXCLUSÃO. OCORREU AUMENTO NA PRODUÇÃO DE MUCINAS ÁCIDAS NOS ANIMAIS SUBMETIDOS À EXCLUSÃO DE TRÂNSITO POR 18 SEMANAS DE EXCLUSÃO QUANDO COMPARADOS AOS ANIMAIS SUBMETIDOS À EXCLUSÃO POR SEIS E 12 SEMANAS. NO CÓLON DESPROVIDO DE TRÂNSITO OCORREU AUMENTO NA EXPRESSÃO DE MUCINAS NEUTRAS APÓS 12 E 18 SEMANAS DE EXCLUSÃO. CONCLUSÕES: A DERIVAÇÃO DO TRÂNSITO FECAL DIMINUI A EXPRESSÃO DE MUCINAS ÁCIDAS E NEUTRAS NOS SEGMENTOS DESPROVIDOS DE TRÂNSITO FECAL. NÃO OBSTANTE A REDUÇÃO DA EXPRESSÃO DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS NOS SEGMENTOS DESPROVIDOS DE TRÂNSITO FECAL EXISTE AUMENTO NA SUA EXPRESSÃO TECIDUAL COM O PROGREDIR DO TEMPO DE DERIVAÇÃO INTESTINAL.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:40 – 11:50 hs

TL.06.19

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA: O QUE O MÉDICO GENERALISTA DIZ PARA O ESPECIALISTA

Manziona, T.S.; Formiga, F.B.*; Cruz, S.H.A.; Ortiz, J.A.; Capelhuchnik, P.; Klug, W.A.

DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP)

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) é estratificado em níveis de atendimento, do primário ao quaternário. O primário é a porta de entrada do SUS e é nele que se insere o médico generalista.

Objetivos: Análise crítica dos diagnósticos coloproctológicos referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Material e Métodos: Avaliação prospectiva dos encaminhamentos das UBS para serviço especializado de coloproctologia de Hospital Secundário (Hospital São Luiz Gonzaga – São Paulo) no período de outubro 2007 a junho 2008. A ficha de referência e contra-referência foi analisada e o diagnóstico do generalista confrontado com o do especialista, após exame proctológico.

Resultados: Avaliamos 76 pacientes sendo 55,3% do sexo feminino. A média de idade foi 47,5 anos. O tempo entre a consulta na UBS e no especialista variou de três a 540 dias (em média 64 dias). Dos diagnósticos feitos pelo generalista, 28 casos (36,8%) foram confirmados pelo especialista. Doença hemorroidária foi o diagnóstico mais freqüente da UBS (44,7%), seguido de encaminhamentos em branco e termos inapropriados. A maior discordância entre o diagnóstico do especialista e do generalista foi fissura anal: oito casos de fissura foram considerados hemorróida. A doença hemorroidária também foi o diagnóstico mais prevalente para o especialista (28,9%), seguido de fissura anal (19,7%), plicoma anal (10,5%) e fístula anorretal (6,5%). Vinte casos (26,3%) foram operados e dois foram encaminhados para Hospital Terciário. Houve 42 pacientes (55,3%) com uma única consulta (10 altas e 32 não retornaram). Verificamos que 52% dos pacientes tinham doenças que necessitavam do especialista para seguimento, os demais, devido à baixa complexidade do diagnóstico, poderiam ser acompanhados pelo generalista.

Conclusão: Os diagnósticos coloproctológicos realizados na UBS não coincidem, em sua maioria, com os diagnósticos do especialista. Para o Hospital Secundário atingir sua finalidade de acompanhar doenças de média complexidade, o grau de resolutividade da UBS deve aumentar.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:50 – 12:00 hs

TL.06.20

RELAÇÃO ENTRE DEGRANULAÇÃO MASTOCITÁRIA E FATORES PROGNÓSTICOS NO ADENOCARCINOMA COLORRETAL.

Priolli, D.G; Alfredo C.H*; Spadari, A.P.P; Máximo, F.R; do Carmo, C.V; Cardinali I.A; Martinez C.A.R.

Programa de Iniciação Científica da Universidade São Francisco, Bragança Paulista.

Resumo

O câncer é uma doença caracterizada pela capacidade de metastatização. A capacidade de invasão tecidual pode ser facilitada pelo processo inflamatório e neovascularização tecidual, induzidos por substâncias produzidas e liberadas por macrófagos, mastócitos e eosinófilos. No desenvolvimento tumoral, a degranulação mastocitária poderia estimular a resposta angiogênica e metastatização relacionando-se, portanto, ao prognóstico da doença. Já foi demonstrado que a presença de células inflamatórias na transição entre o tecido normal e neoplásico estaria relacionada ao prognóstico da doença, independente de estágio, fibrose, gênero ou tratamento prévio. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi quantificar o número de mastócitos degranulados, correlacionando-o a fatores prognósticos no adenocarcinoma colorretal. **Método:** Contagem do número de mastócitos degranulados peri-tumoral em três campos distintos de 30 lâminas coradas com Azul de Toluidina de pacientes com adenocarcinoma colorretal. O mastócito foi considerado degranulado quando possível detectar a ruptura de parede celular. Considerou-se a média das três medidas como número final de mastócitos degranulados. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos, com número de linfonodos ressecados menor que 12, e aqueles submetidos à neoadjuvância. Análise estatística com testes de Spearman, Kaplan Méier, Long Rank, qui-quadrado com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** O processo inflamatório intenso apresenta-se relacionado à degranulação dos mastócitos em 50% dos tumores analisados ($p = 0,0001$). Verificou-se maior degranulação mastocitária em adenocarcinoma mucinoso quando comparado ao usual ($p = 0,002$). Existe uma maior tendência de degranulação mastocitária nos tumores moderadamente diferenciados, observando-se ausência de mastócitos no tecido peri-tumoral nos pouco diferenciados ($p = 0,004$). A relação entre sobrevida e presença de mastócitos degranulados demonstra menor sobrevida em pacientes com ausência de células inflamatórias peri-tumorais e naqueles com maior degranulação ($p = 0,0001$). **Conclusão:** A ausência de mastócitos degranulados peri-tumorais apresenta relação com tumores pouco diferenciados e está relacionada a menor sobrevida do doente. Grande número de mastócitos peri-tumorais degranulados relaciona-se com processo inflamatório peri-tumoral intenso, com adenocarcinoma mucinoso e com menor sobrevida.

Palavras chaves: Mastócitos, Prognóstico, Câncer colorretal.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 12:00 – 12:10 hs

TL.06.21

RESULTADOS IMEDIATOS DO TRATAMENTO TÓPICO DOS CONDILOMAS ACUMINADOS ANAIS COMPARANDO DOENTES POSITIVOS E NEGATIVOS PARA O HIV.

NADAL, S.R.; HORTA, S.H.C.; MANZIONE, C.R.; SEID, V.E.; MANZIONE, T.S.; FORMIGA, F.B.; MAGRI, K.; SAITO, H.C.G.; FANG, C.B.; CAPELHUCHNIK, P.; KLUG, W.A..

Instituto de Infectologia Emílio Ribas e Disciplina de Coloproctologia da FCM da Santa Casa de São Paulo.

OBJETIVO: conhecer se os condilomas acuminados anais apresentam respostas diferentes ao tratamento tópico conforme a presença ou não da infecção pelo HIV.

MÉTODO: Atendemos 102 doentes HIV-positivo e 34 HIV-negativos com condilomas acuminados perianais. Entre os soropositivos eram 94 homens (92%) com média etária de 33 anos. E entre os soronegativos eram 19 homens (56%) com 30 anos, em média. O tratamento consistiu de aplicações semanais de podofilina a 25%, em vaselina sólida, nas lesões da margem anal, e de ácido tricloroacético a 95% (ATA) nas localizadas acima da linha pectínea. Avaliamos os doentes após a quarta aplicação, segundo o local da instalação dos condilomas e a eficácia do tratamento, comparando o local e a positividade para o HIV. Fizemos avaliação estatística com limite de 5%.

RESULTADOS: A análise estatística mostrou mais mulheres entre os soronegativos ($p = 0,0001$). Os condilomas acometiam tanto a margem como o canal anal acima da linha pectínea em 50%, apenas na margem anal em 36% e exclusivamente no canal anal em 14%, respectivamente, nos HIV-positivos em 50, 36% e 14% e nos soronegativos, em 26%, 62% e 12%, revelando menos lesões no canal anal ($p = 0,021$). As verrugas regressaram totalmente em 56% no grupo HIV-negativo e em 43% do grupo HIV-positivo, dados sem diferença estatística ($p = 0,208$). O tratamento foi inútil em 12% dos soronegativos e em 9% dos soropositivos. Dados sem diferença estatística ($p = 0,057$).

CONCLUSÃO: Baseados em nossos resultados concluímos que o tratamento tópico dos condilomas acuminados perianais apresentou resposta semelhante nos portadores de HIV-positivo e nos soronegativos.

Sala 03 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 12:10 – 12:20 hs

TL.06.22

VÍDEO CIRURGIA COLORRETAL, CASUÍSTICA INICIAL de 29 CASOS.

Furtado, M.; Furtado, R.; Gamito, M.E.; Queiroz, C.; Gonçalves, A.C. *

CENTRO MÉDICO PITANGUEIRAS – JUNDIAÍ – SP

Introdução: A vídeo cirurgia para tratamento de doenças do cólon vem sendo amplamente difundida e aceita entre os profissionais laparoscopistas, uma vez que reproduz a cirurgia convencional e, por vezes, mostra-se superior, principalmente nas vantagens pós-operatórias iniciais inerentes a este método.

Objetivo: Apresentar a casuística inicial do serviço em cirurgias coloproctológicas laparoscópicas, tanto no tratamento de doenças benignas como no câncer colônico.

Material e métodos: Iniciamos a cirurgia laparoscópica em nosso Hospital em 1992 com a colecistectomia seguida da correção do refluxo gastro-esofágico e, posteriormente, no tratamento da hérnia inguinal e obesidade mórbida. Há quatro anos introduzimos no serviço a vídeo-cirurgia colorretal. Neste período (março de 2004 a setembro de 2008) 29 pacientes foram submetidos à este método. Foram 4 amputações abdominoperineais de reto, 8 colectomias esquerdas, 6 colectomias direitas, 6 colectomias totais, 2 reconstrução de trânsito pós Hartmann e 3 colostomias.

Resultados:

Dez pacientes eram portadores de doença benigna (34,5%) e os 19 restantes (65,5%) portadores de neoplasia do cólon e reto.

A idade variou entre 33 e 78 anos. Foram 16 pacientes do sexo feminino e 13 do masculino. O tempo operatório foi em média de 182,5 min e a alta hospitalar não excedeu 5 dias, nesta série. Não houve óbito.

Conclusão: A vídeo cirurgia nas doenças do cólon merece especial atenção, pois traz grandes benefícios aos pacientes, sobretudo no pós-operatório imediato. Trata-se de modalidade avançada vídeo cirúrgica requerendo treinamento específico.

Sala 05 – CIRURGIA DE OBESIDADE

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:00 – 08:10 hs

TL 03.01

CIRURGIA BARIÁTRICA: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO PÚBLICO TERCIÁRIO DE SÃO PAULO (2001-2007)

Rocha, L. L.*; Margon M. M.; Araújo, F. R.; Pinho, D. B. M.; Nogueira, J. C. G.; Lessa, B. S.

HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO – SP.

Introdução: A obesidade mórbida é um problema de saúde pública de crescimento alarmante no mundo ocidental. No Brasil, estima-se que 10 milhões são obesos mórbidos, um crescimento de 255% nas últimas três décadas. A cirurgia bariátrica é considerada o método de eleição no tratamento desta morbidade.

Objetivo: Realizar uma análise descritiva da casuística de um hospital público terciário de São Paulo entre 2001 e 2007.

Material e Métodos: Os dados foram obtidos de prontuários, onde incluíram-se todos os pacientes operados no serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Heliópolis entre 2001 e 2007. Foram coletados dados antropométricos, sexo, idade, co-morbidades, perda de peso, técnica cirúrgica, complicações pós-operatórias precoces e tardias e evolução de hipertensão arterial (HAS) e diabetes melitus (DM) acompanhados por dois anos.

Resultados: Foram operados no período um total de 245 pacientes. Noventa por cento eram mulheres. A idade média foi de $38 \pm 10,7$ (16 – 69) anos, com IMC médio de $47,93 \pm 7,2$ (36 – 84) kg/m^2 . A técnica mais empregada foi a de Fobi-Capella (98,37%). Hipertensão arterial e diabetes foram observados em 52,65% e 15,92%, respectivamente. As complicações pós-operatórias precoce e tardia mais freqüentes foram seroma e alopecia, respectivamente. Foi observada uma perda de peso média de 34,7 kg, 46,27 kg, 49,02 kg após seis meses, um ano e dois anos de cirurgia, respectivamente ($p < 0,0001$, teste T de Student). Em 20% e 3,7% dos pacientes estudados foram suspensas medicações para HAS e DM, respectivamente.

Conclusões: A maioria dos pacientes operados foram mulheres jovens pela técnica de Fobi-Capella. As principais co-morbidades encontradas foram HAS e DM. Houve uma perda de peso com significância estatística a partir de 6 meses após a cirurgia que foi mantida até dois anos de acompanhamento. Alguns pacientes tiveram suas medicações suspensas por melhora importante dos níveis pressóricos e glicêmicos.

Sala 05 – CIRURGIA DE OBESIDADE

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:10 – 08:20 hs

TL 03.02

GESTAÇÃO E PUERPÉRIO APÓS CIRURGIA DE FOBI-CAPELLA – ANÁLISE DE 14 CASOS

Araujo, F.R.; Pinho, D.B.M.; Rocha, L.L.; Margon M.M.

HOSPITAL HELIÓPOLIS – SÃO PAULO – SP

INTRODUÇÃO: A ocorrência de gestação em pós-operatório de cirurgia bariátrica é tema pouco estudado na literatura, gerando incerteza sobre sua segurança, principalmente quando ocorre no 1º ano após a cirurgia. **OBJETIVOS:** Avaliar a ocorrência de gestações após cirurgia de Fobi-Capella, com ênfase em complicações materno-fetais e a interferência da gravidez no resultado a longo prazo da cirurgia. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo de 247 pacientes submetidas à cirurgia de Fobi-Capella entre 2002 e 2006 avaliando 14 gestações em 12 pacientes. Os critérios avaliados foram história obstétrica prévia, complicações obstétricas e fetais, peso e IMC prévio a cirurgia, perda ponderal pós-cirúrgica, ganho de peso durante a gestação e perda ponderal após um ano de puerpério. Os resultados foram obtidos através de análise retrospectiva de prontuários, dados em cartão de pré-natal e entrevista com as pacientes. **RESULTADOS:** A taxa geral de fecundidade neste grupo de pacientes foi de 58 nascimentos por mil mulheres em idade fértil, a idade média foi de 31 anos, variando entre 25 e 38 anos. O intervalo entre a cirurgia e a gestação variou entre 10 e 49 meses, sendo apenas um caso de gravidez durante o primeiro ano pós-operatório. O ganho ponderal médio durante a gestação foi de 11,3Kg, variando entre 4 e 23Kg. Um ano após o término da gestação duas pacientes apresentaram ganho adicional de peso (2 e 7Kg). Entre as demais houve redução média de 8,7Kg. Quanto às complicações obstétricas destacou-se a ocorrência de anemia em 28% (4/14) das gestações, sendo necessário hemo-transfusão em uma paciente no puerpério precoce. A ocorrência de diabetes mellitus gestacional foi de 14% (2/14), sendo que apenas uma das pacientes necessitou uso de insulina. A via de parto escolhida foi cesariana em 81% dos casos. Houve apenas um caso de parto pré-termo (35 semanas de gestação), sem complicações. A maioria das pacientes (91%) iniciou a amamentação, porém apenas 54% delas manteve aleitamento por mais de 6 meses. **CONCLUSÕES:** Apesar de todas as pacientes do estudo realizarem acompanhamento nutricional pós-operatório com uso de suplementos, encontramos elevada taxa de anemia durante a gestação, reflexo das maiores necessidades nutricionais neste período. Dentre as outras complicações encontradas não foi possível análise devido ao pequeno número da amostra. Apesar de estudos publicados até este ano não provarem associação de prejuízos para as gestantes ou filhos gerados após a cirurgia de Capella de uma forma geral, nem com as taxas de perda de peso ou déficits nutricionais específicos, esperados no pós-operatório, neste estudo observamos que o ganho de peso no período gestacional não foi revertido na maioria das pacientes.

Sala 05 – NEOPLASIAS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:20 – 08:30 hs

TL.10.01

CÂNCER DE COTO GÁSTRICO EM PACIENTES SUBMETIDOS Á GÁSTRECTOMIA POR NEOPLASIA GÁSTRICA

Vicentine, F.P.P.*; Caramel, J.M.; Monaco, M.; Apodaca, F.R.; Kim, S.B.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO - SPDM (UNIFESP) – MOGI DAS CRUZES – SÃO PAULO

Introdução: A patogênese do câncer gástrico é exaustivamente estudada e a associação de fatores de risco como tipo sanguíneo, etnia, hábitos alimentares (como a ingestão de nitritos e nitratos) e a presença de infecção por *H. pylori*, entre outros se revelaram significativamente importantes no desenvolvimento destes tumores. Da mesma forma, em estudos experimentais, a indução do câncer de coto gástrico é determinado pelo refluxo êntero-gástrico quando realizada gastrectomia parcial á BII, e conseqüentemente elevação do pH gástrico e aumento da proliferação bacteriana com então aumento da produção de compostos nitrogenados, que em última análise, podem causar metaplasia, displasia e câncer do coto gástrico. Objetivo: O objetivo deste trabalho é analisar e determinar a freqüência do câncer de coto gástrico em paciente submetidos á gastrectomia por neoplasia gástrica em nosso serviço. Material e Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva a partir dos prontuários dos pacientes submetidos á gastrectomia por neoplasia gástrica no período de 2005 à 2008 no Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo. Resultado: Foram analisados 91 pacientes submetidos á gastrectomia por neoplasia gástrica em nosso serviço durante este período, sendo 78% (71 pacientes) do sexo masculino e 22% (20 pacientes) do sexo feminino. A idade destes pacientes variou entre 23 anos e 87 anos (com média de 59 anos). As cirurgias realizadas foram gastrectomias totais, parciais e degastrectomia. Conclusão: Após análise desta casuística observou-se que todos os pacientes submetidos á degastrectomia por câncer de coto gástrico foram submetidos á gastrectomia subtotal com reconstrução á Billroth II prévia.

Sala 05 – NEOPLASIAS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:30 – 08:40 hs

TL.10.02

PARAGANGLIOMA INTERCAVOAÓRTICO GIGANTE – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Versiani-Filho, T..; Sia, O. N*.; Galvão, A. O.; Andrade, E. S.; Duarte, P. H.;

HOSPITAL JULIA KUBITSCHEK – FHEMIG – BELO HORIZONTE MG

Introdução:.

Paragangliomas são tumores Cromafins originado a partir de células da crista neural. Eles podem ser observadas a partir da base do crânio, ao longo de toda cadeia simpática ganglionar. Os tumores de localização retroperitoneal são raros e constituem um desafio para o cirurgião, tanto o diagnóstico quanto o tratamento .

Estes tumores podem secretar catecolaminas causando uma variedade de sintomas clínicos, que muitas vezes confundem o diagnóstico. A maioria dos paragangliomas abdominais são benignos, e o tratamento definitivo é a excisão total do tumor com margens livres.

Objetivo: Relatar um caso de paraganglioma intercavaoártico tratado com sucesso na nossa instituição.

Relato de caso: Paciente masculino, 48 anos, com queixa de desconforto abdominal há cerca de 01 ano, cuja propedêutica com tomografia computadorizada revelou tratar-se de um tumor retroperitoneal de cerca de 08 cm de diâmetro. Como co-morbidade o paciente apresentava hipertensão arterial de longa data, controlada com medicação anti-hipertensiva.

O paciente foi submetido à laparotomia e realizado a exérese de um tumor intercavaoártico ao nível da emergência da artéria renal esquerda.

O anatomopatológico evidenciou paraganglioma com ausência de invasão capsular ou vascular (margens livres). O paciente apresentou evolução satisfatória , recebendo alta hospitalar no 4ºDPO.

Conclusão: Os paragangliomas retroperitoneais embora raros, devem fazer parte do diagnóstico diferencial dos tumores retroperitoneais, especialmente com os feocromocitomas porque não há nenhuma diferença clínica, bioquímica ou histopatológica que os diferenciem no pré-operatório, portanto, devem ser tratados como a mesma entidade clínica.

Sala 05 – NEOPLASIAS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:40 – 08:50 hs

TL.10.03

PANORÂMICA DO CÂNCER COLORRETAL E METÁSTASES HEPÁTICAS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

Aquino, C. ; Leite, A.*; Barros, P. ; Szutan, L.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

O câncer colorretal é o terceiro câncer mais prevalentes entre os tumores malignos, havendo aproximadamente um milhão de novos casos diagnosticados por ano no mundo e cerca de meio milhão de mortes. A doença metastática é a principal causa de morte entre esses doentes, sendo o fígado o órgão mais acometido. Este trabalho tem como objetivo descrever a população portadora de câncer colorretal atendida na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em relação ao seu perfil demográfico, localização do tumor, método diagnóstico, tratamento, presença ou evolução com metástases e seu tratamento e tempo de sobrevivência dos doentes. Também teve como objetivo procurar uma relação entre o valor do antígeno carcinoembrionário (CEA) e a presença de metástase. Para isso, foram analisados 346 prontuários de doentes com câncer colorretal em acompanhamento na ISCMSP diagnosticados entre 2002 e 2005. Os resultados obtidos foram: 53% dos pacientes eram do sexo masculino, 45% acima de 65 anos; dos diagnósticos 46% foram feitos por colonoscopia seguido por cirurgia (19,5%), exames de imagem (17,5%) e retossigmoidoscopia (17%). O local mais acometido pelo tumor foi o reto (47,5%) seguido pelo colon direito, esquerdo e transversal (37,8%) e pelo sigmóide (14,7%). A metástase hepática ocorreu em 20% dos doentes e carcinomatose em 21%. Foi observada uma média maior de CEA (13,1mg/ml) em pacientes que apresentavam metástase do que nos que não apresentavam (3,7mg/ml) O óbito ocorreu em 33% dos casos em 5 anos. Estes resultados estão de acordo com os resultados encontrados na literatura.

Palavras-chave: neoplasias colorretais, metástase neoplásica, neoplasias hepáticas

Sala 05 – NEOPLASIAS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:50 – 09:00 hs

TL.10.04

TUMORES GASTRINTESTINAIS DERIVADOS DO ESTROMA – RELATO DE CASO

Pinto, E.G.; Costa, B.X.M.; Gomes, L.R.*.

HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK, REDE FHEMIG, BELO HORIZONTE-MG.

Introdução:

Os tumores estromais gastrintestinais (GIST) são raros, correspondendo a menos de 1% das neoplasias digestivas. Entretanto, compreendem o tipo mais comum de câncer não-epitelial do trato digestivo. A idade média do diagnóstico é aos 60 anos, com acometimento predominante do estômago e intestino delgado. Os sintomas principais são dor abdominal e hemorragia digestiva. O diagnóstico é confirmado através do estudo histológico e imunohistoquímico, com pesquisa do CD-117. O tratamento é preferencialmente cirúrgico. A introdução do imatinib trouxe grande avanço na abordagem dos casos avançados. Os autores apresentam um caso de GIST descoberto após episódio de hemorragia digestiva, com tratamento cirúrgico efetivo.

Relato do Caso:

C.M.S., masculino, 16 anos, feoderma, internado com melena há três dias e repercussão hemodinâmica. Feita ressuscitação volêmica, sendo encaminhado para endoscopia que evidenciou, na pequena curvatura gástrica, em corpo alto, lesão arredondada, medindo cerca de 3cm, coberta por músculo liso e elástico, mas que no ápice apresentava sangramento ativo. Feita hemostasia. Realizado outros exames de imagem, TC abdome e US endoscópico, que confirmaram presença de lesão endogástrica, porém sem sinais de linfadenomegalia ou acometimento de outros órgãos. Submetido a laparotomia, com realização de gastrectomia total, enterectomia segmentar por lesão nodular a 60 cm do Treitz, exérese de duas lesões aparentemente diverticulares no delgado e reconstrução em Y de Roux. Evoluiu favoravelmente, liberada nutrição enteral no 2º DPO e dieta oral no 4º DPO, recebendo alta hospitalar.

Estudo histológico das peças afirmando que os achados são sugestivos de GIST. Análise imunohistoquímica concluiu que se trata de tumores estromais gastrintestinais, com expressão dos marcadores CD117 (c-kit) e CD34.

Discussão e Conclusões:

Os tumores gastrintestinais derivados do estroma são uma entidade patológica nova e crescente. Representam um desafio devido à dificuldade diagnóstica, requerendo cooperação entre diversas especialidades médicas.

Podem ser assintomáticos em até 30% dos pacientes. A avaliação diagnóstica é baseada em métodos de imagem, com papel especial para a endoscopia. Entretanto, o estudo histológico e imunohistoquímico é fundamental.

A ressecção cirúrgica é o tratamento mais efetivo, com taxas de sobrevida em 5 anos de 28 a 65%. A radioquimioterapia não é opção satisfatória. Tem se utilizado o imatinib, um inibidor da enzima tirosinoquinase, principalmente nos casos avançados, inoperáveis ou metastáticos.

A agressividade da doença está relacionada ao tamanho e profundidade do tumor, ao número de mitoses por campo e à presença de metástases ao diagnóstico.

Assim, trata-se de doença conhecida, porém de enorme interesse para o cirurgião geral, pois a constante atualização do conhecimento permite estabelecer melhores estratégias diagnósticas e terapêuticas.

Sala 05 – PÂNCREAS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:00 – 09:10 hs

TL.12.01

CIRURGIA DE RESGATE PARA ADENOCARCINOMA DE CABEÇA DE PÂNCREAS

Constantino, M.G.*; Rubio, E.C.; Marques, T.G.; Yamamura, K.; Apodaca, F.R.; Kim, S.B.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO –
SPDM (UNIFESP) - MOGI DAS CRUZES – SÃO PAULO

INTRODUÇÃO: A intervenção cirúrgica radical, com duodeno ou gastroduodenopancreatectomia, é a única modalidade de cura para pacientes com adenocarcinoma de cabeça de pâncreas, sendo que a adjuvância ainda gera controvérsias. O tratamento neoadjuvante teria o potencial de induzir regressão em tumores localmente avançados e transformar lesões irrissecáveis em ressecáveis. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é relatar um caso de um paciente com adenocarcinoma de pâncreas localmente avançado, submetido à neoadjuvância com quimio e radioterapia e cirurgia de resgate. **MATERIAL E MÉTODO:** Paciente do sexo masculino, 27 anos, branco, solteiro, católico, natural de Vertentes e procedente de Mogi das Cruzes, apresentou-se com história síndrome colestática de início há 15 dias, com evidências radiológicas de dilatação intra e extra-hepática das vias biliares e imagem sugestiva de processo expansivo periampular, com CA19.9 de 1.061U/ml. Foi submetido à hepaticojejuno anastomose em Y de Roux por lesão irrissecável em topografia de cabeça de pâncreas, sendo encaminhado para tratamento com quimio e radioterapia. Após 10 meses de seguimento ambulatorial, foi indicada duodenopancreatectomia de resgate por regressão da lesão. O anátomo-patológico da peça revelou adenocarcinoma invasivo moderadamente diferenciado, com infiltração perineural, vascular e linfática e o paciente foi encaminhado para tratamento adjuvante com gencitabine. **RESULTADOS:** O paciente evoluiu com síndrome de mau esvaziamento gástrico quatro meses após cirurgia de resgate, foi submetido à laparotomia exploradora, que evidenciou carcinomatose peritoneal. **CONCLUSÃO:** O tratamento cirúrgico no adenocarcinoma de cabeça de pâncreas é consenso, mas há controvérsias ainda em relação à adjuvância para estes pacientes, uma vez que estudos não têm comprovado melhora na sobrevida.

Sala 05 – PÂNCREAS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:10 – 09:20 hs

TL.12.02

RESSECÇÕES PANCREÁTICAS: ANÁLISE DE 28 PACIENTES

Sarmiento, CMM*; Cavalcante Júnior, JC; Fontan, AJF; Batista Neto, J; Silva, LMTP; Souza, AAC; Silva, KSMA

Introdução: As ressecções pancreáticas são cirurgias complexas e estão associadas a morbi-mortalidade considerável. Têm sido realizadas com mais frequência, principalmente devido ao avanço no diagnóstico por imagem, assim como melhor manejo cirúrgico per e pós-operatório.

Objetivo: Apresentar os resultados Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL) em 28 ressecções pancreáticas realizadas para neoplasia.

Método: Foram analisados retrospectivamente 28 pacientes submetidos à ressecção pancreática no HUPAA, no período de Agosto de 2000 à maio de 2007.

Resultados: Vinte e oito pacientes foram tratados cirurgicamente, sendo 20 (71,4%) do sexo feminino. Na maioria dos casos (21 pacientes), realizou-se a gastroduodenopancreatectomia (Whipple), em 6 pancreatectomia corpo-caudal e em 1 caso pancreatectomia parcial. As indicações cirúrgicas foram: câncer periampular (7 casos-25 %), tumor de Frantz (6 casos-21,4 %), câncer de papila (5 casos-17,9%), cistoadenoma (4 casos-14,3%), tumor neuroendócrino (3 pacientes-10,7 : 2 carcinóide e 1 glucagonoma) e câncer de pâncreas (3 casos-10,7 %). As complicações pós-operatórias observadas foram: Cirúrgicas-fístula pancreática (n:5), fístula biliar (n:1) e abscesso intra-addominal (n:1) e clínicas: sepse abdominal (n:2), hemorragia digestiva alta (n:2), pancreatite (n:1), pneumonia (n:1) e CIVD (n:1). Cinco pacientes evoluíram a óbito no pós-operatório (17,8%).

Conclusão: As ressecções pancreáticas têm sido realizadas em nosso serviço com índices de morbi-mortalidade peri-operatória compatível com serviços de casuística semelhante. A fístula pancreática ainda constitui o fator mais importante na morbi- mortalidade pós-operatória.

Sala 05 – PÂNCREAS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:20 – 09:30 hs

TL.12.03

TUMOR SINCRÔNICO DE PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR E AMPOLA DE VATER

Marques, T.G.*; Bot, L.H.B.; Pasquoto, M.L.; Patrício, G.S.; Apodaca, F.R.; Kim, S.B.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO –
SPDM (UNIFESP) - MOGI DAS CRUZES – SÃO PAULO

INTRODUÇÃO: A grande maioria dos tumores periampulares corresponde à neoplasia de cabeça de pâncreas, seguidos pela neoplasia de papila duodenal, de via biliar distal e segunda porção duodenal, sendo os tumores sincrônicos de vias biliares extra-hepáticas e de pâncreas mais raros ainda (apenas 32 casos relatados na literatura). Nesses tumores, o principal tipo histológico é o adenocarcinoma (90% dos casos). O tratamento é a ressecção cirúrgica do tumor, que se torna pouco factível devido à infiltração neoplásica local ou metástases à distância presentes ao diagnóstico. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é relatar um caso de um paciente com tumores sincrônicos de vesícula biliar, pâncreas e ampola de Vater submetido a tratamento cirúrgico. **MATERIAL E MÉTODO:** Paciente do sexo masculino, 71 anos, negro, viúvo, católico, natural e procedente de Mogi das Cruzes, apresentou-se com história de icterícia progressiva há quatro meses, associada a colúria e acolia e emagrecimento de 8kg no período. Ao exame, apresentava-se icterico, afebril, sem massas palpáveis ou visceromegalias. Os exames laboratoriais confirmavam colestase. Observou-se à ultra-sonografia dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, com vesícula biliar de paredes espessadas, contornos irregulares, limites mal definidos, com imagem fixa à parede, de natureza vegetante, de 32x7mm, sem cálculos no seu interior. A tomografia computadorizada de abdome revelou a presença de massa de densidade de partes moles em região periampular. A endoscopia digestiva alta não evidenciava alterações na segunda porção duodenal. O paciente foi submetido à duodenopancreatectomia, com preservação do piloro em alça única, e o anátomo-patológico da peça revelou neoplasia intra-epitelial pancreática, adenocarcinoma de vesícula biliar, de padrão papilífero bem diferenciado e adenoma de papila duodenal de padrão túbulo-papilar. **RESULTADOS:** O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com regressão do quadro colestatóico e está em acompanhamento ambulatorial no momento. **CONCLUSÃO:** Neoplasias múltiplas da árvore biliopancreática são raras, tendo importância cada caso diagnosticado para estabelecimento de abordagem diagnóstico-terapêutica adequadas.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:30 – 09:40 hs

TL.11.01

ALCOOLEMIA EM VÍTIMAS FATAIS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO ALTO VALE DO

ITAJAÍ, SANTA CATARINA, BRASIL

Furlani,L*.; Saucedo,O.; Becker,I.; Fey, A.; Batten, A.C. Marques, A.; Teixeira, J.V.; Teixeira J. C.;

HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE, RIO DO SUL-SC

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar dados referentes à alcoolemia encontrada em pacientes vítimas fatais de acidente de trânsito encaminhados ao IML de Rio do Sul entre os anos de 2004 e 2006. Foram analisados 248 prontuários de pacientes submetidos ao teste de alcoolemia onde 94 pacientes (38%) apresentavam alcoolemia positiva no sangue. Destes 93,6% eram do sexo masculino. Analisando a faixa etária viu-se que 82% estavam entre 17-49 anos. Os dias da semana com maior ocorrência foram sábado e domingo (59%). Ocorreram 65% dos casos entre 18 horas e 2 horas da manhã. Em relação ao mês do ano houve uma distribuição homogênea com discreta predominância nos meses de abril com 12 e dezembro com 13 casos. A BR 470 foi o local em que mais casos ocorreram com 31 óbitos. Os dados encontrados foram condizentes com a literatura.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:40 – 09:50 hs

TL.11.02

**ANÁLISE BIOQUÍMICA E BACTERIOLÓGICA DA SECREÇÃO DO DRENO DE PACIENTES
SUBMETIDOS A HERNIOPLASTIA INCISIONAL**

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:50 – 10:00 hs

TL.11.03

**AUGUSTO BRANDÃO FILHO (1881-1957): PRÍNCIPE DOS CIRURGIÕES
BRASILEIROS E PRIMEIRO PRESIDENTE DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÃO**

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 10:00 – 10:10 hs

TL.11.04

COMO FAZIA CIRURGIAS E COMO FAÇO AGORA

Martinez, Merry *

HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS DE MARÍLIA-SP

Antigamente fazíamos medicina por medicina. Com a confiança dos familiares dos pacientes, enfrentávamos todos os tipos de patologias, muito na base do raciocínio e a “Clínica” era soberana. Hoje, somos fiscalizados por “Instituições” criadas com advogados especializados em abrir processos contra médicos, e ainda temos aqueles colegas que ajudam a abrir processos.

Antes éramos chegados a Deus, agora, vivemos como receio de processos que dão lucros a advogados e muitas indenizações, por sinal absurdas, para parentes de pacientes, que servem até para modificar o futuro econômico de sua família por toda a vida.

Atualmente trabalhamos pensando na justiça civil, criminal e até nos CRM(s), por causa de alguns médicos, que com seus diplomas saídos de “fábricas de médicos” e não de “Faculdades de Medicina”, que nem sabem suturar uma ferida cortante da pele, mas sempre prontos a costurar outros tipos de cirurgias, para aparecerem.

Do outro lado, estamos nós, que atrapalhamos os “colegas especialistas em pacientes semi-particulares do SUS”. Somos constantemente vigiados para sermos agredidos, não só na profissão, mas também em nossos princípios morais.

Finalmente, fica a pergunta: Onde vamos parar?

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 10:50 – 11:00 hs

TL.11.05

DESEMPENHO DIFERENTE NA ANÁLISE DA CURVA DE APRENDIZAGEM NA MANIPULAÇÃO DE PINÇA DE VIDEOLAPAROSCOPIA ENTRE ALUNO DE MEDICINA E R-1 DE CIRURGIA.

Soares, L.A.; Santos R.N.; Poli de Figueiredo. L.F.

LIM-26 da Disciplina de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da FMUSP

Introdução: Na aprendizagem da videocirurgia o domínio psicomotor é o mais importante. Todavia, os domínios do conhecimento e do comportamento frente a um novo desafio técnico deveriam ter peso semelhante ao domínio psicomotor. Sabe-se que o platô da curva de aprendizagem do cirurgião experiente é alcançado mais rapidamente que do cirurgião menos experiente.

Objetivo: Avaliar a curva de aprendizagem dos alunos de medicina e dos R-1 de cirurgia na manipulação de pinça laparoscópica em tarefas pré-estabelecidas. **Material e Método:** 13 alunos do 2º. ao 4º. ano da FMUSP e 13 R-1 de cirurgia do HC da FMUSP em 2008, sem experiência técnica com instrumental de videolaparoscopia, realizaram 2 tarefas no simulador manequim de videocirurgia no LIM-26: 1- Tarefa Simples - deslocar agulha para uma posição determinada e 2-Tarefa Complexa - pendurar clip de papel no aro metálico. Cada tarefa foi repetida 3 vezes e os tempos de execução, em segundos, foram tabulados e representados em gráfico para os 2 grupos. Análise estatística dos resultados obtidos com t de Student e Wilcoxon considerava significativa $p < 0,05$ (*).

Resultados: Avaliação dos resultado das 3 execuções da Tarefa Simples nos grupos Aluno e R-1 não mostrou diferença significativa. Média de tempo dos alunos em segundos; 17,1 - 13,0 - 11,9. e a média de tempo dos R-1: 20,5 - 12,4 - 10,1. A avaliação dos tempos de execução das 3 Tarefas Complexas mostrou que o tempo médio na segunda tentativa de execução dos R-1 foi menor que a média dos tempos dos alunos. Alunos: 67,4 - 57,9* - 33,2. e R-1: 65,8 - 29,8* - 28,8. Esta diferença é estatisticamente significativa.

Conclusão. O melhor desempenho dos residentes na execução de tarefa mais elaborada deve-se provavelmente ao comportamento da maior maturidade escolar. O melhor conhecimento dos fatores que influenciam as curvas de aprendizagem em técnica cirúrgica – habilidade conhecimento e comportamento – dos diferentes grupos de aprendizes deverá impactar, de maneira positiva, a elaboração de novos cursos de videocirurgia.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:00 – 11:10 hs

TL.11.06

EMBALSAMAMENTO DE SUÍNOS NO PREPARO DE PEÇAS PARA ENSINO DE TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Damy, S.B.; Santos, R.N.; Camargo, R.S.; Soares, L.A.; Osaka, J.T.; Poli de Figueiredo, L.F.*

LIM 26 - Laboratório de Pesquisa em Cirurgia Experimental/ Disciplina de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental FMUSP

Introdução: O crescente debate bioético sobre o uso de animais em ensino e pesquisa tem originado diversas iniciativas para criação de modelos substitutivos. Esta nova realidade tem criado uma grande expectativa em torno da reutilização de suínos, através do embalsamamento.

Objetivos: Estudar a viabilidade da utilização de suínos embalsamados no atendimento da demanda de ensino e treinamento na disciplina de técnicas cirúrgicas.

Material e métodos: Dezoito suínos, híbridos das raças Landrace, Duroc e Pietrain, com idade entre 45-60 dias, aproximadamente 20 quilos, foram anestesiados, cateterizadas a veia jugular externa, para drenagem do sangue, e a artéria carótida comum para injeção da solução fisiológica. Após o preparo cirúrgico, foram injetados heparina (2.500 UI) e cloreto de potássio (1ml/kg) para a eutanásia. A Solução de Larssen modificada (100 ml/kg) foi infundida quando a drenagem jugular tornou-se clara. A seguir os animais foram higienizados e mantidos em congelador à temperatura de -20°C. Quando solicitados para aula ou treinamento esses suínos eram descongelados à temperatura ambiente por 48 horas. As alterações de pele, articulação, musculatura e vísceras foram avaliados com 30, 45, 60, 120 e 150 dias.

Resultados: Constatou-se, na avaliação de todos os animais embalsamados que: 1) a pele manteve-se íntegra, branca, flexível e de consistência semelhante à encontrada no animal vivo; 2) as articulações mantiveram flexibilidade ampla; 3) os músculos fixaram a cor, contornos e arquitetura naturais; 4) as vísceras não modificaram suas características quanto à consistência, elasticidade e cor.

Conclusões: O embalsamamento de suínos demonstrou ser viável para o atendimento da necessidade dos docentes para o ensino e treinamento de técnicas cirúrgicas.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:10 – 11:20 hs

TL.11.07

ENTERORRAGIA MACIÇA SECUNDÁRIA À TUBERCULOSE INTESTINAL

Oliveira Neto, R.M.*; Puglia C.R.; Perlingeiro, J.A.G.; Soldá, S.C.; Assef, J.C.

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Serviço de Emergência – Pronto Socorro Central – Departamento de Cirurgia

Introdução

A tuberculose persiste como um grave problema de saúde pública no Brasil. Estima-se que atualmente existam cerca de 50 milhões de infectados e cerca de 6 mil óbitos por ano. As manifestações clínicas da tuberculose intestinal são inespecíficas, podendo ocorrer queda do estado geral, febre, vômitos, sudorese, emagrecimento, dor abdominal e sintomas de obstrução intestinal. Quadros de enterorragia maciça são raros e incomuns, havendo pouco mais de 20 casos descritos.

Objetivo

Relatar um caso raro de enterorragia maciça secundária à tuberculose intestinal.

Material e Método

Paciente do sexo feminino, 27 anos, raça negra admitida no pronto-socorro pela clínica médica com choque séptico de foco pulmonar. Referia diarreia e queda do estado geral há 4 dias.

Sem comorbidades, referia de uso de drogas ilícitas e alcoolismo. Foi realizada pesquisa para infecção pelo HIV que mostrou negativa.

Realizou radiografia de tórax sugestiva de tuberculose, sendo o diagnóstico confirmado laboratorialmente e iniciada a terapêutica para tuberculose.

Apresentou enterorragia maciça com instabilidade hemodinâmica no 8º dia de internação, sendo solicitada avaliação da equipe de cirurgia.

Iniciada reposição volemica com cristalóides e indicada laparotomia mediana, os achados foram: 500ml de secreção seropurulenta na cavidade abdominal, úlcera gástrica perfurada, inúmeras lesões acometendo a serosa do intestino delgado até o 1/3 proximal do cólon ascendente.

Foi realizada ressecção do íleo-terminal e do cólon ascendente, exteriorizando-se os segmentos remanescentes à Mickulicz. Realizada a ulcerorrafia e drenagem da cavidade.

Resultados

A paciente evolui estável hemodinamicamente e extubada no 7º pós-operatório. Não apresentou novos episódios de enterorragia. Evoluiu sem complicações operatórias, porém faleceu de complicações pulmonares no 14º pós-operatório.

A análise anátomo-patológica confirmou a hipótese de tuberculose intestinal.

Conclusão

Os autores apresentam um episódio incomum de sangramento intestinal maciço secundário à tuberculose intestinal associado com perfuração aguda de úlcera gástrica.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:20 – 11:30 hs

TL.11.08

ESTUDO DOS ACIDENTES DOMÉSTICOS E DOS ACIDENTES POR QUEDA EM UM PRONTO-SOCORRO DA REGIÃO DO SUB-MÉDIO SÃO FRANCISCO

Soares B.L.F.*; Ferro M.B.; Almeida G.N.P.; Guedes F.W.N.C.C.; Barbosa R.E.N.; Caires E.L.P.; Galhardo A.M.

Liga Acadêmica do Trauma, Urgência e Emergência da UNIVASF – Univ. Federal do Vale do São Francisco

Introdução: O trauma é uma epidemia responsável, anualmente, por 150 mil óbitos, 450 mil pessoas comprometidas de forma irreversível, e por gastos de cerca de 9 bilhões de reais. Os acidentes pessoais, caracterizados nesse estudo pelos acidentes domésticos e pelas quedas, fazem parte dessas estatísticas. A incidência brasileira de acidentes por quedas varia de 30% a 50%. Ressalta-se ainda que cerca de 90% dos acidentes em domicílio são evitáveis. **Objetivo:** Analisar os acidentes domésticos e acidentes por queda a fim de identificar principais lesões e grupos de risco. **Material e métodos:** Estudo prospectivo de coorte transversal do tipo inquérito epidemiológico simples. A amostragem foi aleatória composta pela livre demanda do pronto-socorro do Hospital Dom Malan em Petrolina-PE, no período de setembro de 2005 a janeiro de 2006. Variáveis: sexo, idade, consumo de álcool, tipo de bebida, renda familiar, turno, tipo de lesão, altura da queda e evolução. **Resultados:** Amostra n=635. Acidentes domésticos: 38,74%. Quedas: 61,26%. Uso de bebidas alcoólicas: 10,71%. Sexo masculino: 65,98%, e uso de álcool sete vezes maior que nas mulheres. Maior incidência: 6 a 12 anos (24,88%). O evento queda e, principalmente, queda da própria altura, se fez predominante em todas as faixas etárias. Trauma de face, TCE e escoriações: 14,49%, 27,25% e 41,89%, respectivamente. Uso de álcool nestas lesões: média de 14,40%, variando com o tipo de lesão. 17,39% dos indivíduos que haviam ingerido álcool ficaram no hospital em observação ou internados. **Conclusão:** Crianças e pessoas jovens acidentam-se mais freqüentemente, especialmente os homens. Há maior incidência de trauma causado por quedas e, dentre estas, a queda de própria altura se destaca. O uso de bebidas alcoólicas tem influência significativa nos eventos estudados. Há necessidade de desenvolver estratégias a fim de reduzir o impacto dos acidentes pessoais nos eventos traumáticos.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:30 – 11:40 hs

TL.11.09

**GANGLIONEUROMA VOLUMOSO ENVOLVENDO GRANDES VASOS
RETROPERITONIAIS, RELATO DE CASO.**

Fey, A.; Teixeira, J.V.C.; Teixeira J.V.C.; Vieira A.M.; Mezzomo, L.; Saucedo, O.H.M.; Becker, I.C.; Furlani, L.F.; Haro, C.P.; Enge Jr, D.J.; Schinko, F.B.*

HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE – RIO DO SUL/SC

Introdução: Ganglioneuroma é um tumor de origem dos tecidos da cadeia simpática, de caráter benigno, composto de tecido ganglionar e fibras nervosas. São tumores relativamente raros e pouco sintomáticos quando pequenos, mas podem atingir tamanhos consideráveis e causar sintomas importantes. São mais frequentes em idade jovem, sendo os tumores neurogênicos mais comuns da infância. Atualmente seu diagnóstico tem se tornado mais freqüente devido aos avanços da medicina de imagem e a maior facilidade de acesso à ultrassonografia e à tomografia computadorizada. Sua localização habitual é paravertebral e retroperitoneal e na maioria dos casos são bem encapsulados e a ressecção é curativa.

Objetivo: relatar um caso deste tumor relativamente raro encontrado e tratado em nossa instituição.

Material e métodos: Relato de caso admitido pelo serviço de cirurgia geral do HRAV.

Resultados: Ressecção completa do tumor retroperitoneal, com preservação de todas as estruturas e boa evolução pós-operatória do paciente.

Conclusões: O ganglioneuroma é um tumor que pode atingir grandes proporções, podendo apresentar repercussões clínicas. A cirurgia é curativa e pode ser oferecida ao paciente como uma boa opção de tratamento.

Sala 05 – CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:40 – 11:50 hs

TL.01.01

Análise Epidemiológica de 380 casos de Tumores das Glândulas Salivares, operados no período de 1992 a 2008 no Hospital Santa Marcelina

*Carletto, GS*Junior, AA; Matos, BJ; Mendonça, TS;Netto, LB; Oliveira, L; Rezende, M; Terzian, LR*

HOSPITAL SANTA MARCELINA

Introdução: Os tumores das glândulas salivares são relativamente incomuns e acometem em torno de 3 a 5% dos tumores da cabeça e pescoço. A complexa estrutura das glândulas salivares e a diversidade histológica de tumores malignos tornam a estratégia terapêutica difícil e deverá ser realizada por equipe médica altamente especializada para que não ocorram complicações graves, no sentido de lesão do nervo facial.

Objetivo deste trabalho é a análise epidemiológica retrospectiva de 380 casos de tumores das glândulas salivares quanto à faixa etária, sexo, localização, tipo histológico, cirurgias realizadas e complicações pós-operatórias.

Casística e métodos: foram incluídos no estudo retrospectivo os doentes atendidos no ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Santa Marcelina e submetidos a tratamento cirúrgico no período de 1992 a 2008.

Resultados: Quanto a faixa etária a idade média foi de 47anos e a idade variou de 14 a 82 anos; quanto ao sexo obtivemos que 59% do sexo feminino; 63% se localizavam na glândula parótida, 29% submandibular e 6% nas glândulas salivares menores; tipo histológico 76% benignos e 24% malignos, dos benignos prevaleceu adenoma pleomórfico(63%) e malignos mucoepidermoide e adenóide cístico predominaram: dentre as cirurgias realizadas prevaleceu a parotidectomia superficial (55%); 11% dos doentes evoluíram com complicações sendo seroma e infecção mais freqüentes.

Conclusões: Os tumores benignos são os mais freqüentes das glândulas salivares maiores e a glândula parótida foi o sítio mais acometido. A cirurgia é o tratamento de eleição para os tumores das glândulas salivares e mostrou-se segura devido ao baixo índice de complicações.

Sala 05 – CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:50 – 12:00 hs

TL.01.02

PERFIL DOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS NO HOSPITAL ESTADUAL DO GRAJAÚ

Faria, F.*; Lajner, A.; Gabriel, SA.; Fonseca, AZ.; Frazão M.; Bestane, F.; Canto H.; S, AAV.; Mattos, G.; Ilias, EJ.; Kassab, P.

Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro.

RESUMO: A referência mais antiga sobre traqueostomia está escrita em um sagrado livro Hindu, o Rigveda, do segundo milênio a.C.. A primeira traqueostomia com sucesso foi feita em 1546 por um médico italiano, Antonio Musa Brasavola. Quatro principais objetivos são alcançados com a realização da traqueostomia: proteger as vias aéreas de aspiração e melhorar a higiene traqueobrônquica; promover suporte respiratório com ventilação mecânica; eliminar espaço morto ventilatório e tratar apnéia obstrutiva do sono. No Hospital Estadual do Grajaú da Faculdade de Medicina de Santo Amaro (FMUNISA), nosso serviço realiza em torno de 120 traqueostomias anualmente, todas em pacientes críticos provenientes tanto da UTI como da Unidade Semi-Intensiva do Pronto Socorro. Devido ao número significativo de procedimentos, decidimos então fazer um levantamento retrospectivo a respeito do perfil desse paciente em relação a sexo, idade, especialidade médica pertencente, dias de intubação orotraqueal, tempo de cirurgia e se houve complicação, se o paciente recebeu alta hospitalar ou se foi a óbito e quanto tempo após a cirurgia e, por fim, o setor de procedência dentro do Hospital. A análise dessas variáveis fornece dados sobre esses pacientes e como evoluíram após a cirurgia. Além disso, poderemos adequar melhor a conduta cirúrgica em nosso serviço às características de nossos pacientes.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 12:00 – 12:10 hs

TL.11.10

GIST NO TRAUMA

Caramel, J.*; Meireles, D.; Buzzato, M.; Apodaca, F. R.; Kim, S. B.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO-SPDM (UNIFESP) - MOGI DAS CRUZES – SÃO PAULO

INTRODUÇÃO: GISTs (Gastrointestinal stromal tumor) são tumores do trato gastrointestinal provenientes de células estromais, mais especificamente da célula intersticial de Cajal. Sabe-se que sua sintomatologia é comum a todos os tumores do trato gastrointestinal e seu diagnóstico muitas vezes baseia-se inicialmente na tentativa de elucidar sintomas como obstrução, sangramento gastrointestinal e raramente perfuração devido necrose do tumor. **OBJETIVO:** Relatar caso de um paciente com diagnóstico de GIST após laparotomia exploradora por trauma abdominal fechado, atendido no serviço de cirurgia do Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo na cidade de Mogi das Cruzes. **MATERIAL E MÉTODO:** Paciente com 63 anos, masculino, branco, natural e morador de Suzano-SP, motorista. Paciente trazido pelos Bombeiros vítima de acidente automobilístico. Realizado atendimento primário do trauma conforme ATLS que evidenciavam: abdome distendido, doloroso, sinais de irritação peritoneal, dor em membros inferiores (fratura de platô tibial direito e fíbula esquerda), além de taquicardia e hipotensão. Devido ao quadro abdominal sugestivo de trauma abdominal fechado, foi indicada laparotomia exploradora. No inventário da cavidade foi encontrada moderada quantidade de líquido entérico; a 40 cm do ângulo de Treitz, localizado tumoração, subestenosante, de cerca de 7 cm, aderido ao grande omento e fixa ao peritônio parietal, além de perfuração de jejuno a 160 cm do ângulo de Treitz. Foi então realizada enterectomia segmentar, incluindo a formação tumoral e perfuração do jejuno, omentectomia segmentar, anastomose jejuno-jejunal T-T. Na congelação intraoperatória: Tumor mesenquimal de origem indeterminada. **RESULTADO:** O resultado anatomopatológico foi neoplasia mesenquimal fusocelular com margens cirúrgicas livres, e o perfil imunohistoquímico, de tumor de estroma gastrointestinal (GIST). **CONCLUSÃO:** Os GISTs podem se apresentar de variadas formas dependendo da sua localização e seu tamanho. São tumores na sua maioria assintomática e descobertos acidentalmente. Abdome agudo decorrente da ruptura do tumor ou de obstrução pode acontecer além do achado cirúrgico decorrente do trauma.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 12:10 – 12:20 hs

TL.11.11

LESÃO DE DIEULAFOY GÁSTRICA, RELATO DE CASO.

Fey, A.; Teixeira, J.V.C.; Teixeira J.V.C.; Vieira A.M.; Mezzomo, L.; Haro, C.P.; Enge Jr, D.J. *; Schinko, F.B.

HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE – RIO DO SUL/SC

Introdução: Lesões de Dieulafoy são lesões hemorrágicas decorrentes de uma anormalidade vascular caracterizada pela presença de uma artéria tortuosa e dilatada (1 a 3 mm), de provável origem congênita, a qual possui um trajeto variável através da submucosa. A pulsação desta artéria leva a erosão da mucosa sobrejacente, com conseqüente exposição e erosão adicional da própria artéria pela ação do suco gástrico, o que leva ao sangramento. São mais freqüentes no estômago, principalmente nos 6 a 10 cm distais da junção esôfago-gástrica. São responsáveis por cerca de 0,3% a 7% das hemorragias gastrointestinais não-varicosas, com a maioria dos pacientes apresentando-se com quadro de hematêmese de início súbito, indolor e queda da pressão arterial. A endoscopia é diagnóstica e terapêutica em 95% dos casos (hemoclipagem ou ligadura elástica na maioria das vezes), embora em aproximadamente 5% haja necessidade de tratamento cirúrgico (resseção gástrica em cunha).

Objetivo: relatar um caso desta lesão relativamente rara, a qual foi diagnosticada e tratada em nossa instituição.

Material e métodos: Relato de caso admitido pelo serviço de cirurgia geral do HRAV.

Resultados: Gastrorragia (sutura hemostática) de lesão de Dieulafoy sangrante, após falha terapêutica endoscópica com o uso de ligadura elástica, apresentando boa evolução pós-operatória do paciente.

Conclusões: Apesar de relativamente rara, a lesão de Dieulafoy pode estar associada a hemorragia gástrica maciça e, conseqüentemente, ser potencialmente fatal. A gastrorragia da lesão mostrou-se curativa e pode ser oferecida ao paciente como uma boa opção de tratamento quando refratária as técnicas endoscópicas, como a ligadura elástica, por exemplo.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:00 – 14:10 hs

TL.11.12

MODELOS DE BIO-SIMULADORES SUÍNOS EMBALSAMADOS PARA ESTUDO DE TÉCNICA CIRÚRGICA

Cabral, R. H. *; Soares, L.A.; Santos, R.N.; Damy S.B.; *Camargo, R.S.; Osaka, J.T.*; Poli de Figueiredo, L.F.

LIM-26 da DISCIPLINA DE TÉCNICA CIRÚRGICA E CIRURGIA EXPERIMENTAL

Introdução: Com a evolução tecnológica e o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, passou a existir a necessidade de incorporar tais procedimentos no estudo de técnica cirúrgica. A competência técnica cada vez é mais valorizada, sendo uma importante preocupação das diretrizes curriculares. Por outro lado, vivencia-se uma limitação do uso de animais para ensino e pesquisa.

Objetivo: Nosso objetivo é desenvolver modelos de bio-simuladores, utilizando suínos embalsamados, que possam ser utilizados no ensino da técnica cirúrgica para alunos de graduação em medicina e residentes de cirurgia e terapia intensiva.

Material e Métodos: Foram utilizados oito suínos híbridos, com idade entre 45 e 60 dias, pesando ± 20 kg, e que foram antes embalsamados com a solução de Larssen modificada pela TCCE-FMUSP. Através de toracotomia mediana combinada com laparotomia mediana, foram abertas as cavidades torácica e abdominal. Foram retirados, em monobloco, os conjuntos traquéia-pulmões-corção, tubo digestivo-fígado-pâncreas-baço. O conjunto tubo digestivo-glândulas anexas foi preparado para o treinamento da técnica de NOTES, após lavagem do estômago e preparação do cólon. O bloco coração-pulmões, foi preparado para o treinamento das técnicas de sutura pulmonar, sutura cardíaca e ventilação mecânica. Os blocos foram preservados na mesma solução de embalsamamento, sob refrigeração ($0^{\circ}\text{C} \pm 4^{\circ}\text{C}$), em caixas de polipropileno, por até quatro semanas.

Resultados: Os conjuntos mantiveram-se em bom estado de preservação, considerando-se como parâmetros avaliadores a textura, a consistência e o odor após um mês de conservação. Após a primeira semana de conservação, o bloco coração-pulmões evoluiu com múltiplas atelectasias e escurecimento da superfície dos mesmos. A partir de então, os demais blocos retirados foram insuflados e preservados com os pulmões expandidos. Houve também a ocorrência de pneumotórax nos primeiros dois pulmões insuflados, sendo necessário maior controle da pressão de insuflação pulmonar. Mesmo após 1 mês de preservação, não houve dificuldades para a ventilação pulmonar.

Conclusões: Suínos embalsamados constituem uma excelente alternativa na preparação de bio-simuladores para serem utilizadas no estudo de técnica cirúrgica em cirurgias torácicas, cardiovasculares, do tubo digestivo e ainda no treinamento de ventilação mecânica.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:10 – 14:20 hs

TL.11.13

**PADRÃO E PREVINIBILIDADE DO TRAUMA FATAL EM UMA GRANDE METRÓPOLE:
ESTUDO DE AUTÓPSIAS NA CIDADE DE SÃO PAULO.**

Wilson, J; Herbell, F. * ; Moreno, D.; Tinel, A.; Del Grande, J.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA SÃO PAULO - SP

Objetivo: Esse estudo visa rever uma série de casos de morte traumática em uma grande cidade e identificar possíveis causas de prevenibilidade da mortalidade associada.

Métodos: 500 casos não selecionados e consecutivos de morte traumática foram prospectivamente estudados. As variáveis estudadas foram: mecanismo de trauma, etiologia, local de morte, intervenção cirúrgica, erro médico, órgãos acometidos e prevenibilidade da mortalidade. Casos foram agrupados de acordo com o mecanismo de trauma, a saber: trauma penetrante, trauma contuso, envenenamento, afogamento, queimadura e asfixia.

Resultados: Foram estudados 418 (83,6%) homens e 82 (16,4%) mulheres, com idade média de 39±19 anos (variando de 3 a 91 anos). Trauma penetrante correspondeu a 217 (43%) casos. Trauma contuso foi observado em 40% dos casos. O mecanismo de lesão mais comum nos traumas penetrantes foram os projéteis de arma de fogo (41%); nos traumas contusos houve predomínio dos acidentes de transporte (22%). 71 (14%) casos foram considerados potencialmente preveníveis: (a) tromboembolismo em 35 (7%) casos; (b) complicações infecciosas em 25 (5%) casos; (c) erro médico em 7 (1%) casos; e (d) lesões tratáveis em pacientes não socorridos em 5 (1%) casos.

Conclusão: Nosso estudo mostra que a morte por trauma em São Paulo está associada à lesões complexas e graves. A prevenção da mortalidade por trauma deve ser direcionada ao controle da violência.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:20 – 14:30 hs

TL.11.14

PERFIL DOS ACIDENTES TRAUMÁTICOS QUE CHEGAM AO PRONTO-SOCORRO EM PETROLINA-PE

Guedes F.W.N.C.C.; Barbosa R.E.N.; Caires E.L.P.; Galhardo A.M.; Ferro M.B.; Almeida G.N.P.; Soares B.L.F.*

LATUE – Liga Acadêmica do Trauma, Urgência e Emergência da UNIVASF – Universidade Federal do Vale do São Francisco

RESUMO: Introdução: Os avanços científicos do último século aumentaram a expectativa de vida e modificaram os hábitos e estilos de vida da população, desencadeando assim modificação no perfil epidemiológico e trazendo uma série de enfermidades ao mundo moderno, dentre elas a maior doença atual, o trauma. **Objetivo:** Determinar o perfil dos principais tipos de eventos traumáticos que deram entrada no Hospital Dom Malan (HDM), Petrolina, Pernambuco. **Método:** Estudo prospectivo de coorte transversal do tipo inquérito epidemiológico com amostragem aleatória simples consecutiva de 1699 prontuários de vítimas traumatizadas atendidas pelo setor de Emergência do HDM, no período de outubro/2004 a janeiro/2005. Foi realizada uma avaliação a partir dos itens tipo de evento e localização das lesões, cujas variáveis foram expressas em porcentagens. **Resultados:** Do total, 73,57% (1228) são homens; 50,20% (838) entre 10 e 30 anos. Houve predomínio de acidentes de trânsito com 33,91% (552) dos traumas, seguido de quedas com 24,45% (398); acidentes familiares com 15,11% (246); acidentes de trabalho com 9,52% (155); agressão física com 6,45% (105); lesões por arma branca com 5,04% (82); lesões por arma de fogo com 3,87% (63); tentativa de suicídio com 1,66% (27). Nos acidentes automobilísticos as regiões corpóreas mais acometidas foram os membros inferiores/cintura pélvica com 42,39% (234) seguido de TCE com 33,15% (183). Nas quedas 38,19% (152) dos pacientes sofreram lesões de extremidades e 26,88% (107) com TCE. Os acidentes familiares sofreram lesões de extremidades em 62,19% (153) e TCE em 14,22% (35). Os acidentes de trabalho com 61,29% (95) de lesões de extremidades e 11,61% (18) de TCE. **Conclusões:** No pronto-socorro em Petrolina prevaleceram acidentes de trânsito e quedas, homens, idade entre 10 e 30 anos, acometidos principalmente nos membros inferiores/pelve e na cabeça.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:30 – 14:40 hs

TL.11.15

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO EM CURITIBA ATENDIDOS PELO SIATE

Maluf E.C.; Skinovsky J.; Sigwalt M.F.; Chibata M.; Siqueira L.C.D.*; Mariot E.A.S.; Canfield G.; Siqueira D.E.D.; Mushashe A.F.M.; Peruy H.

UNIVERSIDADE POSITIVO – CURITIBA, PARANÁ

INTRODUÇÃO: A indústria automobilística distribui aproximadamente 50 milhões de veículos pelo mundo, numa média de 1 automóvel para cada 11 habitantes (36 milhões de carros no Brasil). Os acidentes de trânsito constituem a terceira maior causa de mortalidade. Considerando indivíduos entre 05 e 40 anos, o trauma é a principal causa de morte. Os custos estimados dos acidentes de trânsito alcançam US\$ 9,6 bilhões ao ano. Na década de 1980 constatou-se que metade das vítimas vinha a óbito poucos minutos após o acidente, impulsionando no mundo todo a criação de agências especializadas no atendimento a acidentes de trânsito. No Brasil instituiu-se o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE) voltado ao atendimento pré-hospitalar, instalado primeiramente em Curitiba, contexto no qual se encaram os acidentes de trânsito como realidade passível de mudanças.

OBJETIVO: Traçar o perfil epidemiológico das ocorrências e das vítimas dos acidentes de trânsito atendidas pelo SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma), no ambiente pré-hospitalar, na cidade de Curitiba no ano de 2006.

MATERIAIS E MÉTODOS: Através do banco de dados informatizado do SIATE, pelo programa SysBMCCB[®] foram obtidos os dados referentes às ocorrências e às vítimas de acidentes de trânsito, no período de 01 de Janeiro de 2006 à 31 de Dezembro de 2006, exclusivamente no município de Curitiba.

RESULTADOS: Os acidentes de trânsito representaram o principal tipo de ocorrência atendido pelo SIATE (50,21% - $p < 0,01$), totalizando 11.886 ocorrências e 11.245 vítimas. Dentre as vítimas os adultos jovens masculinos são os de maior frequência (72,60% - $p < 0,01$). O código de lesão mais prevalente é o tipo 2 (73,80% - $p < 0,01$). Os meses em que mais se registram ocorrências são março 9,20% - $p < 0,01$ e dezembro 9,0% - $p < 0,01$. Os finais de semana são os principais dias em números de ocorrências (31,50% - $p < 0,01$), no geral os acidentes acontecem nos horários em que há maior fluxo de veículos (66% - $p < 0,01$), e o principal tipo de acidente de trânsito atendido é o auto x moto (29,31% - $p < 0,01$).

CONCLUSÃO: O conhecimento do perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito e de suas vítimas é fundamental para a criação e implantação de políticas de prevenção em saúde, bem como para o aprimoramento dos protocolos de atendimento pré e intra-hospitalares, possibilitando melhora do prognóstico das vítimas.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:40 – 14:50 hs

TL.11.16

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS EM ACIDENTES DE TRÂNSITO NA REGIÃO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ, SANTA CATARINA, BRASIL.

Becker, I*.; Fey, A.; Saucedo, O.; Furlani, L.; Von Bahten, L.; Teixeira, J.C.; Teixeira, J.; Marques, A.;

UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ / UNIDAVI
HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE / FUSAVI RIO DO SUL / SC

RESUMO

Acidentes de trânsito são a segunda causa de morte de jovens até 29 anos sendo considerado atualmente, um grave problema de saúde pública. **Objetivo:** Estudo retrospectivo que visa traçar um perfil epidemiológico das vítimas fatais de acidentes de trânsito, no período de 2004 a 2006, na região do Alto Vale do Itajaí, Rio do Sul/SC. **Métodos:** Os dados foram coletados dos "Laudos Periciais" do Instituto Médico Legal de Rio do Sul/SC, das vítimas fatais de acidentes de trânsito. Foram analisados: idade, gênero, hora, data e local do acidente, dias de internação, alcoolemia e causa morte. **Resultados:** foram analisados 356 laudos periciais, 82,9% das vítimas eram do gênero masculino. A média de idade foi de 36,3 anos, sendo que a faixa etária de 20 a 29 anos foi a mais prevalente. Dos acidentes, 49,2% ocorreram em rodovias federais, 44,4% ocorreram no sábado e no domingo sendo que o período das 18 às 24h foi o mais prevalente (41,8%), Rio do Sul e Pouso Redondo também tiveram os maiores percentuais. Dos pacientes com alcoolemia dosada, 38% tiveram valores acima do normal. **Conclusão:** verificou-se que o perfil das vítimas de trânsito e os aspectos relacionados aos acidentes, analisados neste estudo são compatíveis com outros trabalhos descritos na literatura. Os resultados também sugerem que a região do Alto Vale do Itajaí apresenta índices de mortalidade em acidentes de trânsito relativamente altos quando comparados a outros estudos já realizados em outras regiões.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:50 – 15:00 hs

TL.11.17

RELAÇÃO ENTRE O ESCORE TRISS COM OS ÓBITOS DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM UM PERÍODO DE TRÊS ANOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

Saucedo, O. * ; Furlani, L ; Becker I. ; Fey, A. ; Bahten, L. C. ; Teixeira, J. V. ; Teixeira, J. C. ; Marques, A.

HOSPITAL REGIONAL DO ALTO VALE

RESUMO

A pesquisa visa relacionar o escore de trauma TRISS com os pacientes que evoluíram a óbito no Hospital Regional do Alto Vale, localizado na cidade de Rio do Sul – Santa Catarina (SC) Brasil. As escalas de trauma quantificam os níveis de gravidade em que o paciente se encontra bem como anunciam com antecedência os riscos de complicações e índice de mortalidade além de serem úteis na padronização da linguagem entre os especialistas. Pelo escore do tipo misto TRISS é possível estimar as chances de sobrevida do paciente considerando o RTS (Trauma Score Revisado), ISS (Escore da Severidade do Trauma), a idade do paciente e o mecanismo de lesão. O TRISS é o índice de maior aprovação na literatura médica e foi desenvolvido para considerar as vantagens dos sistemas anatômico e fisiológico. Desta forma, o TRISS se revela excelente método para antever a taxa de sobrevida. Os dados foram obtidos dos prontuários médicos e confirmados pelos dados de autópsia do IML. Assim sendo, num total de 84 pacientes observamos que a maioria é de homens (86,9%) sendo a faixa etária mais acometida entre 21 – 30 anos (28,5%). O uso de antibiótico não foi predominante, 66,6% não usaram. Hemoderivados foram utilizados em 52,4% dos pacientes. O TRISS apresentou relação com a mortalidade, já que 53,5% dos pacientes apresentavam mais de 60% de chance de morrer. Porém observamos que 17,8% dos pacientes apresentavam índice preditivo de morte abaixo de 15% e que neste grupo a causa de mortalidade predominante foi a infecção.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:00 – 15:10 hs

TL.11.18

TRATAMENTO DA RECIDIVA DE HERNIOPLASTIA INGUINAL À LICHTENSTEIN COM USO DO CONE DE POLIPROPILENO.

Peres, M.A.O.*; Pracucho, E.M.; Andreollo, N.A.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FCM DA UNICAMP E CENTRO DE REFERÊNCIA DAS HÉRNIAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ – SP

Introdução: A técnica de Lichtenstein é o padrão-ouro no tratamento cirúrgico por inguinotomia das hérnias inguinais primárias e recidivadas; implica na fixação de tela de polipropileno, de fácil aplicabilidade, baixo custo, principalmente se realizada a nível ambulatorial e anestesia local, e detém as menores taxas de recidiva já registradas.

Objetivo: Analisar a técnica de fixação de plugue em forma de cone de polipropileno no tratamento das recidivas de Lichtenstein do nosso próprio Serviço.

Material e Métodos: Entre ago/94 a nov/07, no Hospital das Clínicas da UNICAMP e a seguir no Hospital Estadual de Sumaré - convênio UNICAMP, foram realizadas 781 hernioplastias inguinais pela técnica clássica de Lichtenstein em 758 pacientes portadores de hérnias inguinais primárias ou recidivadas; 723 (95,4%) eram do sexo masculino e com idade mediana aos 58 anos. Foram registrados 6 casos de recidivas (0,76%), todos do sexo masculino, sendo 4 do lado direito e 2 do esquerdo, com idade variando entre 39 e 68 anos. Doenças concomitantes foram observadas em 5 pacientes (83%), sendo mais frequentes a hipertensão, tabagismo, obesidade e cardiopatia. Anestesia raquídea foi aplicada em todos os casos, assim como antibioticoprofilaxia com cefazolina. A tática cirúrgica utilizada foi abordagem por inguinotomia sobre a anterior, utilizando uma segunda prótese de polipropileno em forma de cone, fixada no defeito com fio do mesmo material.

Resultados: Quanto ao local da recidiva, 5 (83,3%) ocorreram no triângulo de Hesselbach, entre a tela prévia e a pube, por má fixação da tela ao periósteo ou tela de tamanho insuficiente (recidiva direta); 1 (16,6%) ocorreu pela insuficiente calibragem do anel interno, mantendo-o largo (recidiva indireta). Todas eram a primeira recidiva, unilateral e defeito único. Após dissecação do óstio herniário, foi fixado um cone feito de tela de polipropileno, sendo pube e tela-tela nas diretas; tela-tela envolvendo o cordão na indireta. Todos tiveram um pernoite na instituição. Complicações gerais: bradicardia sintomática em 1 paciente e retenção urinária em 1. Complicações locais precoces: hematoma em 2 pacientes e equimose em 1. No seguimento, não foi observada re-recidiva até o momento.

Conclusões: Neste serviço universitário, a técnica de Lichtenstein no tratamento das hérnias inguinais primárias e recidivadas sem tela prévia revelou ser eficiente. Recidiva desta técnica ocorreu em seis casos (0,76%), sendo diagnosticado defeito técnico do operador em todos os casos. Foram operados pela mesma equipe com uso de uma segunda tela, em forma de cone, diretamente no defeito, com sucesso.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:10 – 15:20 hs

TL.11.19

A TÉCNICA DA DUPLA TELA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HÉRNIA INCISIONAL MEDIANA COM GRANDE EVENTRAÇÃO.

Peres, M.A.O.*; Castro, M.M.O.; Puppo-Silveira, J.A.; Silveira, H.J.V.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FCM DA UNICAMP E CENTRO DE REFERÊNCIA DAS HÉRNIAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ – SP

Introdução: Hérnia incisional ocorre entre 5 e 15% de todas as cirurgias abdominais e carece de tratamento cirúrgico para sua resolução. Nas técnicas atuais, a fixação de tela de prolene dificilmente é dispensada. Havendo eventração de grande monta, a cirurgia implica nas maiores taxas de morbi-mortalidade, pelo risco de síndrome compartimental e disfunções respiratórias.

Objetivo: Apresentação dos resultados da técnica com fixação de duas telas na herniorrafia incisional com grande eventração, sendo uma grande pré-peritoneal e outra menor anterior aproximando os retos abdominais, suas vantagens, menores riscos de vida e complicações.

Material e Métodos: Entre abril de 2001 e outubro de 2007, no Centro de Referência das Hérnias da UNICAMP foram realizadas 396 herniorrafias incisionais, sendo 56 (14,1%) em linha média com grande eventração, sem possibilidade técnica de re-aproximação dos músculos retos abdominais. Destes, 34 (60,7%) eram do sexo masculino e 22 (39,3%) do feminino; a idade mediana foi de 55 anos. Doenças concomitantes foram observadas em 45 pacientes (80,3%), sendo mais freqüentes a hipertensão, obesidade, tabagismo e diabete. As intervenções que mais geraram hérnias foram cirurgias gastro-duodenais, reto-colectomias, ferimentos por arma de fogo, peritonites e obstruções intestinais. O período maior de aparecimento da hérnia foi de 2 a 5 anos após o ato, mas com demora de até doze anos em aceitar a cirurgia. Herniorrafia incisional já havia sido realizada em 7 (12,5%) casos, sem sucesso. A técnica consistiu na fixação de duas telas de prolene, sendo uma grande pré-peritoneal e outra menor anterior aproximando os retos abdominais, esta última mimetizando uma diástase dos retos, porém com tela. Realizado preparo intestinal, antibioticoterapia e drenagem a vácuo em todos os casos.

Resultados: Concomitantemente foi realizada colecistectomia em 5 casos; enterectomia em 3; rafia de delgado em 2; hernioplastia inguinal em 2; dermolipectomia, lise de aderências, rafia vesical, histerectomia e hiatoplastia em 1 caso cada. Complicações observadas: infecção em 7 (12,5%) casos; uma fístula biliar e uma deiscência com exposição parcial da tela, ambas sem re-operação; uma obstrução intestinal por hérnia interna e uma fístula de delgado, ambas com re-operação. Não houve mortalidade, nem re-operação por síndrome compartimental. A média de hospitalização na ausência de complicação foi de 5 dias. Recidiva da hérnia foi diagnosticada em 1 (1,8%) caso, devido a peritonite.

Conclusões: A técnica da dupla tela no tratamento das hérnias incisionais com grande eventração permitiu adequada correção do defeito, baixa taxa de recidiva, bom aspecto estético e, fundamentalmente, evitou a síndrome compartimental e óbito no Serviço, desde então. Não é isenta de infecção e/ou extrusão da tela, principalmente nos pacientes muito magros.

Sala 05 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:20 – 15:30 hs

TL.11.20

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INGUINODÍNIA – A RESPEITO DE CINCO CASOS.

Peres, M.A.O.*; Borborema, J.F.V.;Castro, M.M.O.; Honorato, D.C.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FCM DA UNICAMP E CENTRO DE REFERÊNCIA DAS HÉRNIAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ – SP

Introdução: Dor crônica persistente após cirurgia do abdome inferior fora da linha média é rara, que pode resultar em grave morbidade e incapacitação nestes pacientes. Registram-se taxas de 2% após inguilotomia para hernioplastia inguinal e 4% após incisão de Pfannenstiel.

Objetivo: Apresentação dos resultados do tratamento cirúrgico da inguinodínia por denervação em cinco pacientes, após esgotados todos os métodos medicamentosos.

Material e Métodos: Entre abril de 2001 e setembro de 2008, nosso serviço registrou 5 pacientes com dor crônica incapacitante em parede abdominal iniciada após cirurgia, sendo que 4 vieram de outros serviços. Do total, 3 pacientes foram após hernioplastia inguinal; 1 após Pfannenstiel e 1 após hiorrafia incisiva em McBurney. Quatro eram do sexo masculino (80%); a idade variou de 39 a 72 anos. Doenças concomitantes foram observadas em 1 paciente (20%), a saber hipertensão; todos já haviam sido medicados com anti-depressivos. O período de aparecimento da dor foi de 18 meses a 7 anos. Três pacientes haviam sido re-operados como hérnia recidivada, colocando tela de prolene, sem melhora da dor. Nosso tratamento consistiu em exploração cirúrgica do retro-peritônio através de incisão paramediana do lado da dor, identificação dos nervos íleo-hipogástrico e íleo-inguinal, seguido de denervação por ressecção. Utilizado antibioticoprofilaxia em todos os casos.

Resultados: Houve melhora imediata da dor em três casos, melhora em duas semanas em um caso, e apenas diminuição da dor em um caso. Drenagem à vácuo foi utilizada em um caso. Não notado infecção; em um caso foi necessário punção de seroma no 9º PO. A média de hospitalização foi de 2 dias. O único caso que afirmou que não cedeu a dor por completo tratava-se do paciente de 39 anos que insistia em não trabalhar e ser mantido em benefícios de previdência, mesmo os exames clínicos não indicando sensibilidade dolorosa.

Conclusões: O tratamento cirúrgico da inguinodínia deve ser extremamente bem indicado, em casos de dor incapacitante em território dos nervos íleo-inguinal e/ou íleo-hipogástrico, após mais de um ano de tratamento clínico-medicamentoso com especialistas de dor, com queda substancial da qualidade de vida. A cirurgia de denervação por ressecção a nível de retro-peritônio implicou em rápida cura da dor em 80% dos casos. Assim como outras doenças dolorosas de afastamento do trabalho com vencimentos, sua cura pode ser um problema.

Sala 05 – UROGINECOLOGIA

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:30 – 15:40 hs

TL.13.01

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO GENITAL COM PROLIFT® ANTERIOR E POSTERIOR

Figueiredo, R.C.B.M.*; Castello Branco, H.K.M.S.M.; Rios de Oliveira, M.P.; Pinheiro, D.J.P.C.; Arruda, R. M.; Ribeiro, G.Q.; Lopes R.G.C.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO

Introdução: Prolapso genital é o descenso da parede vaginal anterior (PVA) e/ ou posterior (PVP), assim como do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal após histerectomia). A utilização de telas para abordagem cirúrgica do prolapso genital têm como objetivo diminuir os índices de recidivas das cirurgias convencionais, que ocorrem em torno de 29%. **Objetivo:** Avaliar os resultados da correção de PVA e PVP e ápice vaginal com uso de tela de polipropileno, macroporosa, monofilamentar, pré-cortada (Prolift®). **Material e métodos:** Análise retrospectiva de 47 pacientes submetidas à correção de prolapso genital com Prolift® neste serviço no período de junho de 2006 a agosto de 2008. Utilizamos o POP-Q System para avaliação objetiva da cura e resultados anatômicos. As cirurgias foram efetuadas por via vaginal com a utilização de próteses sintéticas (Prolift® - Gynecare) colocadas sem tensão, para suporte do órgão prolapsado (foto). **Resultados:** A idade média foi de 67 anos, a paridade média de 4 partos vaginais. Em relação ao estadiamento POP-Q, encontramos 2 estadio IIBa, 4 estadio IIBp, 1 estadio IIC, 11 estadio III Ba, 7 estadio IIIBp, 4 estadio IIIC e 18 estadio IVC. 91,4 % tinham sensação de "bola" na vagina. Recidiva do prolapso sintomática ocorreu em 1 paciente (estádio IVC). 6 apresentaram assintomáticas com melhora do prolapso (estádio II) e as demais sem distopia (estádios 0 e I). Como complicação: 2 pacientes (4,2 %) apresentaram sangramento necessitando de transfusão, 3 (6,38 %) hematomas e 1 (2,1 %) lesão vesical; não foi observada lesão vascular ou retal; 6 extrusões da tela, destas, 3 tinham sido submetidas a prolift anterior e 3 a prolift total. 5 extrusões ocorreram na PVA e 1 extrusão na PVA e PVP. Apenas uma extrusão de PVA necessitou de reintervenção cirúrgica, as restantes foi solucionado apenas com tratamento hormonal. Apenas uma paciente apresentou queixa de dispareunia. **Conclusão:** o uso de Prolift® é uma alternativa segura e efetiva a correção do prolapso genital.

Sala 05 – UROGINECOLOGIA

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:40 – 15:50 hs

TL.13.02

TVT- SECUR® NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Pinheiro, D.J.P.C.*; Rios de Oliveira, M.P.; Figueiredo, R.C.B.M.; Arruda, R.M.; Ribeiro, G.Q.; Castello Branco, H.K.M.S.M.; Lopes, R.G.C.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO (HSPE)

Introdução: O objetivo das cirurgias para correção da incontinência urinária de esforço (IUE) é prover um suporte suburetral adequado, reconstituindo a função dos elementos músculo-fasciais responsáveis pela estabilização uretral. Em 2006 foi desenvolvido o TVT-Secur® (Gynecare, Somerville, NJ), tela de polipropileno de 8 cm de comprimento, que é posicionada na uretra média apenas com uma incisão na mucosa vaginal, sendo possível sua realização com anestesia local.

Objetivo: Avaliar resultados subjetivos do TVT-Secur® no HSPE.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo com 30 pacientes com diagnóstico clínico e urodinâmico de IUE e indicação de tratamento cirúrgico. As cirurgias foram realizadas entre abril de 2007 e junho de 2008. Vinte e uma pacientes apresentavam sintomas mistos e nove queixavam-se apenas de IUE. O tempo médio de seguimento foi de 11.4 meses (4 a 16 meses). A avaliação subjetiva foi realizada por contato pessoal ou telefônico, questionando-as sobre a satisfação com o resultado do tratamento.

Resultados: A média de idade foi 59,6 anos (26 a 86 anos). Uma paciente não compareceu aos retornos e não foi possível contactá-la, sendo excluída do estudo. Vinte pacientes (69%) estavam satisfeitas e 9 (31%) insatisfeitas, estas últimas foram encaminhadas a uma nova cirurgia (TVT® retropúbico). Observamos duas complicações pós-operatórias: uma extrusão de tela, na qual foi realizada exérese parcial, permanecendo a paciente continente e satisfeita; e uma retenção urinária, sendo necessária a retirada total da tela. A paciente se encontra insatisfeita e aguarda nova cirurgia.

Conclusão: A taxa de cura subjetiva deste procedimento parece ser menor em relação a outros *slings* de uretra média já consagrados, podendo ser conseqüente à curva de aprendizado. As principais vantagens desta cirurgia são: diminuir riscos de complicações relacionadas à passagem das agulhas; única incisão e possibilidade de realização com anestesia local.

Sala 05 – VIDEO CIRURGIA

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:50 – 16:00 hs

TL.14.01

ANÁLISE DO TRATAMENTO DA HÉRNIA INGUINAL POR VIDEOCIRURGIA

Sorbello, A. A.; Godinho L.S.*; Prado, E. N.; Souza J.R.M.; Silva, C. B.; Sorbello, M. P.

INSTITUTO SORBELLO

Introdução: O tratamento das hérnias inguinais por videocirurgia ainda é assunto polêmico. Há uma parcela de cirurgiões ainda não convencidos das vantagens desta técnica em relação às cirurgias mais tradicionais por inguinotomia. O uso de técnicas de correção sem tensão, com telas sintéticas, já é consenso em ambas as abordagens. **Objetivo :** Divulgação de resultados positivos e de baixa morbi-mortalidade no tratamento da hérnia inguinal por videocirurgia. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 111 pacientes submetidos à correção de hérnias inguinais por videocirurgia (TAPP) no período entre janeiro de 2000 e agosto de 2008. **Resultados:** 100 pacientes masculinos e 11 pacientes femininas. 18% com idade < 40 anos, 44% entre 40 e 60 anos e 38% > 60 anos. 30% hérnias direitas, 19% esquerdas e 51% bilaterais. 13% das hérnias operadas eram recidivadas. Achados operatórios: 58% diretas, 17% indiretas, 13% femurais, 10% mistas, 2% lipomas de cordão. 21% de complicações : 38% hematomas, 21% coleções, 0,9% de complicação maior: lesão perfurativa do sigmóide devido tração de pinça laparoscópica. Não houve conversão da técnica. 55% dos pacientes tiveram entre 3 e 4 retornos no período do pós-operatório. **Conclusão :** O tratamento por videocirurgia das hérnias inguinais apresenta bons resultados, com baixos índices de morbidade relacionada ao tipo de anestesia e/ou à via de acesso e pouca algia pós-operatória.

Sala 05 – VIDEO CIRURGIA

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 16:00 – 16:10 hs

TL.14.02

HERNIOPLASTIA INGUINAL VÍDEO LAPAROSCÓPICA (TAPP)

CASUÍSTICA DE 12 ANOS

Furtado, M.; Furtado, R.; Queiroz, C.; Gonçalves, A.C*.

HOSPITAL PITANGUEIRAS – JUNDIAÍ – SP

Introdução: O tratamento cirúrgico da hérnia inguinal é fonte de estudo por décadas, sempre buscando eficácia associada a baixo índice de recidiva. A partir do advento das técnicas sem tensão com prótese e, paralelamente da vídeo cirurgia, a incidência de recidiva vem declinando e os bons resultados a curto e longo prazo fazem do método laparoscópico uma alternativa no arsenal do cirurgião geral.

Objetivo: Estudo retrospectivo da casuística de 12 anos de cirurgia vídeo laparoscópica na hérnia inguinal em Hospital privado.

Material e métodos: Entre julho de 1996 e setembro de 2008, foram realizadas 394 operações de hernioplastia inguinal por Vídeo laparoscopia em adultos variando entre 28 e 79 anos. O sexo predominante foi o masculino com 372 pacientes (94,4%). A hérnia bilateral foi responsável por 35% das indicações (138 casos) seguida pela hérnia unilateral em (256 casos). A hérnia recidivada foi responsável por 23,3% (92 casos) das indicações. As hérnias diretas (Nyhus 3a) foram as mais frequentes, seguidas das indiretas e femurais. O tempo operatório médio foi de 40 min. e o período de internação hospitalar não ultrapassou 24h na totalidade dos casos.

Resultados: O seroma em região inguinal é a principal complicação pós-operatória, principalmente nos pacientes em que a ressecção do saco herniário foi realizada, facilmente tratável, em casos selecionados de grande volume, por punção com agulha. Quatro pacientes apresentaram recidiva da hérnia (1,01%), dois deles tratado por nova laparoscopia.

Conclusão: O tratamento cirúrgico por vídeo laparoscopia da hérnia inguinal mostrou-se ser um método seguro, de baixa morbidade e nenhuma mortalidade. Tem grande indicação nas hérnias recidivadas e bilaterais e baixo índice de recidiva.

Sala 05 – VIDEO CIRURGIA

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 16:50 – 17:00 hs

TL.14.03

O PAPEL DO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTÓRIO NO TRATAMENTO - CONSERVADOR E RADICAL - DA ENDOMETRIOSE PÉLVICA PROFUNDA POR VIDEOCIRURGIA

Sorbello, A. A.; Godinho, L.S.*; Prado, E.N.; Souza, J. R.M.; Silva, C.B.;Sorbello, M.P.

INSTITUTO SORBELLO

Introdução: A incidência da endometriose pélvica vem aumentando progressivamente nos últimos anos e,consequentemente, os casos de acometimento profundo do septo reto vaginal. Com isso, cresce a necessidade de cirurgiões do aparelho digestório com experiência para ressecção destas lesões. A videocirurgia na endometriose já encontra-se bem estabelecida. No entanto, a radicalidade da ressecção das lesões endometrióticas ainda é assunto controverso.

Objetivo: Apresentar os resultados pós-operatórios de pacientes diagnosticadas com endometriose do septo retovaginal abordadas por videocirurgia. **Método:** Análise retrospectiva de 22 pacientes com diagnóstico de endometriose do septo retovaginal operadas por videocirurgia no período de abril de 2001 e agosto de 2008 e com anátomo-patológico confirmando endometriose. **Resultados:** 6 pacientes foram submetidas à retossigmoidectomia e 16 pacientes à enucleação e ablação dos nódulos endometrióticos, sendo 2 destas associadas à colecistectomia eletiva, 2 à histerectomia total, uma à apendicectomia e uma à enterectomia segmentar . Uma paciente foi submetida à cirurgia enucleativa de urgência por endometrioma de ovário roto. Tempo médio de internação hospitalar : 2 dias. Tempo médio de cirurgia : 79 minutos.18 pacientes apresentavam infertilidade como queixa principal (82%), sendo 4 delas como única queixa. Das 22 pacientes, 6 já tinham pelo menos 1 filho, 2 delas com desejo de segunda gravidez. Das 18 pacientes não histerectomizadas, 2 engravidaram após a cirurgia (11%). Demais sintomas: dismenorréia (59 %); constipação (32%); diarréia (23%); dispareunia e dor pélvica crônica (18%); dor à evacuação (14%) e hematoquezia (4,5%). Seguimento pós-operatório médio de 23 meses. Das 16 pacientes sintomáticas, 8 tornaram-se assintomáticas, 6 mantiveram-se sem alterações após a cirurgia e 2 consideraram-se melhor. Uma paciente evoluiu com estenose da anastomose colorretal, resolvida com dilatação. Anátomo-patológico: 4 infiltravam até camada muscular própria, 3 submucosa e 1 mucosa. **Conclusão :** A abordagem da endometriose infiltrativa profunda do septo retovaginal é um procedimento que requer experiência do cirurgião, especialmente em videocirurgia colorretal, para que o nódulo endometriótico seja ressecado totalmente e , caso necessário , habilidade para procedimentos mais radicais como retossigmoidectomia por videocirurgia.

Sala 05 – VIDEO CIRURGIA

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 17:00 – 17:10 hs

TL.14.04

TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE TUMORES SUBMUCOSOS DO ESÔFAGO

Brandalise N. A., Aranha N.C., Brandalise A., Lorenzetti C., Borgonovi A. C.*

Fundação Centro Médico de Campinas, Campinas - SP

Introdução: Os tumores submucosos, GIST – gastrointestinal stromal tumor, são pouco freqüentes no estômago, correspondendo de 1 a 3% dos tumores gastricos ressecados. Sem prevalência entre homens e mulheres, ocorrem principalmente na 6ª década de vida. Seu diagnóstico usualmente não é possível por biópsias endoscópicas e a diferenciação entre tumores malignos e benignos é difícil mesmo após a ressecção cirúrgica. A ressecção laparoscópica tem sido empregada no tratamento do GIST, trazendo vantagens como mínima manipulação tumoral, eficácia no diagnóstico e tratamento de lesões incidentais e nas lesões com hemorragia digestiva; permitindo ressecção oncológica adequada.

Objetivo: Demonstrar tratamento videlaparoscópico de tumores submucosos do estomsgo de diferentes localizações na parede gastrica.

Material e método: Vídeio de cirurgias em pacientes com tumores submucosos de estômago.

Conclusão: A cirurgia videolaparoscópica para tumores submucosos de estômago é factível, podendo ser realizada em tumores de diferentes localizações e ainda somando ao paciente os benefícios da cirurgia minimamente invasiva.

Sala 05 – VIDEO CIRURGIA

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 17:10 – 17:20 hs

TL.14.05

TUMORES SUBMOCOSOS DO ESTOMAGO TRATADOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Nelson Ary Brandalise, Nilton César Aranha, André Brandalise, Claudia Lorenzetti, Adriana Borgonovi.

Os leiomiomas e os tumores estromais são pouco frequentes no estomago e correspondem a 1% a 3% dos tumores gástricos ressecados. O diagnóstico clínico é pouco frequente pela falta de sintomas e comumente são achados em exames de endoscopia. Alguns pacientes apresentam hemorragia digestiva alta facilitando o diagnóstico. O diagnóstico de benignidade ou malignidade é difícil de ser feito, no pré operatório, por se tratar de tumor da parede do estômago e dificulta a obtenção de material de biópsia. O tratamento é cirúrgico e a laparotomia é o método mais utilizado. Após a introdução da cirurgia videolaparoscópica a ressecção passou a ser realizada por videocirurgia. Nos dias atuais muitos trabalhos publicados na literatura recomendam é realizar a remoção com auxílio da videolaparoscopia em casos selecionados reduzindo assim o grau de agressão ao paciente.

É nosso objetivo apresentar 21 pacientes que foram analisados com tumor gástrico estromal sendo que 18 estavam na parede gástrica e 3 na transição esôfago gástrica. O diagnóstico foi firmado com endoscopia digestiva sendo em 4 vigência de hemorragia digestiva secundária a ulcera no ápice do tumor. Em 3 pacientes havia sintomas de refluxo. Em 4 a cirurgia foi por laparotomia e em 17 videolaparoscopia.

Os tumores da transição esôfago gástrica foram ressecados com enucleação do tumor que se estendia do estômago para o esôfago e após sua remoção realizamos uma gastrofunduplicatura para minimizar a ocorrência de refluxo. Nos demais a ressecção foi realizada com retirada da base de implantação do tumor deixando margem de segurança de 8 a 10mm. A gastrotomia resultante foi suturada em plano de sutura seromuscular com fio absorvível.

Não tivemos complicação no pós operatório. A perda de sangue foi mínima não necessitando de transfusão de sangue. No pós operatório tardio o paciente que tinha tumor no antro apresentou estase gástrica com vômitos e teve recuperação retardada. O exame de CKIT foi positivo em 15 doentes porém a quimioterapia foi necessária. O acompanhamento variou de 6 meses a 7 anos e neste período não observamos recidiva da lesão.

Concluimos que tumores estromais localizados no estômago podem ser ressecados com segurança pela videolaparoscopia com as vantagens da cirurgia minimamente invasiva.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:00 – 08:10 hs

TL.07.01

ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES DO TUBO GÁSTRICO ISOPERISTÁLTICO DE GRANDE CURVATURA GÁSTRICA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE ESÔFAGO IRRESSECÁVEL

Aquino, J.L.B.; *Oliveira, J.M.V.P.; Maziero, D.; Crisóstomo, T.A

Trabalho realizado no serviço de cirurgia torácica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas- PUCC

Introdução

As cirurgias com anastomoses esofágicas se revestem de grande temor devido a alta incidência de complicações como as deiscências. Com o advento da sutura mecânica, questionou-se a possibilidade de que essas complicações pudessem ser minimizadas, por ser uma técnica em dois planos e invertida.

Nos pacientes submetidos à cirurgia paliativa do câncer de esôfago irressecável, uma técnica que tem sido muito utilizada, na tentativa de proporcionar um procedimento com menos complicações e com qualidade de vida mais satisfatória, é a do tubo isoperistáltico de grande curvatura gástrica. Entretanto, análises da literatura, demonstram que um dos óbices desse procedimento é a deiscência da anastomose do tubo gástrico com o esôfago, quando realizada com sutura manual. E, uma vez estando presente, essa complicação impede a realimentação natural do paciente, comprometendo a qualidade de vida do mesmo no pouco tempo de vida que lhe resta, devido sua doença avançada.

Assim, utilizando-se da sutura mecânica na confecção da anastomose do tubo gástrico com o esôfago proximal, seria possível minimizar a incidência e a intensidade da deiscência dessa anastomose.

Objetivo

Avaliar as complicações da transposição paliativa do tubo gástrico isoperistáltico de grande curvatura, com sutura mecânica, em uma série de pacientes com câncer de esôfago irressecável.

Método

De Janeiro de 2003 à Dezembro de 2007, 22 (vinte e dois), pacientes com carcinoma epidermóide de esôfago irressecável, foram submetidos a transposição paliativa do tubo isoperistáltico de grande curvatura gástrica por via retroesternal. A anastomose do tubo gástrico com o coto esofágico foi realizada com sutura mecânica circular em nível cervical.

17 (Dezessete) pacientes (77,3%) eram do sexo masculino, e somente 5 (cinco) pacientes (22,7%) eram do sexo feminino, com idade variando de 49 a 76 anos.

Foram avaliadas as morbidades sistêmicas, relacionadas principalmente às complicações cardiovasculares e pulmonares, e as complicações locais, principalmente referentes à deiscência e a estenose da anastomose esôfago gástrico cervical.

Resultados

10 (Dez) pacientes (45,4%) apresentaram 1 a 3 complicações, sejam gerais, sejam locais. As complicações cardiovasculares estiveram presentes em 2 pacientes (9,09%): 1 embolia pulmonar; 1 infarto do miocárdio. As complicações pulmonares (infecção pulmonar) estiveram presentes em 4 pacientes (18,2%). A deiscência da anastomose esôfago gástrico cervical esteve presente em 3 pacientes (13,6%), sendo que 2 desses (9,09%) evoluíram com estenose da anastomose. Outros 2 pacientes (9,09%) apresentaram estenose da anastomose sem terem deiscência prévia. 1 (Um) paciente (4,5%) evoluiu a óbito, conseqüente a embolia pulmonar.

De 18 pacientes avaliados no período de 5 a 17 meses de pós-operatório, 15 (83,3%) apresentaram deglutição satisfatória para pastoso e sólidos.

Conclusão

O tratamento cirúrgico paliativo do câncer irressecável de esôfago, através da transposição gástrica isoperistáltica de grande curvatura com sutura mecânica a nível cervical, parece ser adequada pois apresenta índice de morbidade sistêmica aceitável e complicações locais com pequena incidência e de fácil resolutividade. Além disso, esse procedimento proporciona uma melhor qualidade de vida, pelo restabelecimento da deglutição.

Palavras-chaves: Esôfago, Câncer, Irressecável, Paliativo

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:10 – 08:20 hs

TL.07.02

ANÁLISE DO TRATAMENTO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFAGEANO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Sorbello, A.A.; Silva, C.B.*; Prado E. N.; Godinho, L.S.; Souza. J.R.M.; Sorbello. M. P.

INSTITUTO SORBELLO

Objetivo: Análise retrospectiva de pacientes submetidos à cirurgia por videolaparoscopia para tratamento da DRGE. **Métodos:** Analisados 97 prontuários. Pacientes com média de 48 anos de idade. 67 pacientes apresentavam alguma comorbidade, sendo mais prevalente a colecistopatia calculosa (32 pacientes), seguida de hipertensão arterial e história de tabagismo. Quanto a motivação para a cirurgia, 87 (89,7%) possuíam sintomas típicos, 3 atípicos e 7 com associação de ambos. Havia 13 pacientes com esôfago de Barrett. O tamanho da hérnia hiatal variou de inaparente até 15cm, a maioria com 2cm (32%). As técnicas inicialmente usadas foram: Nissen em 88 pacientes, Nissen-Rossetti em 8 e Lind em 1 paciente. Foi necessária hiatoplastia com tela em 1 paciente. **Resultados:** No intra-operatório houve 4,1% de intercorrência: 1 lesão pleural, 1 perfuração gástrica, 1 lesão hepática e 1 lesão de hilo esplênico responsável pela única conversão (1,03%) para laparotomia sendo necessária esplenectomia. A maioria (96,9%) teve alta hospitalar entre 1º e 2º dia PO. Houve 3 reinternações: 1 devido embolia pulmonar e 2 para reoperações. Houve 3 (3,09%) reoperações: 2 por disfagia persistente (tratamento com a técnica de Lind por videolaparoscopia em ambas), e 1 por migração de válvula com fístula pleuro-gástrica, que necessitou de toracotomia esquerda e hiatoplastia. No pós-operatório: 14 apresentaram dor no ombro e 4 tiveram soluços, com melhora até 10º dia PO; 14 com disfagia transitória e 4 com síndromes gasosas. Dois pacientes tiveram disfagia persistente: um tratado com dilatação endoscópica com sucesso e outro com espasmo esofageano difuso tratado clinicamente. Houve cura da DRGE em 90 pacientes (92%) e melhora parcial dos sintomas em 3 pacientes, totalizando 95% de bons resultados. **Conclusão:** o tratamento da DRGE por videolaparoscopia no dia a dia do consultório particular é adequado se bem indicado, havendo taxas de conversão, reoperações, complicações e cura semelhantes às encontradas na literatura mundial.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:20 – 08:30 hs

TL.07.03

DIVERTÍCULO DE FUNDO GÁSTRICO - RELATO DE CASO

Braga, M.; Ceccato, A.; Ceccato, G.*; Martins, R.; Oliveira, P.; Prates, R.;

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS

INTRODUÇÃO: Os divertículos são estruturas saciformes formados a partir da parede da víscera, estão presentes em todo o segmento gastrointestinal sendo o estômago o local de menor incidência. Os divertículos gástricos são raros e o diagnóstico é feito ocasionalmente durante o estudo radiológico, endoscópico, e nas necropsias. Aparecem em forma isolada com localização preferencial na região justacardiaca e pré-pilórica. São classificados em verdadeiros (congenitos) ou falsos (adquiridos). Os verdadeiros contêm todas as camadas da parede gástrica enquanto o falso contém apenas a mucosa. **OBJETIVO:** Apresentar o caso do paciente L.A.J.P, sexo masculino, 48 anos que durante um episódio de impactação alimentar e conseqüente estudo de imagem do trato digestivo alto, diagnosticou-se divertículo de fundo gástrico. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo; relato de caso. Realizou-se revisão da literatura em busca de informações sobre a doença relatada. **RESULTADO:** O paciente evoluiu bem, apresentando-se oligossintomático. Não apresentou aos estudos subseqüentes outras complicações. Optou-se pela conduta conservadora. **CONCLUSÃO:** O caso relatado é particular pela rara localização no fundo gástrico e pelo aspecto sintomático. O divertículo é uma causa incomum de sintomas dispépticos e dor abdominal inespecífica. O tratamento pode ser conservador. Em casos com pouca melhora clínica ou em vigência de complicações, indica-se o tratamento cirúrgico.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:30 – 08:40 hs

TL.07.04

**NOVAS TÉCNICAS AMBULATORIAIS PARA AVALIAÇÃO DA MOTILIDADE ESOFÁGICA
E SUA APLICAÇÃO NO ESTUDO DO MEGAESÔFAGO**

Herbella, F. * ; Del Grande, J.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA SÃO PAULO - SP

Novos exames ambulatoriais para avaliação da motilidade esofágica tornaram-se acessíveis à prática clínica. Devido a sua introdução relativamente recente, é incerto o real valor desses novos testes no estudo da acalásia. Os autores demonstram os achados no megaesôfago da manometria de alta resolução, da impedanciometria-manometria e impedanciometria-pHmetria. A literatura pertinente também é apresentada. Os autores concluem que há ainda escassez de trabalhos clínicos relacionados, sendo que poucos enfocando o pós-operatório. Também, ainda não há publicações de autores brasileiros sobre o assunto. Esses novos exames certamente permitiram e permitirão uma melhor compreensão da fisiologia da motilidade esofágica, no entanto, ainda é incerto seu valor clínico especificamente na acalásia.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:40 – 08:50 hs

TL.07.05

RELAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATORIAS EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA GÁSTRICA SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ.

Neto, H.A.*;Gabriel, SA.; Fonseca, AZ.; Frazão M.; Bestane, F.; Canto H.; Dimitrov, M.; Ilias EJ.; Kassab, P.

Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro.

RESUMO: SEGUNDO A ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER NO BRASIL, ESTÃO PREVISTOS 21.800 CASOS NOVOS DE CÂNCER DE ESTÔMAGO POR 100.000 HABITANTES PARA O ANO DE 2008. CERCA DE 65% DOS PACIENTES COM CÂNCER DE ESTÔMAGO TÊM MAIS DE 50 ANOS. O PICO DE INCIDÊNCIA SE DÁ EM SUA MAIORIA EM HOMENS, POR VOLTA DOS 70 ANOS DE IDADE. A DESNUTRIÇÃO OCORRE EM 60% DESTES PACIENTES. NUTRIÇÃO, IMUNIDADE, INFECÇÃO E CÂNCER ESTÃO DIRETAMENTE RELACIONADOS; A DESNUTRIÇÃO CAUSA DECRÉSCIMO DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA. AVALIAÇÃO DA NUTRIÇÃO E PARÂMETROS FUNCIONAIS, INCLUINDO PERDA DE PESO, ALBUMINA BAIXA PRECISAM SER USADOS COMO VALOR PREDITIVO DE SOBREVIDA NESSES PACIENTES. A PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DO ESTADO NUTRICIONAL EM PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER E CANDIDATOS À TERAPÊUTICA CIRÚRGICA É DE IMPORTÂNCIA CLÍNICA, DEVIDO À NÍTIDA ASSOCIAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE ALTERAÇÕES NUTRICIONAIS E A OCORRÊNCIA DE MORBIDADE E MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA. EM NOSSO SERVIÇO FORAM AVALIADOS 114 PACIENTES COM CÂNCER GÁSTRICO, SENDO ENCONTRADOS 32,46% DE EUTRÓFICOS E 63,16% DE DESNUTRIDOS, DESTES 45,61% ERAM DESNUTRIDOS LEVES, 11,4% MODERADOS. ENTRE OS DESNUTRIDOS 36,11% APRESENTARAM COMPLICAÇÕES E EM 37,8% DOS EUTRÓFICOS, SENDO A MAIS COMUM O ÓBITO (51,35%), SEGUIDO POR FÍSTULA (27%). CONCLUI-SE QUE A MAIORIA DOS PACIENTES ERAM DESNUTRIDOS, ONDE ENCONTRAMOS MAIOR NÚMERO DE COMPLICAÇÕES, DENTRE ELAS O ÓBITO. MESMO ASSIM AS COMPLICAÇÕES ENCONTRADAS EM NOSSO ESTUDO FORAM MENORES QUE AS DA LITERATURA.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 08:50 – 09:00 hs

TL.07.06

AVALIAÇÃO DA REMIOTOMIA EM PACIENTES COM MEGAESÔFAGO NÃO AVANÇADO COM RECIDIVA DE SINTOMAS

Aquino, J.L.B.; Crisóstomo, T.A.*; Maziero, D.; Oliveira, J.M.V.P.; Pereira, D.A.R.; Said, M.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, AVENIDA JOHN BOYD DUNLOP S/Nº, JARDIM IPAUSSURAMA, CAMPINAS.

INTRODUÇÃO

Das várias técnicas cirúrgicas propostas para o tratamento da recidiva dos sintomas após miotomia prévia em pacientes com megaesôfago não avançado, a remiotomia é o procedimento que tem sido preconizado com mais freqüência. Entretanto, poucas séries têm demonstrado a avaliação tardia após esse procedimento.

OBJETIVO

Analisar os resultados tardios de remiotomia com funduplicatura anterior em pacientes com megaesôfago não avançado e com recidiva de sintomas.

MATERIAL E MÉTODOS

De janeiro de 2000 a dezembro de 2005, 7 pacientes com megaesôfago grau II submetidos previamente a miotomia, foram submetidos a remiotomia anterior e funduplicatura. Seis pacientes eram do sexo masculino sendo o restante do sexo feminino. A idade variou de 36 a 71 anos com média de 58,5 anos. Em relação ao tempo da miotomia prévia, este variou de 2 a 9 anos com media de 6,5 anos.

RESULTADOS

Em relação às complicações intra-operatórias, 2 pacientes (28,5%) apresentaram abertura da mucosa com rafia da mesma, e um destes pacientes também apresentou lesão esplênica sendo necessária a realização de esplenectomia, com boa evolução. Um paciente (14,2%) apresentou infecção pulmonar com boa evolução com tratamento clínico. Nenhum paciente evoluiu a óbito. Em relação à avaliação tardia em 1, 3 e 5 anos, demonstrou-se que houve recidiva de sintomas em 28,5%, 80% e 100% dos pacientes acompanhados, respectivamente.

CONCLUSÃO

A remiotomia em megaesôfago não avançado, apesar de apresentar baixa morbidade em pós-operatório imediato, em avaliação a longo prazo apresenta alta incidência de recidiva, o que torna sua indicação limitada apenas para aqueles pacientes que não tem condições clínicas para a realização de cirurgias de maior complexidade. Entretanto, torna-se necessário estudo com maior número de casos.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:00 – 09:10 hs

TL.07.07

SINDROME BOERHAAVE – RELATO DE CASO

Tarcisio Versiani Filho, Luiz Carlos Teixeira (*Versiani Filho,T; Teixeira, LC)

HOSPITAL SOCOR – BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

Introdução:

A perfuração espontânea do esôfago, denominada Síndr.Boerhaave, é uma afecção rara, rapidamente fatal, caso não diagnosticada e tratada a tempo, secundária ao aumento súbito da pressão intra-luminal do esôfago, após esforço de vômitos devido a abuso alimentar ou alcoólico.Sugere-se que esofagite de refluxo ou distúrbios motores do esôfago contribuam para a fisiopatologia da doença, como fatores predisponentes.

O diagnóstico deve ser o mais rápido possível, pois, o sucesso do tratamento é diretamente proporcional ao tempo de evolução.O tratamento é cirúrgico na grande maioria dos casos, deixando o tratamento conservador ou endoscópico como exceção.

Objetivo: Relatar um caso de Síndr. Boerhaave de apresentação clínica atípica, tratado com sucesso na nossa instituição.

Relato de caso: J.R.S 53 anos com queixa de epigastria após 02 episódios de vômitos. Etilista crônico e passado de esofagite grau II. Ao exame físico: desidratado(++/4+), FC:90 bpm, com dor à palpação profunda no epigástrico sem sinais de irritação peritoneal.Propedêutica realizada: Exames laboratoriais: LG:12.300/mm³ Amilase: 375 mg/dl. RX tórax e abdômen: normais

US abdominal: discreto derrame pleural esq. com pâncreas normal.TC abdômen (12 horas após internação): derrame pleural bilateral; ausência de pneumoperitônio; pâncreas normal.

EDA (24 horas após internação): **NORMAL.**

Após EDA o paciente iniciou dor torácica e dispnéia. Realizado ângio-TC de tórax, que evidenciou volumoso pneumomediastino com coleção mediastinal.

Suspeitado de perfuração esofágica que foi confirmada pelo esofagograma.

Indicado tratamento cirúrgico de urgência através de laparotomia sendo realizado: esofagorrafia, válvula esofagogástrica do tipo Nissen, gastrostomia e jejunostomia, além de drenagem pleural esquerda.

Paciente evoluiu com sinais de mediastinite que respondeu bem ao tratamento instituído, recebendo alta hospitalar no 40º DPO.

Conclusão: A Síndr. Boerhaave embora seja uma afecção rara, deve ser do conhecimento do cirurgião geral que lida com urgência, devendo entrar no diagnóstico diferencial de dor torácica e abdominal, e o sucesso do tratamento depende do tempo de evolução, pois rapidamente pode evoluir para sepse, choque e óbito.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:10 – 09:20 hs

TL.07.08

SÍNDROME DE BOERHAAVE – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Versiani-Filho, T.; Teixeira, L. C.; Sia, O. N.; Galvão, A. O.*

HOSPITAL SOCOR – BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

- **Introdução**

A perfuração espontânea do esôfago, denominada Síndrome de Boerhaave, é uma afecção rara rapidamente fatal, caso não diagnosticada e tratada a contento, secundária ao aumento súbito de pressão intra-luminal do esôfago após esforço de vômito devido ao abuso alimentar ou alcoólico. Sugere-se que a esofagite de refluxo ou distúrbios motores do esôfago contribuam para a fisiopatologia da doença como fatores predisponentes. O diagnóstico deve ser o mais rápido possível, pois o sucesso do tratamento é diretamente proporcional ao tempo de evolução. O tratamento é cirúrgico na maioria dos casos, deixando o tratamento conservador ou endoscópico como exceções.

- **Objetivo**

Relatar um caso de Síndrome de Boerhaave de apresentação clínica atípica, tratado cirurgicamente com sucesso na nossa instituição e revisão do tema.

- **Relato de caso**

J. R. S. 53 anos, etilista crônico e passado de esofagite grau II (Sarary-Miller) com queixa de epigastria após 02 (dois) episódios de vômito. Ao exame físico estava desidratado (++)/4+), FC: 90 bpm, com dor à palpação profunda do epigástrico sem sinais de irritação peritoneal. Propedêutica complementar realizada: exames laboratoriais: GL: 12.300/mm³ Amilase: 375 mg/dl. RX tórax e abdômen: ndn, US abdominal: discreto derrame pleural esquerda, pâncreas normal, TC abdome (12 horas após internação): derrame pleural bilateral; ausência de pneumoperitônio, pâncreas normal, EDA (24 horas após internação): ndn.

Após EDA o paciente iniciou com dor torácica e dispnéia. Realizado angiotomografia de tórax, que evidenciou volumoso pneumomediastino com coleção mediastinal, foi então suspeitado de perfuração esofágica que foi confirmada pelo esofagograma. Indicado tratamento cirúrgico de urgência através de laparotomia exploradora sendo realizado esofagorrafia, válvula esofagogástrica do tipo Nissen, gastrostomia e jejunostomia, além de drenagem pleural esquerda.

Paciente evoluiu com sinais de mediastinite que respondeu bem ao tratamento instituído, recebendo alta hospitalar no 40º DPO.

- **Conclusão**

A Síndrome de Boerhaave embora seja uma afecção rara, deve ser de domínio do cirurgião geral, devendo entrar no diagnóstico diferencial de dor torácica e abdominal, sendo que o sucesso do tratamento depende do tempo de evolução.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:20 – 09:30 hs

TL.07.09

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER GÁSTRICO: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES NO PERÍODO DE 1998 a 2008

Souza,AAC*; Sarmiento,CMM; Cavalcante Júnior,JC; Fontan,AJF; Batista Neto,J; Silva, LMTP; Silva,KSMA; Pontes, ACP

INTRODUÇÃO

O carcinoma gástrico, freqüente das neoplasias malignas do aparelho digestivo, constitui a segunda causa de morte por câncer em nosso país. O tratamento cirúrgico obtém os melhores resultados a curto e longo prazo, se destacando como possibilidade de cura.

OBJETIVOS

Analisar o perfil das ressecções gástricas por carcinoma no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) / UFAL.

PACIENTES E MÉTODOS

Estudo retrospectivo e descritivo que incluiu 83 portadores de câncer gástrico atendidos no CACON do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes no período de março de 1998 a maio 2008.

RESULTADOS

Oitenta e Três pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo 51 do sexo masculino. A localização mais frequente foi antro(48,1%),era avançado (92,5%) e segundo a classificação de Bormann, o tipo III foi predominante (45,7%). A gastrectomia foi possível em 64 pacientes , sendo a ressecção total em 26 casos e subtotal em 38,a maioria com reconstrução do tipo Billhoth II (53,1%). Os laudos histopatológico revelaram 61 casos de Adenocarcinoma, 2 de Linfoma, 1 de Tumor Carcinóide e 1 de Leiomioma. Quanto a classificação de Lauren 29(46,8%) eram do tipo intestinal, 20 (32,2%) difuso, 5(8,1%) misto e 8(12,9%) não-classificáveis.

CONCLUSÃO

Nossos dados estão de acordo com a literatura, observando-se franco predomínio de câncer gástrico invasivo,com acometimento do terço distal do estômago,sendo a maioria adenocarcinoma do tipo intestinal. As ressecções gástricas têm sido a principal forma de tratamento para o câncer gástrico no nosso serviço, com relativo sucesso, apesar do diagnóstico tardio em nosso meio.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:30 – 09:40 hs

TL.07.10

TRATAMENTO VÍDEO LAPAROSCÓPICO DA DRGE, CASUÍSTICA DE 10 ANOS.

Furtado, M.; Leão, S.; Furtado, R.; Gonçalves, A.C.; Queiroz, C.*

CENTRO MÉDICO PITANGUEIRAS – JUNDIAÍ – SP

Introdução: A doença do Refluxo Gastroesofágico sofreu grande avanço no que se refere ao seu diagnóstico e tratamento. A evolução da endoscopia, dos inibidores de bomba protônica e, sobretudo, da vídeo laparoscopia, modificou o manejo desta patologia.

Objetivo: Estudo retrospectivo da casuística de 12 anos de cirurgia vídeo laparoscópica em Hospital privado, no tratamento da DRGE.

Material e métodos: Entre março de 1996 e setembro de 2008, foram realizadas 912 operações de correção do RGE por Vídeo laparoscopia em adultos variando entre 14 e 81 anos. O sexo predominante foi o masculino com 629 pacientes (68,9%). A principal indicação foi a Esofagite por refluxo não complicada em 775 casos (84,9%). O esôfago de Barrett foi responsável por 15,1% das indicações (137casos). As técnicas de funduplicatura empregadas foram a do tipo Nissen e Mista (Nissen modificada). A primeira com 25,5% (233 operações) e a segunda com 74,5% (679 operações). A conversão para cirurgia laparotômica foi necessária em 6 casos (0,6%), devido a sangramento de vasos breves, hipercapnia, aderências e fígado grande. Em 36 casos foi realizado a colecistectomia associada à operação anti-refluxo. O tempo operatório médio foi de 51 min. e o período de internação hospitalar não ultrapassou 24h na grande maioria dos casos.

Resultados: Foram necessárias 5 reoperações nesta série (0,5%). Duas delas por migração aguda da válvula e as demais por disfagia persistente e recidiva da ER. Todos os pacientes foram acompanhados ambulatorialmente por 30, 60 e 365 dias não apresentando maiores intercorrências.

Conclusão: O tratamento cirúrgico por vídeo laparoscopia da DRGE mostrou-se, nesta casuística, ser um método seguro, de baixa morbidade e nenhuma mortalidade.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:40 – 09:50 hs

TL.07.11

VAGOTOMIA NA CORREÇÃO DA HÉRNIA DE HIATO: OBSERVAÇÕES ANATÔMICAS.

Miragaia, M; Herbella, F.; Del Grande, J.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA SÃO PAULO – SP

No tratamento cirúrgico das hérnias de hiato, o esôfago curto apresenta-se como tema de ampla discussão, desde sua existência até sua terapêutica. Recentemente, a vagotomia foi proposta como método de alongamento do esôfago durante as correções das hérnias de hiato. Com vistas a estudar o melhor ganho de comprimento do esôfago com esse procedimento, os autores voltaram ao laboratório de anatomia para definir os aspectos técnicos da vagotomia. A primeira hipótese foi de que a vagectomia seria superior a vagotomia pontual na proporção do alongamento. Para tanto, o comprimento do esôfago abdominal foi medido inicialmente, após vagotomia e após vagectomia. Não houve ganho adicional com a ressecção de parte do vago. Como segunda hipótese, aventou-se a possibilidade de que a simples dissecação dos nervos, à semelhança da esofagectomia com preservação vagal, traria alongamento do esôfago. Após dissecação dos nervos, alongamento esofágico foi notado, porém, de magnitude discretamente menor que a vagotomia. Os autores concluem que dissecação vagal deve ser tentada antes da vagotomia no sentido de obter-se alongamento do esôfago nas correções da hérnia de hiato.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 09:50 – 10:00 hs

TL.09.01

A COLONIZAÇÃO BACTERIANA DA BILE EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA POR COLECISTITE CRÔNICA CALCULOSA NO HOSPITAL ESTADUAL DO GRAJAÚ.

Gabriel, SA*.; Fonseca, AZ.; Frazão M.; Bestane F.; Mattos, G.; Calderon, M.G.; Kassab, P.; Contrucci, O.; Ilias, EJ.;

Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro.

Resumo: Realizou-se um estudo prospectivo e diagnóstico em pacientes com coledolitíase crônica, com o propósito de determinar a frequência da infecção biliar, identificar das bactérias mais frequentes e de estabelecer a sensibilidade antibiótica específica. Estudou-se um grupo de 55 pacientes, dentre os quais, 13 (23,63%) homens e 42 (76,37%) mulheres, sendo que a média de idade dos homens (54,30 anos) maior que das mulheres (44,52 anos). O grupo considerado como não diabético era formado por 41 (74,55%) pacientes e 14 (25,45%) pacientes diabéticos. Dentre as culturas, 19 (34,54%) pacientes obtiveram positividade para um total de 22 culturas sendo que destas, em 18 (81,81%) cresceram bactérias aeróbicas e em 4 (18,19%) cresceram bactérias anaeróbicas. A distribuição das bactérias isoladas nas culturas da bile em ordem de frequência foi *Staphylococcus aureus* (24%), *Enterococcus sp* (20%), *Escherichia coli* (12%), *Proteus sp* (12%), *Enterobacter sp* (12%), *Peptostreptococcus sp* (12%), *Bacterioides sp* (4%) e *Pseudomonas aeruginosa* (4%). Ao se comparar idade e diabetes, observou-se uma diferença importante na média etária desses pacientes, sendo de 61,78 anos para o grupo de diabéticos e de 41,73 anos para os não diabéticos ($p < 0,01$). Ao analisarmos o grupo dos diabéticos, verificamos que possuem maior crescimento bacteriano na bile, quando comparados ao grupo de não diabéticos ($p < 0,05$). E existe diferença significativa ($p < 0,05$) quando comparamos o nível médio da Hemoglobina glicosilada entre os grupos de diabéticos (7,95 mg/dl) e não diabéticos (6,26 mg/dl), mesmo estando estas médias dentro dos padrões da normalidade. Todas as bactérias isoladas apresentaram 100% de sensibilidade aos antibióticos testados dos grupos das quinolonas, dos carbapenêmicos e das cefalosporinas de 4ª geração. Já as cefalosporinas de 3ª geração apresentaram uma resposta variável, sendo de 100% para a Ceftriaxona e de 87,50% para a Ceftazidima. Os aminoglicosídeos como a Amicacina e a Gentamicina, possuem boa sensibilidade para as bactérias Gram-negativas isoladas, assim como o Cloranfenicol, este último, possuindo a vantagem de também atuar sobre bactérias anaeróbicas.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 10:00 – 10:10 hs

TL.09.02

ANÁLISE DOS PARÂMETROS BIOQUÍMICOS PRÉ OPERATÓRIOS DOS PACIENTES COM COLELITÍASE E COLEDOCOLITÍASE.

Speranzini MB; Miotto MJ; Polimanti AC; Furst RVC; Giusti MF*; Cordenonssi JT; Sesar I; Valerim PRS; Araújo E; Brunetti K; Silvino JRC

Faculdade de Medicina do ABC – Santo André/SP

Introdução: Com os avanços da videocirurgia, aumenta a importância do diagnóstico pré-operatório de coledocolitíase, pela dificuldade técnica encontrada na exploração das vias biliares por esta técnica. **Objetivos:** Avaliar a alteração de parâmetros bioquímicos que permitam suspeitar de coledocolitíase em pacientes portadores de litíase biliar. **Materiais e Métodos:** Revisaram-se retrospectivamente prontuários de portadores de doenças de vias biliares sintomática submetidos a colecistectomia com exploração radiológica de vias biliares no Hospital de Ensino Padre Anchieta, no período de abril de 2005 a outubro de 2006, e divididos em dois grupos: Grupo I (GI), controle, e Grupo II (GII), coledocolitíase, sendo comparados as seguintes variáveis: Sexo, idade, icterícia clínica, aspartato aminotransferase, alanina aminotransferase, gamaglutamiltransferase, fosfatase alcalina, bilirrubina total e direta. Realizou-se análise estatística dos dados coletados pelo teste de Fisher e teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 50 pacientes, sendo 29 do grupo I e 21 do grupo II, com idade média de 51,69 anos ($p=0,906$). 10,34% dos pacientes do GI e 66,66% do GII apresentavam-se icterícos ($p<0,001$). Houve aumento significativo das bilirrubinas, transaminases e enzimas canaliculares ($p<0,001$). **Conclusão:** A presença de icterícia clínica, aumento de transaminases, enzimas canaliculares e bilirrubinas total e direta aumentam significativamente nos pacientes portadores de coledocolitíase.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 10:50 – 11:00 hs

TL.09.03

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS E SOBREVIDA DE PACIENTES TRANSPLANTADOS DE FÍGADO COM ACHADO DE HEPATOCARCINOMA INCIDENTAL

R. Raphe, H.C.C. Felício, M.F. Rocha, W.J. Duca, P.C. Arroyo Jr., R.C.M.A. da Silva, R.F. da Silva

Unidade de Cirurgia e Transplante de Fígado e Intestino do Hospital de Base/FUNFARME/FAMERP, São José do Rio Preto, S.P. Brasil.

Introdução: O transplante de fígado para pacientes com carcinoma hepatocelular (CHC) é uma modalidade terapêutica aceita, dependendo do tamanho e número de nódulos. Grande incidência de CHC incidental pós-transplante tem sido relatada.

Objetivo: Avaliar as características clínicas e histopatológicas e a sobrevida dos pacientes transplantados com CHC incidental.

Pacientes e Métodos: Análise retrospectiva de março de 1998 a julho de 2008, de prontuários dos pacientes transplantados de fígado, sem elevação de alfa-feto proteína e sem nódulos nos métodos de imagem. Foram incluídos os portadores de CHC ao exame histopatológico.

Resultados: Nos 277 transplantes, encontramos 23 pacientes com CHC incidental. Dos 23, 17(74%) eram do sexo masculino, idade média 52 anos (39 a 63). As etiologias da cirrose mais prevalentes foram VHC 16(69%) e ALD 11(48%). Em relação ao Child-Pugh, 12(52%) eram B e 10(43%) C. O nível médio de alfa-feto proteína foi 7,15mg/dl (1,6 a 28,2). O paciente nº. 5 tinha Adenomatose com focos de CHC sem nódulos individualizados. A análise histopatológica mostrou: tamanho médio dos tumores 0,9cm (0,4 a 3,5cm); número médio de tumores em cada explante 1, 9(1 a 7) nódulos e 21(91%) pacientes livres de invasão vascular. O estadiamento TNM revelou 14(60%) em estágio I e 5(22%) no estágio II. A classificação de Edmondson e Steiner mostrou 19(83%) em grau II. Sobrevida: dos 23 pacientes, 13(57%) morreram por causas não relacionadas ao tumor e 10(43%) estão vivos ao final de 48 ± 15 meses (29 a 84). Não foi realizada terapia adjuvante para tumor.

Conclusão: Descrevemos CHC incidental após o transplante de fígado que se apresentam em estágio precoce, com longo tempo de sobrevida livre de doença e bom prognóstico.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:00 – 11:10 hs

TL.09.04

USG-DOPPLER EM ESQUISTOSSOMÓTICOS SUBMETIDOS À DAPE – CORRELAÇÃO COM A PROGRESSÃO DAS VARIZES ESÔFAGO-GÁSTRICAS NO PÓS-OPERATÓRIO.

Ferreira, F.G*; Ribeiro, M.A.; Santos, M.F.; Assef, J.C.; Szutan, L.A.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO.

INTRODUÇÃO

A cirurgia de Desconexão Ázigo-portal com Esplenectomia (DAPE) é utilizada no tratamento da complicação hemorrágica varicosa dos esquistossomóticos com hipertensão do sistema portal. O programa de erradicação endoscópica das varizes no pós-operatório pode ser profilático ou seletivo, implicando em custos e morbidade, sendo realmente necessário apenas em 6 a 20% dos doentes operados.

OBJETIVO

Avaliar e correlacionar a velocidade de fluxo venoso e o calibre da veia porta pelo ultra-som com Doppler do sistema portal com a progressão das varizes esôfago-gástricas e/ou recidiva hemorrágica no pós-operatório de doentes com hipertensão portal esquistossomótica submetidos à DAPE. Poderemos assim, identificar aqueles esquistossomóticos que irão beneficiar-se da realização de um programa de erradicação endoscópica das varizes esôfago-gástricas no pós-operatório.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Analisamos o calibre e a velocidade de fluxo portal no pré e pós-operatório de 146 esquistossomóticos com hipertensão portal e episódio anterior de hemorragia digestiva alta que foram submetidos à DAPE em nosso serviço. Quatro momentos pós-operatórios foram determinados para a análise dos dados: PO 1 ano, PO 2 anos, PO até 5 anos e PO até 10 anos. Em cada momento os doentes foram divididos em dois grupos quanto à progressão ou não das varizes esôfago-gástricas em relação ao número, calibre, sinais de sangramento ou recidiva hemorrágica.

RESULTADOS

Nos pós-operatórios 1 ano, 2 anos, até 5 anos e até 10 anos, a velocidade de fluxo na veia porta (cm/s) medida no PO 1 ano foi maior nos doentes com progressão das varizes esôfago-gástricas ($17,64 \pm 4,84$ vs $13,81 \pm 5,61$, $p=0,025$ / $16,74 \pm 4,80$ vs $13,75 \pm 5,80$, $p=0,039$ / $16,01 \pm 5,00$ vs $13,23 \pm 5,86$, $p=0,036$ e $16,01 \pm 5,00$ vs $13,23 \pm 5,86$, $p=0,036$, respectivamente). Após análise da curva ROC estabeleceu-se o valor de 15,5 cm/s como a velocidade de fluxo diferenciando os dois grupos em cada momento. O calibre portal não apresentou relação com a progressão das varizes no pós-operatório.

CONCLUSÃO

Doentes com velocidade de fluxo portal acima de 15,5 cm/s no PO 1 ano da DAPE apresentaram progressão das varizes esôfago-gástricas, com maior chance de recidiva hemorrágica, devendo ser incluídos no programa de erradicação endoscópica de varizes.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:10 – 11:20 hs

TL.09.05

ESCLEROTERAPIA EXCLUSIVA OU ASSOCIADA À DAPE NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO PORTAL ESQUISTOSSOMÓTICA – ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO.

LACET CM; WISZOMIRSKA RM; RIBEIRO LT; SILVA KCP; OLIVEIRA FS; SARMENTO CMM*; BALWANI MCL; SILVA TAE; CAVALCANTE JR JC; FONTAN AJA; SOUZA, AAC; BATISTA NETO, J

INTRODUÇÃO: A Esquistossomose Mansônica é doença endêmica no Brasil e cerca de 10% dos infestados evoluem com hepato-esplenomegalia e hipertensão portal. A Hemorragia digestiva alta (HDA) é responsável por sua morbimortalidade. A abordagem terapêutica da hipertensão porta esquistossomótica ainda é controversa; os estudos sobre a escleroterapia exclusiva ou a associação do tratamento cirúrgico e endoscópico para a HPE são escassos.

MÉTODO – Estudo prospectivo e randomizado comparando a eficácia da escleroterapia isolada versus DAPE associada à escleroterapia. Foram incluídos 31 pacientes, 17 no grupo endoscópico (Esclerose de VE), sendo 12 mulheres e 5 homens, com faixa etária variando dos 18 aos 65 anos, e 11 no grupo cirúrgico (DAPE + esclerose de VE), sendo 10 homens, com idade variando de 13 a 65 anos. Três pacientes não aderiram ao tratamento. Variáveis estudadas foram complicações imediatas ou tardias relacionadas ao procedimento terapêutico, recidivas hemorrágicas e mortalidade.

RESULTADOS: O follow-up variou de 6 a 90 meses no grupo cirúrgico, e de 22 a 90 meses no grupo endoscópico. As complicações verificadas na escleroterapia foram: disfagia ocasional 5/17 (29,4 %), hematoma dissecante 1/17 (5,9 %). No grupo cirúrgico foram observadas laceração do esôfago-01 e do pâncreas 1/11 (9,0%), ascite 2/11 (18,18 %) e trombose de veia porta 3/11 (27,2 %) todos com recanalização posterior. A recidiva hemorrágica ocorreu em 10/17 (58,8 %) dos pacientes do grupo endoscópico e em 3/11 (27,3 %) do grupo cirúrgico. Houve 01 (9,0%) óbito por HDA no grupo cirúrgico.

CONCLUSÕES – A escleroterapia isolada de VE apresentou recidiva hemorrágica elevada (58,8 %). Foi verificada a eficácia da escleroterapia associada à DAPE em 8/11 (72,7%).

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:20 – 11:30 hs

TL.09.06

TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DA COLEDOCOLITÍASE EM ÚNICO TEMPO OPERATÓRIO: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Souza,AAC*; Sarmiento,CMM; Cavalcante Júnior,JC; Fontan,AJF; Batista Neto,J;Silva, LMTP; Silva,KSMA; Porto,FAFP

Introdução:

A colelitíase é comum em nosso meio,em 10% a 20% dos pacientes está associada à coledocolitíase. O avanço tecnológico e a habilidade do cirurgião possibilitaram o tratamento da coledocolitíase por via laparoscópica.

Objetivo: Avaliar resultados obtidos no tratamento laparoscópico da litíase biliar em um único tempo operatório, em um Hospital Universitário.

Método: Avaliamos 65 pacientes submetidos à exploração laparoscópica das vias biliares no período agosto de 2001 a julho de 2008. A colangiografia intraoperatória foi utilizada como meio de identificação de cálculos na via biliar principal.

Resultados: 71% dos pacientes eram do sexo feminino, com média de idade de 46,3 anos. A colangiografia intraoperatória foi realizada em 83% dos pacientes, das quais 74% foram positivas, 22% negativas e 4% falso-positivas. Todos os pacientes tiveram a via biliar explorada, 48% através de coledocotomia, 29% por exploração transcística e 23% dos pacientes por ambos os procedimentos. A via biliar foi drenada em 50 pacientes, dos quais 38% com anastomose colédoco-duodenal e 60% por um tubo T. Apenas 14% dos pacientes apresentaram complicações pós-operatórias. Houve conversão da cirurgia laparoscópica para a via convencional em 13 pacientes.

Conclusão: O tratamento laparoscópico da litíase biliar em um único tempo operatório apresentou bons resultados no serviço, apesar das limitações técnicas e da aparelhagem disponível, visto que não dispomos de duodenoscópio e arco cirúrgico com intensificador de imagem.

Palavras-Chave: coledocolitíase; laparoscopia; litíase biliar

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:30 – 11:40 hs

TL.09.07

ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BILIARES: RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

Abdo E.E.; Perini M.V.; Rohde C.B.S*.; Paganelli P.M.; Sakuma M.T.A.; Penteado S.; Jukemura A.L.; Montagnini A.L.; Matheus A.S.; Haddad L.B.; Cecconello I.; Cunha J.E.M.

Serviço de Cirurgia de Vias Biliares e Pâncreas – Dpto Gastroenterologia
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-FMUSP

1 – Introdução. A estenose cicatricial das vias biliares é geralmente secundária à lesão causada por cirurgia prévia, cursando com crises recorrentes de colangite podendo levar a cirrose biliar secundária. O rápido reconhecimento e o tratamento adequado da estenose de vias biliares são essenciais para o prognóstico destes pacientes. **2 – Objetivos.** Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com estenose cicatricial de vias biliares e avaliar os resultados do tratamento cirúrgico em um hospital terciário. **3 - Materiais e Métodos.** Oitenta e oito pacientes submetidos a tratamento cirúrgico da estenose cicatricial de vias biliares entre os anos de 1990 e 2005 no Serviço de Cirurgias de Vias Biliares e Pâncreas do HCFMUSP foram avaliados retrospectivamente. Os dados estudados foram: idade, cor, sexo, tipo e número de cirurgia prévia realizada, tempo de dor abdominal, tempo entre lesão e correção cirúrgica, sintomas, níveis de bilirrubina e enzimas canaliculares e hepatocelulares pré e pós-operatórias, duração e tipo de cirurgia realizada, complicações do procedimento e tempo de internação hospitalar. **4- Resultados.** A média de idade dos pacientes foi de 44,8 anos, sendo a maioria mulheres (80,9%). A doença foi mais prevalente entre pessoas de cor branca (70,8%). Todos apresentaram ao menos um dos sintomas relacionados: 80,7% apresentaram icterícia e 55% dor abdominal e colangite. Colectomia foi a cirurgia que originou a lesão em todos os casos, exceto em um paciente que apresentava cisto de colédoco. A via laparoscópica foi utilizada para a realização da colectomia em 18,8% dos casos. O número médio de cirurgias realizadas antes de o paciente ser atendido foi de 1,5, variando de 1 a 7 intervenções. Os procedimentos mais comuns realizados antes de o paciente ser encaminhado foram: colectomia e derivação biliar digestiva. O principal tratamento oferecido a estes pacientes no HC-FMUSP foi a derivação biliar digestiva em Y de Roux, com prolongamento para o segmento lateral esquerdo (98%). A média de duração do procedimento cirúrgico foi de 404 minutos, sendo que nove pacientes receberam transfusão de sangue. Três pacientes necessitaram reoperação, sendo um por sangramento e os outros por abscesso. O tempo médio de internação foi de 15 dias. A mortalidade operatória e hospitalar foi nula. Foi observada queda acentuada nos níveis de fosfatase alcalina e gama glutamil transferase em todos os pacientes no pós operatório tardio. **5 – Conclusão.** A estenose cicatricial da via biliar acomete principalmente mulheres brancas jovens. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para o sucesso no tratamento da estenose cicatricial das vias biliares. Centros de referência podem tratar adequadamente estes pacientes, com baixas taxas de morbimortalidade e altos índices de sucesso.

6 - Bibliografia

- 1 – Sicklick, JK *et al.* Surgical Management of Bile Duct Injuries Sustained During Laparoscopic Cholecystectomy. *Annals of Surgery* **2005**, 241(5):786-795.
- 2 – Postoperative Bile Duct Strictures: Management and Outcome in the 1990s. Lilemoe, KD *et al.* *Annals of Surgery* **2000**, 232(3):430-441.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:40 – 11:50 hs

TL.09.08

EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES NO TRATAMENTO DA COLECISTOPATIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Sinisgalli, L. A.; Herreros, M., Pedroso, S.; Silva, D. C.; Martinez, N. P., Jesus, R. M.; Campos, H. C*.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES, SÃO PAULO, SP

INTRODUÇÃO:

Os autores relatam o número de casos de colecistopatia tratadas por via Videolaparoscópica, no período compreendido entre fevereiro de 1992 a setembro de 2008.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Foram realizadas 4119 colecistectomia vídeolaparoscópicas, sendo 69,07% pacientes do sexo feminino e 30,93% do sexo masculino, com idade média de 47 anos para homens e 55 anos para mulheres.

A rotina para cirurgia eletiva prevê internação 1 hora antes do procedimento, introdução de dieta no pós-operatório imediato e, em sua maioria, alta hospitalar após 24 horas.

RESULTADOS:

As indicações cirúrgicas foram: colecistopatia crônica calculosa 3078 casos (74,72%), colecistite aguda 764 casos (18,54%), coledocolitíase 135 casos (3,27%) e coledocolitíase insuspeita 43 casos (1,04%) confirmadas por colangiografia intraoperatória obrigatória e outros 99 casos (2,40%), que corresponderam a barro biliar, pólipos, colesterose, e suspeitas de neoplasia de vesícula biliar. Houve conversão para a via aberta em 122 casos (2,96%).

CONCLUSÃO:

Portanto, a Colecistectomia por Videolaparoscopia é hoje o padrão ouro no tratamento da colecistopatia eletiva ou de urgência, associada ou não a coledocolitíase, devendo ser estimulada em equipes cirúrgicas, com experiência neste método.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 11:50 – 12:00 hs

TL.09.09

LESÃO IATROGÊNICA DE VIAS BILIARES: AVALIAÇÃO DE 23 PACIENTES TRATADOS CIRURGICAMENTE

Sarmento,CMM*; Cavalcante Júnior,JC; Fontan,AJF; Batista Neto,J;Silva, LMTP; Souza,AAC; Silva,KSMA, Carvalho,AC; Raymond,EC

Introdução: A lesão iatrogênica das vias biliares representa um dos mais sérios problemas da cirurgia do aparelho digestivo, não só pela dificuldade de correção como pela morbimortalidade que ocasiona. O advento da colecistectomia videolaparoscópica, apesar de suas vantagens, levou a um acréscimo significativo destas lesões, com índices atuais de 0,5% a 0,8%.

Objetivo: Analisar os resultados do tratamento das lesões iatrogênicas das vias biliares no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) / UFAL.

Método: Foram estudados retrospectivamente 23 pacientes portadores de lesão iatrogênica das vias biliares, após realização de colecistectomia para o tratamento da colelitíase, atendidos no HUPAA no período de Novembro de 2001 a Setembro de 2008.

Resultados: Vinte e três pacientes foram tratados cirurgicamente, sendo 18 (78,3%) do sexo feminino. Em 8 (34,8%) pacientes a cirurgia inicial foi por via videolaparoscópica e em 15 (65,2%) por via convencional. Na maioria dos pacientes (17 casos) realizou-se hepaticojejunostomia em Y de Roux, nos demais casos anastomose colédoco-duodenal (n:1),colédoco-jejunal (n:1), colédoco-coledociana (n:2) e ráfia primária da lesão com colocação de dreno de Kehr (n:5). Complicações pós-operatórias: estenose de anastomose hepático-jejunal (n:2),da anastomose coledoco-coledociana (n:1) e da anastomose colédoco-duodenal(n:1), obstrução intestinal por brida (n:1), óbito(n:1).

Conclusão: O reparo cirúrgico das lesões de vias biliares pós-colecistectomias pode ser realizado com sucesso em serviços especializados em fígado e vias biliares, porém a prevenção e o diagnóstico precoce dessas lesões são de fundamental importância para a redução da morbi-mortalidade destes pacientes.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 12:00 – 12:10 hs

TL.09.10

NEOPLASIA PRIMÁRIA DE DUCTO CÍSTICO

Caramel, J. M.*; Vicentine, F.P.; Patrício, G.S.; Coelho Filho, L.A.; Apodaca, F. R.; Kim, S. B.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO - SPDM (UNIFESP) - MOGI DAS CRUZES – SÃO PAULO

INTRODUÇÃO: A incidência aproximada das neoplasias das vias biliares em grandes séries, varia de 0,01 a 0,2 % e constitui aproximadamente 0,2 % de todas as neoplasias em autópsias, sendo os tumores de ducto cístico ainda mais raros. O objetivo deste estudo é relatar um caso de adenocarcinoma de ducto cístico. Foi descrito pela primeira vez em 1951 por Farrar que utilizou como critério: crescimento restrito ao ducto cístico, sem processo neoplásico na vesícula, ducto hepático ou biliar comum, além da presença de células com adenocarcinoma. Os critérios de Farrar são de difícil aplicação clínica, por este motivo têm sido consideradas neoplasias do ducto cístico, àquelas cuja região central, corresponde ao ducto cístico.

OBJETIVO: Relatar o caso de uma paciente com neoplasia primária de ducto cístico.

MATERIAL E MÉTODOS: Relato do caso de paciente feminino, 63 anos, casada, natural de Suzano, aposentada, budista, que se apresentou com quadro de icterícia progressiva de início há 03 semanas, associada a prurido, colúria e acolia, sem febre, tendo emagrecido 5 kg no período. Hipertensa e diabética, sem antecedente de colelitíase. Ao exame havia apenas icterícia, sem dor à palpação do abdome ou massas palpáveis. Os exames laboratoriais evidenciaram síndrome colestática. A ultra-sonografia revelou dilatação intra e extra-hepática das vias biliares, com vesícula biliar de paredes finas, sem cálculos. A tomografia computadorizada de abdome acrescentou apenas a presença de massa de densidade de partes moles na região periampular. A endoscopia digestiva alta não observou alterações na segunda porção duodenal. Sob o diagnóstico de neoplasia periampular, paciente foi submetida a cirurgia, onde identificamos uma neoplasia em topografia de ducto cístico, comprometendo parcialmente a via biliar principal. Optado pela colecistectomia e ressecção da via biliar extra-hepática, com hepaticojejunosnastomose em Y de Roux.

RESULTADO: O achado cirúrgico foi confirmado pelo exame anátomo-patológico, que revelou adenocarcinoma de ducto cístico.

CONCLUSÃO: Paciente evoluiu bem no pós-operatório, retomando atividades cotidianas em 03 semanas.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 12:10 – 12:20 hs

TL.09.11

PERFIL HISTOPATOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES ENTRE 2002 E 2007.

Souza,AAC*; Sarmiento,CMM; Cavalcante Júnior,JC; Fontan,AJF; Batista Neto,J; Carvalho, AC; Silva, LMTP; Silva,KSMA; Pontes, ACP

INTRODUÇÃO

O estudo histopatológico da vesícula biliar de pacientes submetidos a colecistectomias pode revelar diversos diagnósticos como colecistite crônica litiásica, colecistite crônica ou até mesmo carcinoma de vesícula biliar. Essas patologias podem provocar sintomas como cólica biliar, náuseas e vômitos, entretanto, cálculos biliares são comuns e frequentemente identificados em laparotomias ou estudos ultrassonográficos em pacientes sem sintomas específicos das vias biliares. Aproximadamente 1% de todas as colecistectomias eletivas realizadas devido à colelitíase apresenta carcinoma de vesícula oculto na peça cirúrgica.

PACIENTES E MÉTODOS

Estudo retrospectivo com a aplicação de um protocolo aos prontuários de pacientes submetidos a colecistectomias no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes entre os anos de 2002 e 2007.

OBJETIVO

Analisar os diagnósticos histopatológicos das colecistectomias realizadas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) / UFAL.

RESULTADOS

Em um total de 464 pacientes 386 (83,2%) eram mulheres e 78 (16,8%) homens. 92,6% dos pacientes apresentavam-se com queixa de cólica biliar, 47,2% queixavam-se de vômitos e 11,8% referiam icterícia. 2,8% eram assintomáticos. 62,5% dos histopatológicos revelaram colecistite crônica litiásica. Colecistite crônica foi encontrada em 33,2% das peças cirúrgicas, colecistite aguda acalculosa em 0,64%, colecistite aguda litiásica em 0,21% e adenocarcinoma em 0,21%.

Sala 08 – CIRURGIA VASCULAR

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:00 – 14:10 hs

TL 05.01

ABORDAGEM PERCUTÂNEA DE PSEUDO-ANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA.

Kafejian O; Galego SJ; Miranda RB; Polimanti AC; Furst RVC; Giusti MF; Cordenonssi JT*; Sesar I; Valerim PRS; Araújo E; Brunetti K; Silvino JRC

Faculdade de Medicina do ABC – Santo André/SP

Introdução: A formação de pseudo-aneurismas de artérias viscerais é uma complicação descrita da pancreatite aguda e crônica, que tem sido conduzida através de vigilância ou intervenção por via aberta, através da aneurismectomia, com revascularização distal, ou ligadura do aneurisma, esplenectomia, e até pancreatectomia corporocaudal. Com o passar dos anos, a abordagem endovascular permitiu uma terapêutica menos invasiva em doentes com comorbidades mais graves, mantendo, porém, o risco de reperfusão durante o acompanhamento. **Objetivos:** Apresentação do caso enfocando as possibilidades terapêuticas do caso. **Materiais e Métodos:** Paciente LRSG, 51 anos, masculino, portador de DM, hipertenso, renal crônico dialítico, etilista crônico, em pós operatório tardio de correção de aneurisma roto de artéria ilíaca, e endoprótese de aorta descendente, com pseudoaneurisma de artéria esplênica pós pancreatite aguda. Submetido a embolização por via endovascular, sem sucesso, e duas sessões de embolização percutânea com trombina, apresentando recanalização após dois dias. Submetido posteriormente à correção por via aberta. **Resultados:** Evoluiu com melhora clínica. **Conclusão:** A punção anterior de pseudoaneurismas de artéria esplênica é factível, sendo um dos tratamentos de escolha na falha da terapêutica endoluminal, porém não é um método isento de complicações ou falhas. Na ocasião da reperfusão da lesão, a via aberta para abordagem da lesão deve ser aventada.

ABORDAGEM PERCUTÂNEA DE PSEUDO-ANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA.

Sala 08 – CIRURGIA VASCULAR

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:10 – 14:20 hs

TL 05.02

ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES DOS ACESSOS VASCULARES EM REGIME DE HEMODIÁLISE NUM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SÃO CAETANO DO SUL.

Kafejian O; Galego SJ; Polimanti AC; Furst RVC; Giusti MF; Cordenonssi JT*; Sesar I; Valerim PRS; Araújo E; Brunetti K; Silvino JRC

Faculdade de Medicina do ABC – Santo André/SP

Introdução: As fístulas arteriovenosas (FAV) são acessos vasculares realizados cirurgicamente com o objetivo de melhorar o fluxo sanguíneo para hemodiálise. No entanto, algumas complicações manifestadas pelas fistulas, como aneurismas e hipertensão venosa, dificultam o processo de hemodiálise, e são descritas na literatura correlacionadas ao tempo e ao local de confecção das mesmas. **Objetivos:** Avaliar as complicações em acessos vasculares para hemodiálise e correlacioná-las ao tipo de FAV e ao tempo de sua utilização. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados, de modo transversal, 88 acessos vasculares, sendo 47 proximais e 41 distais de membros superiores. Os critérios de avaliação foram o fluxo e complicações como aneurismas, inflamações, estenoses e infiltração de punção, correlacionando-se tais variáveis ao tempo de utilização do acesso vascular (3, 6, 12 e maior que 12 meses). **Resultados:** As FAVs que apresentaram maior índice de alteração foram as FAV distais, porém sem significância estatística ($p > 0,05$), sendo a complicação mais freqüente o aumento da pressão venosa. As fístulas com maior tempo de utilização foram as que apresentaram maior índice de alterações. **Conclusão:** As FAVs que mais complicaram foram as distais e alteração mais comum dos acessos vasculares, neste serviço, foi o aumento da pressão venosa, que se mostrou mais freqüente após 6 meses de utilização.

Sala 08 – CIRURGIA VASCULAR

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:20 – 14:30 hs

TL 05.03

ANÁLISE DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE HIPERTENSÃO VENOSA CENTRAL POR ESTENOSE DE VEIA SUBCLÁVIA EM PACIENTES HEMODIALÍTICOS.

Kafejian O; Galego SJ; Polimanti AC; Furst RVC; Giusti MF; Cordenonssi JT*; Sesar I; Valerim PRS; Araújo E; Brunetti K; Silvino JRC

Faculdade de Medicina do ABC – Santo André/SP

Introdução: Com a evolução dos métodos de hemodiálise, vem aumentando a sobrevida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica dialítica (IRCd), e, conseqüentemente, a incidência de complicações de acessos venosos centrais de longa duração, como a estenose de veia subclávia. **Objetivos:** Apresentar a experiência de nosso serviço nesta afecção. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo de 40 angioplastias de veia subclávia de nosso serviço, avaliando as seguintes variáveis: idade, sexo, comorbidades, aspectos técnicos e taxa de sucesso técnico. **Resultados:** Foram realizados 40 procedimentos em 36 pacientes, sendo 70% do sexo masculino, idade média de 54,5 anos, com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabete melitu (DM) como comorbidades mais freqüentes. Optou-se pela angioplastia sem stent em 90% dos casos, com sucesso técnico de 90%. **Conclusão:** Os resultados foram satisfatórios.

Sala 08 – CIRURGIA VASCULAR

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:30 – 14:40 hs

TL 05.04

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL ASSOCIADO À PSEUDO-ANEURISMA DE ARTÉRIA ILÍACA COMUM DIREITA ISOLADOS – RELATO DE CASO

Kuhnen, J.*; Costa, R.; Laignier, V.; Câmara, S.; Ahouagi, L.; Mortati, B.; Roberti, T.; Fernandes Jr, N.; Matsumura, P.; Mathias U.

Hospital Heliópolis – São Paulo – SP - Brasil

Introdução: Aneurisma é uma dilatação permanente, localizada e focal, de uma artéria, tendo pelo menos 50% de aumento comparado ao diâmetro normal esperado para a artéria em questão. Os aneurismas podem ser classificados quanto a sua característica, verdadeiros ou pseudo-aneurisma, e quanto a sua forma, sacular, fusiforme e roto.

Objetivo: Descrever caso de aneurisma de aorta abdominal infra-renal associado a pseudo-aneurisma de artéria ilíaca comum direita, por acidente intra-placa, isolados.

Materiais e Métodos: B.R.J., masculino, 74 anos, casado, branco, internado no Hospital Heliópolis – SP no dia 14/07/2008 com quadro de desconforto abdominal em investigação. TC de abdome demonstrava presença de aneurisma fusiforme segmentar da aorta infra-renal com diâmetro de 5cm, extensão 4cm, distando 4cm das artérias renais e 1 cm da bifurcação, com trombo mural e dilatação aneurismática da artéria ilíaca comum direita com 2,5cm de diâmetro. Paciente submetido a procedimento cirúrgico aberto, sendo constatado aneurisma de aorta abdominal infra-renal (3cm) de aproximadamente 5cm de diâmetro e ectasia das ilíacas comuns em toda a extensão. Observou-se, também, dilatação sacular de coloração vinhosa acometendo a artéria ilíaca comum direita junto à bifurcação na sua face medial – presença de ruptura das camadas íntima e média em dois pontos, contida, com comunicação direta com o aneurisma sacular e presença de coágulos recentes. Optou-se pela aneurismectomia da aorta abdominal e ilíaca comum direita com enxerto aorto-biilíaco (à esquerda anastomose término-terminal com a artéria ilíaca comum e, à direita, na artéria ilíaca externa associado à ligadura da artéria hipogástrica) com prótese de Dacron.

Resultado: Paciente encaminhado para a UTI, onde foi realizado extubação orotraqueal na sua admissão mantendo-se estável hemodinamicamente. Recebeu alta para enfermaria no 1º pós-operatório e alta hospitalar no 5º PO com acompanhamento ambulatorial.

Conclusão: Apesar da raridade de aneurisma de artéria ilíaca isolada (<1%), deve-se sempre realizar investigação radiológica para outras localizações de aneurismas arteriais associados a aneurisma de aorta. Ressalta-se a necessidade de elucidar a causa etiológica do aneurisma para continuidade do tratamento com prevenção dos fatores de risco. Por fim, a importância do tratamento precoce para evitarem-se as complicações, como embolia distal, trombose e rotura do aneurisma.

Sala 08 – CIRURGIA VASCULAR

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:40 – 14:50 hs

TL 05.05

CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DA ARTÉRIA POPLÍTEA

Denardi, M.*; Guillaumon, A.; Denardi, F.; Massagli, B.; Mourad, J.; Alves, E.

CENTRO MÉDICO PITANGUEIRAS

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

Introdução: o aneurisma da artéria poplítea é uma doença incomum na população, com incidência em torno de 0,1% de todos os aneurismas. É o aneurisma periférico mais freqüente (70%), com predomínio no sexo masculino (97%), alto potencial de complicação, raramente vital, porém com risco de perda de membro ou claudicação por isquemia crônica.

Objetivo: avaliar a proposta de uma terapêutica menos invasiva na correção dos aneurismas da artéria poplítea, em pacientes com idade avançada e comorbidades, que lhes inferiam alto risco para a cirurgia convencional.

Material e Métodos: série de sete aneurismas de artérias poplíteas, no período de agosto de 2006 a agosto de 2008, todos de idade avançada (79 a 85 anos), hipertensos, coronariopatas, tabagistas de longa data, portadores de aneurismas de aorta abdominal com diâmetro inferior a 45mm, que se caracterizavam de alto risco para cirurgia convencional. Aneurismas de 22 a 45mm de diâmetro, tratados com implante de endoproteses Hemobahn (Gore^R), por acesso transfemoral ipsilateral anterógrada, sob anestesia local com permanência hospitalar de 24h. Uso de antiagregante plaquetário (clopidogrel) no pós-operatório. Acompanhamento seriado trimestral com ecocolor Doppler.

Resultados: no período de seguimento foi observada a total exclusão dos aneurismas, sem "endoleaks", também não havendo oclusão de nenhuma prótese.

Conclusão: apesar dos resultados satisfatórios nesta série e na literatura, ainda se torna necessário um número maior de estudos com casuísticas e períodos de avaliação maiores, para que se defina os critérios de inclusão, para a adequada indicação do método.

Sala 08 – CIRURGIA VASCULAR

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 14:50 – 15:00 hs

TL 05.06

EXPERIÊNCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC NO TRATAMENTO DO ANEURISMA TORACOABDOMINAL POR TÉCNICA HÍBRIDA.

Kafejian O; Galego SJ; Fioretti AC; Polimanti AC; Furst RVC; Giusti MF*; Cordenonssi JT; Sesar I; Valerim PRS; Araújo E; Brunetti K; Silvino JRC

Faculdade de Medicina do ABC – Santo André/SP

Introdução: A correção cirúrgica dos aneurismas toracoabdominais (ATA) é até hoje um desafio ao cirurgião vascular. Com a evolução das endopróteses de aorta, criaram-se novas alternativas terapêuticas desta doença. **Objetivos:** Relatar um caso de ATA em nosso serviço de tratamento endovascular por técnica híbrida de aneurisma toracoabdominal. **Materiais e Métodos:** Relata-se a experiência inicial do serviço com esta técnica, no tratamento de um doente de 65 anos, com rim único funcionante, portador de TAA tipo IV, de 8,0cm, com envolvimento das artérias renais, e mesentérica superior. A derivação da artéria renal direita e mesentérica superior para as artérias ilíacas foi realizada por via aberta (laparotomia). Em segundo tempo o paciente foi submetido à passagem de endoprótese Braile bifurcada. **Resultados:** Evoluiu assintomático, com enxerto pérvio e sem sinais de complicações após 1 ano de seguimento. **Conclusões:** O tratamento por técnica híbrida do aneurisma toracoabdominal foi satisfatório em 1 ano de seguimento.

Sala 08 – CIRURGIA VASCULAR

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:00 – 15:10 hs

TL 05.07

FIBRODISPLASIA ARTERIAL - RELATO DE CASO

Câmara, S,L*; Laignier, V,H; Osmar, J; Ahouagi, L, B; Mortati, B; Roberti, T; Bittencourt, R.

Hospital Heliópolis

RESUMO

Introdução: A Fibrodisplasia arterial é uma doença não aterosclerótica, não inflamatória, que engloba um grupo heterogêneo de doença obstrutiva e aneurismática de etiologia desconhecida que acomete artérias de médio e, raramente, pequeno calibre. Acomete mais mulheres 8:1 e é responsável por até 2% das hipertensões renovasculares. Objetivo: A fibrodisplasia da média representa uma arteriopatia sistêmica na maioria dos casos. Relatar um caso de fibrodisplasia arterial com a finalidade de apresentar as características patológicas, clínicas e arteriográficas mais proeminentes desta enfermidade. Relato do Caso: EBPA, feminina, 66 anos, casada, branca, procedente de São Paulo. Admitida no Hospital Heliópolis com quadro de claudicação intermitente de glúteo, coxa e perna esquerda para menos de 100 metros com início seis meses antes da admissão, relatando piora progressiva do quadro. Antecedentes: HAS, DM e ex-tabagista, endarterectomia em 1993 de artéria carótida interna direita (ACID) e angioplastia em 1997 de coronariana por infarto agudo do miocárdio. Exame Físico: Ausência de pulso femoral, poplíteo, tibial anterior e posterior MIE, ausência de lesões tróficas. Realizada arteriografia de MMII e Tronco-supra aórtico: Artéria renal direita com oclusão completa e estenose de 99% de renal polar inferior direita. Artéria Ilíaca comum esquerda apresenta estenose de 99%. Presença de oclusão de ACID, estenose suboclusiva de óstio de artéria subclávia esquerda, estenose de 30-40% de artéria vertebral direita. A arteriografia demonstrou o aspecto característico de "colar de contas" da artéria renal direita, sugerindo fibrodisplasia da média. Realizou-se avaliação cardiológica, renal, neurológico. Institui-se o tratamento clínico para insuficiência arterial periférica e hipertensão arterial sistêmica, evoluindo com estabilização do quadro crises hipertensivas e melhora da claudicação intermitente. Paciente permanece em acompanhamento ambulatorial mantendo com quadro clínico estável. Conclusão: Salientar os aspectos diferenciados observados nas alterações arteriográficas no diagnóstico diferencial da fibrodisplasia arterial que cursam com comprometimento das estruturas vasculares.

Sala 08 – CIRURGIA VASCULAR

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:10 – 15:20 hs

TL 05.08

FÍSTULA AORTO-DUODENAL POR ENDOPRÓTESE DE AORTA COMPLICADA COM DILATAÇÃO DO COLO PROXIMAL E EMBOLIA SÉPTICA DISTAL.

Kafejian O; Galego SJ; Costa AV; Polimanti AC; Furst RVC; Giusti MF; Cordenonssi JT*; Sesar I; Valerim PRS; Araújo E; Brunetti K; Silvino JRC

Faculdade de Medicina do ABC –Santo André/SP

Introdução: O maior emprego da correção endovascular do aneurisma de aorta (CEAA) requer a necessidade do cirurgião vascular de diagnosticar precocemente possíveis complicações deste procedimento. **Objetivos:** Relatar a ocorrência de dilatação de colo proximal, embolia séptica distal e fístula aorto-duodenal como complicação de correção endovascular de aneurisma de aorta e discutir literatura. **Materiais e Métodos:** Relata-se o caso de um paciente masculino de 75 anos, que após CEAA evoluiu com características clínicas e radiológicas de infecção de prótese caracterizada por embolia séptica distal, dilatação do colo proximal (com acometimento de ramos viscerais) e fístula aorto-entérica. Realizado derivação dos ramos viscerais, derivação axilo-bifemoral, ressecção da endoprótese e rafia duodenal. **Resultados:** Evoluiu no pós-operatório com êxito letal. **Conclusão:** A CEAA mostra-se como uma excelente alternativa ao tratamento operatório tradicional, entretanto, é relativamente recente, com seguimentos pouco prolongados, não havendo todas suas complicações possíveis descritas.

Sala 08 – CIRURGIA VASCULAR

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:20 – 15:30 hs

TL 05.09

PSEUDOANEURISMA DE BULBO CAROTÍDEO EM PÓS OPERATÓRIO DE ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA COM PATCH DE PERICÁRDIO BOVINO TRATADO COM ENXERTO CAROTÍDEO-CAROTÍDEO COM SAFENA MAGNA INVERTIDA.

Kafejian O; Galego SJ; Polimanti AC; Furst RVC; Giusti MF*; Cordenonssi JT; Sesar I; Valerim PRS; Araújo E; Brunetti K; Silvino JRC

Faculdade de Medicina do ABC – Santo André/SP

Introdução: A ocorrência de infecções protéticas em pacientes assintomáticos pode gerar quadros de alta complexidade. **Objetivo:** Apresentar uma complicação rara de endarterectomia de carótida em paciente assintomático. **Material e Métodos:** Relata-se o caso de um paciente masculino de 79 anos, em pós operatório de 30 dias de endarterectomia carotídea à direita com patch de pericárdio bovino por estenose assintomática, que evoluiu com quadro febril, seguido de hematoma pulsátil em topografia de ferida operatória, sendo evidenciado à ecografia um pseudoaneurisma do bulbo carotídeo. Optado por cervicotomia exploradora, e enxerto carotídeo-carotídeo com veia safena magna sem intercorrências. **Resultados:** Evoluiu mantendo-se assintomático, com enxerto pérvio e sem estenoses após 5 meses de seguimento. **Conclusão:** O pseudo-aneurisma de bulbo carotídeo pós endarterectomia carotídea é uma complicação grave, porém de tratamento cirúrgico factível.

Sala 08 – CIRURGIA VASCULAR

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:30 – 15:40 hs

TL 05.10

TROMBOSE DE ARTÉRIA POPLÍTEA SECUNDÁRIA A SÍNDROME DE APRISIONAMENTO UNILATERAL POR RAMO DE GASTROCNÊMIO - RELATO DE CASO.

Berutto Ahouagi, L.*; Osmar Kuhnen, J.; Laignier, V. H.; Lima Câmara, S.; Delgado Mortati, B.; Fernandes Júnior, N.; Ubaldo Matosinho Mathias, U.; Faria Bittencourt da Costa, R.

HOSPITAL HELIÓPOLIS SÃO PAULO – SP

Introdução: A síndrome do aprisionamento da artéria poplítea é caracterizada pela compressão extrínseca dessa artéria causada por alterações de estruturas musculotendinosas da fossa poplítea ou pelo desvio do trajeto anatômico habitual da artéria. É uma das causas mais comuns de claudicação intermitente em pacientes jovens. **Objetivo:** Relatar caso de aprisionamento da artéria poplítea em paciente de 27 anos. **Material:** Paciente masculino, 27 anos, branco, com queixa de dor súbita e formigamento em MIE, associados a palidez e frialdade do pé homolateral. Claudicação intermitente em panturrilha E para aproximadamente 10 m há 2 meses. Negava história familiar de doença arterial periférica ou embolia, tabagismo, etilismo ou cardiopatias. Ao exame físico, ausência de pulsos poplíteo e distal à esquerda. Índice tornozelo-braço em repouso igual a 0.69 à esquerda e 1.0 à direita. Ecocardiograma normal. Doppler arterial em 30/03/2005 evidenciou ausência de fluxo sanguíneo nas artérias tibiais anterior e posterior e fibular. Angio-ressonância magnética de membros inferiores demonstrou aprisionamento de artéria poplítea em MIE, por inserção anômala do músculo gastrocnêmico medial. Arteriografia digital (estática) em 25/05/2005 - oclusão de artéria poplítea à esquerda logo abaixo do Hunter com reenchimento de artérias tibial anterior, tibial posterior e fibular por colaterais. **Resultado:** Durante a internação foi instituído tratamento clínico com Cilostazol (100mg/dia). Apresentou melhora significativa da claudicação, como não apresentava risco de perda do membro foi optado pela continuidade do tratamento clínico e seguimento ambulatorial. Há 3 meses apresenta claudicação em panturrilha para 40m e encontra-se internado para nova avaliação. **Conclusão:** Deve-se ter suspeita diagnóstica em pacientes jovens com queixa de claudicação em membros inferiores. O diagnóstico precoce pode evitar complicações inerentes à doença.

Sala 08 – EXPERIMENTAL

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:40 – 15:50 hs

TL.08.01

ALONGAMENTO DO INTESTINO COM TUBO GÁSTRICO: ESTUDO EXPERIMENTAL EM PORCOS

Barros P.H.F*.; Gouveia E.S.; Campos T.; Moricz A.; Nunes C.C.; Martini D.F.; Szutan L.A.; David A.I.

(Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo)

INTRODUÇÃO: A síndrome do intestino curto (SIC) após grandes ressecções intestinais prejudica a absorção de nutrientes, levando os doentes a uma desnutrição severa, sendo necessária, muitas vezes, a utilização de nutrição parenteral. Nas crianças as etiologias mais frequentes são: doenças congênitas e perinatais como atresia intestinal, enterocolite necrosante, gastrosquise e volvo intestinal. As causas mais freqüentes em adultos são: infarto mesentérico, trauma, enterite por radiação e doença de Crohn. O tratamento pode ser dividido em cirúrgico e medicamentoso, este ultimo prioriza o aumento da taxa de absorção. O tratamento cirúrgico é dividido nos transplantes e nas cirurgias de alongamento intestinal. . As cirurgias de alongamento intestinal apresentam resultados clínicos conflitantes e existem poucas técnicas descritas. O transplante é a última escolha de tratamento da SIC. **OBJETIVO:** avaliar a viabilidade da nova técnica cirúrgica proposta. **MATERIAL E MÉTODOS:** foram operados 3 porcos com a nova técnica que propõem a interposição do fundo gástrico no seguimento inicial do jejunum com a preservação da artéria gastroepiplóica direita. Os animais foram mantidos na Santa Casa. Foram reoperados, posteriormente, para avaliação do enxerto. Os animais que morreram foram necropsiados e análise histológica do intestino e estômago remanescentes. **RESULTADOS:** Após a realização das cirurgias, apenas um animal morreu em menos de 5 dias e foi considerado como falha técnica. Durante a evolução foi possível a reintrodução precoce da alimentação. Dois animais faleceram, um por intussuscepção de alça intestinal com 7 dias de pós-operatório, outro por abscesso hepático com 20 dias de pós-operatório. Durante a necropsia dos animais foi possível constatar que o estômago reduzido apresentou distensão de 50% logo na primeira semana, não foram evidenciados sinais de sofrimento de alça intestinal bem como do enxerto, a artéria gastroepiplóica da direita foi suficiente para manter o enxerto bem vascularizado. Estudos iniciais da histologia das peças cirúrgicas revelaram atrofia epitelial importante no enxerto, porem sem sinais de sofrimento ou necrose. **CONCLUSÃO:** Com o estudo foi possível constatar a viabilidade da nova técnica cirúrgica proposta, possibilitando avaliar a evolução do estômago residual e do enxerto bem como das dificuldades do manejo do animal após a intervenção cirúrgica. Portanto concluímos que a nova técnica é viável.

Sala 08 – EXPERIMENTAL

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 15:50 – 16:00 hs

TL.08.02

BIO-SIMULADOR NO TREINAMENTO DO ACESSO GÁSTRICO EM NOTES.

Soares, L.A.; Santos, R.N. *; Damy S.B.; Cabral, R. H.; Hondo, F.Y.; Giordano-Nappi, J.H.; Sakai,P.; Jordão, R.; Poli de Figueiredo, L.F.

LIM-26 da DISCIPLINA DE TÉCNICA CIRÚRGICA E CIRURGIA EXPERIMENTAL (TCCE) e CEPEC DA FMUSP

Introdução: Uma nova técnica de acesso à cavidade peritoneal através de orifícios naturais NOTES vem sendo proposta como alternativa menos agressiva ao paciente. Essa técnica emprega endoscópio flexível para a realização de gastrotomia que irá permitir o acesso à cavidade peritoneal.

Objetivo: Desenvolver simulador com peça biológica formado pelo tubo digestivo de suíno embalsamado – Bio-simulador - que permita a utilização de um endoscópio flexível para treinamento em NOTES.

Material e Métodos: Foram utilizados oito suínos híbridos, com idade entre 45 e 60 dias pesando ± 20 kg. Os animais foram antes embalsamados com a solução de Larssen modificada, conforme técnica desenvolvida pela TCCE-FMUSP. Por uma incisão toraco abdominal mediana, o tubo digestivo foi dissecado desde a porção do esôfago torácico alto até o reto intra-abdominal, em monobloco, incluindo fígado, vias biliares, pâncreas e baço. Após a retirada, feita limpeza do estômago e cólon com água corrente. O modelo biológico foi preservado em caixa de polipropileno coberto com a solução de Larssen modificada e mantida em refrigeração ($0^{\circ}\text{C} \pm 4^{\circ}\text{C}$) por 30 dias. Uma caixa plástica com dois orifícios (superior e inferior) permitiu a fixação de tubo de nylon com diâmetro interno de 15 mm. Para o procedimento endoscópico o esôfago foi fixado no tubo superior da caixa e o cólon no tubo distal inferior. O tubo com esôfago afixado dava passagem ao aparelho endoscópico flexível, até a cavidade gástrica, cuja parede anterior do estômago foi aberta com estilete endoscópica - knife-needle.

Resultados: Todas as 08 peças mantiveram-se em bom estado de preservação, quanto a textura, consistência e odor após um mês de conservação. O procedimento de gastrotomia permitiu o acesso à cavidade livre da caixa polipropileno possibilitando o acesso à vesícula biliar e hilo hepático tanto sob visão endoscópica como observação direta da manobra cirúrgica pela equipe.

Conclusões: O BIO-SIMULADOR desenvolvido na TCCE mostrou-se útil para o treinamento de endoscopia e do acesso gástrico a cavidade livre utilizado nos procedimentos em NOTES.

Sala 08 – EXPERIMENTAL

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 16:00 – 16:10 hs

TL.08.03

COMPARAÇÃO DO COMPORTAMENTO METASTÁTICO DE LINHAGENS DE CÉLULAS PARENTAIS E METASTÁTICAS DE ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS EM HAMSTERS

Morioka,C.Y.*, Saito, S., Watanabe, A., Huang, C.C., Machado, M.C.C.

MORIOKA'S CENTER FOR INTEGRATIVE CARE, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE, TOYAMA UNIVERSITY, TOYAMA, JAPAN.

Introdução: A maior causa em pacientes com neoplasia de pâncreas é a doença metastática. Quando a patologia é diagnosticada, os pacientes geralmente apresentam quadro local avançado ou disseminado envolvendo linfonodos, fígado, pulmão ou peritônio. Desta forma, para maior entendimento do comportamento tumoral e para desenvolver estratégias de prevenção ou tratamento, os modelos *in vivo* são importantes.

Objetivo: Esclarecer o comportamento metastático de linhagens de células parentais e metastáticas em modelo experimental de câncer de pâncreas em hamsters.

Material e Métodos: HaP-T1, linhagem de adenocarcinoma de pâncreas induzida por nitrosamine e MS-PaS-1 (linhagem de células metastáticas estabelecida de tumor implantado no fígado com metástases para o pâncreas). Hamsters foram divididos em 4 grupos: implantação ortotópica de HaP-T1 (IOH), implantação hepática de HaP-T1 (IHH), implantação ortotópica de MS-PaS-1 (IOM), implantação hepática de MS-PaS-1 (IHM). Foi realizado o *follow up*. Dois animais de cada grupo foram sacrificados nos dias 42, 49, 56, 60, 63 nos grupos IOH e IHH e nos dias 46, 49, 60, 66 nos grupos IOM e IHM. A sobrevida foi estudada em dois animais restantes de cada grupo.

Resultados: A sobrevida variou de 72 a 105 dias. O grupo IOH mostrou metastases espontâneas para linfonodos. O segundo órgão alvo foi o pulmão. Metastases hepáticas apareceram precocemente em IOM quando comparada com IOH. IHH apresentou metastases somente para o pâncreas enquanto IHM demonstrou metastases para o pâncreas, ducto deferente e testículos.

Conclusões: Este estudo demonstrou que o comportamento metastático de linhagens de células parentais e metastáticas de adenocarcinoma de pâncreas são diferentes, devendo ser considerada no planejamento clínico ou cirúrgico contra o câncer de pâncreas.

Sala 08 – EXPERIMENTAL

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 16:50 – 17:00 hs

TL.08.04

EFEITO DA OXIGENIOTERAPIA HIPERBARICA NA CARCINOGENESE INDUZIDA PELA DIMETIL-HIDRAZINA NO COLON DE RATOS WISTAR

Emanuel Góis Junior (Gois Jr, E.)†, Sérgio Britto Garcia (Garcia, S.B.)††, Omar Feres (Feres, O.)†.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo: †Departamentos de Cirurgia e Anatomia; ††Departamento de Patologia.

INTRODUÇÃO: a Oxigenioterapia hiperbárica (OHB) tem sido cada dia mais empregada como tratamento clínico adjuvante nas especialidades de cirurgia, traumatologia, clínica médica, infectologia e terapia intensiva. Contudo, não se conhecem os eventuais efeitos da produção de radicais livres associados à OHB, os quais sabe-se que podem estimular a carcinogênese em diversos órgãos.

OBJETIVO: estudar a influência da OHB na indução e promoção do câncer colorretal induzido pela dimetil-hidrazina (DMH).

MATERIAIS E MÉTODOS: foram usados 24 ratos Wistar, com peso aproximado de 250g, divididos em quatro grupos. Os animais foram submetidos a quatro injeções subcutâneas de DMH, na dose 40mg/Kg/dose, duas vezes por semana (Grupos A e B). A OHB foi feita com uma sessão diária de 2 horas cada, totalizando 15 sessões a 2 atmosferas, com oxigênio inalado a 100% (Grupos B e C). No grupo controle (D), simularam-se os procedimentos acima. Após o sacrifício, o cólon de cada animal foi avaliado histologicamente para identificação e quantificação de focos de criptas aberrantes (FCA), que são lesões pré-neoplásicas do cólon.

RESULTADOS: Houve um aumento de 97% no número de FCAs formados no cólon dos animais do grupo B quando comparados ao grupo A ($p < 0,01$). Apenas no grupo B houve o achado de adenocarcinoma, em dois animais. Nos grupos C e D não houve aparecimento de lesões pré-neoplásicas ou de tumores.

CONCLUSÃO: Ficou demonstrado que a OHB possui um efeito promotor da carcinogênese colônica, quando associada a carcinógeno químico. Estes resultados apontam para a necessidade de cuidados no uso da OHB em humanos. Além disto, à partir deste modelo experimental serão possíveis novas pesquisas direcionadas para busca de estratégias de reduzir ou neutralizar um eventual efeito promotor da carcinogênese pelo uso da OHB.

Sala 08 – EXPERIMENTAL

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 17:00 – 17:10 hs

TL.08.05

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE SUTURA E NÃO SUTURA DO PERITÔNIO PARIETAL NAS LAPAROTOMIAS MEDIANAS EM RATOS

Gouvêa E.S.; Barros P.Q.F.; Daud F.V.; Bonizzia A.; Viana A.T.

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Introdução: Com relação à técnica cirúrgica das laparotomias, muitos cirurgiões têm optado por não fechar o peritônio parietal baseado na diminuição dos tempos anestésico e cirúrgico. Poucos estudos experimentais discutem o assunto considerando a formação ou não de aderências. Essas que se formam nos primeiros cinco a sete dias após a agressão cirúrgica alteram significativamente o pós-operatório, podendo levar a condições de obstruções intestinais, por vezes, com conseqüências catastróficas. **Objetivo:** Comparar a sutura e não sutura do peritônio parietal nas laparotomias medianas em ratos quanto à formação de aderências. **Métodos:** Foram operados 40 ratos albinos Wistar (20 machos e 20 fêmeas) adultos pesando entre 350 e 400 gramas. Após a anestesia, foi realizada laparotomia mediana seguida de fechamento da cavidade com e sem sutura do peritônio. Após 40 dias, os animais foram reoperados para a avaliação do peritônio quanto a presença ou não de aderências e, em seguida, sacrificados. **Resultados:** A análise estatística demonstrou que não houve diferença significativa entre a ocorrência ou não de aderências com sutura e não sutura do peritônio, nem com relação ao sexo dos animais operados corroborando com os dados da literatura. **Conclusão:** O fechamento ou não do peritônio não interfere na formação de aderências após laparotomias medianas em ratos de ambos os sexos.

Sala 08 – EXPERIMENTAL

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 17:10 – 17:20 hs

TL.08.06

REFLEXÃO PERITONEAL COMO REPARO ANATÔMICO NA CIRURGIA COLORRETAL EXPERIMENTAL EM RATOS. ANÁLISE CRÍTICA.

Priolli, D.G.; Betinni, A. M.; Silva, P.L.E.; Pereira, J.A.; Margarido, N.F.; Martinez, C.A.R.

Curso de Medicina da Universidade São Francisco, Bragança Paulista.

Vários autores têm utilizado o rato na avaliação de diversos aspectos relacionados às anastomoses cólicas. Nestes estudos, geralmente, o reparo anatômico adotado para a definição do local onde a anastomose será executada tem sido a reflexão peritoneal, a exemplo do que é realizado em outros animais de experimentação. Entretanto, a região que corresponde à transição retossigmoideana no rato guarda estrutura linfóide singular denominada placa de Peyer. A placa de Peyer localiza-se a distância variada em relação à reflexão peritoneal e por se constituir de tecido diferente do restante da parede cólica, já que se trata predominantemente de tecido linfóide, poderia tornar a análise da cicatrização de anastomoses executadas ou não sobre ela pouco fidedigna, quando se considera como reparo anatômico a reflexão peritoneal.

Objetivo: O objetivo do presente estudo é validar a placa de Peyer como reparo anatômico ideal para cirurgia colorretal em ratos. **Método:** Utilizaram-se 45 ratos Wistar, onde foi aferida a distância entre a placa de Peyer e a reflexão peritoneal por meio de paquímetro. Posteriormente, o cólon e o reto foram ressecados, para a quantificação, por meio de análise de imagem assistida por computador, e comparação do colágeno, nas regiões do cólon que continham ou não a placa de Peyer. **Resultados:** Encontrou-se diferença entre a distância da placa de Peyer e a reflexão peritoneal quando se consideraram todos os animais como grupo único ($p= 0,047$). Ao se comparar os gêneros, verificou-se que a distância entre a placa e a reflexão peritoneal foi maior entre os machos ($p=0,001$). Constatou-se que o segmento cólico que continha a placa de Peyer apresentou conteúdo menor de colágeno tecidual quando comparado ao segmento onde a estrutura não estava presente ($p= 0,02$). **Conclusão:** Os resultados do presente estudo permitem concluir que a placa de Peyer deve ser considerada para o estudo da cicatrização de anastomoses colorretais em ratos, parecendo ser o reparo anatômico mais indicado.

Sala 08 – EXPERIMENTAL

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 17:20 – 17:30 hs

TL.08.07

Ressecção curativa de adenocarcinoma de pâncreas implantado ortotopicamente em hamsters Sírio dourado

Morioka, C.Y.*, Saito, S., Watanabe, A., Huang, C.C., Machado, M.C.C.

MORIOKA'S CENTER FOR INTEGRATIVE CARE, SÃO PAULO,
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, DEPARTMENT
OF INTERNAL MEDICINE, TOYAMA UNIVERSITY, TOYAMA, JAPAN.

Introdução: Modelos de implantação ortotópica de adenocarcinoma em hamsters podem mimetizar as características clínicas das doenças em humanos. Não há modelos descritos com tentativa de abordar cirurgicamente este modelo animal.

Objetivo: Avaliar a possibilidade de ressecção curativa nestes animais.

Material e Métodos: HaP-T1, uma linhagem de adenocarcinoma de pâncreas induzida por nitrosamina foi utilizada para estes experimentos. Hamsters foram submetidos a duas cirurgias: implantação ortotópica de HaP-T1 e posterior laparotomia exploradora com pancreatectomia e esplenectomia dentro de 4 semanas após o implante. Os animais foram acompanhados até o óbito. Necrópsias foram realizadas. Espécimens cirúrgicos e de necrópsia foram estudados histopatologicamente e a nível molecular através da detecção da mutação do *K-ras* no códon 12.

Resultados: O sucesso de implantação foi de 100% e a taxa de ressecção curativa (margens livres) foi de 75%. Após observação de 400 dias no máximo, sete animais faleceram em consequência de recidiva tumoral e os outros 5 de 12 hamsters, que foram submetidos a cirurgia considerada curativa, ainda estavam vivos. Estes foram sacrificados e se encontravam livres de tumor.

Conclusões: Este estudo sugere que o modelo de implantação homóloga ortotópica de adenocarcinoma de pâncreas em hamsters combinado com ressecção cirúrgica pode ser útil para pesquisa no futuro de terapia adjuvante ou neoadjuvante.

Sala 08 – EXPERIMENTAL

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 17:30 – 17:40 hs

TL.08.08

Terapia com antisenso específico da mutação do gene *K-ras* em hamsters. É possível inibir o crescimento de células metastáticas e remetastáticas resistentes a 5-FU e MMC?

Morioka, C.Y.*, Machado, M.C.C., Saito, S., Watanabe, A., Huang, C.C.,

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE, TOYAMA UNIVERSITY, TOYAMA, JAPAN, MORIOKA'S CENTER FOR INTEGRATIVE CARE, SÃO PAULO

Introdução: A mutação do códon 12 do gene *K-ras* possui uma relação de cerca de 90% com câncer de pâncreas. A terapia do câncer deve incluir o tratamento do tumor primário e da doença metastática porque é descrito que as propriedades e comportamento tumoral das células metastáticas podem variar consideravelmente das do tumor primário.

Objetivo: Elucidar se as mesmas drogas, que podem inibir o crescimento tumoral na linhagem de célula parental, podem também inibir as linhagens de células metastáticas e remetastáticas nas mesmas concentrações e comparar a inibição com oligonucleotídeo antisenso "mismatched" ao gene *K-ras* em hamsters.

Material e Métodos: HaP-T1, linhagem de adenocarcinoma de pâncreas induzida por nitrosamina, MS-PaS-1 (linhagem de células metastáticas estabelecida de tumor implantado no fígado com metástases para o pâncreas) e MS-PaS-2, linhagem de células remetastáticas (metástases de MS-PaS-1). Ensaios de MTT e MTT-agarose foram realizados, utilizando-se 5-Fluorouracil (5-FU), Mitomicina C (MMC) e oligonucleotídeo antisenso específico ao oncogene *K-ras*.

Resultados: A concentração inibitória (IC50) de 5-FU, que inibiu HaP-T1, teve de ser aumentada em 50 vezes para inibir MS-PaS-1 e 100 vezes para inibir MS-PaS-2. MMC teve de ser aumentada 10 vezes para inibir MS-PaS-1 e 50 vezes para inibir MS-PaS-2. No entanto, IC50 foi semelhante quando oligonucleotídeo antisenso foi testado nestas três linhagens de células.

Conclusões: Este estudo demonstrou que as células metastáticas e remetastáticas demonstraram resistência crescente aos quimioterápicos. No entanto, o oligonucleotídeo antisenso com alvo do oncogene *K-ras* pode ser uma boa escolha terapêutica pois inibe não só o crescimento das células tumorais primárias como também das células metastáticas e remetastáticas.

Sala 08 – CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO ACADÊMICOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 17:40 – 17:50 hs

TL 02.01

COMPARAÇÃO ENTRE AS TÉCNICAS DE ROTAÇÃO DE RETALHO CONJUNTIVAL E TRANPLANTE DE MEMBRANA AMNIÓTICA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PTERÍGIO PRIMÁRIO

Brasileiro Vaz M.; Marquez Oliveira O.; Pereira Paes J.; Rahmeh N.*; Solange Barbosa Faria B.

UBERABA, MG. UNIVERSIDADE DE UBERABA

INTRODUÇÃO: Pterígio é uma degeneração da conjuntiva que invade a córnea. É uma patologia muito prevalente nos países tropicais e seu tratamento representa um grande desafio para a oftalmologia cirúrgica, principalmente quanto às taxas de recidiva, que na maioria das técnicas, é alta. A membrana amniótica tem sido utilizada para reconstrução da superfície ocular pelo seu potencial anti-fibroblástico, anti-bactericida, analgésico e clonogenicidade. **OBJETIVO:** Determinar se a utilização do transplante de membrana amniótica como tratamento cirúrgico do pterígio primário é superior em termos de recidiva, satisfação estética e conforto pós operatório à técnica convencional de rotação de retalho conjuntival. **MATERIAL E MÉTODO:** A membrana amniótica foi obtida a partir de placentas provenientes de cesáreas eletivas e conservada em meio de glicerol a 4º. C por 2 meses. Foi realizado um estudo experimental, prospectivo, de 228 pacientes (228 olhos) portadores de pterígio primário grau 2, submetidos a tratamento cirúrgico no período de janeiro de 2004 a agosto de 2007. O acompanhamento do paciente foi de 1 ano. 137 (60,08%) pacientes eram do sexo masculino, 91 (39,92%) do sexo feminino e a média de idade foi de 35 anos (20 a 53 anos), sendo todos de raça branca. Foram compostos dois grupos por tabela de dígitos aleatórios: grupo teste (126 olhos)-transplante de membrana amniótica, grupo controle (102 olhos)- rotação de retalho conjuntival. **RESULTADOS:** No grupo teste houve 8 recidivas (6,3%), 102 pacientes (80,95%) satisfeitos com a estética e 63 (50%) referiram dor nas primeiras 48 horas (P.O). No grupo controle observou-se 17 recidivas (16,6 %), 51 pacientes satisfeitos com a estética (50%) e 81 (81,5%) queixaram-se de dor nas 48 horas (P.O). A análise estatística foi feita pelo teste de significância para igualdade de duas proporções e todos os critérios mostraram significância estatística ($z > 1,96$). **CONCLUSÃO:** A membrana amniótica tem se consolidado como útil adjuvante no tratamento de afecções de superfície ocular. Sua utilização se baseia na capacidade de beneficiar o processo de epitelização, além de reduzir os processos inflamatórios, angiogênese e cicatricial. Por ser um procedimento relativamente simples, com baixa recidiva e dor pós operatória e alto índice de satisfação estética, o transplante de membrana amniótica mostrou-se superior à técnica de rotação de retalho no tratamento do pterígio primário.

Sala 08 – CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO ACADÊMICOS

Data: 28 de novembro – sexta-feira

Horário: 17:50 – 18:00 hs

TL 02.02

COMPARAÇÃO ENTRE AS TÉCNICAS DE TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CONJUNTIVA E TRANSPLANTE DE MEMBRANA AMNIÓTICA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PTERÍGIO RECIDIVADO

Brasileiro Vaz M.; Marquez Oliveira O.; Pereira Paes J.; Rahmeh N.*; Solange Barbosa Faria B*.

UBERABA, MG. UNIVERSIDADE DE UBERABA

INTRODUÇÃO: Pterígio é uma degeneração da conjuntiva que invade a córnea. É uma patologia muito prevalente nos países tropicais e seu tratamento representa um grande desafio para a oftalmologia cirúrgica, principalmente quanto às taxas de recidiva, que na maioria das técnicas, é alta. A membrana amniótica tem sido utilizada para reconstrução da superfície ocular pelo seu potencial anti-fibroblástico, anti-bactericida, analgésico e clonogenicidade. **OBJETIVO:** Determinar se a utilização do transplante de membrana amniótica como tratamento cirúrgico do pterígio recidivado é superior, em termos de recidiva, ao transplante autólogo de conjuntiva. **MATERIAL E MÉTODO:** A membrana amniótica foi obtida a partir de placentas provenientes de cesáreas eletivas e conservadas em meio de glicerol a 4°C por 2 meses. Foi realizado um estudo experimental, prospectivo, de 115 pacientes (115 olhos) portadores de pterígio recidivado, submetidos a tratamento cirúrgico no período de janeiro de 2004 a setembro de 2007. O acompanhamento do paciente foi de 1 ano. 71 (61,74%) pacientes eram do sexo masculino, 44 (38,26%) do sexo feminino e a média de idade foi de 38 anos (24 a 56 anos), sendo todos de raça branca. Foram compostos dois grupos por tabela de dígitos aleatórios: grupo teste (60 olhos)-transplante de membrana amniótica e grupo controle (55 olhos)-transplante autólogo de conjuntiva. **RESULTADOS:** No grupo teste houve 4 recidivas (6,66%) enquanto no grupo controle observou-se 9 recidivas (16,36 %). Um paciente do grupo controle apresentou simbléfaro. A análise estatística foi feita pelo teste de significância para igualdade de duas proporções e mostrou significância estatística ($z > 1,96$). **CONCLUSÃO:** A membrana amniótica tem se consolidado como útil adjuvante no tratamento de afecções de superfície ocular. Sua utilização se baseia na capacidade de beneficiar o processo de epitelização além de reduzir os processos inflamatórios, angiogênese e cicatricial. Por ser um procedimento relativamente simples e com baixa recidiva, o transplante de membrana amniótica mostrou-se superior à técnica de transplante autólogo de conjuntiva no tratamento do pterígio recidivado.

VIDEOS LIVRES

Sala 08 – CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:00 – 08:10 hs

VL.01.01

SITUAÇÃO ATUAL DO CANCER DA LARINGE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Sala 08 – CIRURGIA DE OBESIDADE

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:10 – 08:20 hs

VL 03.01

DERIVAÇÃO BILIOPANCREÁTICA DE SCOPINARO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Sinisgalli, L. A.; Herreros, M*, Pedroso, S.; Silva, D. C.; Martinez, N. P., Jesus, R. M.; Campos, H. C.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES, SÃO PAULO, SP.

INTRODUÇÃO

Os autores apresentam vídeo de uma cirurgia de Scopinaro modificado, já que não foi realizado colecistectomia.

OBJETIVO

Demonstrar a técnica de tratamento de obesidade mórbida por via videolaparoscópica.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma gastrectomia de 50%, com anastomose gastroileal pré-cólica, oralis parciais, anisoperistáltica, em Y de Roux, mantendo canal alimentar de 2 metros e canal comum de 70 cm.

Nesta cirurgia utilizou-se 4 portais de trocateres de 12mm e as anastomoses foram realizadas por grampeador linear com grampos azuis e brancos.

Retirada do estômago por prolongamento de 4 cm do orifício do trocater do hipocôndrio esquerdo.

CONCLUSÃO:

A derivação biliopancreática é um método seguro, eficaz e apresenta resultados previsíveis no tratamento da obesidade mórbida.

Sala 08 – COLOPROCTOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:20 – 08:30 hs

V.L. 06.01

VÍDEO CIRURGIA COLORRETAL, CASUÍSTICA INICIAL EM HOSPITAL PRIVADO

Furtado, M.; Furtado, R.; Gamito, M.E.; Queiroz, C.; Gonçalves, A.C. *

CENTRO MÉDICO PITANGUEIRAS – JUNDIAÍ – SP

Introdução: A vídeo cirurgia para tratamento de doenças do cólon vem sendo amplamente difundida e aceita entre os profissionais laparoscopistas, uma vez que reproduz a cirurgia convencional e, por vezes, mostra-se superior, principalmente nas vantagens pós-operatórias iniciais inerentes a este método.

Objetivo: Apresentar um vídeo editado de uma retossigmoidectomia com anastomose cólon-retal intracorpórea abordando a técnica operatória, ligadura vascular, e linfadenectomia no tratamento do câncer cólon-retal.

Material e métodos: Iniciamos a cirurgia laparoscópica em nosso Hospital em 1992 com a colecistectomia seguida da correção do refluxo gastro-esofágico e, posteriormente, no tratamento da hérnia inguinal e obesidade mórbida. Há quatro anos introduzimos no serviço a vídeo-cirurgia colorretal. Neste período (março de 2004 a setembro de 2008) 29 pacientes foram submetidos a este método. Foram 4 amputações abdominoperineais de reto, 8 colectomias esquerdas, 6 colectomias direitas, 6 colectomias totais, 2 reconstrução de trânsito pós Hartmann e 3 colostomias.

Resultados:

Dez pacientes eram portadores de doença benigna (34,5%) e os 19 restantes (65,5%) portadores de neoplasia do cólon e reto.

A idade variou entre 33 e 78 anos. Foram 16 pacientes do sexo feminino e 13 do masculino. O tempo operatório foi em média de 182,5 min e a alta hospitalar não excedeu 5 dias, nesta série. Não houve óbito.

Conclusão: A vídeo cirurgia nas doenças do cólon merece especial atenção, pois traz grandes benefícios aos pacientes, sobretudo no pós-operatório imediato. Trata-se de modalidade avançada vídeo cirúrgica requerendo treinamento específico.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:30 – 08:40 hs

V.L. 07.01

EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES NO TRATAMENTO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Sinisgalli, L. A.; Herreros, M., Pedroso, S*.; Silva, D. C.; Martinez, N. P., Jesus, R. M.; Campos, H. C.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES – SÃO PAULO, SP

INTRODUÇÃO:

Os autores apresentam a experiência do serviço no tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico por Videolaparoscopia, realizado no período, compreendido entre 1 de Dezembro de 1992 a 30 agosto de 2008.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Foram realizadas 879 cardioplastias, sendo 48,24% pacientes do sexo feminino e 51,76% do sexo masculino, com idade média de 45,5 anos para homens, e 47,5 anos para mulheres.

Os pacientes foram internados 01 hora antes da cirurgia, em jejum de, no mínimo 12 horas. Após o ato cirúrgico, no período vespertino, foi introduzida a dieta líquida e, em sua maioria, alta hospitalar 24 horas após o procedimento.

RESULTADOS:

Dentre as técnicas utilizadas para a confecção da válvula podemos destacar: Mista – 536 pacientes (60,97%), Nissen – 242 pacientes (27,53%), Lind – 92 pacientes (10,46%), Lotat-Jacob – 8 pacientes (0,91%) e Lotka – 01 paciente (0,01%).

Rotineiramente o controle endoscópico é feito 40 dias após a cirurgia, sendo que na última conferência de 2006 somente 684 pacientes haviam realizado-a (80,09%). Destes: 87,28% apresentavam válvula continente; 34,65% esofagite leve; 5,7% esôfago de Barrett; 0,88% válvula migrada. 170 pacientes permaneceram sem reavaliação, totalizando 19,91% dos operados.

As complicações precoces encontradas foram: migração aguda da válvula (5 casos), hemorragias, lesão pleural, abscesso subfrênico, pneumonia e 01 óbito por peritonite.

CONCLUSÃO:

Pelo exposto, conclui-se que a videolaparoscopia é um método que apresenta bons resultados, com baixos índices de morbi-mortalidade, constituindo-se no padrão ouro para o tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:40 – 08:50 hs

V.L. 07.02

MORBIMORTALIDADE DE GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTES COM DISFAGIA EM CENTRO DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO EM PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

Liboni, N. de S. * ; Fregnani, J. H. T. G.; Filho, J. C. da S. P

Instituição-Hospital AACD

Objetivos - Descrever os resultados de técnica de gastrostomia videolaparoscópica desenvolvida por equipe cirúrgica de centro especializado no tratamento e acompanhamento de portadores de necessidades especiais

Introdução - O tratamento da disfagia é clínico utilizando-se de métodos cirúrgicos e endoscópicos somente quando as terapêuticas falharam. As técnicas minimamente invasivas são preferencialmente escolhidas desde que haja condições para realizá-las, podendo ser feita primeiramente pela endoscopia, depois por cirurgia (laparotomia ou por laparoscopia) e até mesmo por radiologia.

Material e Métodos -Estudo observacional descritivo em 22 portadores de necessidades especiais entre 2004 e 2007. A amostragem por conveniência com 16 indivíduos do sexo masculino (72,7%) e 6 (27,3%) do sexo feminino, entre 18 a 25 anos, 7 encaminhados à cirurgia laparoscópica para tratamento combinado da doença do refluxo gastroesofágico e disfagia e 15 a gastrostomia videolaparoscópica

Na realização da gastrostomia fez-se sutura em bolsa na parede anterior do estômago. Na região central desta introduziu-se a sonda de silicone com três vias A sutura em bolsa foram amarrados. Um segundo ponto simples foi passado e amarrado externamente à sutura em bolsa. Com uma pinça Kelly introduzida pelo mesmo orifício da gastrostomia, os fios das suturas foram exteriorizados, tracionados (conjuntamente com a sonda) e amarrados com ponto transfixante na pele próximo a sonda.

Resultados-Não se registrou óbito, três casos (13,6%) perderam a sonda no ambiente domiciliar (desinsuflação) e um caso com celulite grave, sendo necessário a reversão da cirurgia para jejunostomia.

Conclusão - A técnica descrita parece atraente em virtude de sua simplicidade técnica, baixo custo e baixa morbimortalidade.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 08:50 – 09:00 hs

V.L. 07.03

TRICOBEOZAR GÁSTRICO GIGANTE

Gil MVF*, Coutinho IHSL, Costa Filho JO, Pereira CHF, Martins JMS, Robles L

Grupo de Gastrocirurgia - Hospital Santa Marcelina – SP

Introdução: O tricobezoar está bem documentado desde 1779 por Baudamant, bem como o tratamento cirúrgico descrito por Schonborn em 1883. A cirurgia é o único tratamento efetivo para remoção de bezoares gástricos gigantes. Tanto a laparotomia mediana quanto a laparoscopia tem sido utilizados como acesso cirúrgico. Até o presente momento não foi reportada a retirada de bezoar gástrico gigante por incisão infraumbilical transversa (Pfannestiel modificada).

Objetivo: Reportar em vídeo a extração de um tricobezoar gástrico gigante por incisão transversa infraumbilical.

Relato do caso: Paciente sexo feminino, 19 anos com tricofagia e tricotilomania há cinco anos apresentando vômitos e sensação de desconforto epigástrico há 2 meses. Ao exame, grande massa palpável ocupando os quadrantes superior esquerdo e inferior esquerdo do abdome. O exame contrastado demonstrou grande bezoar gástrico. EDA não conseguiu progressão até o piloro devido ao volumoso emaranhado de fios de cabelo.

Resultado: Realizado incisão infraumbilical transversa da pele e TCSC, seguido de incisão mediana infraumbilical mediana, sendo visualizado porção distal do estômago situado em pelve maior. Submetido a gastrotomia longitudinal, foi possível a retirada do grande tricobezoar, medindo 38 cm no maior eixo. Paciente evoluiu bem com alta no PO4. No seguimento ambulatorial realiza acompanhamento conjunto com a equipe de psiquiatria, assintomática.

Conclusão: A incisão transversa infraumbilical pode ser utilizada em casos selecionados de tricobezoar gástrico gigante.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:00 – 09:10 hs

V.L. 07.04

TRATAMENTO VÍDEO LAPAROSCÓPICO DA DRGE, VÍDEO EDITADO

Furtado, M.; Leão, S.; Furtado, R.; Gonçalves, A.C.*; Queiroz, C.

CENTRO MÉDICO PITANGUEIRAS – JUNDIAÍ – SP

Introdução: A doença do Refluxo Gastroesofágico sofreu grande avanço no que se refere ao seu diagnóstico e tratamento. A evolução da endoscopia, dos inibidores de bomba protônica e, sobretudo, da vídeo laparoscopia, modificou o manejo desta patologia.

Objetivo: Apresentação de vídeo editado de hiatoplastia e funduplicatura total por vídeo-cirurgia, abordando anatomia e técnica operatória, sobretudo, a confecção da válvula com a parede posterior do fundo gástrico retroperitoneal, sem necessidade de ligadura de vasos breves.

Material e métodos: Entre março de 1996 e setembro de 2008, foram realizadas 912 operações de correção do RGE por Vídeo laparoscopia em adultos variando entre 14 e 81 anos. O sexo predominante foi o masculino com 629 pacientes (68,9%). A principal indicação foi a Esofagite por refluxo não complicada em 775 casos (84,9%). O esôfago de Barrett foi responsável por 15,1% das indicações (137casos). As técnicas de funduplicatura empregadas foram a do tipo Nissen e Mista (Nissen modificada). A primeira com 25,5% (233 operações) e a segunda com 74,5% (679 operações). A conversão para cirurgia laparotômica foi necessária em 6 casos (0,6%), devido a sangramento de vasos breves, hipercapnia, aderências e fígado grande. Em 36 casos foi realizado a colecistectomia associada à operação anti-refluxo. O tempo operatório médio foi de 51 min. e o período de internação hospitalar não ultrapassou 24h na grande maioria dos casos.

Resultados: Foram necessárias 5 reoperações nesta série (0,5%). Duas delas por migração aguda da válvula e as demais por disfagia persistente e recidiva da ER. Todos os pacientes foram acompanhados ambulatorialmente por 30, 60 e 365 dias não apresentando maiores intercorrências.

Conclusão: O tratamento cirúrgico por vídeo laparoscopia da DRGE mostrou-se, nesta casuística, ser um método seguro, de baixa morbidade e nenhuma mortalidade.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:10 – 09:20 hs

V.L. 07.05

**TRATAMENTO VÍDEO LAPAROSCÓPICO DO MEGAESÔFAGO NÃO AVANÇADO
VÍDEO EDITADO**

Furtado, M.; Leão, S. ; Furtado, R. ; Queiroz, C*.; Gonçalves, A.C.

CENTRO MÉDICO PITANGUEIRAS – JUNDIAÍ – SP

Introdução: O tratamento do megaesôfago não avançado pela técnica de Heller-Pinotti obteve grande aceitação no cenário nacional e mundial, sobretudo com o advento da cirurgia vídeo laparoscópica tornando-se hoje, o “padrão ouro” no tratamento cirúrgico desta patologia.

Objetivo: Apresentar vídeo de cardiomiectomia associada a funduplicatura anterior por vídeo laparoscopia (técnica de Heller-Pinotti), utilizando bisturi ultra-sônico em paciente portador de acalasia do cárdia e megaesôfago incipiente.

Material e métodos: Trata-se de paciente do sexo masculino de 38 anos de idade portador de acalasia do cárdia com megaesôfago incipiente.

Resultados: Apresentados durante o vídeo no que se refere a detalhes técnicos e casuística.

Conclusão: A técnica laparoscópica para o tratamento do megaesôfago não avançado mostrou-se ser de fácil execução, baixa morbidade e com resultado satisfatório a curto e médio prazo constatado pela melhora clínica da paciente, ganho ponderal e estudo radiográfico contrastado.

Sala 08 – ESÔFAGO E ESTÔMAGO

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:20 – 09:30 hs

V.L. 07.06

**TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA MIGRAÇÃO PRECOCE DE VÁLVULA APÓS
CARDIOPLASTIA**

Sinisgalli, L. A.; Herreros, M., Pedroso, S*.; Silva, D. C.; Martinez, N. P., Jesus, R. M.; Campos, H. C.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES, SÃO PAULO

INTRODUÇÃO:

Demonstrar a reabordagem cirúrgica videolaparoscópica da migração de válvula no 1º dia de pós-operatório do tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico.

OBJETIVO:

Relato de caso de um paciente que apresentou a migração da válvula gastroesofágica no 1º dia de pós-operatório de cardioplastia.

MATERIAL E MÉTODOS:

O paciente internado para realização de cardioplastia devido aos sintomas de refluxo gastroesofágico, associado à presença de pirose, hérnia de hiato e esofagite moderada evidenciados na endoscopia digestiva alta.

No pós-operatório imediato o paciente apresentou vários episódios de vômitos e dor retroesternal. Realizado um Rx de tórax que evidenciou estômago em porção torácica, sendo então indicado nova reabordagem videolaparoscópica.

Durante o ato cirúrgico foi constatada a migração do estômago e de sua válvula para a porção posterior do tórax através do hiato esofágico que se encontrava deiscente. Realizado nova tração da válvula, com ressutura do hiato esofágico e confecção de nova válvula.

RESULTADOS:

O paciente evoluiu sem queixas e teve alta hospitalar no 3º pós-operatório, após tratamento de pneumonia decorrente de atelectasia de base pulmonar esquerda.

CONCLUSÃO:

Esta complicação é previsível e relacionada a vômitos no pós-operatório imediato, devendo ser prevenido com uso de anti-eméticos potentes já durante a indução anestésica.

O tratamento cirúrgico desta complicação, deve ser preferencialmente realizado por videolaparoscopia, e devemos estar atentos aos sintomas apresentados pelo paciente no pós-operatório imediato sendo que os vômitos são a principal causa de migração precoce da válvula gastroesofágica.

Sala 08 – EXPERIMENTAL

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:30 – 09:40 hs

V.L. 08.01

CONDICIONAMENTO ISQUÊMICO GÁSTRICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA EM SUÍNOS

Rocha, L. L.*; Tsuge, A. T.; D'Ávila, R; Velha, L. P. E; Leme, L. F. P.

HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO – SP.

Introdução: Na esofagectomia subtotal com reconstrução por tunelização gástrica, foi demonstrado que o condicionamento isquêmico gástrico previamente à cirurgia previne complicações decorrentes de isquemia (deiscência anastomótica principalmente) por uma melhor adaptação da vasculatura regional. A videolaparoscopia é um método cirúrgico de estadiamento para o câncer de esôfago de utilização crescente.

Objetivo: Realizar vídeo demonstrativo da realização da técnica de condicionamento isquêmico gástrico por videolaparoscopia em modelo suíno.

Material e Métodos: Foram utilizados porcos Landrace entre 15 e 20 kg. Foi seguido protocolo de cuidados de animais e aprovado pelo comitê de ética. Os animais foram pré-medicados com 0,1 mg/kg de acepromazina IM e mantidos sob ventilação mecânica por traqueostomia e anestesia inalatória contínua com isoflurano. A cavidade abdominal foi acessada por cinco portais laparoscópicos nas posições peri-umbilical (10 mm), subcostal D (5 mm), sub-xifóidea (10 mm) e subcostal E (5 mm), auxiliar em flanco E (5 mm). Foi realizado dissecação e ligadura da artéria gástrica esquerda e dos vasos curtos gástricos. Realizou-se medidas de fluxo por laser-Doppler na região do fundo gástrico (média entre três medidas, em área triangular) durante o procedimento inicial, sete dias e quatorze dias após. No 14º dia, o animal foi submetido a gastrectomia total e enviado material para análise histológica. O animal foi sacrificado após o procedimento cirúrgico.

Conclusões: Trata-se de proposta técnica de avaliação laparoscópica para realização de condicionamento isquêmico do estômago com o uso da tecnologia de fluxometria por laser-Doppler em modelo suíno.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 09:40 – 09:50 hs

V.L. 09.01

ACESSO GLISSONIANO DO PEDÍCULO DO SEGMENTO LATERAL ESQUERDO NA HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Teixeira, R., Surjan, R., Pilla, V., Venâncio, A., Knox, D., Machado, M.A.C.

Faculdade de Medicina de Jundiaí

Instituto do Fígado de Campinas

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP

RESUMO:

Mulher, 32 anos, portadora de vários hemangiomas no fígado, realizou tratamento hormonal para infertilidade, sem sucesso. Após o tratamento, a lesão dos segmentos 2 e 3 cresceu de 4 para 18 cm. foi indicada ressecção laparoscópica.

A técnica do acesso glissoniano para o pedículo dos segmentos 2 e 3 foi aplicada, utilizando grampeadores laparoscópicos vasculares. O sangramento foi inexistente, não houve necessidade de colocação de drenos, a lesão foi retirada por incisão de pfannenstiel e a paciente recebeu alta no segundo dia de pós-operatório.

CONCLUSÃO:

A técnica do acesso glissoniano aos pedículos hepáticos que foi descrita por machado e herman na cirurgia aberta também se aplica a laparoscopia

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES
Data: 27 de novembro – quinta-feira
Horário: 09:50 – 10:00 hs
V. L. 09.02

VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NAS DOENÇAS HEPÁTICAS

Sorbello, A.A.; Prado, E.P.; Godinho, L.S.*; Souza, J.R.M.; Silva, C.B.; Sorbello, M. P.

INSTITUTO SORBELLO

Introdução: O desenvolvimento das técnicas e materiais para cirurgia videolaparoscópica possibilita o diagnóstico e o tratamento de um número cada vez maior de patologias do trato gastrointestinal, dentre elas as doenças do fígado. A cirurgia hepática exige grande conhecimento anatômico e habilidade técnica para segura execução. **Objetivo:** Exaltar a videocirurgia como método factível e seguro para o diagnóstico e tratamento de várias doenças hepáticas. **Métodos:** Apresentação de vídeo com várias intervenções diagnósticas e terapêuticas sobre o fígado realizadas por videocirurgia. **Resultados:** Evidencia-se que a videocirurgia hepática é exequível, eficiente, segura e vantajosa quanto à recuperação pós-operatória dos pacientes.

Conclusão: O aperfeiçoamento dos meios e métodos videocirúrgicos vem abrangendo um crescente número de procedimentos terapêuticos e diagnósticos de patologias que antes eram somente executáveis por via laparotômica. A videocirurgia hepática é exequível com segurança e vantagens aos pacientes, mas exige cirurgiões habilitados tecnicamente e com grande conhecimento anatômico. Faz-se mister o constante aprimoramento dos cirurgiões e dos equipamentos videolaparoscópicos para a segura aplicabilidade da videocirurgia hepática.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 10:45 – 10:55 hs

V.L. 09.03

**APLICAÇÃO DE HEMIPRINGLE E PRECONDICIONAMENTO ISQUEMICO NA
RESSECCAO HEPATICA LAPAROSCOPICA**

Teixeira,R. , Borgonovi ,A., Santos, C, Venâncio, A., Pilla.V, Knox, D.

Faculdade de Medicina de Jundiaí
Instituto do Fígado de Campinas
Hospital Centro Médico de Campinas

RESUMO:

Uma paciente do sexo feminino, jovem de 22 anos, com um adenoma hepático foi submetida a cirurgia devido ao seu desejo de engravidar. A tomografia computadorizada revelou um típico adenoma no segmento 6 do fígado, com diâmetro de 6 cm. Uma ressecção laparoscópica segmentar foi realizada, usando pré-condicionamento isquêmico(15 minutos) aplicado sobre o lobo direito por hemi-pringle, via laparoscópica. A paciente obteve alta hospitalar no segundo dia de pos operatório e permanece assintomática.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 10:55 – 11:05 hs

V.L. 09.04

RESSECÇÃO ISOLADA DO SEGMENTO VI COM ABORDAGEM DIRETA AO PEDÍCULO POSTERIOR DIREITO PARA RESSECÇÃO DE TUMORES HEPÁTICOS

Kawamoto, F.M.*; Orso, I.R.B.; Pugliese, V.; Herman, P.; D’Albuquerque, L.A.C.; Saad, W.A.; Ceconello, I.

DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA – DISCIPLINA DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO – GRUPO DE CIRURGIA DO FÍGADO E HIPERTENSÃO PORTAL.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Nas hepatectomias para ressecção de tumores o cirurgião deve sempre preservar o máximo possível de parênquima hepático. Esta conduta diminui o risco de disfunção hepática nos cirróticos com hepatocarcinoma e preserva parênquima suficiente para uma re-hepatectomia nos pacientes com metástases ressecadas que evoluem com uma nova lesão. A ressecção isolada de segmentos hepáticos em lesões únicas é uma ótima opção para atingir este objetivo, preservando parênquima sem prejuízo à radicalidade oncológica.

Objetivo: Demonstrar a técnica para ressecção isolada do segmento VI através da abordagem direta e clampeamento temporário do pedículo posterior direito. **Método:** Apresentação de caso clínico, bases anatômicas e vídeo demonstrando a ressecção isolada do segmento VI hepático. **Conclusão:** A ressecção isolada do segmento VI para tumores hepáticos através da abordagem direta do pedículo posterior direito, com clampeamento temporário, permite uma ressecção segura e anatômica. Esta técnica preserva o máximo de parênquima com uma isquemia temporária de pequena área do fígado.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:05 – 11:15 hs

V.L. 09.05

RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE TUMOR HEPATICO NO SEGMENTO 3

² Teixeira ,R., ² Knox ,D., ² Venâncio ,A., ¹ Pilla,V .

¹INSTITUTO DO FIGADO DE CAMPINAS , ²FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI.

RESUMO

Um paciente de 53 anos de idade, com diagnóstico de carcinoma epidermoide de esôfago, foi submetida a quimio e radioterapia, obtendo regressão total da lesão.No acompanhamento clínico deste paciente, foi detectado um nódulo isolado no segmento 3 hepático. Foi então optado por realização de uma ressecção laparoscópica do segmento 3, usando a clássica técnica de acesso ao pedículo esquerdo, dissecando a artéria e veia porta.O parênquima foi ressecado com bisturi ultrasonico.Os demais pedículos e a veia hepática esquerda foram tratadas utilizando-se stapplers vasculares endoscópicos. O paciente obteve um ótimo resultado cirúrgico, obtendo alta hospitalar no segundo dia pos operatório. A análise histológica, revelou tratar-se de um hemangio-endotelioma, não relacionado ao tumor primário.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:15 – 11:25 hs

V.L. 09.06

TRATAMENTO VÍDEOLAPAROSCÓPICO DO HEPATOCARCINOMA ASSOCIANDO A RESSECÇÃO COM A RADIOABLAÇÃO TUMORAL

Ribeiro Jr, M.A.F.*¹; Sanhuenza, M.²

Trabalho realizado no HOSPITAL DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO CHILE - SANTIAGO

- 1- Hospital São Luiz, Serviço de Cirurgia de Fígado e hipertensão portal HC-FMUSP, Universidade Cidade de São Paulo – UNICID
- 2- Pontifícia Universidade Católica do Chile

Introdução: O tratamento cirúrgico dos tumores primários do fígado permanece sendo a melhor opção de cura para tais lesões. A incidência de tais neoplasias vem crescendo em todo o mundo tendo em vista o crescente número de casos de pacientes infectados pelos vírus da hepatite B e principalmente C. Além da cirurgia de ressecção, o transplante hepático assim como a radioablação (RFA) tumoral representam modalidades com potencial de cura bem definido pela literatura. Objetivo: Apresentar um caso de ressecção associado a radioablação de hepatocarcinoma por vídeolaparoscopia como forma de tratamento minimamente invasivo proposto para paciente com reserva hepática limitada. Material e Método: Paciente sexo feminino, 63 anos, portadora de cirrose por HCV, durante acompanhamento apresentou duas lesões hepáticas hipervasculares com elevação dos níveis de alfa-feto proteína, sendo uma no segmento lateral esquerdo com aproximadamente 4 centímetros e outra no segmento VII com menos de 3 cm. Resultado: Será apresentado um vídeo onde foi realizada uma segmentectomia lateral esquerda, ultrassom intra-operatório e RFA de lesão no lobo direito, a o tempo de cirurgia foi de 240 minutos e a paciente teve alta no 3º dia de pós-operatório. Conclusão: A realização de ressecção hepática laparoscópica é factível e segura, entretanto deve ser realizada por cirurgiões com treinamento em cirurgia laparoscópica assim como hepática, o menor trauma operatório leva a uma recuperação mais rápida assim como menor risco de morbidade para o paciente que habitualmente por sua doença de base apresenta uma evolução pós-operatória delicada e muitas vezes conturbada.

Sala 08 – FÍGADO E VIAS BILIARES

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:25 – 11:35 hs

V.L. 09.07

UMA NOVA MANOBRA PARA EXTRACAO DE TUMOR HEPATICO RESSECADO POR LAPAROSCOPIA

Teixeira,R. , Machado,M.A , Makdissi ,F., Pilla, V, Knox, D., Venâncio, A.

Faculdade de Medicina de Jundiaí

Instituto de Fígado de Campinas

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP

RESUMO :

Uma paciente jovem de 27 anos com um adenoma hepático nos segmentos 2 e 3, foi admitida na sala de emergência com anemia severa, Hb=6mg com sangramento intratumoral.Ela desenvolveu hemoperitoneo e foi inicialmente tratada por medidas conservadoras.Uma TC de abdome revelou um adenoma tipo bulky (estimado com 29cm e 1900 gramas) com sangramento.Apos 60 dias, foi submetida a bisegmentectomia lateral esquerda por via laparoscópica dos segmentos 2 e 3., utilizando o acesso glissoniano. A cirurgia foi realizada com sucesso, porem o problema maior foi a extração do tumor. Nós decidimos por realização de uma incisão do tipo Pfannestiel e usamos para tal um fórceps obstétrico do tipo Kijeland, e o tumor foi retirado sem ser rompido.A paciente obteve alta no segundo dia pos operatório, e permanece assintomática.

Sala 08 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:35 – 11:45 hs

V.L. 11.01

ANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA, TRATAMENTO POR ESPLENECTOMIA VÍDEO-LAPAROSCÓPICA

Furtado, M.; Leão, S. ; Furtado, R. ; Gonçalves, A.C.; Queiroz, C. *

CENTRO MÉDICO PITANGUEIRAS – JUNDIAÍ – SP

Introdução: A esplenectomia vídeo laparoscópica obteve grande avanço após a introdução dos endo-grampeadores vasculares e, sobretudo, das novas tecnologias de energia para selagem de vasos e cauterização de tecidos.

Objetivo: Apresentar vídeo de esplenectomia laparoscópica discutindo sua indicação, posição do paciente e portais, técnica operatória e vantagens do método.

Material e métodos: Trata-se de paciente do sexo feminino de 57 anos de idade portadora de aneurisma de artéria esplênica maior que 7cm, diagnosticado incidentalmente por radiografia simples de tórax em exames de rotina.

A tomografia abdominal e arteriografia esplênica confirmaram o diagnóstico.

Utilizaram-se três portais, bisturi ultra-sônico e a remoção do espécime foi realizada por incisão transversa suprapúbica de 5cm.

Resultados: Apresentados durante o vídeo no que se refere a detalhes técnicos e casuística.

Conclusão: A esplenectomia laparoscópica mostra-se superior à técnica aberta no volume de perda sanguínea, dor pós-operatória, afeito estético e principalmente, na recuperação precoce destes pacientes.

Sala 08 – OUTROS ASSUNTOS

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:45 – 11:55 hs

V.L. 11.02

HEMOBILIA – RELATO DE CASO - VIDEO

Fey A.; Haro C.P*.; Enge Jr D.J.; Bonneto F.S.; Teixeira J.V.; Teixeira J.C.

HOSPITAL REGIONAL DO ALTO VALE – RIO DO SUL, SC

INTRODUÇÃO - Hemobilia é o sangramento exteriorizado pela papila de Vater, sendo uma causa incomum de hemorragia digestiva alta, e está associado a história de injúria hepato-biliar como: traumas, manipulações cirúrgicas, tumores, aneurismas de artéria hepática, colecistites, abscessos e coagulopatias. Dentre as causas de coagulopatias encontra-se a intoxicação por cumarínico, que pode ser potencializado por interações medicamentosas. As hemorragias maciças resultam da dosagem excessiva e/ou do prolongamento exagerado do tempo de protrombina, podendo levar à morte do doente.

OBJETIVO - Descrever e apresentar a filmagem endoscópica do trato digestivo alto evidenciando a ocorrência de hemobilia, desencadeada por intoxicação cumarínica.

MÉTODO E RESULTADO - Relato de caso de um paciente com hemobilia. Paciente HD, 73 anos, portador HAS, DPOC, usuário de marcapasso por FAC, com AVCi há 15 dias. Em uso contínuo de marevam e ocasionalmente de dipirona. Busca assistência médica devido a astenia e palidez, e na anamnese caracterizado melena. Paciente em regular estado geral, hipocorado +++/4, pálido, PA 130x60mmHg, FC 66bpm, Sat O2 96%. Exames laboratoriais: Htc 15, Hgb 4,9, TAP >54, RNI >7,01, KPTT 51seg. EDA visualizou-se a ejeção de secreção biliar com aspecto hemático pela papila duodenal, sobre a qual foi instilado água oxigenada (H2O2). O H2O2 em contato com o sangue, o qual possui a enzima catalase, produz uma reação de análise com liberação de oxigênio, que no filme pode ser observado com a formação de uma espuma branca. Foi realizado tratamento para intoxicação cumarínica, desencadeada provavelmente pelo efeito potencializador da dipirona sobre o cumarínico (marevam). Administrou-se vitamina K, concentrado de hemácias e de plasma fresco, com boa resposta clínica. No acompanhamento pós alta hospitalar, o paciente apresentou-se com a normalização do hemograma e coagulograma.

CONCLUSÃO - Apesar de a hemobilia ser um quadro raro de hemorragia digestiva alta (HDA), e a intoxicação por cumarínicos ter inúmeras outras formas mais comuns de manifestação clínica de sangramento, estes devem entrar como diagnósticos diferenciais de HDA.

Sala 08 – UROGINECOLOGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 11:55 – 12:05 hs

V.L. 13.01

ENDOMETRIOSE URETERAL: NOVO HORIZONTE NO TRATAMENTO DAS LESÕES IATROGÊNICAS DOS URETERES

Ribeiro, D. M. F. R.*; Ribeiro. G. M. P. A. R.; Cretella, C. M.; Santos, T. P.

Hospital São Luis (Morumbi).

Introdução:

A endometriose ureteral corresponde à 15% dos casos de endometriose infiltrativa do trato urinário. A sua abordagem, por muitas vezes, pode ocorrer em lesões iatrogênicas dos ureteres, que estatisticamente em procedimentos ginecológicos correspondem de 0,4 a 1,5%.

Objetivo:

Apresentar a experiência da equipe no manejo de lesões ureterais totais ou parciais, em cirurgias pélvicas ginecológicas por via laparoscópica.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 14:00 – 14:10 hs

V.L. 14.01

ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO TRATADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA - RELATO DE CASO

Oliveira Neto, R.M.*; Madi, M.C.C.; Puglia C.R.; Moura, L.F.R.A.; Corsi, P.R.

Hospital Samaritano

Introdução

O abdômen agudo obstrutivo representa um desafio ao tratamento videolaparoscópico devido a fatores como distensão de alças, dificuldade para manipular as alças, necessidade de pinças adequadas, entre outros.

São descritos poucos casos ou séries de procedimentos videolaparoscópicos com sucesso no tratamento destas afecções.

Objetivo

Relatar um caso de abdômen agudo obstrutivo tratado por videolaparoscopia.

Material e Método

Paciente do sexo feminino, 38 anos, raça branca admitida no pronto-socorro com quadro de dor abdominal difusa e distensão abdominal. Realizou tomografia computadorizada de abdômen que demonstrou intensa distensão de alças sem ponto ou fator de obstrução evidente.

Foi submetida á videolaparoscopia que evidenciou intensa distensão de alças e uma hérnia interna que causava o quadro obstrutivo.

Resultados

O procedimento cirúrgico foi realizado sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar no 2º PO.

Conclusão

O abdômen agudo obstrutivo representa um desafio ao tratamento videolaparoscópico, porém em casos selecionados ele é factível.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 14:10 – 14:20 hs

V.L. 14.02

ABSCESO HEPÁTICO SECUNDÁRIO A COLECISTITE AGUDA - ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA

Oliveira Neto, R.M.*; Puglia C.R.; Moura, L.F.R.A.; Corsi, P.R.

Hospital e Maternidade São Luiz

Introdução

O Abscesso hepático secundário a colecistite aguda é uma entidade rara e pouco descrita. Seu tratamento inclui a drenagem percutânea, cirúrgica (aberta ou videolaparoscópica) e antibioticoterapia.

Objetivo

Relatar um caso de abscesso hepático secundário à colecistite aguda tratado por videolaparoscopia.

Material e Método

Paciente do sexo feminino, 40 anos, raça branca admitida no pronto-socorro com quadro de dor em hipocôndrio direito. Realizados exames de imagem que demonstraram quadro de colecistite aguda complicada com abscesso hepático.

Foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica e drenagem do abscesso hepático pela mesma via.

Resultados

O procedimento foi realizado sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar no 2º PO.

Conclusão

A ocorrência de abscesso hepático concomitante com colecistite aguda é um quadro raro. O tratamento videolaparoscópico em casos selecionados é factível.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 14:20 – 14:30 hs

V.L. 14.03

ANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA, TRATAMENTO POR ESPLENECTOMIA VÍDEO-LAPAROSCÓPICA

Furtado, M.; Leão, S. ; Furtado, R. ; Gonçalves, A.C.; Queiroz, C. *

CENTRO MÉDICO PITANGUEIRAS – JUNDIAÍ – SP

Introdução: A esplenectomia vídeo laparoscópica obteve grande avanço após a introdução dos endo-grampeadores vasculares e, sobretudo, das novas tecnologias de energia para selagem de vasos e cauterização de tecidos.

Objetivo: Apresentar vídeo de esplenectomia laparoscópica discutindo sua indicação, posição do paciente e portais, técnica operatória e vantagens do método.

Material e métodos: Trata-se de paciente do sexo feminino de 57 anos de idade portadora de aneurisma de artéria esplênica maior que 7cm, diagnosticado incidentalmente por radiografia simples de tórax em exames de rotina.

A tomografia abdominal e arteriografia esplênica confirmaram o diagnóstico.

Utilizaram-se três portais, bisturi ultra-sônico e a remoção do espécime foi realizada por incisão transversa suprapúbica de 5cm.

Resultados: Apresentados durante o vídeo no que se refere a detalhes técnicos e casuística.

Conclusão: A esplenectomia laparoscópica mostra-se superior à técnica aberta no volume de perda sanguínea, dor pós-operatória, afeito estético e principalmente, na recuperação precoce destes pacientes.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 14:30 – 14:40 hs

V.L. 14.04

APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Perin, M. A. C.; Herreros, M., Pedroso, S.; Silva, D. C.; Martinez, N. P*., Jesus, R. M.; Campos, H. C.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES, SÃO PAULO

INTRODUÇÃO:

O trabalho apresentado demonstra a técnica utilizada para o tratamento da apendicite aguda por videolaparoscopia no Hospital Nossa Senhora de Lourdes, São Paulo.

OBJETIVO:

Demonstrar a técnica utilizada para o tratamento da apendicite aguda no período de janeiro a agosto de 2008 e os resultados obtidos.

MATERIAL E MÉTODOS:

Durante o ano de 2008 foram abordados cirurgicamente 154 casos de apendicite aguda, sendo 96 casos por via videolaparoscópica e 58 por via convencional.

Nesta técnica, o paciente é posicionado em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral, com os braços ao longo do corpo. Um portal de 10mm é posicionado inicialmente na região supra-umbilical, outro de 5mm na linha hemiclavicular esquerda na altura da região inguinal e por último, um de 10mm na linha hemiclavicular direita na altura da região umbilical.

É realizada a ligadura do mesoapêndice com bisturi harmônico expondo a base apendicular para posterior tração da mesma com fio de catégute cromado 2.0 passado por uma agulha de Verres posicionada na altura do segmento . A seguir, é realizado um nó com vicryl 2.0 em sua base , onde é seccionado com o bisturi harmônico e retirado da cavidade abdominal pelo trocater maior.

O paciente recebe, em média, alta hospitalar no 1º PO após aceitação da dieta.

RESULTADOS:

Todos os casos obtiveram alta hospitalar no 1º PO e durante este período não obtivemos complicação cirúrgica. Apenas em um caso de realizou-se ileocelectomia por perfuração do apêndice e necrose de ceco.

CONCLUSÃO:

A cirurgia por videolaparoscopia é um método eficaz para o tratamento da apendicite aguda obtendo excelentes resultados em relação à dor pós-operatória, a redução importante da ocorrência de abscessos de parede, além do retorno precoce as atividades habituais.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 14:40 – 14:50 hs

V.L. 14.05

DIVERTICULITE DE MECKEL POR PERFURAÇÃO DE CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO

Ribeiro, D. M. F. R.; Ribeiro. G. M. P. A. R.; Cretella, C. M.; Santos, T. P.*

Hospital São Luis (Morumbi).

Introdução:

O divertículo de Meckel é uma anomalia congênita do trato gastrointestinal, que ocorre em cerca de 2% da população. É um divertículo verdadeiro formado na borda anti-mesentérica do intestino delgado e, usualmente, de 30 a 150 cm da válvula íleo-cecal. Normalmente assintomático, porém manifesta-se na ocorrência de complicações como: obstrução intestinal, hemorragias, perfurações, diverticulites ou neoplasias. Por muitas vezes a sua afecção aguda se confunde com outros quadros abdominais de urgência, sendo o diagnóstico realizado incidentalmente no evento operatório.

Objetivo:

Apresentar um vídeo de um relato de caso de abdome agudo causado por perfuração por corpo estranho em um divertículo de Meckel, e sua resolução por técnica videolaparoscópica.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 14:50 – 15:00 hs

V.L. 14.06

HEPATECTOMIA DIREITA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA

Orso, I.R.B.*; Kawamoto, F.M.; Coelho, F.F.; Herman, P.; Pugliese, V.; D’Albuquerque, L. A. C.; Saad, W.A.; Cecconello, I.

DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA – DISCIPLINA DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO – GRUPO DE CIRURGIA DO FÍGADO E HIPERTENSÃO PORTAL.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A abordagem laparoscópica para realização de biópsias, destelhamento de cistos e ressecções de pequenos tumores superficiais do fígado é segura e pode ser realizada com os instrumentos laparoscópicos usualmente disponíveis. Com a maior experiência em laparoscopia e o avanço dos grampeadores, dispositivos de selamento de vasos (bi-polar, harmônico), afastadores de fígado e pinças para dissecação e controle de sangramento a abordagem minimamente invasiva também pode ser utilizada em lobectomias e segmentectomias maiores, dentro de centros com experiência em cirurgia hepática e laparoscópica.

Objetivo: Apresentar casuística inicial de hepatectomias direita totalmente laparoscópicas realizadas no Serviço de Cirurgia do Fígado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Método: Apresentação de caso clínico, detalhes técnicos e vídeo de dois casos de hepatectomia direita totalmente laparoscópica.

Conclusão: Hepatectomias maiores podem ser realizadas com segurança por equipes treinadas em laparoscopia e cirurgia hepática proporcionando ao paciente uma menor morbidade pós-operatória.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 15:00 – 15:10 hs

V.L. 14.07

HERNIOPLASTIA INGUINAL VÍDEO LAPAROSCÓPICA (TAPP) VÍDEO EDITADO

Furtado, M.; Furtado, R.; Gonçalves, A.C., Queiroz, C*

HOSPITAL PITANGUEIRAS – JUNDIAÍ – SP

Introdução: O tratamento cirúrgico da hérnia inguinal é fonte de estudo por décadas, sempre buscando eficácia associada a baixo índice de recidiva. A partir do advento das técnicas sem tensão com prótese e, paralelamente da vídeo cirurgia, a incidência de recidiva vem declinando e os bons resultados a curto e longo prazo fazem do método laparoscópico uma alternativa no arsenal do cirurgião geral.

Objetivo: Apresentação de vídeo editado da técnica de hernioplastia laparoscópica transabdominal com tela pré-peritoneal (TAPP).

Material e métodos: Entre julho de 1996 e setembro de 2008, foram realizadas 394 operações de hernioplastia inguinal por Vídeo laparoscopia em adultos variando entre 28 e 79 anos. O sexo predominante foi o masculino com 372 pacientes (94,4%). A hérnia bilateral foi responsável por 35% das indicações (138 casos) seguida pela hérnia unilateral em (256 casos). A hérnia recidivada foi responsável por 23,3% (92 casos) das indicações. As hérnias diretas (Nyhus 3a) foram as mais freqüentes, seguidas das indiretas e femurais. O tempo operatório médio foi de 40 min. e o período de internação hospitalar não ultrapassou 24h na totalidade dos casos.

Resultados: O seroma em região inguinal é a principal complicação pós-operatória, principalmente nos pacientes em que a ressecção do saco herniário foi realizada, facilmente tratável, em casos selecionados de grande volume, por punção com agulha. Quatro pacientes apresentaram recidiva da hérnia (1,01%), dois deles tratado por nova laparoscopia.

Conclusão: O tratamento cirúrgico por vídeo laparoscopia da hérnia inguinal mostrou-se ser um método seguro, de baixa morbidade e nenhuma mortalidade. Tem grande indicação nas hérnias recidivadas e bilaterais e baixo índice de recidiva.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 15:10 – 15:20 hs

V.L. 14.08

HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEO LAPAROSCÓPICA UM ANO APÓS RETOSSIGMOIDECTOMIA VÍDEO LAPAROSCOPICA POR MEGARETO COMPLICADO POR VOLVO

Liboni, N.S.*; Filho, J.C. da S.P.

Clinica Privada (Clinica Factum Serviços Médicos) operando no Hospital São Luiz em São Paulo

Objetivos

Mostrar que após uma cirurgia de grande porte e com extenso descolamento, as aderências foram mínimas e que a cirurgia vídeo laparoscópica para o colon, não traz apenas vantagens como alta mais precoce, menor cicatriz, menos dores e etc, mas também evita complicações intra cavitárias posteriores como oclusão por bridas

Introdução

Há um ano atrás, o paciente teve volvo intestinal, desfeito em serviço de urgência através da retossigmoidoscopia.

Foi indicado a retossigmoidectomia vídeo laparoscópica após realização de inúmeros exames sanguíneos e imagem para se conhecer a causa da dilatação e estudar as táticas cirúrgicas a serem adotadas (manometria anal com megareto, enema opaco com mega dolico sigmóide, colonoscopia com sigmóide dilatado e reto com mobilidade e expansibilidades aumentados, sorologias para doença de Chagas negativas).

O resultado do anatomo patológico foi que o mesmo era portador de megacolon com imunohistoquímica com megacolon e redução de células ganglionares nos plexos mientéricos, outras degeneradas, hiperplasia de células de schwann.

O mesmo evoluiu bem após a cirurgia, desenvolvendo 6 meses após, hérnia inguinal direita por esforço físico intenso, sendo submetido a herniorrafia inguinal vídeo laparoscópica intra abdominal.

Material e métodos

Vídeo de cirurgia no hospital São Luiz, de paciente oriundo da Clinica Factum, do paciente R.F.F, masculino, 56 anos, portador de megacolon sigmóide e retal sendo submetido a cirurgia vídeo laparoscópica e em seqüência um ano após, mostrando herniorrafia inguinal direita intra peritoneal.

Resultados e conclusão

Tomando-se os cuidados para realização do primeiro portal a céu aberto evitando-se iatrogenias, encontrou-se cavidade com mínimas aderências e o sitio cirúrgico e alças intestinais em perfeitas condições., permitindo que a herniorrafia fosse feita sem intercorrências, com o paciente tendo alta no mesmo dia da internação.

A cirurgia vídeo laparoscópica para os cólons se desenvolveu muitos nos últimos anos, e com as padronização das técnicas vem se mostrando um método seguro e com baixa morbidade e mortalidade conforme os dados de literatura mundial e na rotina dos cirurgiões .

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 15:20 – 15:30 hs

V.L. 14.09

USO DE TELA BIOLÓGICA EM GRANDES HÉRNIAS DE HIATO E EM REOPERAÇÕES

Brandalise N. A., Aranha N.C., Brandalise A., Lorenzetti C.*, Borgonovi A. C.

Fundação Centro Médico de Campinas, Campinas - SP

Introdução: As grandes hérnias de hiato e as suas reoperações sempre foi um problema para o cirurgião. O uso da tela de polipropileno tem suas ressalvas. A tela biológica vem sendo uma boa opção, restabelecendo a força e a função da musculatura diafragmática ao passo que o esôfago é protegido.

Objetivo: Demonstrar uma cirurgia videolaparoscópica de correção de grande hérnia hiatal.

Material e método: Vídeo de cirurgia em paciente com grande hérnia hiatal.

Conclusão: A cirurgia com o uso de tela biológica é factível e uma opção de tratamento às grandes hérnias hiatais e as recidivas.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 15:30 – 15:40 hs

V.L. 14.10

REPARO DE HÉRNIA LOMBAR APÓS COLETA ÓSSEA DE CRISTA ILÍACA POR VIA LAPAROSCÓPICA

Ribeiro, D. M. F. R.*; Ribeiro. G. M. P. A. R.; Cretella, C. M.; Santos, T. P.

Hospital São Luis (Morumbi).

Introdução:

As hérnias lombares são afecções raras, sendo o primeiro relato de 1731 por De Garengot.

Após o advento dos enxertos ósseos de crista ilíaca, aumentou a ocorrência de casos.

Objetivo:

Apresentar uma abordagem videolaparoscópica transperitoneal com correção do defeito através do uso de tela e reperitonização local.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 15:40 – 15:50 hs

V.L. 14.11

TRATAMENTO DA FÍSTULA COLOVESICAL POR DOENÇA DIVERTICULAR ATRAVÉS DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA COM TROCARTE DE MÃO (HALS)

Alvarez G.A.*; Mazzurana M.; Fortes D.; Silva J.H.

Faculdade de Ciências Médicas de Santos - UNILUS

Introdução.A cirurgia laparoscópica vem se firmando como técnica segura para as ressecções cólicas.No entanto, a técnica apresenta limitações resultantes da dificuldade de mobilização de grandes massas, a ausência do tato, controle hemorrágico preciso, necessidade da retirada do espécime através de incisão auxiliar e, muitas vezes, sob controle oncológico. A instituição do tato com o portal de mão, permite o reconhecimento de estruturas, especialmente, em casos de grave processo inflamatório com grande perversão da anatomia normal.

Objetivo.O objetivo deste vídeo é demonstrar a técnica do portal de mão utilizando o dispositivo Lapdisk® num caso de fístula colovesical pós diverticulite aguda.

Material e Método.Trata-se de paciente masculino, 54 anos, IMC=30,4 com história de três internações por diverticulite aguda nos últimos 2 anos. Há um mês apresentando infecções urinárias recorrentes, bacteremias e penumatória.A cirurgia foi realizada no Centro Cirúrgico do Hospital Beneficência Portuguesa de Santos e durou 213 minutos.O procedimento teve início através de uma laparoscopia aberta através do umbigo seguida de colocação de trocarte no quadrante inferior direito e outro no quadrante superior direito do paciente. Através de uma incisão de Pfannenstiel de 7 cm, mediana, colocou-se o dispositivo lapdisk. A dissecação com a mão demonstrou firmes aderências do íleo a massa tumoral diverticular que pode ser desfeita e avaliada expondo-se aquele segmento através do dispositivo. O colon foi exteriorizado através do portal de mão que também permitiu a introdução de grampeador linear convencional grampeando o reto. Seguiu-se anastomose com duplo grampeamento. O paciente recebeu alta no 4.º dia de pós-operatório não apresentando nenhuma intercorrência.

Conclusões A cirurgia com portal de mão é efetiva e segura, permitiu, no caso, o uso de apenas 3 trocartes e finalmente a incisão de 7 cm é similar, no comprimento, às realizadas na cirurgia laparoscópica. O pós-operatório se apresentou idêntico a cirurgia laparoscópica também realizadas pelos autores. A Mão, no entanto, ocupa espaço importante na cavidade e grande parte das intervenções podem ser realizadas sem o uso deste tipo de técnica. Em casos difíceis o trocarte de mão parece abreviar o tempo cirúrgico e diminuir a taxa de conversões devendo fazer parte do armamentário do cirurgião colorretal laparoscópico.

Sala 08 – CIRURGIA DE OBESIDADE

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 15:50 – 16:00 hs

V.L. 03.03

TRATAMENTO VÍDEOLAPAROSCÓPICO DO HEPATOCARCINOMA ASSOCIANDO A RESSECÇÃO COM A RADIOABLAÇÃO TUMORAL

Ribeiro Jr, M.A.F.*¹; Sanhuenza, M.²

HOSPITAL DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO CHILE - SANTIAGO

- 3- Hospital São Luiz, Serviço de Cirurgia de Fígado e hipertensão portal HC-FMUSP, Universidade Cidade de São Paulo – UNICID
- 4- Pontifícia Universidade Católica do Chile

Introdução: O tratamento cirúrgico dos tumores primários do fígado permanece sendo a melhor opção de cura para tais lesões. A incidência de tais neoplasias vem crescendo em todo o mundo tendo em vista o crescente número de casos de pacientes infectados pelos vírus da hepatite B e principalmente C. Além da cirurgia de ressecção, o transplante hepático assim como a radioablação (RFA) tumoral representam modalidades com potencial de cura bem definido pela literatura. Objetivo: Apresentar um caso de ressecção associado a radioablação de hepatocarcinoma por vídeolaparoscopia como forma de tratamento minimamente invasivo proposto para paciente com reserva hepática limitada. Material e Método: Paciente sexo feminino, 63 anos, portadora de cirrose por HCV, durante acompanhamento apresentou duas lesões hepáticas hipervasculares com elevação dos níveis de alfa-feto proteína, sendo uma no segmento lateral esquerdo com aproximadamente 4 centímetros e outra no segmento VII com menos de 3 cm. Resultado: Será apresentado um vídeo onde foi realizada uma segmentectomia lateral esquerda, ultrassom intra-operatório e RFA de lesão no lobo direito, a o tempo de cirurgia foi de 240 minutos e a paciente teve alta no 3º dia de pós-operatório. Conclusão: A realização de ressecção hepática laparoscópica é factível e segura, entretanto deve ser realizada por cirurgiões com treinamento em cirurgia laparoscópica assim como hepática, o menor trauma operatório leva a uma recuperação mais rápida assim como menor risco de morbidade para o paciente que habitualmente por sua doença de base apresenta uma evolução pós-operatória delicada e muitas vezes conturbada.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 16:45 – 16:55 hs

V.L. 14.12

TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA DIVERTICULITE AGUDA

Sinisgalli, L. A.; Herreros, M., Pedroso, S.; Silva, D. C.; Martinez, N. P., Jesus, R. M*.; Campos, H. C.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES, SÃO PAULO

INTRODUÇÃO:

O trabalho apresentado demonstra a abordagem videolaparoscópica para o tratamento da diverticulite aguda.

OBJETIVO:

Relatar de caso de um paciente com quadro de diverticulite aguda com presença de abscesso peri-diverticular e retropneumoperitônio.

MATERIAL E MÉTODOS:

Paciente com quadro de diverticulite aguda e presença de abscesso peridiverticular e retropneumoperitônio evidenciado por rx de abdome agudo e tomografia computadorizada de abdome. Inicialmente optou-se por drenagem do abscesso e realização de colostomia protetora, seguida de retossigmoidectomia videolaparoscópica após resolução do quadro agudo, com posterior fechamento da colostomia.

RESULTADOS:

O paciente evoluiu bem, sem complicações intra ou pós operatórias e obteve melhora clínica com alta hospitalar no 5º pós-operatório.

CONCLUSÃO:

O tratamento cirúrgico em três tempos da diverticulite aguda ainda pode ser um boa opção cirúrgica nos casos de complicações inerentes ao processo agudo instalado, permitindo melhora clínica e redução da morbi-mortalidade.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 16:55 – 17:05 hs

V.L. 14.13

**APLICAÇÃO DA VIDEOLAPAROSCOPIA EM NODULECTOMIAS PANCREÁTICAS –
INSULINOMA**

Garib, R.A.*; Valente, T.O.; Borela, M.M.V.; Oliveira, G.B.T.; Orioli, F.; Oliveira, C.; Sapucahy, M.V.; Bertevello, P.L.

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

Introdução: O Insulinoma se origina da célula beta das ilhotas pancreáticas sendo o tumor funcionante mais comum (60%). É patologia de incidência rara, mais freqüente em mulheres, 90% dos casos únicos e de caráter benigno. Sua localização preferencial é em corpo e cauda e em geral menor que 2 cm de diâmetro. O diagnóstico se faz através da história clínica representada pela tríade de Whipple e exames laboratoriais - níveis séricos de insulina e glicose. Exames de imagem são úteis para sua localização, porém em 60% dos casos os exames não conseguem localizar a lesão. A cirurgia é o único tratamento com potencial curativo e o método laparoscópico, com o auxílio de ultra-sonografia intra-operatória, pode evitar ressecções desnecessárias

Objetivo: Demonstrar as etapas padronizadas da nodulectomia pancreática em paciente portador de insulinoma, utilizando-se a ultra-sonografia convencional intra-operatória.

Método: Foram operados cinco pacientes com diagnóstico de insulinoma portadores da tríade de Whipple e, em todos os casos, optou-se pela ressecção videolaparoscópica com a utilização da ultra-sonografia intra-operatória.

Resultados: Os pacientes apresentaram boa evolução clínica com melhora dos sintomas e dos padrões laboratoriais. Na casuística obtivemos um caso de fístula que foi resolvido com tratamento clínico e um de pseudocisto tardio (1 ano) tratado por endoscopia.

Conclusão: O tratamento cirúrgico dos insulinomas é factível pelo método videolaparoscópico com auxílio de ultra-sonografia convencional intra-operatória, proporcionando baixo custo e bons resultados. Exige treinamento e dedicação da equipe cirúrgica em cirurgia videolaparoscópica avançada.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 17:05 – 17:15 hs

V.L. 14.14

COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DE LEIOMIOMA DE INTESTINO DELGADO

Garib, R.A. *; Colin, M.; Borela, M.M.V.; Quadros, E.; Morais, P.A.B.; Sapucahy, M.V.; Bertevello, P.L.

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

Introdução: Os tumores do intestino delgado são de ocorrência rara, correspondem até 6% dos tumores gastrintestinais, sendo os leiomiomas os tumores benignos mais comuns (35%). Sua incidência é maior na faixa etária dos 50 a 60 anos. Os sintomas mais prevalentes são alterações do hábito intestinal, dor abdominal, obstrução parcial ou intussuscepção e hemorragia, sendo esta, o mais comum. Devido à dificuldade de definição histopatológica, quanto a presença ou não de malignidade, o tratamento de eleição é cirúrgico.

Objetivo: Relato de caso de colectomia videolaparoscopica com anastomose intra-abdominal.

Material e Métodos: FHL, 74 anos, masculino, branco, com alteração do habito intestinal. A colonoscopia e o trânsito intestinal evidenciaram lesão submucosa gigante de íleo terminal. Optado por colectomia direita por videolaparoscopia com íleo-transversoanastomose intra cavitária.

Resultados: Paciente evolui de modo satisfatório no período pós-operatório. A análise histopatológica demonstrou fibro-leiomioma intestinal.

Conclusão: O emprego da videolaparoscopia para ressecção de lesões intestinais seduz o cirurgião e o paciente pelo menor trauma e pronto restabelecimento, desde que realizado por equipe treinada e afeita ao método.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 17:15 – 17:25 hs

V.L. 14.15

GASTRECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER GÁSTRICO PRECOCE

Garib, R.A. *; Borela, M.M.V.; Quadros, E.; Oliveira, G.B.T.; Sapucahy, M.V.; Sobreira, R.S.; Bertevello, P.L.

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

Introdução: A cirurgia videolaparoscópica permite o tratamento de diversas afecções do trato gastrointestinal. Sua aplicação no tratamento do câncer gástrico vem ganhando aceitação cada vez maior nos últimos tempos. Estudos quanto à sistematização técnica e indicações foram definidos principalmente no tratamento do câncer gástrico precoce em que o acometimento se restringe à mucosa e ou a submucosa do estômago e as metástases linfonodais são menos freqüentes. A gastrectomia laparoscópica assistida é método factível e se constitui em uma das técnicas mais utilizadas na atualidade para pacientes de risco para disseminação linfonodal.

Objetivo: Demonstrar sistematização técnica de gastrectomia assistida por videolaparoscopia e aplicabilidade do método.

Material e métodos: Paciente do sexo masculino, 76 anos, com história familiar de neoplasia do trato gastrointestinal submetido à gastrectomia subtotal assistida por videolaparoscopia com reconstrução à Billroth II devido à lesão localizada em transição corpo – antro de 15mm, não ulcerada, tipo intestinal, caracterizada como câncer gástrico precoce tipo IIc. O estadiamento do tumor não demonstrou lesão secundária ou metástase linfonodal.

Resultados: Paciente evoluiu de modo satisfatório, iniciou dieta via oral no 2º PO e recebeu alta no 4º PO. Segue em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recidiva da doença.

Conclusões: A gastrectomia assistida por videolaparoscopia quando realizada por equipe habilitada é método seguro para o tratamento do câncer gástrico precoce do ponto de vista oncológico.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 17:25 – 17:35 hs

V.L. 14.16

RESSECÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE MIELOLIPOMA GIGANTE DE ADRENAL

Morais, P.A.B. *; Oliveira, G.B.T.; Orioli, F.; Consalter, C.; Vallinoto, L.; Oliveira, C.; Bertavello, P.L.

HOSPITAL BENEFICENCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

Introdução: Mielolipomas são tumores benignos, infreqüentes, descrito pela primeira vez em 1905 por Gricke. Composto por gordura e elementos hematopoiéticos semelhantes à medula óssea, freqüentemente estão associados à glândula adrenal. Com evolução lenta, muitas vezes assintomáticos e descobertos incidentalmente em investigação por imagem, podem estar associados a desordens endócrinas (doença de Addison, síndrome de Cushing ou hiperaldosteronismo). Raramente ultrapassam 5cm. Embora com características benignas, seu tratamento deve ser cirúrgico.

Objetivo: Os autores demonstram a ressecção videolaparoscópica de mielolipoma gigante de adrenal.

Método e Método: Paciente masculino, 65 anos, branco, com dor em flanco direito e mesogástrio há 1 mês. Apendicectomia há 40 anos. Devido ao quadro de dor abdominal, procurou atendimento médico. Realizado TC/RNM (2008) que evidenciou lesão de aproximadamente 10cm em adrenal direita, compatível com mielolipoma. Realizado adrenalectomia direita videolaparoscópica.

Resultado: Paciente apresenta boa evolução pós-operatória, com alta no 7º PO para acompanhamento ambulatorial.

Conclusão: A ressecção parcial ou total videolaparoscópica das lesões das glândulas adrenais está bem estabelecida em virtude do menor trauma e pronta recuperação do paciente. Lesões gigantes podem apresentar armadilhas e dificuldades às manobras técnicas habituais e portanto devem ser conduzidas por equipe experiente em cirurgias videolaparoscópicas avançadas.

Sala 08 – VIDEO CIRURGIA

Data: 27 de novembro – quinta-feira

Horário: 17:35 – 17:45 hs

V.L. 14.17

TUMOR CARCINÓIDE GÁSTRICO: GASTRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Garib R.A.; Oliveira G.B.T. *; Borela, M.M.V.; Orioli F.; Takahama A.; Sapucahy M.V.; Bertavello P.L.

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

Introdução: Tumores carcinóides são tumores neuroendócrinos originários de células enterocromoafins do trato digestório que podem produzir uma variedade de peptídeos com múltiplas ações sistêmicas. Apesar do crescimento lento e do bom prognóstico quando diagnosticado precocemente, os tumores carcinóides são classificados como malignos e o tratamento consiste em ressecção endoscópica ou cirúrgica sendo esta última a opção preferencial.

Objetivo: Demonstração da ressecção gástrica regrada de recidiva de tumor carcinóide em paciente submetida à gastrectomia subtotal com reconstrução a Y de Roux por videolaparoscopia.

Material e Métodos: Paciente do sexo feminino, 28 anos, com antecedente de ressecção de pólipos gástricos e que em controle endoscópico de um ano apresentou lesão gástrica recidivada.

Optado pela gastrectomia subtotal com reconstrução a Y de Roux videolaparoscópica assistida.

Resultados – Paciente inicia dieta oral no 3º PO, e apresenta boa evolução cirúrgica com alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial no 5º PO. AP - tumor carcinóide bem diferenciado em antro de 0,8cm com margens cirúrgicas livres, ausência de infiltração perineural e angiolinfática, linfonodos peri-gástricos da pequena curvatura com metástase de tumor carcinóide (2/5), linfonodos de grande curvatura sem evidências de neoplasia (0/6).

Conclusões – Apesar da evolução silenciosa dos tumores carcinóides, o comportamento é maligno, assim, a ressecção do tumor quando diagnosticado precocemente torna-se o tratamento efetivo da patologia. A videolaparoscopia pode ser empregada de forma segura e com bons resultados, proporcionando ao paciente menor morbidade.