

CIRURGIA: CUIDADOS E TÉCNICAS

VOLUME II



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Cirurgia: cuidados e técnicas

2ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

2ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238C Cirurgia: cuidados e técnicas

/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2024

159 f.: il

DOI: 10.37423/2024.edcl900

ISBN: 978-65-5367-480-6

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. procedimento 2. cirurgião 3. equipe 4. intervenção 5. cura I. Barbosa, Frederico Celestino II.
Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2024.edcl900>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

MSc Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Wesley Pacheco Calixto

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

MSc Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli
MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior
Dra. Suely Lopes de Azevedo
MSc Francisco Odecio Sales
MSc Ezequiel Martins Ferreira
MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio
MSc Carlos Eduardo De Oliveira Gontijo
MSc Rainei Rodrigues Jadejiski
Dr. Rodrigo Couto Santos
Dra. Milena Gaion Malosso
PHD Marcos Pereira Dos Santos

CAPÍTULO 1 10

DOENÇA DE CAROLI EM PACIENTE GÊMEO UNIVITELINO COM RETOCOLITE ULCERATIVA -
RELATO DE CASO

Mirela Godoy Sabatini
Luis Miguel Amaral Silva
Mateus de Almeida Moreira da Silva
Marina Martins Sobreira
Camila Godoy Sabatini
Roberto Tussi Junior
Isadora Leão Portilho
Jose Sadao Koshiyama Junior

DOI 10.37423/240308766

CAPÍTULO 2 15

CISTO EPIDERMOIDE DE REGIÃO INGUINAL SIMULANDO HÉRNIA INGUINAL DIRETA -
RELATO DE CASO

Vinícius Pinto Savino
Susan Karolayne Silva Pimentel
Maristella Rodrigues Nery da Rocha
Alana Ferreira de Andrade
Thiago de Sousa Bemerguy
Rodrigo Ruan Costa de Matos
Vander de Sousa Araujo
Matheus Fernando Borges

DOI 10.37423/240308775

CAPÍTULO 3 27

RELATO DE CASO: ABSCESSO ESPLÊNICO COMO COMPLICAÇÃO DATHAL-HAKAFUKU

Michelle Silva Rocha
Lorena Lemos de Aquino
Raimundo Nonato de Araújo Soares
Vinícius Bezerra Lopes
Ademilton Maximiano de Paula Júnior
Isabela Lyrio de Souza
Fabiana Negreli da Silva Koslinski
Thaís Fernandes Borges

DOI 10.37423/240308776

CAPÍTULO 4	29
ACHADOS EM TOMOGRAFIAS DE TÓRAX DE PACIENTES TRAUMATIZADOS, ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA DO SUL DO BRASIL	
Vinicius Ensslin Dutra	
Daniel Di Pietro	
Milena Maragno Luiz	
Nelson Cabral Júnior	
DOI 10.37423/240308780	
CAPÍTULO 5	40
TRATAMENTO DE PANCREATOLITÍASE EM PACIENTE COM HISTÓRICO DE BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX – RELATO DE CASO	
Weskley Souza dos Santos	
Luis Eduardo Veras Pinto	
Theago Medeiros Freitas	
Raissa Scarlet Queiroz Fernandes	
DOI 10.37423/240308783	
CAPÍTULO 6	47
SÍNDROME DE DUMPING NAS DIFERENTES TÉCNICAS DE CIRURGIA BARIÁTRICA	
Adriana Pagno	
Laura Vendramin Licks	
Mell Do Carmo Marinho D'oran	
DOI 10.37423/240308787	
CAPÍTULO 7	51
COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DO ABDOME AGUDO SECUNDÁRIO A ASCARIS LUMBRICOIDES: UM RELATO DE CASO	
José Carlos Vieira Bahia Filho	
Rafaela Prates Santana	
Thiago de Carvalho Milet	
João Victor Silva Souza	
Carla Mirela Brito Borges	
DOI 10.37423/240308791	

CAPÍTULO 8	58
HÉRNIA LOMBAR DE GRYNFELT: UM RELATO DE CASO	
Mariana Bucci Lopes	
Pamela Carolyne Damas Ogawa	
Julia Faustino Nishi	
Luísa Almeida Sarti de Vasconcellos	
Camila Oliveira Fernandes	
Daniel Takashi Fukuda	
Frederico Mendes Borges	
Gessica Ribeiro Borges	
DOI 10.37423/240308794	
CAPÍTULO 9	62
RELATO DE CASO: ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA EM SITUS INVERSUS	
Ana Paula Vasconcelos de Castilho	
DOI 10.37423/240308798	
CAPÍTULO 10	68
RESPOSTA ENDÓCRINA METABÓLICA AO TRAUMA CIRÚRGICO: REVISÃO DE LITERATURA	
Mell do Carmo Marinho D'oran	
Laura Vendramin Licks	
Adriana Pagno	
DOI 10.37423/240308799	
CAPÍTULO 11	71
O USO DA REALIDADE VIRTUAL COMO NOVA FERRAMENTA DE ENSINO EM CIRURGIA	
Ana Julia Pettini do Amaral	
Alan Miguel Chaves Janetti	
Arthur Linhares de Almeida	
Isadora Bergmann Dorneles	
Júlia Carvalho Siqueira	
Liz Garcia de Souza	
Maria Eduarda Lopes Pinella	
Sônia Cardoso Moreira da Silva	
DOI 10.37423/240308800	
CAPÍTULO 12	84
INTUSSUCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTO DEVIDO À LIPOMA COLÔNICO - RELATO DE CASO	
Patrícia Mendes Violante	
Caique Antonio Silva	
Sabrina Brito Martins Pêgo	
Sophia de Oliveira Borges Saad	
DOI 10.37423/240308803	

CAPÍTULO 13 88

RELATO DE CASO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR PALITO DE DENTE ASSOCIADO A ABSCESSO HEPÁTICO

Randyston Brenno Feitosa

Maria Alexandra de Carvalho Meireles

Gustavo Tinarelli Lessi

Ákila da Silva Manzano

Cíndel dos Santos

João Victor Gonçalves Marangoni

Rodney Nelson Gorayeb

Rodrigo Padilla

DOI 10.37423/240308804

CAPÍTULO 14 94

CRIPITORQUISMO E SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Victoria Pena Camargo

DOI 10.37423/240308806

CAPÍTULO 15 98

OBESIDADE E DM2: CIRURGIA BARIÁTRICA É UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA?

Laura Vendramin Licks

Adriana Pagno

Mell Do Carmo Marinho D'oran

DOI 10.37423/240308807

CAPÍTULO 16 101

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS ÚLCERAS GÁSTRICAS E DUODENAIS EM UM ESTADO DO NORTE DO BRASIL NO PERÍODO DE 2012 À 2022

Suellen Taujiro Correia Rocha Rodrigues

Eduardo André de Leopoldino da Silva Filho

Nicholas Oliveira Castro de Skowronski

Nicole Moreira Cunha

Ana Maria Ferreira Rocha

Eduardo da Silva Romeu

Natanna Belarmino Santos

Halvário Joel Dantas Barbosa

Nailton Gomes da Silva

DOI 10.37423/240308809

CAPÍTULO 17 105

HERNIOPLASTIA ELETIVA COM TELA DUPLA-FACE E ÓBITO APÓS FISTULA ENTÉRICA.

Leandro Alves Garcia Bortoluzzi Daniel

Vitor Alves Garcia Bortoluzzi Daniel

Jaine Miorando Vivan

Julia Goginski

DOI 10.37423/240308811

CAPÍTULO 18 108

MUCOCELE DO APÊNDICE: RELATO DE CASO

LUIS MIGUEL AMARAL SILVA

Mirela Godoy Sabatini

Marina Martins Sobreira

Camila Godoy Sabatini

Mateus de Almeida Moreira da Silva

Roberto Tussi Junior

José Sadao Koshiyama Junior

Isadora Leão Portilho

DOI 10.37423/240308813

CAPÍTULO 19 113

POR QUE TER CUIDADO AO DRENAR A CAVIDADE ABDOMINAL? HÉRNIA INCISIONAL
ESTRANGULADA EM SÍTIO DE DRENAGEM - TRATAMENTO VIDEOASSISTIDO

Jones Pessoa dos Santos Junior

Alvaro Vicente Alvarez Pezzano

Bruno Linhares Meira

Bruna Cremonezi Lammoglia

DOI 10.37423/240308814

CAPÍTULO 20 116

REPARO ASSISTIDO POR ROBÓTICA DE GRANDE LACERAÇÃO TRAQUEAL IATROGÊNICA
COM SUPORTE DA ECMO

MARCOS NAOYUKI SAMANO

GUILHERME VIEIRA CARVALHO

EMILY MIE ARAI

ENZZO DE ALMEIDA GALLAFASSI

FERNANDA YOU CHIE CHENG

CAMILA LIBANORI

EVELYN SUE NAKAHIRA

THIAGO CARVALHO GAUDIO

DOI 10.37423/240308815

CAPÍTULO 21 121

COLECTOMIA PARCIAL A HARTMANN EM PACIENTE COM ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO
SECUNDÁRIO A FECALOMA E MEGACÓLON IDIO

Thiago mendonça nassif

Mariana Costa garcia

Christian Pereira Gregory

Guilherme Paes Ramos

DOI 10.37423/240308816

CAPÍTULO 22 125

HÉRNIA DE LITTRÉ EPIGÁSTRICA ENCARCERADA - RELATO DE CASO

Beatriz Sattler Salgado

Marcelo Manaia Gonçalves Fernandes

Rafael Rodriguez Ferreira

Jorge Ricardo Facioli de Souza

Fernanda da Silva Rodrigues

Rafael Newlands Fontoura

DOI 10.37423/240308822

CAPÍTULO 23 131

MANEJO ENDOSCÓPICO DA DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE ESOFAGOGÁSTRICA

Braulio Sambaquy Escobar

Jessica Carolina Bravo Aguilar

RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO

VITOR AUGUSTO DONCATTO

Stephan Adamour Soder

JOSÉ ARTUR SAMPAIO

Julio Carlos Pereira Lima

RODRIGO MARIANO

DOI 10.37423/240308829

CAPÍTULO 24 135

A ABORDAGEM CONTEMPORÂNEA DA HÉRNIA DE HIATO: DESAFIOS E SOLUÇÕES

João Antonio Zanatta Neto

Maíra Molinari Fronza

Mariana Xavier Scomparin

Marcos Vinícius Veanholi

Josiane Aparecida Fátima Gomes

Nathieli Pinhatti Colatreli

DOI 10.37423/240308830

CAPÍTULO 25 142

GASTRECTOMIA VERTICAL ASSISTIDA POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Patrícia Mendes Violante

Caique Antonio Silva

Sabrina Brito Martins Pêgo

Sophia de Oliveira Borges Saad

DOI 10.37423/240308836

CAPÍTULO 26 146

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMA RENAL EM RIM EM FERRADURA - UM RELATO DE CASO

Isabela Gasparino Boehm

Vitoria da Silva Belli

Vinicius Santos Balzer

Isabela Carolina Bohn Borba

Dayana Talita Galdino

DOI 10.37423/240308839

CAPÍTULO 27 149

CARDIORRAFIA DE LESÃO PENETRANTE EM VENTRÍCULO ESQUERDO: CONTROLE DE DANOS

Frederico Mendes Borges

LUISA ALMEIDA SARTI DE VASCONCELOS

Gabriel Felipe Gomes

Gessica Ribeiro Borges

Danielle Giorgenon Di Bonifacio

Pedro Henrique de Souza Sandim Silva'

Lucas Bergonse Garaluz da Silva

Eduardo de Barros Correia

Adriano de Melo Cabral Filho

Pamela Carolyne Damas Ogawa

DOI 10.37423/240308848

CAPÍTULO 28 152

HÉRNIA DE AMYAND - RELATO DE CASO RARO

CAMILA MARCHET RAGNINI

MARIA CLARA PINTO ANDRADE

CAIO GUILHERME MOURA MARQUES

Letícia Brena dos Santos Lima

WILLIAM PINHEIRO BOAVISTA DE OLIVEIRA

JOSÉ ALBUQUERQUE LANDIM JÚNIOR

JOSÉ VALMIR MOURA JUNIOR

DOI 10.37423/240308849

Capítulo 1



10.37423/240308766

DOENÇA DE CAROLI EM PACIENTE GÊMEO UNIVITELINO COM RETOCOLITE ULCERATIVA - RELATO DE CASO

Mirela Godoy Sabatini

Hospital Beneficente Unimar

Luis Miguel Amaral Silva

Hospital Beneficente Unimar

Mateus de Almeida Moreira da Silva

Hospital Beneficente Unimar

Marina Martins Sobreira

Universidade de Marília

Camila Godoy Sabatini

Universidade de Marília

Roberto Tussi Junior

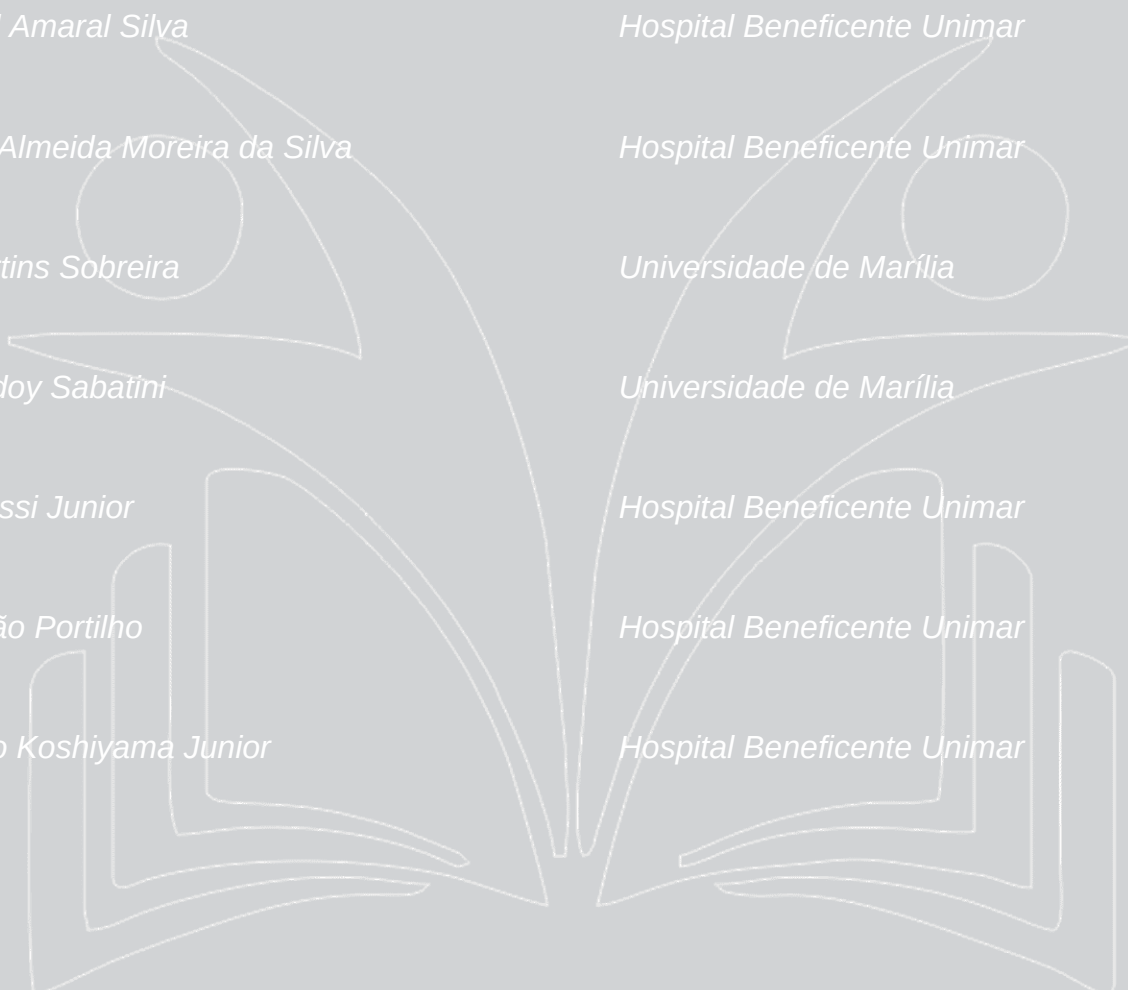
Hospital Beneficente Unimar

Isadora Leão Portilho

Hospital Beneficente Unimar

Jose Sadao Koshiyama Junior

Hospital Beneficente Unimar



INTRODUÇÃO

A doença de Caroli é uma condição descrita a primeira vez pelo médico francês Jacques Caroli e colaboradores em 1958. É uma má formação congênita, caracterizada pela dilatação sacular multifocal dos grandes ductos biliares intra-hepáticos que predispõe a colestase e recorrentes episódios de colangite. A doença não tem etiologia definida até os dias atuais, porém, acredita-se que a forma isolada da doença resulte de uma mutação genética por razões também desconhecidas. Atualmente, está incluída no grupo V da classificação de Todani, das doenças císticas das vias biliares. Quando há fibrose hepática congênita e/ou doença renal policística de forma associada é chamada de Síndrome de Caroli. A Doença de Caroli é menos recorrente do que a Síndrome de Caroli, contudo ambas são extremamente raras, cuja prevalência é de 1:1.000.000. A apresentação clínica varia desde dor abdominal, icterícia obstrutiva e colangite até doença hepática terminal, com a maioria dos pacientes iniciando o quadro clínico antes dos 30 anos de idade. A predisposição de formação de cálculos e lentificação do fluxo biliar são causas de colangite de repetição, que se dá devido as dilatações saculares multifocais e irregularidade dos ductos biliares intra-hepáticos. Além de abscessos hepáticos, amiloidose e insuficiência hepática, a malignidade é uma das complicação da doença de Caroli e a longo prazo alguns pacientes evoluem com colangiocarcinoma de vias biliares sendo o câncer 100 vezes mais frequentes em portadores desta doença. O diagnóstico definitivo é feito através da Colangiografia Endoscópica Retrógrada (CPRE), porém devido a grande chance de infecção e inflamação após injeção de contraste diretamente nas vias biliares é recorrente a realização da colangioressonância para elucidação diagnóstica. As abordagens endoscópicas e radiointervencionista são uteis no tratamento inicial de estenoses e casos de doença precoce, porém o tratamento definitivo para a forma difusa é a ressecção da área hepática comprometida pela doença ou, em muitos casos, realização de transplante hepático.

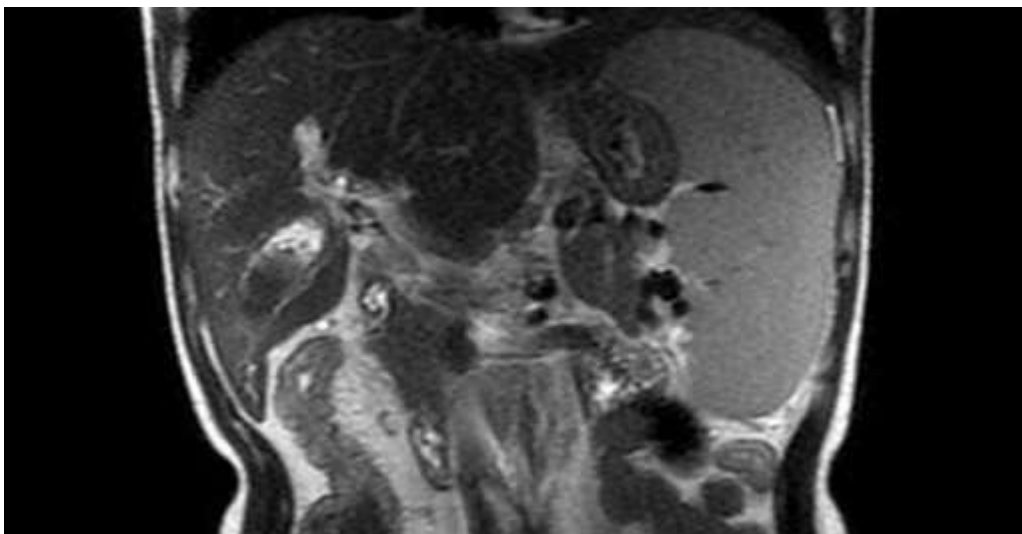
OBJETIVO

Relatar um caso clínico de Doença de Caroli complicada com abscesso hepático em paciente jovem do sexo masculino, gêmeo univitelino e portador de Retocolite Ulcerativa (RCU).

RELATO DE CASO

No presente relato, R.R.L., 29 anos, sexo masculino, gêmeo univitelino, nascido e residente da cidade de Marília - SP, portador de Retocolite Ulcerativa (RCU) em tratamento irregular, sem demais

comorbidades ou uso de medições contínuas, da entrada em Pronto Atendimento Hospitalar com queixa de dor abdominal difusa sendo pior em hipocôndrio direito, icterícia 3/4+, febre (38°C), prostração, associado a diarreia crônica e hematoquezia. Durante avaliação inicial apresentava-se em regular estado geral, taquicárdico, hipotenso, desidratado 2/4+, posição antalgica e defesa a palpação de hipocôndrio direito; exames laboratoriais de entrada Hb: 12,2g/dl; VCM: 88,6fl; CHCM: 32 g/dl; leucócitos: 8.930/mm³; bilirrubina total: 5,84 mg/dl (direta: 5,53 mg/dl e indireta: 0,31 mg/dl); fosfatase alcalina: 881 U/l; gama-GT: 228 U/l; AST 57 U/l; ALT 111U/l; PCR 275,00 mg/L; anti HBS 276 UI/L; Tomografia Computadorizada de Abdome Total exibindo acentuada dilatação de vias biliares intra-hepáticas no lobo esquerdo, com conteúdo espesso e realce/edema peribiliar. Apresenta ainda dilatação do segmento da via biliar no lobo direito, com conteúdo espesso/hiperdenso compatível com abscessos. Múltiplos linfonodos racionais esparsos difusamente por todo o mesentério mentindo até 0,9cm. Baço de dimensões aumentadas e densidades habituais. Paciente encaminhado à leito de UTI para medidas de suporte inicial e introduzido antibióticoterapia com Ceftriaxone + Ampicilina e complementado exame de imagem com Colangioressonância evidenciando: dilatações saculares das via biliares intra-hepáticas com litíase biliar associada e sem áreas de fibrose, além de volumosa esplenomegalia (vol.:707cc) com aumento da circulação venosa colateral periesplênica. Com impressão diagnóstica sugestiva de Doença de Caroli, com classificação de Todani tipo V. O paciente permaneceu em ambiente hospitalar durante 21 dias com remissão total dos sintomas de entrada sem necessidade de procedimento cirúrgico e melhora laboratorial e radiológica recebendo alta com seguimento ambulatorial. Durante seguimento do paciente, foi realizado avaliação do irmão gêmeo univitelino com colangioressonância, não sendo verificado qualquer alteração. Segue desde então em acompanhamento com equipe de hepatologia para transplante hepático.



DISCUSSÃO

A Doença de Caroli é diagnosticada em torno dos 20-30 anos de idade, quando a maioria dos pacientes abre o quadro com dor abdominal, febre, hiperbilirrubinemia, elevação da fosfatase alcalina, hepatomegalia ou sintomas de hipertensão portal. No caso descrito, o paciente tem 29 anos e apresenta os sintomas clássicos, sobreposto a uma doença genética autoimune. Evolutivamente, a doença pode cursar crises recorrentes de colangite, ou mesmo abscessos hepáticos e septicemia, observado também no presente relato. Na ressonância magnética supracitada, foi utilizada a classificação de Todani, que classifica os cistos biliares em quatro subtipos, onde o tipo V consiste em cistos intra-hepáticos, sem acometimento extra-hepático ou sinais de fibrose hepática, fechando assim, o diagnóstico de Doença de Caroli.

Esse diagnóstico é muitas vezes difícil, e surge, frequentemente como diagnóstico de exclusão. Histologicamente, as principais características são: presença de dilatações das vias biliares, não-obstrutivas, com protusões bulbares intraluminais da parede ductal e extensões vasculares intra-ductais contendo uma parte do portal venoso e canais arteriais hepáticos que atravessam o verdadeiro lúmen e terminam dentro dele. E essa patologia é classificada em duas formas distintas, a tipo I sem caráter hereditário, congênita, definida como dilatação segmentar multifocal das vias biliares intra-hepáticas de um lobo hepático, mais frequentemente do lobo esquerdo, na ausência de outras doenças hepáticas ou viscerais. Já a tipo II é hereditária, com provável padrão de transmissão autossômico recessivo, caracterizada por acometimento de todo o fígado, associada frequentemente com fibrose hepática e doença renal policística porém sem causa etiologia totalmente esclarecida.

O tratamento oferecido ao paciente relatado levou em conta a avaliação clínica e evolução laboratorial e radiológica. Foi optado por um tratamento conservador, onde mesmo diante de abscesso intra-hepático e permanência de enzimas hepáticas elevadas no fim do tratamento medicamentoso, recebeu alta hospitalar, uma vez que é uma característica dos portadores da doença manter enzimas canaliculares elevadas. O tratamento curativo neste caso é o transplante hepático, no entanto, as opções de tratamento e seguimento devem ser avaliadas individualmente. A particularidade deste caso justifica-se pelo desenrolar lento e geralmente silencioso, associado a complicações fatais juntamente com sua raridade, que necessitam de divulgação para elaboração de protocolos pela medicina baseada em evidências.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. PASSOS, A. R. O, LESSA, A. S., SANTOS, E. A., SOUZA, L. A. D., LADEIRA, T. E. C. A. GASPAR, L. R. DOENÇA DE CAROLI: REVISÃO DE LITERATURA CAROLI'S DISEASE: LITERATURE REVIEW. 2017 2317-4404. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR BJSCR 21 1. Acesso em: <<http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
2. CONDE, S. S. R., SOUZA, F. S., LOBATO, E. T. V., MACEDO, J. A. C, ARAÚJO, M. T. SÍNDROME DE CAROLI 1 : RELATO DE CASO CLÍNICO CAROLI'S SYNDROME: CLINICAL CASE REPORT. Belém , PA.
3. FARIAS, G. Classificação de Todani – Doença cística da via biliar. Endoscopia terapêutica, 2019. Disponível em: <https://endoscopiaterapeutica.com.br/classificacao/todani-doenca-cistica-da-via-biliar/>. Acesso em: 20/03/2023
4. FILHO, A. G., NETO, L. A. C., PALHETA, M. S., CAMPOS, P. T., SANTOS, L. M., BARROSO, B. G. C. Doença de Caroli complicada com abscesso hepático: relato de caso. Radiol Bras 45 (6) • Dez 2012. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0100-39842012000600016> >. Acesso em: 20/03/2023
5. O. Garden, Rowan Parks, Cirurgia Hepatobiliar e Pancreática. Elsevier Brasil, 26 de jul. de 2016 - 360 páginas.

Capítulo 2



10.37423/240308775

CISTO EPIDERMÓIDE DE REGIÃO INGUINAL SIMULANDO HÉRNIA INGUINAL DIRETA - RELATO DE CASO

Vinícius Pinto Savino

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Susan Karolayne Silva Pimentel

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

Maristella Rodrigues Nery da Rocha

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

Alana Ferreira de Andrade

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

Thiago de Sousa Bemerguy

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

Rodrigo Ruan Costa de Matos

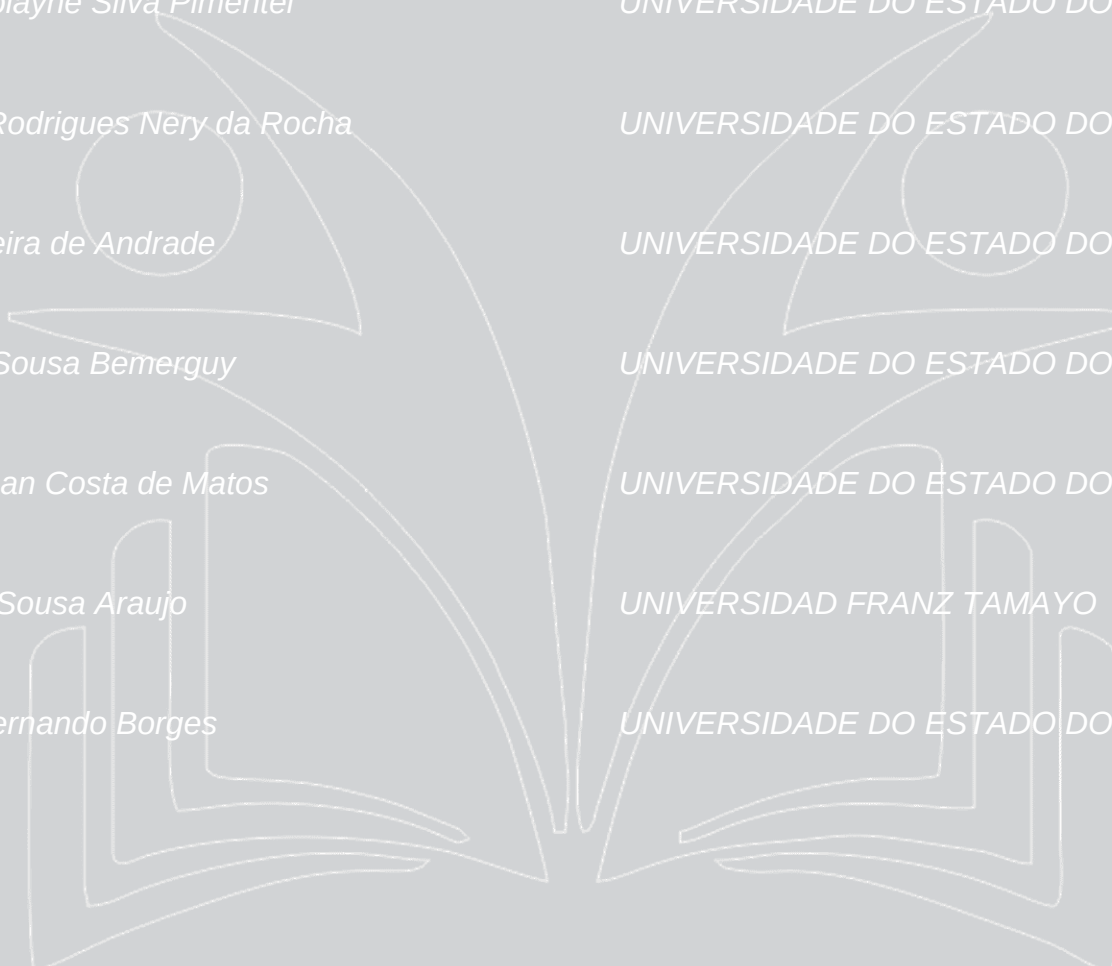
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

Vander de Sousa Araujo

UNIVERSIDAD FRANZ TAMAYO

Matheus Fernando Borges

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ



Resumo: Introdução: A identificação de um cisto epidermoide, em quaisquer dos possíveis lugares onde geralmente aparece, é, *a priori*, um procedimento simples a ser feito, seja pelo diagnóstico médico de forma clínica, observável, pela palpação do nódulo e no levantamento do histórico pessoal e familiar de doenças inflamatórias; seja pela utilização de recursos da imagiologia, como tomografia computadorizada e ultrassonografia. Porém, uma recente experiência apresentada neste relato surpreendeu a equipe médica envolvida e requer especial atenção. **Relato de Caso:** Relatamos um caso raro – e até então desconhecido na medicina – de um paciente diagnosticado pelo exame ultrassonográfico com Hérnia Inguinal Encarcerada à Direita que, na hora da cirurgia, apresentou um Cisto Epidermoide ocorrendo em uma região Inguinal, ao invés do diagnóstico apresentado na ultrassonografia. **Discussão:** Quais fatores podem ter ocasionado tamanha singularidade na medicina? O que fazer diante de uma situação inusitada como essa dentro de um centro cirúrgico?

Palavras Chave: Cisto Epidermoide. Hérnia Inguinal. Diagnóstico controverso. Procedimento cirúrgico.

O QUE É CISTO EPIDERMOIDE?

De modo geral, os cistos são pequenas bolsas de paredes arredondadas, preenchidas por material líquido, fluido ou pastoso, que aparecem em diferentes locais e tecidos do corpo, incluindo a pele. Existem vários tipos de cistos constituídos por células da pele, o que ocasiona até mesmo divergências sobre a adequação da nomenclatura. Os chamados cistos epidemoides e/ou epidérmicos são classificados na Classificação Internacional das Doenças (CID10), e encabeçam uma lista com outros nomes que também designam os chamados cistos de pele, como os cistos sebáceos, que têm origem nas glândulas sebáceas e secretam uma substância oleosa (VARELLA, 2018).

O cisto é um espaço revestido por epitélio, e seu conteúdo, geralmente, é produto de seu revestimento, o qual não apresenta relação vascular com a parede (WOLKOFF, 2005; GUIMARÃES, 2002). Alguns cistos são de inclusão ou retenção de estruturas normais (como cistos relacionados ao folículo piloso) (ELDER et al., 2001). Em regra, cistos epidérmicos são tumores de natureza benigna, de crescimento lento, elevados, redondos, firmes, intradérmicos ou subcutâneos, que param de crescer após atingirem de 1 a 5 centímetros (cm) de diâmetro, sendo, normalmente, assintomáticos (ROBBINS; CITRAN; KUMAR, 1991; ELDER et al., 2001; VANDEWEYER; RENARD, 2003; BIKMAZ et al., 2005; KALGUTKAR et al., 2006). O termo cisto sebáceo era usado para cistos pilares (ou cistos triquilemais, ou cistos pilosos). Atualmente, os principais cistos cutâneos são os epidérmicos (ou de inclusão epidérmica) e os pilares (SAMPAIO; CASTRO; RIVITTI, 1989; ARNOLD; ODOM; JAMES, 1994; SITTART; PIRES, 1997; BORK; BRÄUNINGER, 1998; SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

A maioria dos cistos epidérmicos surge, espontaneamente, nas áreas em que há pêlos, mais comumente na face, no couro cabeludo, no pescoço e no tronco e, ocasionalmente, nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, e, às vezes, como resultado de um traumatismo (LEVER; SCHAUMBURG-LEVER, 1991). Também podem aparecer no escroto, genitália, dedos, ou ainda na mucosa bucal. Os cistos do tipo epidérmico são provenientes da ectopia do epitélio e apresentam aparência perolada; os do tipo glandular correspondem à obstrução de um ducto glandular excretor seroso ou mucoso (STEFFEN, 1995). A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica esse tipo de cisto como um tumor associado aos folículos pilosos (HEENAN; ELDER; SOBIN, 1996) e que está intimamente relacionado ao cisto infundibular, definido como um nódulo cístico da derme delimitado por um epitélio estratificado “pavimentoso” e por uma camada granular contendo lâminas de queratina (HEENAN; ELDER; SOBIN, 1996).

Os cistos epidérmicos têm parede composta de epiderme verdadeira e podem ser vistos na superfície da pele e no infundíbulo de folículos pilosos (Vale lembrar que o infundíbulo, nesse caso, constitui a parte superior do folículo piloso, que se estende para baixo até a entrada do ducto sebáceo) (ELDER et al., 2001). Histopatologicamente, eles sempre contêm queratina em lâminas, diferindo apenas em densidade e compactação (HATTORI, 2004). Nos cistos epidérmicos jovens, coexistem diversas camadas de células pavimentosas e granulosas, geralmente evidentes. Nos epidérmicos mais crônicos, a parede é, por vezes, atrófica, e pode constituir-se de uma ou duas fileiras de células significativamente achatadas. O cisto é preenchido com material córneo, disposto em camadas laminadas. Em caso de rompimento de um cisto epidérmico, o conteúdo é liberado para a região dérmica, o que provoca uma reação de corpo estranho, em que numerosas células gigantes multinucleadas formam um granuloma de queratina. Esse processo provoca uma desintegração da parede do cisto e pode levar também a uma proliferação pseudo-epiteliomatosa em resíduos dessa parede, simulando um carcinoma de células pavimentosas (ANDERSON; KISSANE, 1982; ROBBINS; CITRAN; KUMAR, 1991; ELDER et al., 2001).

A conduta para remoção de cistos é cirúrgica. Dependendo do tamanho, do tipo e da localização da lesão, embora se possa fazer a drenagem do conteúdo do cisto ou destruir a cápsula com cáusticos, preconiza-se a excisão completa de ambos, podendo haver sutura. A não-excisão completa do cisto pode acarretar um quadro de recidiva da lesão (WYNGAARDEN; SMITH, 1990; MURPHY; ELDER, 1991; SITTART; PIRES, 1997).

O QUE SÃO HÉRNIAS?

Grosso modo, hérnias são a passagem de um órgão do corpo humano, ou de parte desse órgão, por uma fraqueza da região abdominal, salientando-se para outro lugar indevido, o que ocasiona protuberâncias anormais no organismo. Em toda a Literatura médica, compreende-se a hérnia como o escape parcial ou total de um ou mais órgãos por um orifício, que se abriu por má formação ou enfraquecimento nas camadas de tecido protetoras dos órgãos internos (MSD, 2021).

Existem vários tipos de hérnias. Os tipos mais comuns são aqueles que ocorrem na região abdominal e a denominação da hérnia toma por base o local onde ela ocorre. No caso, as hérnias da parede abdominal ocorrem em diversos locais, como:

- a) Hérnia inguinal: aparece no vinco da virilha ou no escroto (a bolsa ao redor dos testículos);
- b) Hérnia umbilical: ocorre ao redor do umbigo, e é mais comum em bebês;

- c) Hérnia epigástrica: ocorre no centro do abdômen, acima do umbigo e abaixo da caixa torácica;
- d) Hérnia femoral: ocorre logo abaixo do vinco da virilha, no centro da parte superior da coxa; e
- e) Hérnia incisional: se forma em um local onde foi feita uma incisão cirúrgica na parede abdominal (esse tipo de hérnia pode aparecer muitos anos depois da cirurgia)

Todos esses locais são considerados pontos vulneráveis na parede abdominal. Uma abertura pode se desenvolver espontaneamente ou quando indivíduo faz força. Existem casos, em que a hérnia pode ser encarcerada e estrangulada. Diz-se que ela é encarcerada uma alça do intestino fica presa na hérnia. Isso pode bloquear o intestino. Ela é uma hérnia estrangulada quando a hérnia aperta o intestino com tanta força que o fornecimento de sangue é interrompido. A região do intestino que não está recebendo sangue suficiente pode se romper e necrosar e, se não for tratada, pode causar morte (MSD, 2021).

As hérnias inguinais podem ser definidas como hérnias diretas e indiretas, e isto se dará, especialmente, por uma espécie de limite anatômico entre os locais em que estas hérnias ocorrem, na região da virilha. A hérnia inguinal direta acontece devido a fraqueza da parede abdominal e é mais comum em idosos. Estas hérnias raramente causam complicações. Já a hérnia inguinal indireta é o tipo mais comum e ocorre no local de fraqueza causada pela passagem do testículo para a bolsa escrotal. Podem crescer e chegar até a bolsa escrotal. Estas hérnias têm maior risco de complicações. As hérnias inguinais são mais comuns em homens e, independente do tipo, os sintomas são os mesmos: abaulamento e/ou dor na região da virilha, principalmente durante as atividades físicas. Os sintomas tendem a melhorar com o repouso. O tratamento é feito de forma cirúrgica, com uso de tela para reforço da musculatura (CLAUS, 2021).

Além destes tipos mais comuns de hérnias, existem outras consideradas raras na parede antero-lateral do abdômen e são nomeadamente as: Hérnia Amyand, Hérnia Garengot, Hérnia Richter, Hérnia Spieghele, Hérnia Littré e as Hérnia lombares de Grynfelt e Petit. Elas, em conjunto representam cerca de 7% de todas as hérnias da parede antero-lateral do abdômen. Devem ser sempre incluídas como diagnóstico diferencial, e tendo-as sempre em mente é possível que sejam diagnosticadas e detectadas mais precocemente de modo a que não se deixe de diagnosticar uma destas hérnias e um problema inicialmente simples se torne fatal. Para cada uma das hérnias é referida a sua história, frequência, modo de apresentação clínica, diagnóstico e diagnósticos diferenciais e o seu tratamento.

Contudo, neste relato, vamos nos deter a um caso no qual o paciente foi diagnosticado pelo exame ultrassonográfico com Hérnia Inguinal Encarcerada a Direita, mas que, na verdade, tratava-se de um Cisto Epidermoide localizado em região inguinal.

RELATO DO CASO

Paciente E. S. S, 30 anos, sexo masculino, agricultor, proveniente do município de Monte Alegre – PA. Agendou consulta ambulatorial no consultório de cirurgia geral no dia 07/12/22, relatando quadro de dor em região inguinal a direita de moderada intensidade, de início súbito, há dois dias. Ao exame físico, identificado abaulamento em região inguinal direita com massa palpável enrijecida e dolorosa ao toque irreduzível a manobra de Taxis. Contudo, abdômen do paciente estava flácido, normodistendido, com ruídos hidroaéreos presentes, ausência de visceromegalias, sem náuseas e vômitos sinais clínicos de abdômen agudo obstrutivo. Paciente trouxe em mãos ultrassonografia (Figura 1) de região inguinal direita, identificando descontinuidade da camada músculo apo neurótica com profusão de conteúdo heterogêneo (herniário), durante manobra de Valsalva, não havendo redução do conteúdo heterogêneo mesmo após o repouso, tendo como diagnóstico de Hérnia Inguinal Encarcerada a Direita.

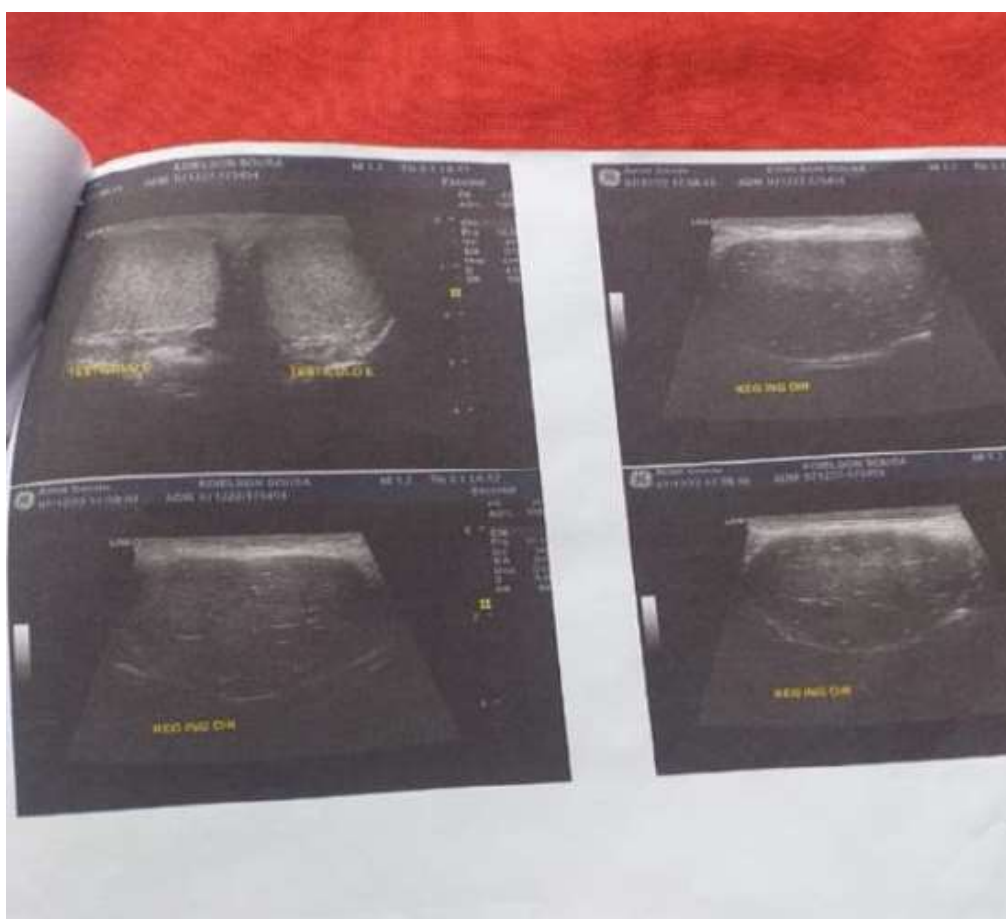


Figura 1

Identificado a urgência da situação, conforme se observa no diagnóstico do exame ultrassonográfico (Figura 2), foi indicado hernioplastia inguinal com estabelecimento de jejum e programação de

cirurgia. Foi realizado raquianestesia e, após, iniciado a assepsia, antissépsia e colocação de Campos estéreis cirúrgicos. Iniciada a incisão de Felizet longitudinal a direita de aproximadamente 6 cm, seguida de dissecação de pele, tecido celular subcutâneo, seguida de identificação da fáscia de Scarpa e sua dissecação, seguida de identificação da aponeurose do músculo oblíquo externo onde observou espessamento com características inflamatórias do tecido ao redor.

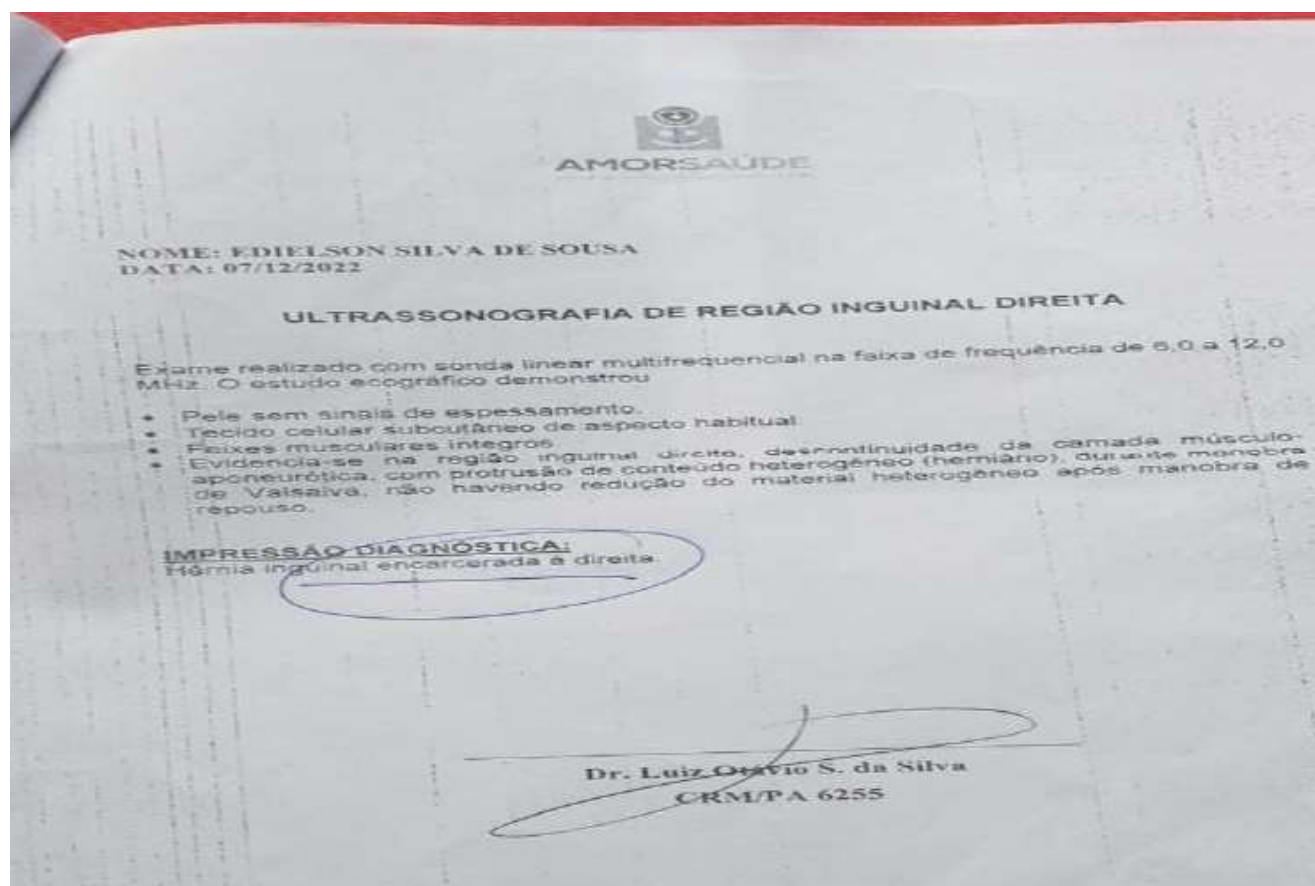


Figura 2

Verificou-se anel inguinal externo sem dilatação, realizada a abertura do anel inguinal externo, com incisão longitudinal da aponeurose do oblíquo externo com identificação do ligamento inguinal, seguida de divulsão do músculo cremaster e identificação dos elementos do cordão espermático (Ducto deferente, plexo pampiniforme, artéria testicular, e não identificado saco herniário o que descartou a presença de hérnia inguinal indireta, conforme se observa nas figuras 3 e 4.

Identificado abaulamento por baixo dos elementos do cordão espermático, medialmente aos vasos epigástricos, virtualmente mais ao centro do triângulo de Hesselbach uma tumoração de paredes espessadas, enrijecidas com área de clivagem entre o assoalho pélvico, cordão espermático com pedículo preso ao púbis.



Figura 4



Figura 3

Realizada a soltura das aderências do tumor com cuidado para não lesionar as estruturas vasculares ao redor, tal manobra deixou o tumor solto e livre para melhor caracterização e origem (Figura Y). Foi identificado o pedículo tumoral preso ao púbis e realizada a ligadura com fio vicril 1 sem intercorrências e extirpação do tumor por inteiro. Tal turno apresentou características de teratoma, pois apresentava em seu interior pelos e massa com aspecto de sebo.



Figura 5

Após exérese do tumor, foi realizada a fixação de tela de polipropileno, seguindo a técnica de Liechtenstein sem intercorrências. Síntese de pele, mais curativo.

DISCUSSÃO

Após pesquisa bibliográfica da área, vê-se que a ocorrência de um Cisto Epidermóide simulando uma Hérnia Inguinal Encarcerada a Direita é praticamente nula na literatura medicinal. O que ocorreu no caso relatado foi de extrema singularidade, especialmente, por ter sido diagnosticado através de uma ultrassonografia que, em tese, tem excelência de precisão em mais de 80% nos casos de hérnia, de acordo com.

Devido a identificação de um cisto epidermoide – em quaisquer dos possíveis lugares onde geralmente aparece – ser um procedimento simples a ser feito, seja pelo diagnóstico médico de forma clínica, observável, pela palpação do nódulo e no levantamento do histórico pessoal e familiar de doenças inflamatórias; seja pela utilização de recursos da imagiologia, como tomografia computadorizada e ultrassonografia, casos raros como o que ocorrera devem suscitar estudos mais especializados que descubram “quais fatores podem ter ocasionado tamanha singularidade na medicina?” e “o que fazer diante de uma situação inusitada como essa dentro de um centro cirúrgico?”

No capítulo II do código de Ética Médica do Brasil, no qual se fala sobre os direitos dos médicos”, está posto que o profissional da medicina deve “indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente” (CFM, p. 33, 2010). O caso que relatamos, mostrou a importância da maturidade da equipe profissional envolvida, que conseguiu, a tempo, realizar o procedimento cirúrgico adequado ao paciente. Neste sentido, a experiência profissional do médico responsável logrou segurança e a ética necessária a consecução da cirurgia.

Outro ponto a ser refletido é sobre o nível de confiabilidade e precisão das tecnologias digitais utilizadas nos diversos exames. No referido caso, de um diagnóstico ultrassonográfico totalmente diferente do que o procedimento cirúrgico revelou, vê-se que a tecnologia do conhecimento tácito, adquirido pela práxis médico-cirúrgica do cirurgião é, afinal, o laudo mais preciso, invariável e irrefutável que o paciente pode ter.

CONCLUSÃO

O Relato de Caso apresentado mostra o quanto o profissional de saúde deve estar preparado para lidar com situações adversas, nas quais, podem ocorrer até mesmo intercorrências graves.

Não seria possível levar adiante o procedimento cirúrgico se o médico e a equipe responsável não tivessem a expertise necessária, no momento em que se fez a incisão do paciente.

A competência, a ética profissional e o tratamento humanizado foram fundamentais para que o paciente – ao ser notificado da adversidade de seu diagnóstico –, mantivesse as condições físico e emocionais do organismo necessárias ao procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIA

- ANDERSON, W. A. D.; KISSANE, J. M. Patologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.
- ARNOLD, H. L.; ODOM, R. B.; JAMES, W. D. Doença de pele de Andrews. Dermatologia clínica. 8. ed. São Paulo: Manole, 1994.
- BARBIERI, Renato; KAJITA, Alexandre; GALLI, Gabriele; et..al. Cisto Epidermoide: Relato de Caso. Disponível In: < <https://www.redalyc.org/pdf/929/92900515.pdf> > Acesso em 13 FEV 2023
- BEHMER, O. A.; TOLOSA, E. M. C.; FREITAS NETO, A. G. Manual de técnicas para histologia normal e patológica. 1. ed. São Paulo: Edusp, 1976.
- BIKMAZ, K. et al. Intradiploic epidermoid cysts of the skull: a report of four cases. Clinical Neurology and Neurosurgery, Amsterdã, v. 107, n. 3, p. 262-267, 2005.
- BORK, K.; BRÄUNINGER, W. Dermatologia clínica: diagnóstico e terapia. 2. ed. São Paulo: Manole, 1998.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de Ética Médica. In: < <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf> > Acesso em 13 Mar 23.
- CLAUSS, Christiano. Hérnia inguinal direta X indireta: qual a diferença. Disponível em < <https://christianoclaus.com.br/hernia-inguinal-direta-x-indireta-qual-a-diferenca/> > Acesso em 14 FEV 2023.
- ELDER, J. T. et al. The genetics of psoriasis 2001: the odyssey continues. Archives of Dermatology, Chicago, v. 137, n. 11, p. 1.447-1.454, 2001.
- GOULART, André; MARTINS, Sandra. Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. Revista Portuguesa de Cirurgia, Série II, nº 33, 2015. Disponível em: < <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/510/397> > Acesso em 14 FEV 2023.
- GUIMARÃES, D. T. (Org.). Dicionário de termos médicos e de enfermagem. 1. ed. São Paulo: Rideel, 2002.
- HATTORI, H. Epidermal cyst containing numerous spherules of keratin. The British Journal of Dermatology, Oxford, v. 151, n. 6, p. 1286-1287, 2004.
- HEENAN, p. J.; ELDER, D. E.; SOBIN, L. H. Histological Typing of Skin Tumors. 2. ed. Berlim: Springer-Verlag, 1996.
- KALGUTKAR, A. et al. Intradiploic primary epithelial inclusion cyst of the skull. Annals of Diagnostic Pathology, Filadéla, v. 10, n. 1, p. 20-23, 2006.
- LEVER, W. F.; SCHAUMBURG-LEVER, G. Histopatologia da pele. 7. ed. São Paulo: Manole, 1991.
- MURPHY, G. F.; ELDER, D. E. Atlas of tumor pathology. 3. ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1991.

ROBBINS, S. L.; CITRAN, R. S.; KUMAR, V. Robbins: patologia estrutural e funcional. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. Dermatologia. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.

SAMPAIO, S. A. P.; CASTRO, R. M.; RIVITTI, E. A. Dermatologia básica. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1989.

SITTART, J. A. S.; PIRES, M. C. Dermatologia para o clínico. 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial e Grácos; 1997.

STEFFEN, N. Cistos de pregas vocais: análise de 96 casos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, São Paulo, v. 61, p. 179-186, 1995. Disponível em: <<http://www.rborl.org.br/conteudo/acervo/acervo.asp?id=2060>>. Acesso em 14 FEV 2023.

VARELLA, Maria H. Cistos Epidermoides. Disponível in: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/cistos-epidermoides/>. Acesso em 11 FEV 2023.

Capítulo 3



10.37423/240308776

RELATO DE CASO: ABSCESSO ESPLÊNICO COMO COMPLICAÇÃO DATHAL-HAKAFUKU

Michelle Silva Rocha

Universidade de Brasília UNB

Lorena Lemos de Aquino

Universidade de Brasília UNB

Raimundo Nonato de Araújo Soares

Universidade Iguazu - UNIG

Vinícius Bezerra Lopes

UniCEUB

Ademilton Maximiano de Paula Júnior

UPAP

Isabela Lyrio de Souza

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande

Fabiana Negreli da Silva Koslinski

UPAP

Thaís Fernandes Borges

Faculdade Atenas

O abscesso esplênico é mais frequente no sexo masculino, na faixa etária entre 35 e 45 anos. É uma patologia rara e com principais fatores de risco: septicemia (73%), o trauma (17%) e as hemoglobinopatias (12%). Os principais agentes etiológicos são: *S. aureus*, *S. viridans*, bacilos gram negativos; *K. species* e *S. enteritidis* e os fungos; *C. species*. É um evento supurativo que pode englobar o espaço subcapsular ou o parênquima esplênico, deixando o baço constantemente exposto a agentes infecciosos, entretanto, abscessos em seu parênquima são raros (MARTINS,2005). Os sintomas mais evidentes são: febre (90%), dor abdominal (75%) e a esplenomegalia (25%). A tomografia computadorizada do abdômen é o padrão ouro para o diagnóstico, com uma sensibilidade de 96%, ela é superior à ultra sonografia (76%) e à cintilografia hepatoesplênica (75%), a radiografia do tórax pode demonstrar presença de infiltrado e derrame pleural à esquerda, o hemograma apresenta leucocitose. O tratamento é realizado com esplenectomia e antibióticos, o tratamento com antibióticoterapia inicialmente é de amplo espectro, após o direcionamento do agente etiológico, antibióticoterapia específica deve ser aplicada. Nos dias atuais, já é possível a realização de drenagem opercutânea guiada (MARTINS, 2005).

RELATO DO CASO

Paciente BCN, 44 anos, submetido à Heller Pinotti em dois mil e doze por megosôfago grau II por acalasia idiopática. Após oito meses, iniciou disfagia progressiva. Estando com disfagia para líquidos. Realizou Thal-Hatafuku em dois mil e quinze. Retornou com febre, negando dor torácica. Referia dor em HCD E, com irradiação para ombro esquerdo. Ao proceder o exame físico recebeu o diagnóstico de abscesso esplênico. Após isso realizou esplenectomia. No relato de caso apresentado, após a realização de uma cirurgia de Thal-Hatafuku para correção de acalasia o paciente evoluiu com abscesso esplênico. O relato visa relacionar as principais complicações da cirurgia de Thal-Hatafuku com abscesso esplênico.

CONCLUSÃO

Conforme a literatura explicitou, e Oliveira (2014) discutiu que ainda existem poucos dados na literatura acerca de eficácia, a médio e longo prazo, da operação de Thal-Hatafuku. O abscesso esplênico relatado mostrou que esta é uma complicação rara da cirurgia de Thal-Hatafuku, necessitando mais estudos de casos, possibilitando realizar melhor tratamento nos pacientes que venham a apresentar o quadro semelhante.

Palavras Chave: ABSCESSO ESPLÊNICO, THAL-HAKAFUKU, COMPLICAÇÕES

Capítulo 4



10.37423/240308780

ACHADOS EM TOMOGRAFIAS DE TÓRAX DE PACIENTES TRAUMATIZADOS, ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA DO SUL DO BRASIL

Vinicius Ensslin Dutra

Universidade do Sul de Santa Catarina

Daniel Di Pietro

Universidade do Sul de Santa Catarina

Milena Maragno Luiz

Universidade do Sul de Santa Catarina

Nelson Cabral Júnior

Hospital Regional Homero de Miranda Gomes



INTRODUÇÃO:

O trauma torácico é uma das principais causas de mortalidade no mundo que tem a possibilidade de ser evitado e/ou revertido desde que diagnosticado e tratado de forma imediata. Em maioria, as lesões são tratadas com procedimentos simples e rápidos, não demandando tratamento cirúrgico em muitos dos casos¹. Além disto, o trauma pode ser classificado como contuso/fechado, penetrante/aberto ou uma combinação de ambos¹. Neste íterim, as lesões são causadas por uma força externa ao corpo, a qual pode decorrer de causas intencionais (homicídio, suicídio, violência e guerras), ou não intencionais (colisões, acidentes automobilísticos, afogamentos, quedas e choques elétricos)².

No ano de 2019, uma das “*causa mortis*” mais proeminente na população brasileira (quarta principal causa de morte) foi relacionada ao trauma, sendo este responsável por cerca de 142.800 mortes no país de acordo com o Ministério da Saúde³. Segundo Gaillard (1990), no contexto do trauma torácico, a taxa de mortalidade pode chegar até 27%, de modo que o mecanismo de trauma mais prevalente é atinente à acidentes automobilísticos, que requerem atenção especial, conforme ocorre no Brasil, onde o sistema rodoviário de transporte sobrepua em detrimento de outras opções vigentes, como ferroviário, hidroviário ou aeroviário, carecendo de uma abordagem de transporte multimodal⁴. Neste sentido, o estudo de Zanetti, realizado no estado de Santa Catarina, também identificou os acidentes automobilísticos como sendo o principal mecanismo de trauma, contudo, diferentemente de Gaillard, evidenciou um percentual de 5% em relação à taxa de mortalidade. Ademais, este mesmo estudo demonstrou expressiva necessidade de internação de 41,2% dos pacientes vítimas de trauma torácico, ao mesmo tempo que aponta que 89% dos traumas torácicos foram do tipo contuso, de modo a serem mais frequentes quando comparados com o trauma torácico aberto, demonstrando estado de alta gravidade de pacientes provenientes dessa condição⁵.

No que diz respeito ao trauma torácico contuso, estudos recentes indicam que os acidentes automobilísticos persistem como o principal mecanismo do trauma⁶⁻⁹, além do fato de ser correlativo a maior parte dos pacientes serem indivíduos do sexo masculino e de jovens com média de idade variando de 38 a 48 anos^{6,8-10}. Quanto aos pacientes com idade superior a 65 anos, quedas de altura mostraram-se como uma importante causa, sendo mais predominantes nesta população ao que tange o mecanismo de trauma e, além disso, este grupo etário apresenta maior risco de lesões intratorácicas graves, mesmo em se tratando de traumas torácicos fechados com mecanismo de baixa energia^{8,11}.

No que se refere à mortalidade, o trauma torácico fechado, em concordância à alguns estudos, apresenta um percentual de taxa de mortalidade na população geral que oscila de 9% à 18%^{7-9,11}.

A avaliação e atendimento do paciente com trauma torácico deve seguir a mesma sequência preconizada no paciente politraumatizado segundo as recomendações do Colégio Americano de Cirurgiões (American College of Surgeons - ACS) mediante o Suporte Avançado de Vida no Trauma (em inglês, Advanced Trauma Life Support - ATLS). Em um primeiro momento, considerando a assistência já em ambiente hospitalar com triagem realizada, o atendimento deve iniciar de forma a aplicar a sequência do ABCDE (em inglês, Airway maintenance with restriction of cervical, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) durante a avaliação primária, etapa na qual são evidenciados problemas críticos ameaçadores à vida com a finalidade de serem prontamente diagnosticados e corrigidos. Momento este em que se abre mão de um atendimento pormenorizado e minucioso, objetivando identificar da forma mais rápida e eficiente possível lesões ameaçadoras à vida, sendo elas, no contexto do trauma torácico: lesão de árvore traqueobrônquica, pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, hemotórax maciço, tamponamento cardíaco. É importante ressaltar que as lesões ameaçadoras a vida devem ser tratadas a medida em que se é feito seu diagnóstico. Após esta etapa, deve-se prosseguir a assistência do paciente politraumatizado com a avaliação secundária, visando identificar situações potencialmente fatais por meio de um atendimento um pouco mais detalhista, sendo estas lesões torácicas: pneumotórax simples, hemotórax, contusão pulmonar, tórax instável, contusão cardíaca, ruptura traumática de aorta, lesão traumática de diafragma, ruptura esofágica por trauma fechado. Nesta etapa do atendimento, além da identificação e do tratamento das lesões, pode ser de extrema valia a utilização de exames complementares adicionais (imagens, laboratoriais, eletrocardiograma), afim de realizar o diagnóstico diferencial dentre as possíveis lesões que o paciente politraumatizado pode apresentar nesta etapa do atendimento¹. Dentre os exames complementares, cabe destacar a importância dos exames de imagem, vastamente utilizados nestas situações, com principal destaque para a radiografia de tórax e a tomografia computadorizada.

Isto posto, cabe destacar que a radiografia de tórax tem vasta contribuição no contexto do trauma e da emergência, por se tratar de um método rápido, fácil, de menor exposição à radiação e de baixo custo¹². Além disto, permite avaliar possíveis lesões e localizar artefatos e dispositivos, como projéteis, tubos e drenos¹². Contudo, há limitações para um diagnóstico definitivo por se tratar de um método com boa sensível, mas pouco específico^{12,13}. Dessa forma, fica notório a necessidade de um exame

mais complexo, capaz de compensar a falta de especificidade e limitações inerentes ao exame de radiografia de tórax: a tomografia computadorizada.

Já a tomografia computadorizada (TC) possui uma sensibilidade e especificidade maior, quando comparada à radiografia de tórax, pois permite observar com mais clareza e detalhes os limites entre os diferentes tecidos, além de possuir melhor resolução espacial e poucas diferenças entre os contrastes radiológicos^{12,13}. A TC possui maior acurácia para revelar alterações e determinar a extensão de lesões, visto que em aproximadamente 20% dos pacientes com radiografias iniciais normais a TC revela lesões novas e/ou mais extensas, carecendo de uma abordagem distinta¹⁵. Ademais, cabe ressaltar que a tomografia computadorizada por ser um exame de imagem em cortes seriados, ficando todas estas informações guardadas, apresenta a possibilidade de avaliação por médicos distintos e em momentos diferentes, o que não ocorre com os exames complementares operadores dependentes, como a ultrassonografia, aumentando assim a acurácia do exame. Contudo, é preciso alertar que todo exame complementar apresenta suas propriedades inerentes (sensibilidade e especificidade) e contraindicações, havendo a possibilidade de ocorrer resultados falsos-positivos ou falsos-negativos, não existindo exame complementar com uma acurácia de 100%. Nesse sentido, a tomografia do tórax apresenta uma importante limitação: não deve ser utilizada em pacientes hemodinamicamente instáveis.

Por ser uma expressiva causa de mortalidade, o trauma torácico possui uma alta demanda de internações hospitalares, o que onera, principalmente, o sistema público de saúde, mas também a capacidade de uma nação de gerar renda dado que, epidemiologicamente, a prevalência desta condição está mais relacionada à população economicamente ativa. Portanto, este trabalho tem como objetivo identificar a prevalência das alterações em tomografias computadorizadas de tórax em pacientes traumatizados atendidos em emergência cirúrgica em hospital público de referência do sul do Brasil.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal e alinhado com os itens elencados pela declaração STROBE. Nesta perspectiva, o levantamento dos dados foi feito através da leitura de laudos tomográficos no Hospital Regional de São José (HRSJ), centro de referência de trauma na Grande Florianópolis continental. Ademais, foram analisados os laudos de TC de tórax e/ou de corpo inteiro (executadas pelo aparelho Toshiba Aquillion 64 canais multislice), de modo a conter todas as variáveis

de interesse para o presente estudo. No que tange a população do estudo, avaliou-se os laudos de tomografia computadorizada referente a pacientes adultos com idade maior ou igual à 18 anos atendidos na emergência do HRSJ pelo serviço de cirurgia geral, no período de 11 de junho de 2021 à 1º de maio de 2022. Quanto ao número total de pacientes que realizaram tomografia computadorizada de tórax e/ou de corpo inteiro nas condições supracitadas foi de 859, sendo esta a amostra do presente estudo. Em relação aos dados obtidos derivados da análise dos laudos, foram enumeradas as seguintes variáveis: sexo (masculino ou feminino), idade (em anos) e achados tomográficos (hemotórax, hemopericárdio, pneumomediastino, contusão pulmonar, laceração pulmonar, pneumotórax, derrame pleural, atelectasia pulmonar, pseudocisto traumático, enfisema subcutâneo, herniação de conteúdo abdominal para o tórax, lesão em diafragma, fratura de costelas/esterno, outros achados e exame sem alterações). Tendo em vista que a obtenção dos achados tomográficos no vigente estudo é feita por meio do laudo médico (radiologistas) colocou-se a alteração de forma *ipsis litteris* como se apresenta no laudo do exame, de modo a não apresentar interpretação da imagem por parte dos pesquisadores responsáveis pela coleta.

À face do exposto, foi utilizado o programa *Excel* para tabulação dos dados e, em um segundo momento, o programa *IBM® Statistical Package Social Science SPSS* - versão 20.0 para a análise estatística, nos quais os dados foram tratados por intermédio de estatística descritiva. Os dados qualitativos são apresentados em frequência absoluta e relativa; enquanto os dados quantitativos vão ser discriminados na forma de média com amplitude total. Dessa forma, o projeto obedeceu aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde (Res. no 466 2012), além de ser submetido ao CEP UNISUL e ao CEP do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes/Instituto de Cardiologia de Santa Catarina com CAAE: 54163221.6.0000.5369.

Os pesquisadores declaram ausência de conflitos de interesse.

RESULTADOS:

Infere-se, pois, foram analisados os laudos tomográficos de 859 pacientes, sendo 672 (78,2%) indivíduos do sexo masculino e 187 (21,8%) indivíduos pertencentes ao sexo feminino. Ademais, a mediana dos resultados obtidos foi de 42 e a média de idade fica estipulada em 44,11 anos, com desvio padrão de 16,59 (+/-), obtendo como idade mínima 18 anos e a máxima 93 anos.

Do total de pacientes, 34,7% (298) apresentaram, pelo menos, uma alteração no exame de imagem, de forma que dentre os achados de imagem encontrados, o mais preeminente foi a fratura de

costelas/esterno que estava presente em 70,9% (212) casos em que o exame de tomografia de tórax apresentou alguma alteração, seguida por pneumotórax 32,8% (98), e derrame pleural 22,1% (66). Em contrapartida, as alteração menos frequentes encontradas, em ordem decrescentes, foram: Herniação do conteúdo abdominal para o tórax 1,3% (4), Hemopericárdio 1% (3) e, por fim, as lesões diafragmáticas com apenas um único caso, ocorrendo em 0,3% (1) dos exames tomográficos que apresentaram alteração. No tocante ao demais achados não mencionados até o momento, tem-se em ordem de maior prevalência para menor: Atelectasia Pulmonar 18,1% (54), Enfisema de Subcutâneo 16,7% (50), Outros 16,7% (50), Contusão Pulmonar 13% (39), Hemotórax 6,4% (19), Pneumomediastino 5,4% (16), Pseudocisto Traumático 2% (6) e Laceração Pulmonar 1,7% (5).

Tabela 01. Distribuição dos achados tomográficos em pacientes traumatizados.

<i>Achado Tomográfico</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Atelectasia pulmonar	54	18,1
Contusão pulmonar	39	13
Derrame pleural	66	22,1
Enfisema subcutâneo	50	16,7
Fratura de costela/esterno	212	70,9
Hemopericárdio	3	1
Hemotórax	19	6,4
Herniação de conteúdo abdominal para o tórax	4	1,3
Laceração pulmonar	5	1,7
Lesão diafragmática	1	0,3
Pneumomediastino	16	5,4
Pneumotórax	98	32,8
Pseudocisto traumático	6	2
Outros	50	16,7

DISCUSSÃO:

Conforme supracitado, o trauma torácico é uma das principais causas de morte no mundo e a quarta causa no Brasil, adicionado à crescente incidência em outros países ao redor do mundo, além de ser responsável por um terço das mortes nos Estados Unidos^{3,11}. Outrossim, desencadeia a problemática econômica ao Estado, visto que atinge, majoritariamente, adultos jovens, de modo a incapacitar a população economicamente ativa, trazendo importantes repercussões econômicas ao país, tanto devido a mortalidade quanto a morbidade¹⁶.

Diante do exposto e segundo os resultados deste estudo, pacientes politraumatizados apresentando trauma torácico, em geral, são homens adultos, visto que a idade média neste estudo foi de 44,11 anos; estando de acordo com a literatura nacional/internacional, de forma a considerar uma proporção na faixa 3:1 entre homens e mulheres associados à uma média de idade que varia entre 37 e 53 anos segundo a literatura^{5,6,8-10,17-21}. Ainda a respeito sobre a variável idade, dado as informações do presente trabalho mostrarem uma mediana de 42 e uma média com valor mais alto, considerando a idade mínima e máxima encontradas de 18 e 93 anos, respectivamente; podemos concluir que a distribuição desta variável se dá de forma assimétrica para a esquerda e assim conclui-se que os pacientes avaliados neste estudo se apresentam, em maioria, como indivíduos com idade inferior a 42 anos, dado que a média é maior que a mediana para esta variável. Outrossim, tendo em vista que a prevalência de trauma torácico é maior nos homens e esta condição relaciona-se diretamente a traumas externos, é possível inferir que o sexo masculino está mais expostos à eventos traumáticos. Uma hipótese sugerida por Zanette (2019), é de que tal fato ocorre devido a um perfil mais afrontoso por parte do sexo masculino somado, ou não, a infrações de trânsito por excesso de velocidade e ao consumo abusivo de álcool^{5,22,23}. A hipótese acima elaborada com base em dados de estudos e informações disponibilizados pelo Departamento Estadual de Trânsito, está de acordo com o que se encontra na literatura nacional e internacional que apontam os acidentes automobilísticos como principal mecanismo concernente ao trauma torácico.

No tocante as alterações de exames de tomografia computadorizada encontradas, se por um lado, a primeira e a segunda alterações tomográficas mais dominantes são fratura de arcos costais/esterno e pneumotórax, respectivamente, o que é consoante aos achados da literatura nacional e internacional; o terceiro achado, derrame pleural, não se apresenta de acordo, sendo o hemotórax e a contusão pulmonar alterações mais prevalentes em detrimento desta segundo a literatura^{5,6,11,17-20,24}. Tal contraste, é sugerido devido ao fato de condições como, por exemplo, o hemotórax ser considerado

uma lesão torácica importante que altera a capacidade ventilatória e hemodinâmica do paciente, necessitando de rápido manejo durante o exame primário. Sendo assim, uma radiografia de tórax pode indicar o diagnóstico antes mesmo do paciente ter a necessidade de ser submetido a um exame de tomografia computadorizada e sem a demanda de precisar se solicitar qualquer outro exame de imagem¹. Ademais, o hemotórax pode também estar associado a instabilidade hemodinâmica, o que contraindica a realização do exame de tomografia computadorizada.

Por fim, por se tratar de um estudo transversal descritivo e prospectivo, a presente pesquisa apresenta limitações inerentes à sua metodologia, sem capacidade de confirmar hipóteses, mas com intuito de fornecer novos dados para que sejam utilizados, de forma a possibilitar a criação de novas teorias.

Contudo, o diagnóstico precoce e definitivo é de suma importância para estadiamento e prognóstico dessa condição clínica, auxiliada por métodos complementares, de uso racional e adequado, como exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada como uma das mais relevantes e importantes exemplares dentre os exames de imagem, seja pela sua capacidade diagnóstica dado a importante acurácia que este exame apresenta ou pela sua disponibilidade em serviços de urgência e emergência de instituições terciárias de saúde. Desta forma, os resultados apresentados têm como objetivo auxiliar principalmente o serviço hospitalar, bem como equipe, além de corroborar com a prevalência dos achados, de modo a sugerir/indicar/definir a melhor conduta para com o paciente.

Tendo em vista os dados apresentados, a ausência de perda de seguimento e as informações a respeito da metodologia do estudo, especialmente, a amostra considerada representativa desta população de 859 indivíduos, pode-se colocar este trabalho como apresentando validade interna. Além do mais, desde que se adote a mesma população, é possível extrapolar estes resultados para nível loco regional.

CONCLUSÃO:

O perfil de pacientes traumatizados submetidos à tomografia de tórax atendidos na emergência cirúrgica de um hospital público de referência do sul do Brasil é de homens, em geral, jovens, dos quais 34,7% tiveram pelo menos uma alteração ao exame de imagem referente ao trauma, sendo a fratura de costelas/esterno a mais frequente, seguida por pneumotórax e derrame pleural.

FOMENTO:

Este trabalho conta unicamente com fonte de auxílio dos próprios autores, não havendo financiamento por parte de nenhuma instituição, sendo de exclusiva responsabilidade dos autores todo e qualquer tipo de gasto direto e indireto com a elaboração do estudo. O presente trabalho foi submetido e aprovado ao CEP UNISUL e ao CEP do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes/Instituto de Cardiologia de Santa Catarina com CAAE: 54163221.6.0000.5369. Tem como instituição responsável a Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

REFERENCIAS:

1. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. 10.ed. Chicago. 2018.
2. National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS: Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2020.
3. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. [acesso em 2021 out 23]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>
4. Battle CE, Hutchings H, James K, Evans PA. The risk factors for the development of complications during the recovery phase following blunt chest wall trauma: a retrospective study. *Injury*. 2013;44(9):1171-6.
5. Zanette GZ, Waltrick RS, Monte MB. Perfil epidemiológico do trauma torácico em um hospital referência da Foz do Rio Itajaí. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2019;46(2):e2121
6. Chrysou K, Halat G, Hokschi B, Schmid RA, Kocher GJ. Lessons from a large trauma center: impact of blunt chest trauma in polytrauma patients-still a relevant problem? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2017;25(1):42.
7. Manay P, Satoskar RR, Karthik V, Prajapati RP. Studying Morbidity and Predicting Mortality in Patients with Blunt Chest Trauma using a Novel Clinical Score. *J Emerg Trauma Shock*. 2017;10(3):128-33.
8. Bader A, Rahman U, Morris M, McCormack JE, Huang EC, Zawin M, Vosswinkel JA, Jawa RS. Pulmonary contusions in the elderly after blunt trauma: incidence and outcomes. *J Surg Res*. 2018;230:110-16.
9. Hildebrand F, Giannoudis PV, Griensven MV, Zelle B, Ulmer B, Krettek C, Bellamy MC, Pape HC. Management of polytraumatized patients with associated blunt chest trauma: a comparison of two European countries. *Injury*. 2005;36(2):293-302.
10. Huang X, Magnotti LJ, Fabian TC, Croce MA, Sharpe JP. Does lack of thoracic trauma attenuate the severity of pulmonary failure? An 8-year analysis of critically injured patients. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2020;46(1):3-9.
11. Gaillard M, Hervé C, Mandin L, Raynaud P. Mortality prognostic factors in chest injury. *J Trauma*. 1990;30(1):93-6.
12. Melo ASA, Moreira LBM, Pessoa FMC, Saint-Martin N, Filho RA, Souza Jr AS, Marchiori E. Aspectos tomográficos do trauma torácico aberto: lesões por projéteis de arma de fogo e armas brancas. *Radiol Bras*. 2017;50(6):372–7.
13. Cruz YC, González RP. La importancia de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) en los traumatismos torácicos. Presentación de caso. *Correo cient. méd*. 2018;22(2):353-60.
14. Oikonomou A, Prassopoulos P. CT imaging of blunt chest trauma. *Insights Imaging*. 2011;2(3): 281-95.

15. Exadaktylos AK, Sclabas G, Schmid SW, Schaller B, Zimmermann H. Do We Really Need Routine Computed Tomographic Scanning in the Primary Evaluation of Blunt Chest Trauma in Patients with “Normal” Chest Radiograph? *J Trauma Acute Care Surg.* 2001; 51(6):1173-6.
16. Padovani C, Silva JM, Tanaka C. Perfil dos pacientes politraumatizados graves atendidos em um serviço público de referência. *Arq Ciênc Saúde.* 2014;21(3):41-5.
17. İliklerden DM, Çobanoğlu U, Sayır F, İliklerden ÜH. Late complications due to thoracic traumas. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2022;28(3):328-35.
18. Benhamed A, Ndiaye A, Emond M, Lieutaud T, Boucher V, Gossione A, Laumon B, Gadegbeku B, Tazarourte K. Road traffic accident-related thoracic trauma: Epidemiology, injury pattern, outcome, and impact on mortality-A multicenter observational study. *PLoS One.* 2022;17(5):e0268202.
19. Brink M, Deunk J, Dekker HM, Edwards MJ, Kool DR, Van Vugt AB, Van Kuijk C, Blickman JG. Criteria for the selective use of chest computed tomography in blunt trauma patients. *Eur Radiol.* 2010;20(4):818-28.
20. Safari S, Farbod M, Hatamabadi H, Yousefifard M, Mokhtari N. Clinical predictors of abnormal chest CT scan findings following blunt chest trauma: A cross-sectional study. *Chin J Traumatol.* 2020;23(1):51-5.
21. Reitano E, Briani L, Sammartano F, Cimbanassi S, Luperto M, Vanzulli A, Chiara O. Torso computed tomography in blunt trauma patients with normal vital signs can be avoided using non-invasive tests and close clinical evaluation. *Emerg Radiol.* 2019;26(6):655-61.
22. Damacena GN, Malta DC, Boccolini CS, Szwarcwald CL, Almeida WS, Ribeiro LS, et al. Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(12):3777-86.
23. DETRAN-SP. Departamento Estadual de Trânsito de São Paulo [Internet]. Disponível em: www.detran.sp.gov.br/. Acesso em 2022 out 18.
24. Beshay M, Mertzlufft F, Kottkamp HW, Reymond M, Schmid RA, Branscheid D, Vordemvenne T. Analysis of risk factors in thoracic trauma patients with a comparison of a modern trauma centre: a mono-centre study. *World J Emerg Surg.* 2020;15(1):45-55.

Capítulo 5



10.37423/240308783

TRATAMENTO DE PANCREATOLITÍASE EM PACIENTE COM HISTÓRICO DE BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX – RELATO DE CASO

Weskley Souza dos Santos

Hospital Dr. Carlos Macieira

Luis Eduardo Veras Pinto

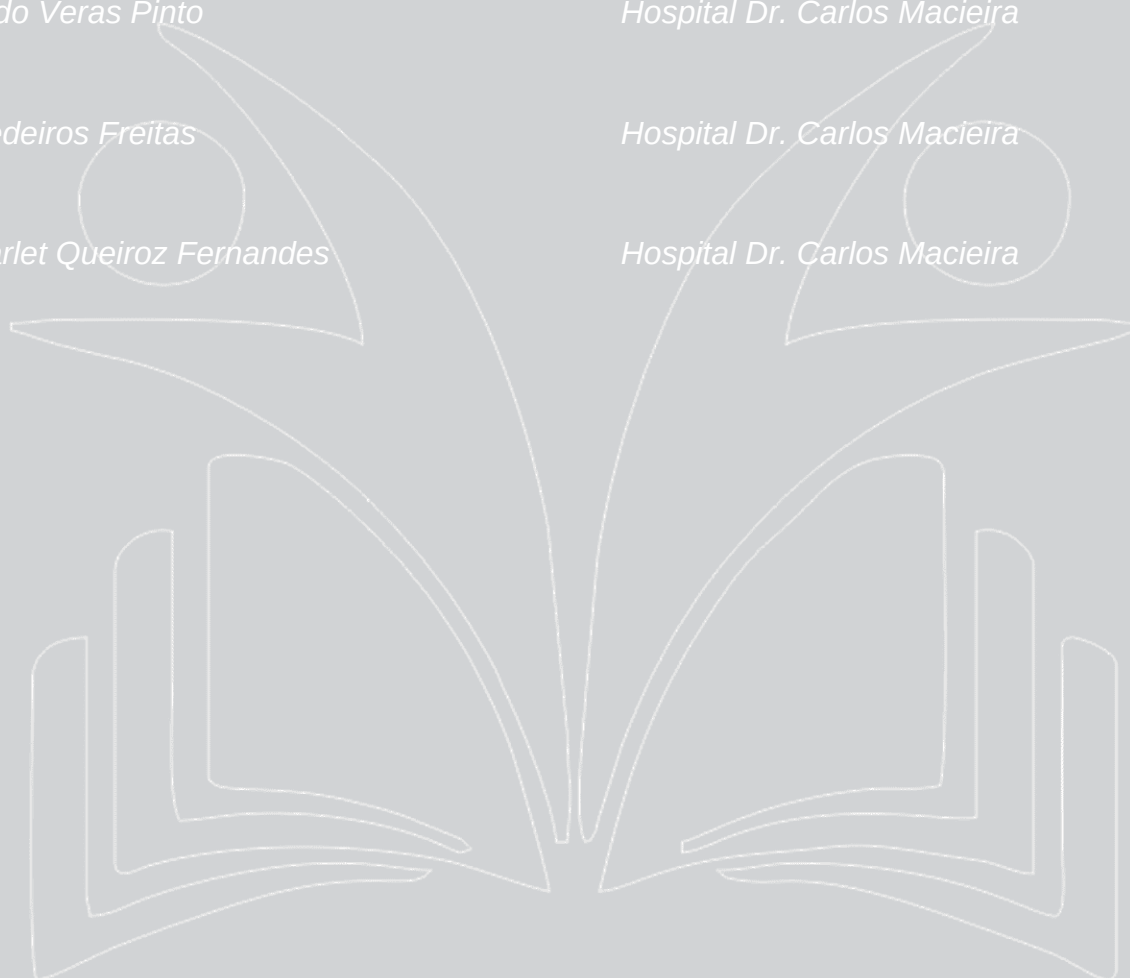
Hospital Dr. Carlos Macieira

Theago Medeiros Freitas

Hospital Dr. Carlos Macieira

Raissa Scarlet Queiroz Fernandes

Hospital Dr. Carlos Macieira



INTRODUÇÃO

A pancreatolitíase é uma entidade clínica caracterizada pela presença de cálculos no ducto pancreático ou pela calcificação do parênquima pancreático. É mais habitualmente identificada como uma sequela em pacientes portadores de pancreatite crônica. (PANEK-JEZIORNA *et al*, 2017). Ao obstruir os ductos pancreáticos, tais cálculos geram hipertensão ductal e subsequente hipertensão pancreática, produzindo dor intensa. (TANDAN *et al*, 2016).

O manejo terapêutico desta entidade pode tornar-se um desafio em pacientes com histórico de cirurgias bariátricas, tendo em vista a dificuldade de acesso ao ducto pancreático ocasionado pelo desvio do trato digestivo nestes pacientes. Dessa forma, o cirurgião deve lançar mão de estratégias e de técnicas cirúrgicas alternativas a fim de garantir resultados satisfatórios no que tange o controle de sintomas e melhorias na qualidade de vida do paciente.

OBJETIVOS

Tendo em vista a escassez de relatos na literatura de casos semelhantes, o presente artigo tem como objetivo apresentar uma descrição de caso de um paciente portador de pancreatolitíase, com histórico prévio de bypass gástrico; da técnica alternativa utilizada para acesso da papila duodenal; e de sua posterior evolução pós-operatória, a fim de fomentar e complementar a discussão na literatura vigente sobre o tema.

MÉTODOS

Os dados descritos no presente trabalho foram obtidos através de entrevista com o paciente, revisão de seu prontuário, registro fotográfico de exames diagnósticos e de procedimentos cirúrgicos aos quais o paciente foi submetido e revisão de literatura.

RELATO DO CASO

Anamnese

Paciente, J. J. S., sexo masculino, 65 anos, procurou atendimento inicial em Unidade de Pronto Atendimento por queixa de dor abdominal em barra, náuseas, vômitos e icterícia progressiva por cerca de uma semana. Negava perda ponderal recente, febre ou inapetência.

Ex-tabagista e ex-etilista, em abstinência por cerca de 10 anos. Negava o uso de drogas ilícitas. Como comorbidades, relatava diabetes mellitus, não insulino-dependente, em controle adequado com uso de hipoglicemiantes orais.

Apresentava histórico cirúrgico prévio de bypass gástrico em Y-de-Roux em 2012 e colecistectomia videolaparoscópica em 2018. Desconhecia histórico de neoplasias na família.

EXAME FÍSICO E EXAMES COMPLEMENTARES

À avaliação física, o paciente encontrava-se em bom estado geral, tendo como única alteração a icterícia (3+/4+). Abdome apresentava-se flácido, indolor, sem massas identificáveis à palpação.

Em exames laboratoriais, apresentava elevação importante de enzimas canaliculares (fosfatase alcalina de 563 U/L e gama-GT de 1473 U/L) e bilirrubinas (valor total de 3,19 mg/dL e fração direta de 2,2 mg/dL). As enzimas pancreáticas encontravam-se com elevação discreta (amilase de 192 U/L e lipase de 155 U/L).

Em colangiorressonância, foram evidenciados sinais de *pancreas divisum*, com dois cálculos em interior de ducto pancreático ventral, de 1,3 cm e 0,6 cm, além de sinais de pancreatite crônica.

CONDUTA CIRÚRGICA

Diante do histórico de bypass gástrico com reconstrução em Y-de-Roux e a dificuldade do acesso transoral da papila, foi optado pela abordagem através da técnica por via laparoscópica e transgástrica.

Sob efeito de anestesia geral, foi realizado o acesso laparoscópico, garantido através da inserção de um trocarte de 10 mm em cicatriz umbilical para inserção da ótica, um trocarte de 5 mm em flanco direito e outro de 10 mm em flanco esquerdo para inserção de pinças de trabalho.

Foi realizada a dissecação e identificação de estômago excluso, seguida da gastrotomia anterior com eletrocautério *hook*. Com utilização de dois fios de poliglactina, foi realizada a gastropexia na parede abdominal e a inserção de um trocater transgástrico de 15 mm.

Após a garantia da via de acesso, foi introduzido o endoscópio até a segunda porção duodenal, e realizada a cateterização da via biliar, sem identificação de estenoses ou falhas de enchimento. Em seguida, foi realizada a papilotomia e cateterizado o ducto pancreático ventral, com infusão de contraste, sendo identificada sua dilatação em terço distal (aproximadamente 12 mm), com múltiplas

falhas de enchimento, compatíveis com cálculos, o maior medindo 10 mm. Logo após, foi realizada a ampliação da esfínterectomia do ducto pancreático, seguida de sua varredura com balão extrator, com saída de todos os cálculos.

Por fim, após retirada de endoscópio, realizada a gastrorrafia com poliglecaprone em chuleio simples e revisada hemostasia. Finalizado o procedimento com retirada de instrumental de cavidade, esvaziamento de pneumoperitônio e síntese de pele.

EVOLUÇÃO

Paciente evoluiu em pós-operatório sem queixas ou intercorrências, com reintrodução precoce de dieta oral. Apresentou normalização progressiva de valores de bilirrubinas e enzimas canaliculares e pancreáticas, recebendo alta 4 dias após o procedimento.

Em retornos ambulatoriais, 30 e 90 dias após a alta, apresentou-se sem queixas e sem sinais de complicação em exames físicos. Os exames laboratoriais e imagens de controle também encontravam-se sem sinais de alterações.

DISCUSSÃO

A pancreatolitíase é uma sequela possível em cerca de 50% dos casos de pancreatite crônica, que é uma entidade caracterizada por mudanças progressivas e irreversíveis no pâncreas, acarretando perda de funções exócrinas e endócrinas. (TANDAN et al, 2016).

O paciente relatado, além de apresentar diabetes mellitus, distúrbio associado à perda de função pancreática, também possuía histórico de etilismo, que é o fator etiológico mais comum da pancreatite crônica. Além deste, podem-se citar tabagismo, distúrbios metabólicos e fatores genéticos como causas conhecidas. De acordo com a “teoria da necrose e fibrose”, o processo inflamatório e a necrose tecidual causam a formação de cicatrizes em torno dos ductos pancreáticos, seguidas de sua estenose e obstrução, resultando na lentificação do fluxo do suco pancreático e na formação de cálculos. Outro ponto importante na patogênese é a deficiência de litostatina, resultando na precipitação do carbonato de cálcio e aumento na deposição proteica. É evidente o impacto do álcool nessa redução dos níveis de litostatina. (PANEK-JEZIORNA et al, 2017).

Os cálculos pancreáticos podem se alojar no ducto pancreático, causando dilatação e elevação da pressão intraductal, resultando no quadro de dor importante vivenciado pelos pacientes. Há relatos limitados em relação às complicações da pancreatolitíase; contudo, os cálculos pancreáticos são uma

complicação da pancreatite crônica, cujas complicações se sobrepõem às da litíase pancreática. Dentre elas incluem-se pancreatite aguda, pseudocisto pancreático, fístula pancreática, obstrução gastrointestinal, hipertensão portal, distúrbios de absorção, diabetes e icterícia obstrutiva, estas duas últimas presentes no caso apresentado neste trabalho. (INUI et al, 2015).

Objetivando melhorar os sintomas, através da desobstrução do ducto pancreático, a terapia endoscópica, através da CPRE, é recomendada como a primeira linha de tratamento em casos com cálculos menores que 5mm, devendo ser precedida de litotripsia extracorpórea em cálculos maiores, devido ao risco de aumento da dificuldade técnica. (TANDAM et al, 2016).

Todavia, indivíduos como o paciente do caso, submetidos a procedimentos bariátricos como o bypass gástrico em Y-de-Roux e o switch duodenal, representam um desafio no tratamento desta entidade, tendo em vista a dificuldade no acesso do trato biliopancreático através de técnicas endoscópicas transorais. Em contraste, a CPRE transgástrica, executada pela inserção direta de um duodenoscópio padrão no remanescente gástrico, tem se mostrado como uma alternativa terapêutica viável para esse perfil de paciente. (AIOLFI et al, 2018).

Tendo em vista o tamanho dos cálculos do paciente discutido neste trabalho, o recomendável seria a realização da litotripsia extracorpórea previamente à CPRE. Todavia, por limitações associadas a custos e disponibilidade de litotriptor para fragmentar os cálculos grandes, o paciente foi submetido diretamente à abordagem endoscópica/cirúrgica, apresentando resultado favorável, apesar da dificuldade técnica.

Ainda que o presente trabalho tenha relatado um caso com evolução satisfatória no pós-operatório e sem complicações posteriores, a maioria dos estudos identifica que as taxas de complicação do componente endoscópico do procedimento são similares à CPRE transoral padrão; e, em relação ao componente cirúrgico do procedimento, as infecções de sítio cirúrgico são as complicações mais comuns. (TELFARH et al, 2020; AIOLFI et al, 2018; ABBAS et al, 2018).

CONCLUSÃO

O caso comentado e as publicações trazidas fomentam a discussão sobre o manejo de uma situação complexa em uma patologia com manejo desafiador sobre os quais ainda há pouco material literário relatado. Ainda assim percebe-se que, mesmo com algumas limitações técnicas em seu manejo, há a possibilidade de obter resultados satisfatórios em pacientes adequadamente selecionados, no que concerne ao alívio de sintomas e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

PANEK-JEZIORNA, M. et al. Pancreatic duct stones: A report on 16 cases. *Adv Clin Exp Med*, v. 26, n. 4, p. 609-613, 2017.

TANDAN, M. et al. Management of Pancreatic Calculi: An Update. *Gut and Liver*, v. 10, n. 6, p. 873-880, 2016.

INUI, K. et al. Japanese Clinical Guidelines for Endoscopic Treatment of Pancreatolithiasis. *Pancreas*, v. 44, n. 7, p. 1053-1064, 2015.

AIOLFI, A. et al. Trans-Gastric ERCP After Roux-em-Y Gastric Bypass: Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Surgery*, v. 28, p. 2836-2843, 2018.

TELFARH, M. M. et al. Laparoscopic-Assisted Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) for Bile Duct Stones After Roux-en-Y-Gastric Bypass: Single-Centre Experience. *Obesity Surgery*, v. 30, n12, p. 4953-4957, 2020.

ABBAS, A. M. et al. Multicenter evaluation of the clinical utility of laparoscopy-assisted ERCP in patients with Roux-em-Y gastric bypass. *Clinical Endoscopy*, v. 87, n. 4, p. 1031-1039, 2018.

ANEXOS



Imagem 1. RNM de abdome, evidenciando cálculos pancreáticos.



Imagem 2. Acesso transgástrico por laparoscopia.

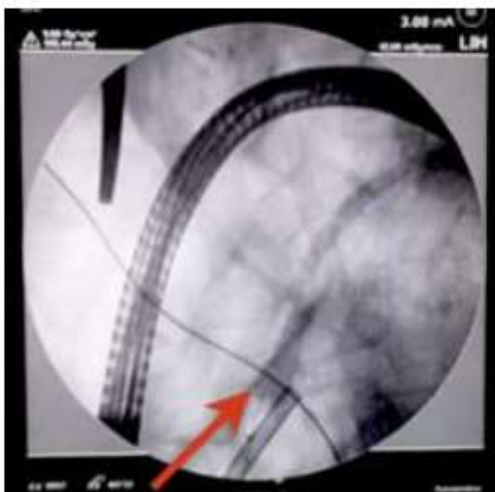


Imagem 3. Colangiografia, evidenciando ducto pérvio após extração de cálculos.

Capítulo 6



10.37423/240308787

SÍNDROME DE DUMPING NAS DIFERENTES TÉCNICAS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Adriana Pagno

*Universidade do Sul de Santa Catarina ,
Unisul Tubarão - SC*

Laura Vendramin Licks

*Universidade de Caxias do Sul , Nova Prata –
RS.*

Mell Do Carmo Marinho D'oran

Universidade do Amazonas, Manaus –AM



INTRODUÇÃO:

A obesidade é uma doença com etiologia multifatorial, sendo designada como acúmulo de tecido adiposo, desencadeado pelo desequilíbrio entre a ingestão e gasto energético. Essa alteração metabólica gera alto custo para o estado, além de ser fatores de risco de várias doenças crônicas não transmissíveis. O tratamento para a obesidade inclui mudança no estilo de vida, reeducação alimentar e prática de exercícios físicos, porém alguns pacientes não apresentam êxito pelos meios convencionais, sendo indicado a cirurgia bariátrica. Essa cirurgia consiste na redução da câmara gástrica, diminuindo a capacidade de armazenamento, trazendo como benefícios o controle do apetite e das comorbidade e perda de peso significativa. Os riscos da cirurgia variam de acordo com a técnica realizada, sendo os principais as desordens dissabsortivas, complicações no pós operatório precoce e tardio, e síndrome de Dumping. A síndrome de Dumping é um conjunto de sinais e sintomas que acontece devido a chegada de alimentos não digeridos no duodeno, podendo aparecer de forma precoce, na primeira hora pós refeição, com sintomas gastrointestinais e vasomotores, e pode ser tardio, até a terceira hora pós alimentação, tendo os sintomas relacionados à hipoglicemia. Devido ao caráter debilitante dos sintomas esse quadro é de grande relevância, pois traz angústia emocional e redução da qualidade de vida ao paciente pós bariátrica.

OBJETIVO:

Comparar entre as técnicas utilizadas qual a prevalência da síndrome de dumping no pós cirurgia bariátrica.

MÉTODO:

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Foram selecionados artigos nacionais e internacionais, publicados de 2019 a 2023. Os descritores de busca foram “cirurgia bariátrica”, “Síndrome Dumping”, nas plataformas de dados Pubmed e Google Scholar.

RESULTADOS:

A síndrome de Dumping pode ocorrer em procedimentos que modificam inervação ou anatomia gástrica como por exemplo, funduplicatura de Nissen, e sua incidência pode variar de 20%, dos casos de vagotomia com piloroplastia e 40% dos pacientes após bypass gástrico em Y de Roux (RYGB). Lee

et al constatou que 34,2% dos pacientes submetidos a RYGB ou gastrectomia vertical apresentaram hipoglicemia pós prandial, indicando Dumping tardio.

CONCLUSÃO:

Tendo em vista as limitações na alimentação e a queda na qualidade de vida causadas pela síndrome de Dumping devemos reforçar os cuidados com os pacientes submetidos a cirurgias gástricas, principalmente a RYGB, que parece ser a mais implicada nesse diagnóstico. O ajuste dietético é a primeira etapa do controle, porém existem poucas opções de tratamento eficazes e diretrizes de manejo na literatura.

REFERÊNCIAS:

Bél. da S.; Pinheiro A. L.; Correia Filho Éverton C.; Tokarskil. C.; FariaJ. M. de M.; Reis J. V. dos; Vidal L. S.; Guimarães L. C.; Melo N. A. de; Juliani A. Relações entre a cirurgia metabólica e a remissão diabética. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 23, n. 1, p. e11875, 1 fev. 2023.

PARUSSOLO, GS; BARAKAT, B. .; RIBEIRO, MGC.; VINHA, LI de L. .; SANTANA, BF de.; MOREIRA, MM.; ALMEIDA, MEF de . Manejo da obesidade: uma revisão narrativa dos tratamentos com foco na cirurgia metabólica. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento* , [S. l.] , v. 11, n. 3, pág. e13711326129, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26129. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26129>. Acesso em: 1 abr. 2023.

Emiliano M. C. F., Oliveira A. H. F. D., Cordier G. B., Paula G. C. C. F. de, Barros L. R. P., Silvestre V. A., Bar S. F., & Lima G. J. de S. (2021). Gastrectomia em Y de Roux na abordagem terapêutica da obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial: reconhecimentos anatômicos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(12), e8764. <https://doi.org/10.25248/reas.e8764.2021>.

Rodrigues R. C. B.; de Figueiredo D. M.; Mesquita A. C.; Alkimim E. R.; Peixoto F. H. da S.; Leite J. V. de P.; Penha J. A.; Pereira L. R. L.; de Sousa M. B.; Pereira N. K. Cirurgia bariátrica por bypass gástrico em Y de Roux: abordagem da técnica e de possíveis complicações tardias no pós-operatório. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 16, p. e4979, 26 dez. 2020.

RIBEIRO, Lucas Boasquives et al. SÍNDROME DE DUMPING E SUA RELAÇÃO COM CIRURGIAS BARIÁTRICAS. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*, v. 2, n. 1, 2019.

Scarpellini E, Arts J, Karamanolis G, Laurenus A, Siquini W, Suzuki H, Ukleja A, Van Beek A, Vanuytsel T, Bor S, Ceppa E, Di Lorenzo C, Emous M, Hammer H, Hellström P, Laville M, Lundell L, Masclee A, Ritz P, Tack J. International consensus on the diagnosis and management of dumping syndrome. *Nat Rev Endocrinol*. 2020 Aug;16(8):448-466. doi: 10.1038/s41574-020-0357-5. Epub 2020 May 26. PMID: 32457534; PMCID: PMC7351708.

FAGUNDES, AM; LOPES, RB; RIBEIRO, LWG; SILVA, CE; MARTINS, VGFB; ROSÁRIO, CC do; LOPES, JR; SOUZA, EMNS; CARDOSO, VS de A.; LAW, LGM Técnicas e complicações durante a cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento* , [S. l.] , v. 11, n. 16, pág. e387111637420, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i16.37420. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37420>. Acesso em: 29 abr. 2023.

ALVES, Eyd Évelyn. Hábitos alimentares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, v. 12, n. 2, p. 093-110, 2020.

Capítulo 7



10.37423/240308791

COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DO ABDOME AGUDO SECUNDÁRIO A ASCARIS LUMBRICOIDES: UM RELATO DE CASO

José Carlos Vieira Bahia Filho

Hospital Geral de Vitória da Conquista

Rafaela Prates Santana

Hospital Geral de Vitória da Conquista

Thiago de Carvalho Milet

Hospital Geral de Vitória da Conquista

João Victor Silva Souza

Universidade do Sudoeste da Bahia

Carla Mirela Brito Borges

Universidade do Sudoeste da Bahia



INTRODUÇÃO

As infecções orgânicas causadas por helmintos, a exemplo do *Ascaris lumbricoides* (AL), são comuns em todo o mundo, em especial em países em desenvolvimento e em locais de grande umidade. A apresentação clínica pode variar entre sintomas gastrointestinais com um tratamento médico conservador, até abdome agudo, migração para vias biliares ou apendicite aguda, condições que, na maioria dos casos, requerem de uma intervenção cirúrgica iminente. Este relato tem como objetivo discutir possíveis complicações cirúrgicas provocadas pela obstrução do apêndice por AL e quais caminhos a serem percorridos a fim de evitá-las

RELATO DO CASO

Paciente A.A.B, 81 A, hipertenso, admitido no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC) cursando com dor abdominal aguda em fossa ilíaca direita (FID), febre e êmese. Ao exame físico (EF), regular estado geral, abdome semi-globoso, flácido, fossa ilíaca direita (FID) dolorosa à palpação, plastrão palpável em FID e sinais de irritação peritoneal. Exames admissionais apresentaram leucocitose e elevação em marcadores inflamatórios. Foi encaminhado para abordagem cirúrgica via Laparotomia Exploratória (LE), evidenciando uma apendicite aguda. Ao inventário cirúrgico, foi encontrada uma única figura de AL no interior do apêndice. Foi solicitado anatomopatológico e feito tratamento com albendazol para ascaridíase. Evoluiu clinicamente favoravelmente durante o período pós-operatório, alta hospitalar 2 dias pós-operatório (DPO). Retornou ao HGVC no 6º DPO, com dor e distensão abdominal, vômitos e dejeções com consistência amolecida. Negou febre e outros sintomas associados. Ao EF apresentava bom estado geral, eupneico e afebril, abdome pouco distendido e timpânico, radiografia de abdome evidenciou alças intestinais distendidas e nível hidroaéreo, exames laboratoriais com leucocitose, sem desvio. Foi solicitado tomografia de abdome com contraste a qual evidenciou leve derrame pleural bilateral, aglomerado de alças intestinais na fossa ilíaca direita, líquido livre na cavidade abdominal, associado a adensamento de planos adiposos na FID, e pequena coleção líquida loculada, medindo 4,0x2,3 cm. Realizada reabordagem com LE, com drenagem de coleção abdominal serohemática e com lise de aderências. Sem intercorrência no período pós-operatório, recebeu alta no dia 6 DPO. Confirmado AL durante seguimento ambulatorial com anatomopatológico.

DISCUSSÃO

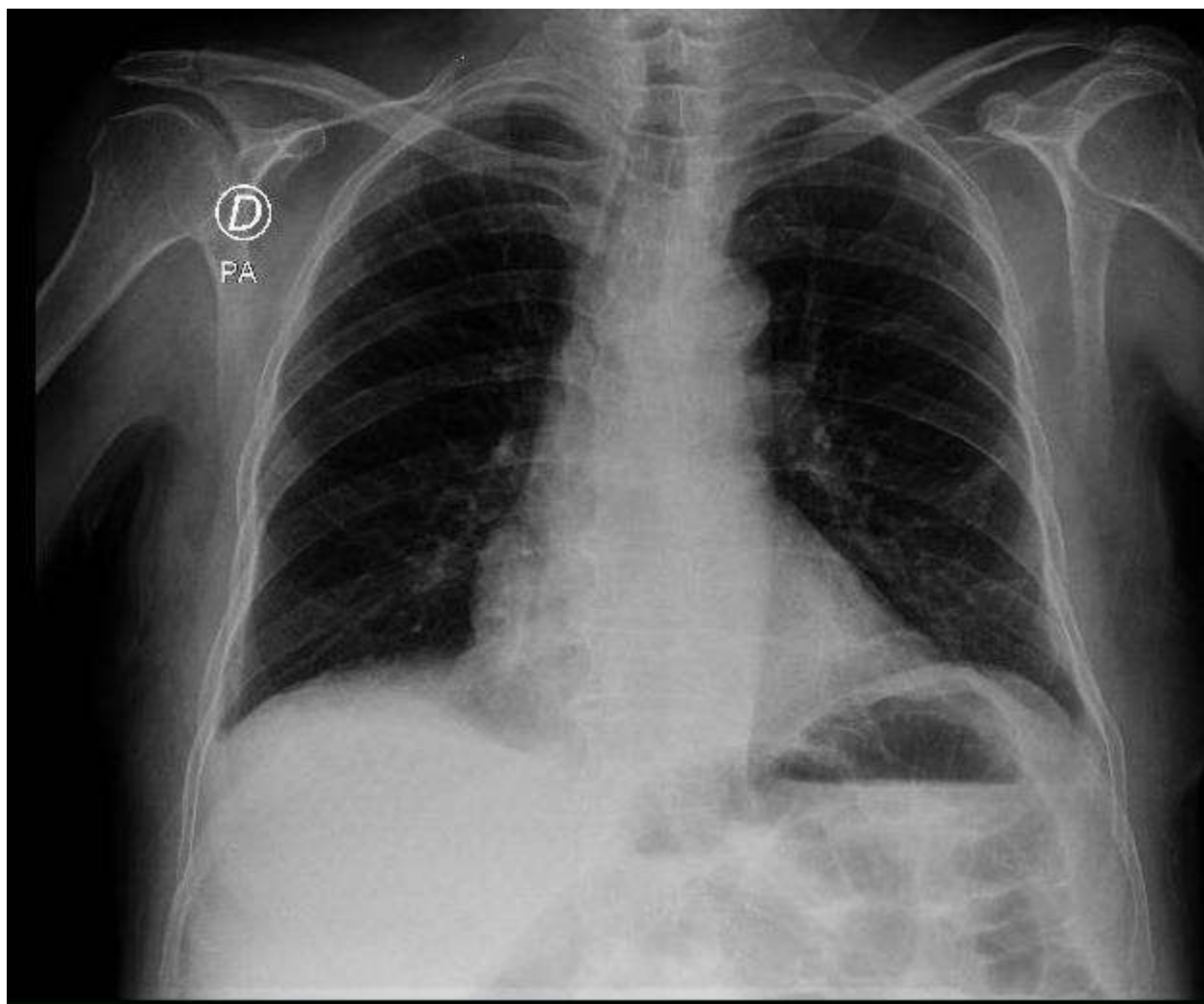
Diante do exposto, é relevante clínica e cirurgicamente o entendimento das possíveis complicações de um caso de ascaridíase. Em consonância com a literatura internacional, o caso aborda uma emergência cirúrgica provocada pela infestação pelo helminto AL. Esta relação não pode ser descartada, sobretudo em áreas endêmicas como países em desenvolvimento e tropicais, sobretudo na Ásia, África e na América do Sul. Apesar de possuir um tratamento clínico efetivo, o diagnóstico tardio da ascaridíase pode provocar complicações cirúrgicas relacionadas à capacidade do verme em criar caminhos ectópicos diversos no organismo do hospedeiro. Este parasita é reconhecido como causador do maior número de intervenções cirúrgicas dentre os demais helmintos, porém, apesar de ser responsável por maior parcela de complicações biliares, a sua associação com a apendicite aguda, como demonstra esse caso clínico, não pode ser esquecida. Portanto, um diagnóstico preciso e uma busca ativa por casos de ascaridíase, bem como uma implementação terapêutica satisfatória são imperativos para evitar complicações cirúrgicas que oneram ainda mais os serviços públicos de saúde e podem aumentar a morbimortalidade dos pacientes, sobretudo em regiões de baixa renda, tal qual exemplifica este caso clínico.

REFERÊNCIAS:

1. UYSAL, E.; DOKUR, M. The Helminths Causing Surgical or Endoscopic Abdominal Intervention: A Review Article. *Iranian journal of parasitology*, v. 12, n. 2, p. 156–168, 2017.
2. HASSAN, Y. et al. *Ascaris lumbricoides* and the surgical complications: our experience from Medical College Hospital. *Irish Journal of Medical Science (1971 -)*, 7 out. 2021.
3. AIDA VAF AE ESLAHI et al. Parasites in surgically removed appendices as a neglected public health concern: a systematic review and meta-analysis. *Pathogens and Global Health*, v. 116, n. 6, p. 341–355, 27 nov. 2021.







Capítulo 8



10.37423/240308794

HÉRNIA LOMBAR DE GRYNFELT: UM RELATO DE CASO

Mariana Bucci Lopes

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Pamela Carolyne Damas Ogawa

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Julia Faustino Nishi

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Luísa Almeida Sarti de Vasconcellos

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Camila Oliveira Fernandes

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Daniel Takashi Fukuda

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Frederico Mendes Borges

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Gessica Ribeiro Borges

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto



INTRODUÇÃO:

Hérnias lombares correspondem a 2% das hérnias de parede abdominal. Quando ocorrem no triângulo lombar inferior são denominadas de Petit, quando no triângulo lombar superior são de Grynfelt, as quais são delimitadas pela borda inferior da 12ª costela, músculos para-espinhais e músculo oblíquo interno, cujo teto é formado pelo músculo latíssimo do dorso e assoalho pela fáscia do músculo transverso. São congênitas ou espontâneas, as últimas geralmente são unilaterais, à esquerda, entre a 5ª e 7ª décadas de vida. O diagnóstico exige anamnese e exame físico detalhados, sendo a TC de abdome o exame complementar de escolha e o tratamento definitivo é cirúrgico.

RELATO DE CASO:

Paciente feminina, 74 anos, deu entrada no pronto atendimento da Santa Casa de Ribeirão Preto em 05/2023, por constipação intestinal e distensão abdominal há 4 dias, com náuseas e dor baixo ventre. Negava dor lombar ou sintomas geniturinários. Referia episódios prévios semelhantes, com melhora espontânea ou com medidas clínicas. De antecedentes médicos relatava cesárea e perineoplastia há 20 anos. Foi realizado raio-x de abdome agudo com distensão de alças intestinais. Solicitada TC de abdome total com contraste observou-se hérnia na parede abdominal posterior à esquerda, a nível de L3, com alças do cólon descendente afiladas dentro do saco herniário, densificação de planos adiposos e distensão do cólon transverso e ascendente, com formação de níveis líquidos, compatíveis com hérnia encarcerada. Iniciada analgesia, jejum e medidas clínicas, paciente manteve-se estável até a cirurgia. Realizado procedimento com paciente em decúbito ventral, sob anestesia geral e peridural, e incisão em região lombar esquerda de cerca de 12cm de extensão. Na abertura do saco herniário observou-se gordura retro peritoneal. Após sutura da aponeurose e aposição de tela, realizou-se fechamento do músculo oblíquo, subcutâneo e pele. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós operatório.

DISCUSSÃO:

As hérnias de Grynfelt, definidas como hérnias localizadas no triângulo lombar superior, consistem no tipo mais comum de hérnia lombar. Apresentam como fisiopatologia uma fragilidade no assoalho posterior, que nessa região é composto apenas pela fáscia transversalis. Comumente, manifestam-se como abaulamentos na região lombar, que encontram-se associados a sinais de encarceramento ou estrangulamento em apenas 9% dos casos. Por tratar-se de uma doença incomum, não há consenso

quanto à melhor abordagem cirúrgica, vale ressaltar, entretanto, a possibilidade de acesso via laparoscópica e aberta, cuja escolha depende da experiência do cirurgião, do tamanho da hérnia, da estabilidade clínica do paciente e do tipo de anestesia.

Palavra-chave: 1 Hérnia de Grynfelt Palavra-chave 2: Hérnia de parede abdominal Palavra-chave 3: Abdome agudo obstrutivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Cesar D, Valadão M, Murrahe RJ. Grynfelt hernia: case report and literature review. Hernia. 2012;
- 2) Walgamage TB, Ramesh BS, Alsawafi Y. Case report and review of lumbar hernia. Int J Surg Case Rep. 2015

Capítulo 9



10.37423/240308798

RELATO DE CASO: ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA EM SITUS INVERSUS

Ana Paula Vasconcelos de Castilho

Hospital do Rocio



Resumo: Situs inversus é uma anomalia congênita rara caracterizada pela transposição dos órgãos abdominais, órgãos e vasculatura, em relação ao sentido sagital, resultando em uma “imagem em espelho”. Coledocolitíase em pacientes com situs inversos totalis é uma condição extremamente rara. O principal risco dessa condição é a realização de uma cirurgia de grande complexidade, em um paciente que dispõe de uma anatomia com transposição dos órgãos torácicos e abdominais, apresentados por uma imagem em espelho. Além do risco cardiológico aumentado, devido as alterações cardiovasculares existentes. **Objetivo:** Analisar um caso de anomalia congênita rara submetido a colecistectomia e anastomose biliodigestiva para tratamento de coledocolitíase. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 46 anos, iniciou com quadro de dor em hipocôndrio esquerdo que irradiava para o dorso, associado a icterícia, náuseas, vômitos, hiporexia, colúria, acolia, diarreia e febre noturna, três dias antes da admissão. Ao exame físico icterica, abdome doloroso a palpação em hipocôndrio esquerdo, sem sinais de peritonite. Ao estudo tomográfico e ressonância magnética evidenciou-se dilatação do colédoco com 15 mm e presença de cálculo com 12 mm em situs inversus totalis. Devido às alterações encontradas optou-se pela realização de colecistectomia com anastomose biliodigestiva e encaminhamento da vesícula para anatomopatológico (AP). **Conclusão:** A abordagem é viável se realizada de forma segura em pacientes com situs inversus, devendo o cirurgião possuir experiência para adaptar o manejo dos instrumentos cirúrgicos de acordo com a anatomia modificada, seguindo os passos de segurança e ajuste da imagem em espelho.

Palavras-chave: Coledocolitíase, Anastomose biliodigestiva, Situs Inversus

INTRODUÇÃO:

Situs inversus é uma anomalia autossômica recessiva que se caracteriza pela transposição dos órgãos abdominais e torácicos, em relação ao sentido sagital, resultando em uma “imagem em espelho”. A incidência do situs inversus varia de 0,002% a 1%, sendo mais comum no sexo masculino.

¹ Apenas 5 a 10% dos pacientes com situs inversus apresentam doenças cardíacas associadas e malformações cardiovasculares. ²

Na maioria das vezes essa condição é descoberta incidentalmente, através de um exame de imagem, ao se investigar trauma ou afecção abdominal.²

Coledocolitíase em pacientes com situs inversos totalis é uma condição extremamente rara. O principal risco dessa condição é a realização de uma cirurgia de grande complexidade, em um paciente que dispõe de uma anatomia com transposição dos órgãos torácicos e abdominais, apresentados por uma imagem em espelho. Além do risco cardiológico aumentado, devido as alterações cardiovasculares existentes.

O intuito desse estudo é relatar um caso de situs inversos com coledocolitíase submetido a abordagem aberta de colecistectomia e posterior derivação biliodigestiva para tratamento resolutivo dessa condição.

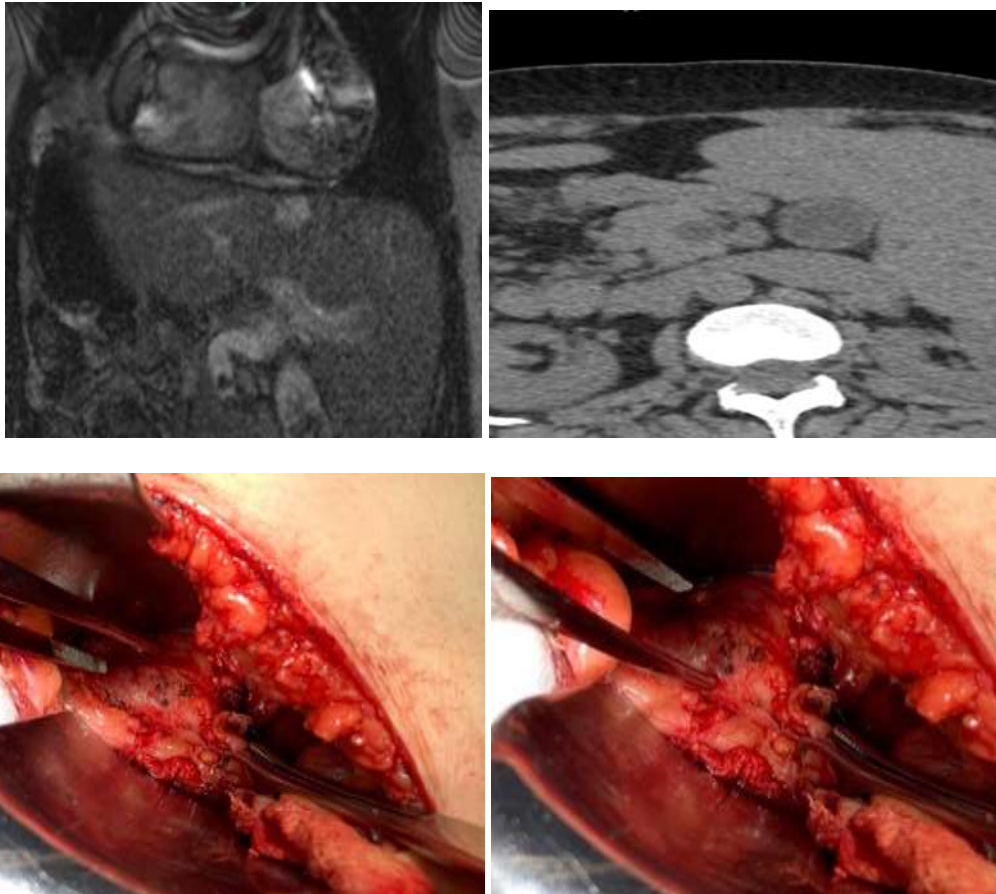
MÉTODO:

As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido, do procedimento e revisão da literatura.

RELATO DE CASO:

Paciente do sexo feminino, 46 anos, iniciou com quadro de dor em hipocôndrio esquerdo que irradiava para o dorso, associado a icterícia, náuseas, vômitos, hiporexia, colúria, acolia, diarreia e febre noturna, três dias antes da admissão. Ao exame físico icterica, abdome doloroso a palpação em hipocôndrio esquerdo, sem sinais de peritonite. Possui de comorbidade arritmia, e de histórico cirúrgico prévio: correção de tetralogia de fallot 1982 e correção de válvula pulmonar em 2019. Ao estudo tomográfico e ressonância magnética evidenciou-se situs inversus totalis com dilatação do colédoco com 15 mm e presença de cálculo com 12 mm. Devido às alterações encontradas optou-se pela realização de colecistectomia com anastomose biliodigestiva e encaminhamento da vesícula para

anatomopatológico (AP). O resultado do AP indicou colicistite calculosa crônica. Após o procedimento, a paciente evoluiu com completa remissão dos sintomas que inicialmente a levaram à procura de atendimento. Houve seguimento em caráter ambulatorial.



DISCUSSÃO:

A importância desse relato decorre da limitação de casos de coledocolitíase com situs inversos na literatura e pela restrição de sucessos.³

O caso apresentado inicialmente apontou dificuldades diagnósticas e terapêuticas, devido a posição anômala da vesícula biliar e do ducto biliar. No primeiro momento, manifestou sintomas em quadrante esquerdo que poderiam ter alterado os diagnósticos presuntivos. No entanto, como se tratava de sintomas indicativos de um quadro colestático, os laboratoriais e exames de imagem nos permitiram a identificação. Nesse caso em estudo, a paciente apresentava todos os fatores de dificuldade para extração do cálculo do ducto biliar via CPRE, levando em consideração as características da pedra e os fatores anatômicos. Por ser um procedimento de grande domínio da técnica no nosso serviço, foi optado pela colecistectomia com derivação biliodigestiva. A relevância desse estudo tem o propósito de evidenciar essa possibilidade diagnóstica e promover um planejamento cirúrgico cauteloso,

levando em consideração a técnica cirúrgica a ser utilizada, bem como a expertise da equipe que irá realizar o procedimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O caso relatado e publicações levantadas objetivam a discussão da terapêutica de uma situação complexa, que é a coledocolitíase em situs inversus.

A colecistectomia com derivação biliodigestiva é viável e pode ser realizada de forma segura em pacientes com situs inversus, devendo o cirurgião possuir experiência para adaptar o manejo dos instrumentos cirúrgicos de acordo com a anatomia modificada e ajuste da imagem em espelho. Quando bem executada, seguindo os passos de segurança, com o correto manejo do cirurgião permitem uma colecistectomia com derivação biliodigestiva com resultado satisfatório.

REFERÊNCIAS:

1. Castro JD, Faria A, Fuenmayor L. Case study of a sphincterotomy to remove stones from the common bile duct cholelithiasis biliary in a patient with total situs inversus. *Revista Colombiana de Gastroenterologia* 2013; 28 (2): 139-141
2. Ima, S. O.; Sousa, M. L. C.; Jesus, A. A.; Silva, F. M. B. F.; Andrade, M. A. R.; Cavalcanti, M. M.; Araujo, N. M.; Andrade, R. L. B.; Ferrari, Y. A. C.; Colecistite calculosa em situs inversus totalis: abordagem laparoscópica – relato de caso. *Revista Saúde (Sta. Maria)*. 2019; 45 (2).
3. Blegen HM. Surgery in situs inversus. *Ann Surg* 1949; 129: 244-259.
4. Kahraman A. Anesthesia management in a patient with Situs inversus totalis: Case report. *Eastern Journal of Medicine* 2018; 23 (2): 132-134
5. Felício SJO, Matos EP, Cerqueira AM, Farias KWSF, Silva RA, Torres MO. Mortality of urgency versus elective videolaparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva* 2017; 30 (1): 47-50.

Capítulo 10



10.37423/240308799

RESPOSTA ENDÓCRINA METABÓLICA AO TRAUMA CIRÚRGICO: REVISÃO DE LITERATURA

Mell do Carmo Marinho D'oran

Universidade Federal do Amazonas

Laura Vendramin Licks

Universidade Caxias do Sul

Adriana Pagno

Unisul Tubarão



INTRODUÇÃO:

A fim de retomar o equilíbrio hemodinâmico após traumas – como cirurgias, queimaduras, traumatismos cranioencefálico, torácico e abdominal – há respostas bioquímicas e fisiológicas compensatórias, principalmente realizadas por vias metabólicas e endócrinas para que haja reparação tecidual, além das vias autonômicas e imunes. A resposta endócrina metabólica ocorre através da mobilização de substratos de energia, a fim de conservação da volemia e perda mínima de sangue. Para isso, ocorre vasoconstrição, adesão e agregação plaquetária, além da resposta inflamatória através da cascata do ácido araquidônico, tromboxanos e prostaglandinas, com a consequente ativação da via do sistema complemento e resposta imunológica, visando manter a perfusão nos órgãos vitais. Ademais, a hemostasia é reestabelecida com auxílio do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal do Sistema Nervoso Simpático, que atua estimulando a resposta endócrina metabólica, sendo o hipotálamo influenciado através dos barorreceptores, volurreceptores e fibras da dor (A Delta). A resposta ao estresse é dividida em 3 fases – Fase de refluxo ou diminuição da taxa metabólica na fase inicial de choque, Fase de fluxo ou fase catabólica e Fase anabólica – outrossim, é influenciada diretamente por diversos fatores como idade, nutrição e dieta, termorregulação intra e pós-operatória, tipo de anestesia e método cirúrgico. Por fim, a interação entre todas as vias envolvidas é complexa, quando há falha no feedback negativo há uma supressão da resposta.

OBJETIVOS:

Realizar uma revisão de literatura dos estudos que evidenciaram a resposta endócrina metabólica ao trauma cirúrgico. Descrever através dos dados revisados a importância do conhecimento sobre a resposta endócrina metabólica prognóstico e eficácia da conduta do paciente traumatizado.

METODOLOGIA:

A partir de artigos científicos já elaborados nos anos de 2014-2020, sobre a resposta endócrina metabólica ao trauma cirúrgico, foi realizada uma revisão bibliográfica, de caráter exploratório.

RESULTADOS:

A conduta em pacientes traumatizados é baseada no suporte metabólico e nutricional. A principal alteração metabólica é a diminuição do efeito anabólico da insulina levando ao aumento da resistência insulínica. Assim como, os ácidos graxos livres são fontes energéticas primárias, os triglicerídeos

representam 50 a 80% da energia consumida. Em traumas graves, queimaduras e sepse há um aumento da degradação de proteínas. Dessa forma, a administração de glicose em jejum é eficaz para reduzir a resposta catabólica, otimizando a cicatrização, além de equilibrar e acelerar o metabolismo com perdas mínimas.

CONCLUSÃO:

O trauma cirúrgico ocasiona danos colaterais, como dor e infecção, em resposta ao estresse irá haver um aumento da demanda nas funções dos órgãos vitais e no estado imunológico. É necessário ter uma conduta terapêutica eficaz para que os mecanismos compensatórios não sejam sobrecarregados e assim permitir a sobrevivência do paciente.

Palavras-chave: resposta endócrina metabólica, trauma, trauma cirúrgico.

Capítulo 11



10.37423/240308800

O USO DA REALIDADE VIRTUAL COMO NOVA FERRAMENTA DE ENSINO EM CIRURGIA

Ana Julia Pettini do Amaral

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda

Alan Miguel Chaves Janetti

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda

Arthur Linhares de Almeida

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda

Isadora Bergmann Dorneles

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda

Júlia Carvalho Siqueira

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda

Liz Garcia de Souza

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda

Maria Eduarda Lopes Pinella

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda

Sônia Cardoso Moreira da Silva

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda



OBJETIVOS: Fornecer análise das evidências científicas sobre possíveis benefícios do uso da realidade virtual (RV) no aprimoramento de habilidades cirúrgicas.

MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática de ensaio clínico a partir de uma busca no banco de dados PubMed, utilizando os descritores do Mesh Terms “Virtual Reality” AND “General Surgery”. Os filtros selecionados foram “Clinical trial” e “Randomized controlled Trial”, dos últimos 5 anos (2023-2018).

RESULTADOS: Foram identificados 42 artigos sobre o uso da realidade virtual em cirurgia. Desses, 13 foram selecionados por abordarem a realidade virtual como ferramenta de ensino em práticas cirúrgicas. Todos os 13 artigos mostraram que a realidade virtual é uma ferramenta positiva para a aprendizagem médica.

Mediante análise de artigos sobre o uso da RV na prática cirúrgica foram observados os seguintes resultados: CYCHOSZ et. al., 2018, n=43, Grupo experimental (Pontuação Composta) ($P=0,046$) (Comprimento do caminho da câmera ($P=0,0274$) (Escore Composto) ($P<0,01$); DE LA GARZA et. al., 2019, n=80, Teste de conhecimento ($P<0,001$) Sutura ($P=0,472$); FAZLOLLAHI et. al., 2022, n=70, Pontuações de experiência realista ($P<0,001$) Subpontuações ($P=0,02$); FRANCIS et. al., 2020, n=52, $P<0,005$; GAN et. al., 2023, n=108, Grupo RV (Carreira e hábitos) ($P<0,05$) (Prática Clínica) ($P<0,05$) (OSCE) ($P<0,05$); HOOPER et. al., 2019, n=14, Teste entre grupo RV e controle ($P=0,078$) Escore geral de THA do cadáver ($P=0,048$) Desempenho técnico ($P=0,009$); IMAI et. al., 2022, n=60, Grupo RV (TC) ($P=0,0001$) (Imagens Cirúrgicas) ($P=0,0163$) (Anatomia Mediastinal) ($P=0,0165$) (Cirurgia) ($P=0,0135$); JACOBSEN et. al., 2021, n=8, Cirurgia com precisão aprimorada ($P<0,001$) Cirurgia com menos danos no tecido ($P=0,002$) Cirurgia mais lenta ($P<0,001$); KOWALEWSKI et. al., 2018, n=64, Pré-teste ($P=0,198$) Tempo de Operação ($P=0,191$); LANG et. al., 2023, n=40, Tarefa 1 ($P=0,028$) Tarefa 2 ($P=0,524$); LOWRY et. al., 2022, n=30, Teste de retenção ($P=0,829$) Pós-teste ($P=0,632$); RASHIDIAN et. al., 2022, n=50, $P<0,001$; YOGANATHAN et.al., 2018, n=40, Ensino com vídeo de RV ($P=0,04$) Ensino de vídeo de RV + ensino face a face ($P=0,01$) Nó de recife após vídeo e ensino ($P=0,89$).

CONCLUSÃO: A cirurgia é uma das áreas que progressivamente se beneficia do avanço tecnológico com a implementação da realidade virtual no meio acadêmico. Apesar dos resultados apresentados neste trabalho, favoráveis à RV como ferramenta de ensino na prática, é primordial que seja destacado que existem fatores limitantes para sua aplicação, como o alto custo, acessibilidade, e qualidade dos equipamentos em uso. Dessa forma, por se tratar de uma tecnologia nova e recém adaptada à educação médica, conclui-se que são necessárias novas

pesquisas acerca do tema para a avaliação dos seus benefícios e balanceamento de custos para sua implementação.

INTRODUÇÃO

A rápida evolução tecnológica trouxe consigo inúmeras possibilidades de inovação em diversas áreas da medicina, e a cirurgia não é exceção. Nesse contexto, a realidade virtual (RV) emerge como uma ferramenta promissora, oferecendo um ambiente simulado que permite aos profissionais de saúde aprimorarem suas habilidades cirúrgicas de maneira segura e eficaz. Diante dessa perspectiva, esta revisão sistemática visa fornecer uma análise das evidências científicas disponíveis sobre os possíveis benefícios do uso da realidade virtual no treinamento cirúrgico.

No âmbito metodológico, realizamos uma busca criteriosa no banco de dados PubMed, utilizando os descritores Mesh Terms "Virtual Reality" e "General Surgery", com os filtros "Clinical trial" e "Randomized controlled Trial", limitados aos últimos 5 anos (2023-2018). A seleção dos estudos foi baseada em critérios específicos de inclusão, centrados na investigação do impacto da realidade virtual como ferramenta de ensino em práticas cirúrgicas.

Os resultados desta revisão revelaram um total de 42 artigos relacionados ao uso da realidade virtual em cirurgia, dos quais 13 foram selecionados por abordarem especificamente o emprego da RV como recurso educacional no contexto cirúrgico. Destaca-se que todos os estudos selecionados corroboraram a hipótese inicial, demonstrando de maneira consistente a eficácia da realidade virtual como uma ferramenta valiosa para a aprendizagem médica.

Ao analisar os resultados específicos desses estudos, observamos uma variedade de desfechos positivos relacionados ao uso da realidade virtual no treinamento cirúrgico. Desde a melhoria das habilidades motoras básicas até a compreensão aprofundada de anatomia e procedimentos cirúrgicos complexos, os dados sugerem um impacto significativo e positivo da RV na formação médica.

No entanto, é importante ressaltar que, apesar dos resultados promissores, ainda existem desafios a serem superados, incluindo questões relacionadas ao custo, acessibilidade e qualidade dos equipamentos de realidade virtual. Portanto, concluímos que, embora a RV represente uma ferramenta inovadora e eficaz no ensino cirúrgico, são necessárias mais pesquisas para avaliar seus benefícios e determinar o equilíbrio custo-eficácia de sua implementação na prática clínica.

Esta revisão sistemática fornece uma visão abrangente das evidências atuais sobre o uso da realidade virtual no treinamento cirúrgico, destacando sua relevância e potencial para

transformar a educação médica. Esperamos que este trabalho contribua para o avanço do conhecimento nesta área e estimule novas pesquisas sobre o tema.

RESULTADOS

Identificamos 42 artigos relacionados ao uso da realidade virtual em cirurgia, dos quais 13 foram selecionados por abordarem o uso da realidade virtual como ferramenta de ensino.

Apresenta-se na tabela 1 os autores dos artigos utilizados, número de pessoas envolvidas em cada pesquisa (n), e o valor de P que corresponde a probabilidade de se observar um valor da estatística de teste maior ou igual ao encontrado.

Tabela 1: Análise de artigos sobre o uso da RV na educação médica.

Autor	n	Valor de P
CYCHOSZ et. al.	43	Grupo experimental (Pontuação Composta) (P=0,046) (Comprimento do caminho da câmera(P=0,0274)(Escore Composto) (P<0,01)
DE LA GARZA et. al.	80	Teste de conhecimento (P<0,001) Sutura (P=0,472)
FAZLOLLAHI et. al.	70	Pontuações de experiência realista (P<0,001) Subpontuações (P=0,02)
FRANCIS et. al.	52	P<0,005
GAN et. al.	108	Grupo RV (Carreira e hábitos) (P<0,05) (Prática Clínica) (P<0,05) (OSCE)(P<0,05)
HOOPER et. al.	14	Teste entre grupo RV e controle (P=0,078) Escore geral de THA do cadáver (P=0,048) Desempenho técnico (P=0,009)
IMAI et. al.	60	Grupo RV (TC)(P=0,0001) (Imagens Cirúrgicas) (P=0,0163) (Anatomia Mediastinal) (P=0,0165) (Cirurgia)(P=0,0135)
JACOBSEN et. al.	8	Cirurgia com precisão aprimorada (P<0,001) Cirurgia com menos danos no tecido (P=0,002) Cirurgia mais lenta (P<0,001)
KOWALEWSKI et. al.	64	Pré-teste (P=0,198) Tempo de Operação (P=0,191)
LANG et. al.	40	Tarefa 1 (P=0,028) Tarefa 2 (P=0,524)
LOWRY et. al.	30	Teste de retenção (P=0,829) Pós-teste (P=0,632)
RASHIDIAN et. al.	50	P<0,001
YOGANATHAN et. al.	40	Ensino com vídeo de RV (P=0,04) Ensino de vídeo de RV + ensino face a face (P=0,01)Nó de recife após vídeo e ensino (P=0,89)

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 2: Análise dos objetivos e conclusões dos artigos utilizados.

Autores	Objetivos	Conclusão
CYCHOSZ et. al.	Determinar a eficácia de um simulador não anatômico no desenvolvimento de habilidades motoras básicas de artroscopia transferíveis para um modelo anatômico	Os fundamentos baseados em realidade virtual do simulador de artroscopia, o simulador não anatômico de treinamento, são benéficos no desenvolvimento de habilidades motoras básicas em indivíduos novatos em artroscopia, resultando em um desempenho composto significativamente maior em um modelo anatômico de joelho. Com base nos resultados deste estudo, parece que pode haver benefício de simuladores não anatômicos em geral como parte de um programa de treinamento em artroscopia
DE LA GARZA et. al.	Demonstrou-se que o treinamento mental de procedimentos laparoscópicos com E-learning se traduz para a sala de cirurgia. O presente estudo tem como objetivo explorar se o uso de listas de verificação durante o E-learning melhora a transferência de habilidades simulada em um treinador de Realidade Virtual (VR) para bypass gástrico Roux-en-Y (RYGB)	Este estudo apresenta evidências de que o uso de uma lista de verificação BOSATS durante o E-learning ajuda os estagiários a melhorarem sua aquisição de conhecimento com o E-learning. A transferência do treinamento mental para o ambiente OR simulado parece ser parcialmente aprimorada pelo uso da lista de verificação BOSATS. No entanto, mais pesquisas são necessárias para investigar possíveis benefícios
FAZLOLLAHI et. al.	Determinar como a VOA e a instrução de especialistas remotos se comparam na aquisição de habilidades dos alunos, resultados afetivos e cognitivos durante o	Neste ensaio clínico randomizado, o feedback da VOA demonstrou um resultado de desempenho superior e transferência de habilidades, com classificações OSATS

	treinamento de simulação cirúrgica	equivalentes e respostas cognitivas e emocionais em comparação com a instrução remota de especialistas, indicando vantagens para seu uso no treinamento de simulação
FRANCIS et. al.	Avaliar o impacto na autoeficácia para estudantes <u>assistent e médico</u> pré-clínico (PA) por meio da simulação imersiva de realidade virtual (VR) na sala de cirurgia.	A introdução da simulação de RV melhorou a autoeficácia pré-clínica do aluno de PA no ambiente da sala de cirurgia
GAN et. al.	Em comparação com os métodos tradicionais de ensino de reparo de tendões, o uso de um simulador de realidade virtual (VR) para ensinar a sutura de tendões pode melhorar significativamente o tempo de exercício, o fluxo de operação e o conhecimento de operação dos estudantes de medicina. Atualmente, o objetivo deste estudo é explorar a influência a longo prazo do ensino em simulador de RV no desempenho prático dos estudantes de medicina	Os resultados do acompanhamento de longo prazo de um ano indicaram que, em comparação com os estudantes de medicina que experimentam o modo de ensino tradicional, aqueles que experimentam o modo de ensino de RV tiveram uma busca de carreira mais determinada e vontade ativa de aprender, melhores avaliações de professores no processo de prática clínica cirúrgica e melhores pontuações em exame físico, sutura e nó e leitura de imagens no No estudo da dinâmica não linear para cultivar um bom modelo de aprendizado para estudantes de medicina, espera-se que o modelo de ensino VR se torne um elemento sensível inicial eficaz e estável
HOOPER et. al.	Nenhum estudo avaliou a eficácia da simulação de realidade virtual (RV) para o ensino de residentes de cirurgia ortopédica. Neste estudo cego, randomizado e controlado, perguntamos	A simulação de RV melhora as habilidades cirúrgicas do residente PGY-1, mas não tem efeito significativo no conhecimento médico. A melhoria mais significativa

	se o uso da simulação de RV melhorou o desempenho dos residentes ortopédicos do ano de pós-graduação (PGY)-1 em artroplastia total do quadril em cadáveres e se o uso da simulação de RV teve um efeito preferencialmente benéfico em aspectos específicos de habilidades ou conhecimentos cirúrgicos.	foi observada nas habilidades técnicas. Prevemos que a simulação de RV se tornará uma parte indispensável da educação cirúrgica ortopédica, mas mais estudos são necessários para determinar a melhor forma de usar a simulação de RV dentro de um currículo abrangente.
IMAI et. al.	Analisar a eficácia da incorporação da realidade virtual (RV) em palestras sobre anatomia esofágica e mediastinal e procedimentos cirúrgicos para estudantes de medicina da Universidade de Gifu durante o treinamento clínico.	Nossos achados sugerem que a RV melhora o processo de aprendizagem. A palestra incorporando a experiência de RV foi mais eficaz do que a palestra tradicional para promover a compreensão das imagens de TC e interpretação das imagens cirúrgicas; assim, melhora a experiência de aprendizagem para estudantes de medicina que estudam cirurgia.
JACOBSEN et. al.	Investigar a curva de aprendizado da cirurgia vitreoretiniana assistida por robô em comparação com a cirurgia manual em um ambiente simulado.	Não houve diferença significativa entre os comprimentos das curvas de aprendizado para cirurgia vitreoretiniana assistida por robô em comparação com a cirurgia manual. A cirurgia vitreoretiniana assistida por robô foi mais precisa, associada a menos dano tecidual e mais lenta.
KOWALEWSKI et. al.	Múltiplas modalidades de treinamento para laparoscopia têm vantagens diferentes, mas pouca pesquisa foi realizada sobre o benefício de um programa de treinamento que inclui vários métodos de treinamento diferentes em	O treinamento multimodal estruturado é benéfico para iniciantes para melhorar os fundamentos e superar a curva de aprendizado inicial em laparoscopia, bem como para diminuir o tempo de operação para LCs em diferentes estágios de

	comparação com apenas um método. Este estudo teve como objetivo avaliar os benefícios de um programa de treinamento multimodal combinado para residentes cirúrgicos.	experiência. Estudos futuros devem avaliar o treinamento multimodal em comparação com modalidades únicas.
LANG et. al.	O objetivo deste estudo foi avaliar a transferibilidade de habilidades cirúrgicas para o módulo de hérnia laparoscópica entre o jogo sério Touch Surgery™ (TS) e o simulador de realidade virtual (VR) Lap Mentor™. Além disso, este estudo teve como objetivo coletar evidências de validade e discutir "fontes de evidências de validade" para os achados usando o módulo de hérnia inguinal laparoscópica em TS.	Os resultados mostram que o TS trouxe benefício adicional para melhorar o desempenho do treinador VR para a tarefa 1, mas não para a tarefa 2. A transferência de habilidade do treinador VR para o TS não pôde ser demonstrada. VR e TS devem, portanto, ser usados em combinação com TS primeiro no treinamento multimodal para garantir condições ideais de treinamento.
LOWRY et. al.	A pandemia do COVID-19 desafia nossa capacidade de fornecer educação cirúrgica, pois nossa capacidade de reunir e treinar juntos foi restrita devido a questões de segurança. No entanto, a importância da educação cirúrgica de qualidade permaneceu. Foram desenvolvidas plataformas de simulação de alta fidelidade que mesclam fluxos de vídeo de realidade virtual para permitir instrução e colaboração remotas. Este estudo buscou validar o uso de uma plataforma de realidade virtual mesclada (MVR) para a instrução e avaliação dos fundamentos das habilidades de cirurgia laparoscópica (FLS).	Este estudo randomizado e controlado demonstrou o uso de uma plataforma MVR como não inferior à instrução presencial para o programa FLS, formando a base para trabalhos futuros sobre instrução e colaboração remotas.
RASHIDIAN et. al.	A realidade virtual (VR) é cada vez mais utilizada na educação cirúrgica, mas	O treinamento curricular baseado em proficiência para planejamento de

	faltam evidências de seus benefícios no treinamento cognitivo complexo em comparação com os métodos convencionais de visualização tridimensional (3D). O objetivo deste estudo é avaliar o impacto de modelos 3D do fígado tornados visíveis por VR ou interfaces de desktop (DIs) no desempenho dos residentes na tomada de decisões clínicas.	cirurgia hepática resultou com sucesso na aquisição de habilidades cognitivas complexas. A RV foi superior à visualização DI de modelos 3D na tomada de decisões.
YOGANATHAN et. al.	O vídeo de realidade virtual (VR) de 360° é um campo empolgante e em evolução. A tecnologia atual promove uma experiência totalmente imersiva, tridimensional (3D) e 360° em qualquer lugar do mundo usando apenas um smartphone e um fone de ouvido de realidade virtual. O potencial para sua aplicação no campo da educação cirúrgica é enorme. O objetivo deste estudo foi determinar as habilidades de amarrar nós ensinadas com um vídeo VR de 360 graus em comparação com o ensino de vídeo 2D convencional.	Este estudo mostra que há um mérito significativo na aplicação da tecnologia de vídeo VR de 360 graus no treinamento cirúrgico, tanto como auxiliar de ensino independente quanto quando usado como complemento do ensino presencial tradicional.

Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

Essa revisão sistemática de ensaio clínico tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre possíveis benefícios do uso da realidade virtual (RV) no aprimoramento de habilidades cirúrgicas. Na tabela 1 podemos visualizar os nomes dos autores, o número de pessoas envolvidas, e o valor de P evidenciando a probabilidade da hipótese. Já na tabela 2 observamos título e nome dos autores, objetivos e conclusão de cada artigo. Entre os 13 artigos analisados nessa revisão, e todos corroboram com a hipótese da RV como auxílio positivo para a aprendizagem médica.

A realidade virtual foi aplicada, dentre os estudos revistos, em treinamentos diversos como desenvolvimento de habilidades para artroscopia, bypass gástrico em Y de Roux, entre outros procedimentos. Acerca do estudo sobre o bypass gástrico Roux-en-Y (RYGB), a RV foi utilizada para desenvolver um treinamento mental associado com E-learning no intuito de transferir as habilidades adquiridas na teoria para a prática; associada ao treinador de RV e E-learning, o estudo foi aprimorado com o uso da lista de verificação BOSATS; Apesar do estudo apresentar evidências de que esta tríade pode ser satisfatória, são necessárias mais pesquisas para investigar seus benefícios específicos (DE LA GARZA, et. al.).

Ademais, estudo realizado com estudantes de medicina, a fim de comparar os métodos tradicionais de ensino de reparo de tendões com o uso de RV para ensinar sutura, demonstrou que os alunos que experimentaram o modo de ensino de RV obtiveram resultados melhores em avaliações com pontuações em exame físico, sutura e nó cirúrgico superiores aos estudantes que experimentara o modo tradicional; além de que o uso de realidade virtual tornou os estudantes mais ativos no processo de aprendizagem, com busca mais determinada de carreira e vontade ativa de aprender (GAN, et. al.). Acerca de estudos com residentes, Hooper et. al. realizou estudo cego, randomizado e controlado com estudantes de cirurgia ortopédica (PGY-1) que demonstrou melhora nas habilidades cirúrgicas e técnicas dos residentes, prevendo ainda que a simulação de RV se tornará em breve indispensável na educação dos PGY-1; porém, a RV não demonstrou efeitos significativos no conhecimento teórico dos residentes (HOOPER et. al.).

Imai também realizou estudos com estudantes de medicina, na Universidade de Gifu, onde, durante o treinamento clínico sobre procedimentos cirúrgicos e anatomia esofágica e mediastinal, os achados sugerem que a RV melhorou o processo de aprendizagem promovendo uma melhor compreensão das imagens de tomografia computadorizada e interpretação das imagens cirúrgicas (IMAI et. al.).

CONCLUSÃO

O presente estudo proporcionou uma análise abrangente das evidências científicas disponíveis sobre o uso da realidade virtual (RV) no contexto do treinamento cirúrgico. A partir dos resultados obtidos, fica evidente que a RV representa uma ferramenta valiosa e promissora para o ensino médico, demonstrando consistentemente benefícios significativos na aquisição e aprimoramento de habilidades cirúrgicas.

Os 13 artigos selecionados nesta revisão corroboram de maneira consistente a eficácia da RV como uma ferramenta educacional no campo da cirurgia, abrangendo uma variedade de desfechos positivos, desde o desenvolvimento de habilidades motoras básicas até a compreensão aprofundada de procedimentos complexos. Esses resultados reforçam a relevância e o potencial transformador da RV na formação médica, fornecendo uma alternativa segura, acessível e eficaz para o treinamento cirúrgico.

No entanto, é importante reconhecer que o uso da RV ainda enfrenta desafios, como o alto custo dos equipamentos e a necessidade de garantir sua acessibilidade e qualidade. Além disso, é fundamental considerar a necessidade de pesquisa adicional para avaliar os benefícios a longo prazo da RV, bem como sua integração ideal nos currículos de treinamento médico.

Portanto, concluímos que a RV representa uma ferramenta inovadora e promissora no treinamento cirúrgico, com o potencial de melhorar significativamente a educação médica e, por consequência, a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. No entanto, é essencial continuar investindo em pesquisas futuras para aprimorar nosso entendimento sobre os benefícios e limitações da RV e garantir sua implementação eficaz e sustentável na prática clínica.

RESULTADOS

CYCHOSZ, Cameron C. et al. Virtual reality for shoulder arthroscopy: a randomized controlled trial. *Journal of shoulder and elbow surgery*, v. 27, n. 1, p. 181-187, 2018.

DE LA GARZA, José Ricardo et al. Checklist-enhanced E-learning and practice with virtual reality simulator improves transfer of laparoscopic basic skills to an inanimate model: a randomized controlled trial. *Surgical endoscopy*, v. 33, n. 3, p. 968-977, 2019.

FAZLOLLAHI, Zeinab et al. Virtual reality versus remote instructors for teaching surgical skills: a randomized, controlled trial. *Surgical endoscopy*, v. 36, n. 1, p. 150-159, 2022.

FRANCIS, Andrew et al. Immersive virtual reality in surgical education: a randomized controlled trial. *The American Journal of Surgery*, v. 220, n. 1, p. 117-121, 2020.

GAN, Chuan et al. Virtual reality simulation for tendon repair training: a randomized controlled trial. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*, v. 48, n. 1, p. 30-36, 2023.

HOOPEER, Jacob et al. Virtual reality simulation improves orthopaedic surgical performance: a prospective, randomized study. *Journal of orthopaedic trauma*, v. 33, n. 2, p. e46-e52, 2019.

IMAI, Takahiro et al. Virtual reality as a new learning tool in medical education: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, v. 9, p. 2382120522981627, 2022.

JACOBSEN, Søren Thorgaard et al. Learning curve for robot-assisted vitreoretinal surgery in a simulated setting. *Acta ophthalmologica*, v. 99, n. 1, 2021.

KOWALEWSKI, Timothy et al. Multimodal training for laparoscopic surgery: a randomized controlled trial. *Annals of surgery*, v. 267, n. 1, p. 464-471, 2018.

LANG, Benjamin H. et al. Transfer of laparoscopic skills from a serious game to a virtual reality simulator: a comparative study. *Surgical endoscopy*, v. 37, n. 1, p. 134-142, 2023.

LOWRY, John et al. A blended reality environment for laparoscopic skills training during COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. *BJS Open*, v. 6, n. 1, 2022.

RASHIDIAN, Shayan et al. Virtual reality versus desktop interfaces for hepatobiliary surgical decision-making: a randomized controlled trial. *HPB*, v. 23, n. 1, p. 285-293, 2022.

YOGANATHAN, Shyam et al. Teaching knot-tying skills with a virtual reality 360-degree video versus conventional 2-dimensional video: a randomized controlled trial. *Journal of surgical education*, v. 75, n. 1, p. 113-119, 2018.

Capítulo 12



10.37423/240308803

INTUSSUCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTO DEVIDO À LIPOMA COLÔNICO - RELATO DE CASOI

Patrícia Mendes Violante

Hospital Unimed Betim

Caique Antonio Silva

Hospital Unimed Betim

Sabrina Brito Martins Pêgo

Hospital Unimed Betim

Sophia de Oliveira Borges Saad

Hospital Unimed Betim



INTRODUÇÃO:

A intussuscepção intestinal (UI) ocorre quando um segmento proximal do intestino se desloca para a luz do segmento distal adjacente. Apesar de ser um quadro comum na infância, a UI no adulto corresponde apenas a 5% dos casos de invaginação intestinal, sendo responsável por apenas 1% dos casos de obstrução intestinal dessa faixa etária. Diferentemente do que ocorre em crianças, intussuscepções em adultos em geral tem uma etiologia secundária, sendo a maioria devido a causas neoplásicas.

RELATO DE CASO:

Sexo Masculino, 47 anos, procura atendimento com queixa de diarreia há cerca de 30 dias, sem outros sintomas associados. Realizado colonoscopia, com preparo considerado inadequado, porém identificada grande lesão semi-obstrutiva, 50cm acima da borda anal. Exame abortado pela dificuldade de progressão com segurança. Solicitado TC de abdome que evidenciou UI em transição entre cólon descendente e sigmoide, com imagem nodular ovalada com densidade adiposa homogênea. Realizado nova colonoscopia evidenciando massa causando semi-obstrução ao nível do sigmoide, ocupando toda a luz.

Realizada condução da protrusão mucosa até o descendente proximal onde foi possível transpor a lesão. Parecia corresponder à presença de lesão subepitelial, que estava sofrendo tração e se profundizando pela luz. Foi possível a progressão até o Ceco com a presença de resíduos, mas sem identificar lesões maiores. Paciente encaminhado a cirurgia e submetido a videolaparoscopia que evidenciou presença de UI em sigmóide causando obstrução intestinal, Realizado Retossigmoidectomia + Abaixamento com anastomose primária. Alta hospitalar no 5º DPO, para seguimento ambulatorial, com excelente evolução pós operatória. Cobrado anatomia patológica que evidenciou: Lipoma submucoso volumoso colônico de 7,5 cm de extensão que causou intussuscepção.

DISCUSSÃO:

A UI é uma condição rara no adulto e, diferentemente da criança, geralmente se apresentam com sintomatologia pouco específica e crônica, dificultando ainda mais o diagnóstico. No colón a etiologia do quadro é predominantemente maligna. As alterações benignas, correspondem a 30% dos casos e são predominantemente lipomas, pólipos e leiomiomas sendo que o diagnóstico dessa condição frequentemente é incidental. Apesar da TC ser um método confiável para identificar o quadro de

intussuscepção, a etiologia em geral não é bem definida. Os lipomas podem ser identificados na TC como uma massa homogênea, com alta densidade de gordura. Porém até esses podem ser difíceis de diagnosticar, devido a infarto e necrose, alterando sua densidade típica. Assim, o diagnóstico definitivo é realizado pelo estudo anatomopatológico. Apesar de uma intervenção cirúrgica ser considerada necessária no tratamento, no adulto não existe um consenso universal sobre a abordagem adequada. Devido a probabilidade de neoplasia maligna, em geral opta-se pela enterectomia do segmento acometido, porém a terapêutica definida deverá ser escolhida de forma individualizada.

Palavras chaves: Intussuscepção, Neoplasia Lipomatosa, Colectomia

REFERÊNCIA

1. Brayton D, Norris WJ. Intussusception in adults. Am J Surg. 1954; 88(1):32- 43.
2. Meshikhes, AW; Al-Momen, SA; Al Talaq, FT; Al-Jaroof, AH. Adult Intussusception Caused by a Lipoma in the Small Bowel: Report of a Case. Surg Today (2005) 35:161–163
3. Gayer G, Zissin R, Apter S, Papa M, Hertz M. Pictorial review: adult intussusception--a CT diagnosis. Br J Radiol. 2002 Feb;75(890):185-90
4. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg 1997;173:88–94
5. Huang BY, Warshauer DM. Adult intussusception: diagnosis and clinical relevance. Radiol Clin North Am. 2003; 41(6):1137-51.

Capítulo 13



10.37423/240308804

RELATO DE CASO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR PALITO DE DENTE ASSOCIADO A ABSCESSO HEPÁTICO

Randyston Brenno Feitosa

Santa Casa de Votuporanga

Maria Alexandra de Carvalho Meireles

Hospital Arnaldo Gavazza

Gustavo Tinarelli Lessi

Santa Casa de Votuporanga

Ákila da Silva Manzano

Santa Casa de Votuporanga

Cíndel dos Santos

Santa Casa de Votuporanga

João Victor Gonçalves Marangoni

Santa Casa de Votuporanga

Rodney Nelson Gorayeb

Santa Casa de Votuporanga

Rodrigo Padilla

Santa Casa de Votuporanga

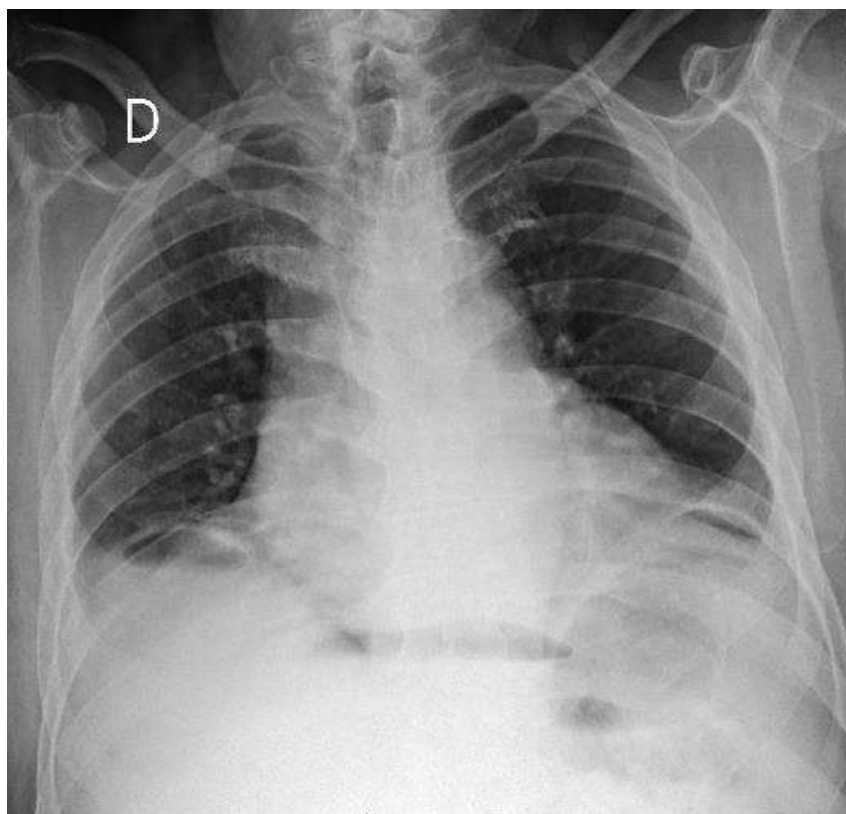
1. INTRODUÇÃO

A queixa de ingestão acidental de corpos estranhos é relativamente comum no Pronto Socorro, entretanto, a perfuração do trato gastrointestinal por esses objetos é extremamente rara, representando menos de 1% dos casos¹. Corpos estranhos pontiagudos e alongados possuem maior relação com a perfuração do trato gastrointestinal e os principais artefatos envolvidos são espinha de peixe, osso de galinha, alfinetes/agulhas e palito de dente, principalmente em pontos fisiológicos de estreitamento e/ou angulação, acometendo principalmente o piloro, duodeno, válvula ileocecal e sigmoide¹⁻³.

2. RELATO DE CASO

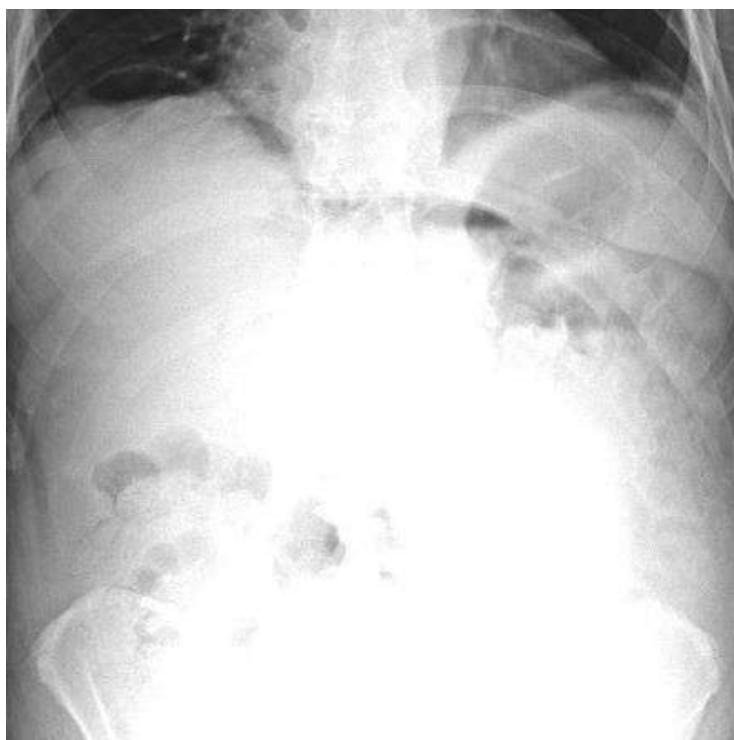
Paciente JCF, masculino, 74 anos, admitido por quadro de dor abdominal intensa há cerca de 12 horas. Negou febre, náuseas, vômitos, alterações dos hábitos intestinais e/ou urinárias. Ao exame físico apresentava abdome distendido, tenso, com RHA reduzidos e doloroso à palpação superficial e profunda difusamente, com descompressão brusca dolorosa. RX de abdome agudo com presença de pneumoperitônio. Durante laparotomia foi evidenciado moderada quantidade de líquido livre de aspecto citrino-purulento associado a perfuração de 2cm em porção anterior de corpo gástrico com processo inflamatório bloqueando corpo estranho (Palito de dente) e abscesso subfrênico. Realizado retirada de corpo estranho, gastrorrafia, alocação de pacto de omento sobre a rafia e drenagem do abscesso subfrênico. Paciente apresentou boa evolução clínica e laboratorial no pós-operatório, tendo alta hospitalar após 6 dias e retorno ambulatorial após 2 semanas com boa evolução clínica e sem queixas e/ou intercorrências.

Figura 1: RX de Tórax evidenciando pneumoperitônio principalmente em cúpula diafragmática D



Fonte: Autoria Própria.

Figura 2: RX de abdome evidenciando pneumoperitônio em ambas cúpulas diafragmáticas



Fonte: Autoria Própria.

Figura 3: Corpo estranho encontrado no intraoperatório



Fonte: Autoria Própria.

Figura 4: Corpo estranho + Secreção purulenta de abscesso subfrênico.



Fonte: Autoria Própria.

3. DISCUSSÃO

A maioria dos corpos estranhos irão percorrer todo o trato gastrointestinal sem causar maiores danos, entretanto, naqueles raros casos em que há a perfuração do trato gastrointestinal o paciente pode desenvolver quadros graves podendo evoluir para óbito em cerca de 10 - 18% dos casos⁴. Na maioria dos casos, os pacientes não sabem informar história pregressa de ingestão de corpo estranho e também não há evidência desses objetos nos primeiros exames complementares realizados na admissão do doente, como ocorreu no caso relatado, o que dificulta ainda mais o diagnóstico precoce dessa patologia e consequentemente a terapêutica adequada².

Palavras-chave: Pneumoperitônio, Abscesso, Laparotomia, Doloroso.

REFERÊNCIAS

1. Choi Y, Kim G, Shim C, Kim D, Kim D. Peritonitis with small bowel perforation caused by a fish bone in a healthy patient. *World J Gastroenterol*. 2014;20 (6):1626-9.
2. Borba CC, Gomes ARS, Filgueira JPPS, Paz OG. Abscessos hepáticos secundários a espinha de peixe. Relato de caso. *Rev Bras Clin Med* 2012;10(1):83-6.
3. Yang Z, Wu D, Xiong D, Li Y. Gastrointestinal perforation secondary to accidental ingestion of toothpicks: A series case report. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(50):e9066.
4. Nhu Quynh Vo, Le Dung Nguyen, Thi Hien Trang Chau, Van Khoi Tran, Thanh Thao Nguyen, Toothpick—a rare cause of bowel perforation: case report and literature review, *Radiology Case Reports*, Volume 15, Issue 10, 2020, Pages 1799-1802.

Capítulo 14



10.37423/240308806

CRIPTORQUISMO E SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Victoria Pena Camargo

FACERES



INTRODUÇÃO

O criptorquismo é a condição e os testículos não descem completamente dos rins (onde se desenvolvem durante a gestação) para o escroto (saco que envolve os testículos) antes do nascimento. Como resultado, um ou ambos os testículos podem permanecer no abdômen ou em outra posição anormal.

OBJETIVOS

Revisar a literatura bibliográfica a respeito do diagnóstico e a terapêutica acerca do criptorquismo, bem como as possíveis complicações advindas desse diagnóstico.

MÉTODOS

O método é de caráter analítico por meio de uma revisão sistemática. Os dados extraídos foram a partir dos US National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os descritores: pediatria; urologia; malformação congênita; criptorquismo, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para efetuar o cruzamento destes foi utilizado o operador booleano AND. Foram encontrados 126 artigos e após critérios de inclusão e exclusão, 3 artigos foram utilizados. Os utilizados para a inclusão: artigos em inglês, português ou espanhol, entre 2005 a 2022, disponíveis na íntegra e para acesso online. Excluíram-se, estudos que não abordassem o conceito relevante para o alcance do objetivo; repetidos; segundo critérios de qualidade metodológica.

RESULTADOS

O processo de morfogênese da genitália externa uretral masculina é bastante complexo envolvendo uma programação genética, a diferenciação celular e sinalização hormonal além da ativação enzimática associado à remodelação tecidual. O criptorquismo corresponde à localização extra-escrotal do testículo, manifestando-se em cerca de 3% dos recém-nascidos. Em geral, trata-se de um achado isolado, porém, estima-se que 10% dos casos podem estar associados as disfunções hipotalâmico-hipofisárias, doenças genéticas ou embrionárias. Seu diagnóstico é clínico, através de minucioso exame físico, o diagnóstico complementar é feito por exames de imagem. A análise gonadotrófica e da secreção hormonal testicular pode ser informativa nos primeiros 6 meses de vida ou na época puerperal, períodos em que o eixo hipotálamo-hipofisário se apresenta ativado. O tratamento clínico é indicado em pacientes com testículo retido ou com grande retratilidade, utiliza-

se a gonadotrofina coriônica humana; não se indica o tratamento clínico nos casos em que há presença de hernia inguino-escrotal, varicocele ou cisto do cordão espermático. Indica-se a abordagem cirúrgica quando há insucesso na terapêutica clínica ou nos casos de testículos ectópicos.

CONCLUSÃO

A terapêutica precoce, é um aspecto decisivo na prevenção das principais complicações desta fisiopatologia, são eles a esterilidade e o maior risco neoplásico gonadal, podendo ter caráter clínico onde observa-se a evolução do caso, faz-se uso de terapia hormonal para estimular a descida dos testículos, ou cirúrgica, visando reposicioná-los de forma correta. O diagnóstico precoce bem como o acompanhamento médico importância para o prognóstico a longo prazo.

Palavras-chave: *“Criptorquismo”; “Urologia Pediátrica”; “Malformação Congênita”.*

REFERÊNCIAS

1. JÚNIOR, J. Tratamento de hipospádia distal. 2007. 42 p. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina, [S. l.], 2007. Acesso em: 2 jan. 2023.
2. MARTINS, A. et al. Tratamento cirúrgico da hipospádia distal. Arquivos Catarinenses de Medicina, [s. l.], 2013. Acesso em: 1 jan. 2023.
3. XIV CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE UROLOGIA, 2018, Balneário Camboriú. Anais do XIV Congresso Sul Brasileiro de Urologia [...]. [S. l.: s. n.], 2018. 68 p. v. 5.. Acesso em: 2 jan. 2023.

Capítulo 15



10.37423/240308807

OBESIDADE E DM2: CIRURGIA BARIÁTRICA É UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA?

Laura Vendramin Licks

Universidade de Caxias do Sul

Adriana Pagno

Unisul Tubarão

Mell Do Carmo Marinho D'oran

Universidade do Amazonas



Resumo: Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é caracterizada como um distúrbio crônico em que ocorre resistência insulínica em tecidos periféricos, dificultando a captação de glicose. Cerca de 80% dos pacientes são obesos, sendo esse o principal fator de risco da doença. Ao longo da evolução da DM2, ocorre a perda da funcionalidade das células beta, consequentemente, as mudanças no estilo de vida associadas ao tratamento farmacológico, passam a não ser mais suficientes. Tendo em vista a prevalência da DM2 em indivíduos obesos, a cirurgia bariátrica tornou-se uma opção que, além de redução de peso corpóreo, mostrou resultados na remissão de DM2 com redução dos níveis glicêmicos e melhora no perfil cardiometabólico. Dentre as técnicas disponíveis atualmente, destacam-se o Bypass gástrico em Y de Roux (BGYR), a Gastrectomia vertical com interposição ileal laparoscópica, a Banda gástrica ajustável laparoscópica e a Derivação bilio-pancreática. A melhora dos parâmetros metabólicos precede a perda de peso, o que sugere a atuação sob o eixo hormonal êntero-insular, envolvendo aumento dos níveis de incretinas e alterações no metabolismo intestinal da glicose.

Objetivo: Realizar uma revisão integrativa da literatura de estudos que avaliaram a utilidade da cirurgia bariátrica no tratamento da DM2. **Método:** Revisão integrativa da literatura sobre a influência da cirurgia bariátrica no tratamento da DM2. Foram selecionados 7 artigos nacionais e internacionais, publicados de 2018 a 2023. Os descritores de busca foram “cirurgia bariátrica”, “diabetes mellitus tipo 2”, “obesidade” e “tratamento cirúrgico diabetes”, nas plataformas de dados *Pubmed*, *Google Scholar* e *Scielo*. **Resultados:** Dos 7 artigos encontrados, 5 descrevem a cirurgia bariátrica para o tratamento da DM2 como uma opção terapêutica em indivíduos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ e 1 artigo não mostrou benefícios esclarecidos em pacientes com $IMC < 35 \text{ kg/m}^2$. CAMARGO et al. após avaliação de 254 pacientes obesos pós BGYR, observou eficácia na remissão da DM2 em cerca de 82%. ORIN et al. ao analisar 60 pacientes constatou remissão de DM em 75% submetidos a BGYR, associado a redução de 6,35% na hemoglobina glicada (HbA1c). SOARES et al. evidenciou queda da HbA1c e glicemia de jejum em até 24 semanas, com valores relativamente inalterados por pelo menos 2 anos, pós BGYR. MAGALHÃES et al. aferiu pacientes diabéticos de $IMC < 35 \text{ kg/m}^2$ submetidos à cirurgia metabólica e notou que, apesar de 36% ter apresentado remissão completa de DM2, não houveram benefícios em morbimortalidade.

Conclusão: A cirurgia bariátrica se mostrou como método efetivo na remissão de DM2 em pacientes obesos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$, sendo que a técnica com melhor desfecho em parâmetros cardiometabólicos e glicêmicos foi o BGYR. Entretanto, as indicações ainda são insuficientes em pacientes com $IMC < 35 \text{ kg/m}^2$, sendo necessários mais estudos nesse grupo.

Palavras chave: Diabetes mellitus 2, obesidade, cirurgia bariátrica, tratamento cirúrgico diabetes

Capítulo 16



10.37423/240308809

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS ÚLCERAS GÁSTRICAS E DUODENAIS EM UM ESTADO DO NORTE DO BRASIL NO PERÍODO DE 2012 À 2022

Suellen Taujiro Correia Rocha Rodrigues

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

Eduardo André de Leopoldino da Silva Filho

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

Nicholas Oliveira Castro de Skowronski

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

Nicole Moreira Cunha

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

Ana Maria Ferreira Rocha

Centro universitário de Adamantina - UNIFAI

Eduardo da Silva Romeu

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

Natanna Belarmino Santos

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

Halvário Joel Dantas Barbosa

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

Nailton Gomes da Silva

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

OBJETIVO:

Analisar sob o viés epidemiológico os pacientes internados por úlceras gástricas e duodenais em um estado do norte do brasil, o Tocantins, no período de 2012 à 2022.

MÉTODO:

Corresponde a um estudo epidemiológico descritivo, quantitativo e analítico, com informações provenientes do Sistema de Informações Hospitalares no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS – TABNET). As variáveis analisadas incluíram: número total de internações, sexo, faixa etária, cor/etnia, caráter de atendimento, média de permanência, valor médio por internação, taxa de mortalidade e óbitos. O critério de inclusão englobou todos os pacientes internados por úlceras gástricas e duodenais no estado do Tocantins no período de janeiro de 2012 à dezembro de 2022.

RESULTADOS:

As úlceras gástricas e duodenais corresponderam por 1519 das internações no Tocantins de 2012 à 2022. O sexo masculino representou 68% dessas internações, enquanto o feminino representou 32%. No que diz respeito a idade têm se que apenas 4,28% dos casos ocorrem em pacientes menores de 19 anos, 25,94% dos 20 aos 44 anos, 32,13% em pacientes dos 45 aos 64 anos e 37,66% em indivíduos maiores de 65 anos, com essa faixa etária sendo pouco mais afetada que as demais.

No tocante a cor/etnia, revelou-se que a maior parte dos pacientes internados com úlceras gástricas e duodenais eram da cor/etnia parda com 76,9% dos casos, seguidos pelos pacientes sem informação com 12,6%, brancos com 5,3%, amarelos com 2,7%, negros com 2,3% e indígenas com apenas 0,2%. A maior parte das internações foram em caráter de urgência, 96%, com apenas 4% sendo eletivas. Em relação a taxa média de permanência evidenciou-se uma média de 6 dias de internação, com o sexo feminino tendo 5,5 dias e o masculino 6,2. O valor médio de internação foi R\$ 865,62. Por fim, demonstrou-se que as úlceras gástricas e duodenais foram responsáveis por 74 óbitos em indivíduos masculinos (taxa de mortalidade de 7,17) e 50 em indivíduos femininos (taxa de mortalidade de 10,27), totalizando 124 óbitos com uma taxa de mortalidade média de 8,16.

CONCLUSÃO:

Portanto, de acordo com os dados obtidos observou-se que o perfil epidemiológico mais prevalente da internações por úlceras gástricas e duodenais no Tocantins corresponde à indivíduos do sexo masculino, com idade igual ou superior a 65 anos, de cor/etnia parda, internado em caráter de urgência, com média de permanência de 6,2 dias e prognóstico favorável. Ainda de acordo com o estudo apresentado, evidenciou-se que a prevalência de úlceras aumenta na fase adulta, em coincidência com a literatura. Nota-se ainda, que as mulheres apresentam maior mortalidade proporcionalmente quando comparada aos homens, porém apresentam tempo de internação inferior.

Palavras-chave: úlceras; epidemiologia; Tocantins.

REFERÊNCIAS:

CASALI, Jairo Júnior et al. Análise epidemiológica e emprego do teste rápido da uréase em pacientes com úlcera péptica perforada. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 39, p. 93-98, 2012.

BARRIENTOS, Caridad Romero et al. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes ingresados con úlcera péptica. Revista Información Científica, v. 95, n. 5, p. 683-691, 2016.

Capítulo 17



10.37423/240308811

HERNIOPLASTIA ELETIVA COM TELA DUPLA-FACE E ÓBITO APÓS FISTULA ENTÉRICA.

Leandro Alves Garcia Bortoluzzi Daniel

Hospital Regional da Lapa de São Sebastião

Vitor Alves Garcia Bortoluzzi Daniel

Hospital Universitário Cajuru

Jaine Miorando Vivian

Hospital Regional da Lapa São Sebastião

Julia Goginski

Hospital Universitário Cajuru



OBJETIVO

Observar a evolução pós-operatória de hernioplastia incisional em uma paciente hígida portadora de hérnia de grande volume, visto que a maioria das evoluções são positivas e sem maiores intercorrências

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 56 anos, sem deficiências nutricionais e outras comorbidades conhecidas, portadora de hérnia incisional de pós-operatório tardio de laparotomia exploratória com histerectomia devido à complicações durante parto-normal com sangramento por provável atonia uterina, internou eletivamente para realização de hernioplastia incisional com tela biológica dupla-face, visto que a paciente apresentava mais de 25% do conteúdo abdominal fora de domicílio. No momento do ato cirúrgico foi realizada separação do saco herniário em relação aos outros elementos da parede abdominal, abertura, lise de bridas e ressecção do saco herniário. Além disso, nenhuma lesão iatrogênica foi observada durante a cirurgia, foi realizada a plicatura da tela com pontos separados de prolene, incisões de relaxamento na parede abdominal e alocado dreno suctor sobre a tela. A paciente recebeu alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório sem queixas e aceitando dieta livre, no 8º dia após a alta retornou ao serviço devido a extravasamento de grande quantidade de secreção pela ferida operatória de aspecto entérico apresentando hipotensão e febre. Com isso, foram iniciadas medidas para controle do choque séptico e a paciente levada em caráter de emergência para o centro cirúrgico. Após retirada da tela e lavagem exaustiva foi identificada um fistula de intestino delgado bocelada em meio a bloco de alças intestinais, cavidade e conteúdo abdominal congelado e intensamente friável, devido as condições clínicas da paciente e a dificuldade técnica para lise de aderências ou confecção de estoma, foi optado por fechamento parcial da pele e manutenção da fistula intestinal com drenagem pela ferida operatória, manutenção da antibioticoterapia e acolhimento em unidade de terapia intensiva. No 4º dia de pós-operatório da cirurgia emergencial a paciente evoluiu com parada cardiovascular em AESP por falência de múltiplos órgãos e sistemas.

DISCUSSÃO

De acordo com a literatura a maioria dos pacientes evoluem de forma satisfatória neste tipo de procedimento. No relato de caso acima a paciente, apesar de não possuir comorbidades, evoluiu de

forma atípica e desastrosa. Observando este desfecho concluímos a importância de reiterar os cuidados e atenção em relação as possíveis complicações pós-operatória.

Capítulo 18



10.37423/240308813

MUCOCELE DO APÊNDICE: RELATO DE CASO

LUIS MIGUEL AMARAL SILVA

Associação Beneficente Hospital Universitário

Mirela Godoy Sabatini

Associação Beneficente Hospital Universitário

Marina Martins Sobreira

Associação Beneficente Hospital Universitário

Camila Godoy Sabatini

Associação Beneficente Hospital Universitário

Mateus de Almeida Moreira da Silva

Associação Beneficente Hospital Universitário

Roberto Tussi Junior

Associação Beneficente Hospital Universitário

José Sadao Koshiyama Junior

Associação Beneficente Hospital Universitário

Isadora Leão Portilho

Associação Beneficente Hospital Universitário



INTRODUÇÃO

A mucoccele do apêndice foi descrita pela primeira vez por Rokitansky em 1842; é o termo utilizado para descrever uma dilatação do apêndice causada pelo acúmulo intraluminal de material mucoide. Enquadra-se na categoria de doenças raras. Sua incidência varia entre 0,2% e 0,7% de todas as patologias do apêndice, sendo mais frequente em mulheres (4:1), geralmente com mais de 50 anos.

O objetivo do relato é a discussão sobre a importância do diagnóstico e tratamento cirúrgico adequado, além da contribuição para posteriores estudos sobre o tema. Apresentamos um caso de uma paciente admitida com sinais de apendicite aguda e posterior diagnóstico de mucoccele do apêndice.

RELATO DE CASO:

Paciente A.B.D.T, sexo feminino, 56 anos, admitida com quadro clínico de dor em fossa ilíaca direita há 3 dias, associado a hiporexia, náuseas, êmese e diarreia líquida. Afebril, anictérica, acianótica; PA: 216x130 mmHg, FC: 100 bpm. Abdome distendido, RHA presentes, timpanismo habitual; doloroso a palpação em fossa ilíaca direita. Sinal de Blumberg positivo. Exames laboratoriais com leucocitose e proteína c reativa elevada. Foi solicitado TC Abdome que evidenciou sinais sugestivos de mucoccele do apêndice cecal com dimensões 14 (CC) x 5 (LL) x 5 (AP) cm, com sinais inflamatórios. Ausência sinais de perfurações e/ou coleções. Optado por tratamento cirúrgico por laparoscopia, evidenciando uma massa cística do apêndice e paredes com sinais de inflamação, sem perfuração, sem sinais de implantação no peritônio pélvico e abdominal. Foi realizada hemicolectomia direita com anastomose íleo-transversa; O laudo histopatológico foi de neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice cecal. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar e seguimento ambulatorial

DISCUSSÃO:

As mucocceles de apêndice foram classificadas em 3 categorias: hiperplasia mucosa sem atipias, mucoccele simples; cistadenoma mucinoso, com algum grau de atipia e cistadenocarcinoma mucinoso, com invasão estromal ou implantes peritoniais.

A principal complicação das causas malignas para mucoccele é a progressão para Pseudomixoma peritoneal, que é o comprometimento do peritônio por células neoplásicas disseminadas, provenientes da luz apendicular; uma condição com alta morbimortalidade.

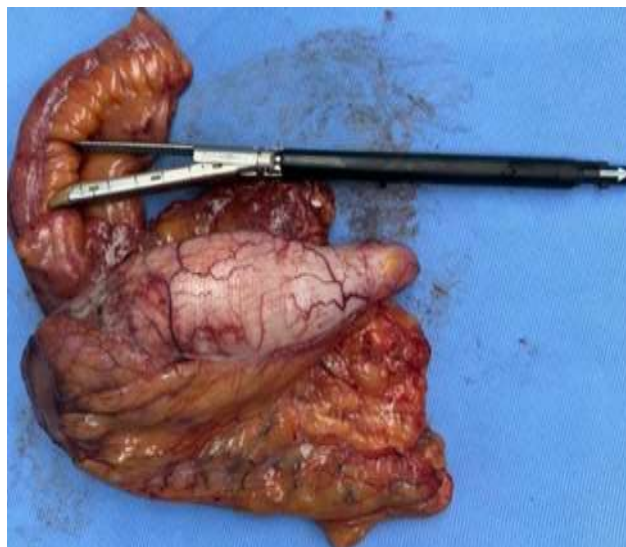
O fluxo clínico da doença não tem um quadro específico. Em cerca de 25% dos casos é assintomático, sendo geralmente descoberto acidentalmente durante exames radiológicos e endoscópicos. Os sintomas clínicos do paciente podem incluir dor no quadrante inferior direito do abdômen, massa abdominal palpável, náuseas, vômitos, perda ponderal, sangramento gastrointestinal e sinais de obstrução intestinal

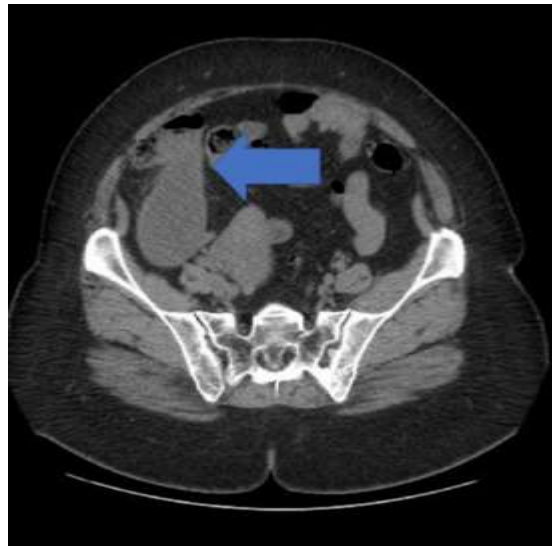
Exames complementares, como a Tomografia, Ultrassonografia e colonoscopia, podem auxiliar no diagnóstico, além de marcadores como o CEA e CA19-9.

Aproximadamente 20% dos casos de mucocele de apêndice têm associação com o câncer colorretal.

COMENTÁRIOS FINAIS:

A mucocele do apêndice é um diagnóstico raro; no entanto, dada a possibilidade de disseminação peritoneal neoplásica, deve ser diagnosticada precocemente para a seleção de um método cirúrgico adequado para prevenir a disseminação peritoneal e complicações intra e pós operatórias. Principalmente para pacientes com mais de 50 anos, do sexo feminino com sintomas inespecíficos semelhantes a apendicite.





REFERENCIAS

1. Rokitansky CF. A manual of pathological anatomy (1842).
2. Fonseca LM, Sassine GCA, Luz MMP, Silva RG, Conceição SA, LacerdaFilho A. Cistoadenoma de apêndice: relato de caso e revisão da literatura sobre tumores mucinosos do apêndice vermiforme. Rev Bras Coloproct 2008;
3. Oliveira CC, Ferreira PRC. Cistoadenoma mucinoso de apêndice cecal: Relato de caso. Rev Paranaen Med 2015;
4. Rymer B, Forsythe RO, Husada G. Mucinous tumours of the appendix: A review of the literature. International Journal of Surgery 2015

Capítulo 19



10.37423/240308814

POR QUE TER CUIDADO AO DRENAR A CAVIDADE ABDOMINAL? HÉRNIA INCISIONAL ESTRANGULADA EM SÍTIO DE DRENAGEM - TRATAMENTO VIDEOASSISTIDO

Jones Pessoa dos Santos Junior

Universidade Nove de Julho

Alvaro Vicente Alvarez Pezzano

Hospital Municipal de Parelheiros

Bruno Linhares Meira

Universidade Nove de Julho

Bruna Cremonezi Lammoglia

Universidade de Santo Amaro



INTRODUÇÃO

As hérnias incisionais em sítios de drenagem são raras mas podem trazer complicações graves. Neste vídeo será apresentado um paciente de 53 anos com uma hérnia incisional em orifício de drenagem desencadeada por trauma abdominal contuso. Abordagem e tratamento laparoscópico com hernioplastia incisional com tela pré-peritoneal e enterectomia segmentar com enteroenteroanastomose videoassistida por estrangulamento ileal.

DESCRIÇÃO

Paciente de 53 anos, homem, submetido a laparotomia exploradora por abdome agudo obstrutivo, sem ressecção intestinal e com drenagem da cavidade bilateralmente 10 anos antes.

Evoluiu com abaulamento no quadrante inferior direito do abdome, próximo à área de Spiegel e com cicatriz de drenagem abdominal, após trauma contuso abdominal com viga de madeira 5 dias antes da admissão. Na avaliação inicial identificada hérnia irreduzível com conteúdo ileal observada em tomografia de abdome. Indicada e realizada abordagem laparoscópica com redução do conteúdo ileal estrangulado. Identificado o defeito herniário de 2,0x2,0cm. Realizada a hernioplastia incisional com tela pré-peritoneal de 9,0x8,0 cm e em seguida ampliação da incisão epigástrica para 5,0 cm e exteriorização de conteúdo estrangulado para enterectomia segmentar e anastomose mecânica.

DISCUSSÃO

As hérnias incisionais em orifícios de drenagem e trocartes são raras, oscilando entre 0,1-5,2%(1), entretanto podem se apresentar com complicações graves, sendo a mais comum o encarceramento e estrangulamento de alças do intestino delgado(2). São descritas eviscerações e herniações com defeitos menores que 6 mm(3), entretanto, a maioria dos eventos ocorre quando o orifício original é maior ou igual a 10 mm(1,2). O tratamento na urgência consiste na redução do conteúdo herniado com ou sem ressecção do mesmo a depender da viabilidade tecidual(1,3) seguida do reparo do defeito herniário, onde se discute o uso de prótese ou reparo primário sem prótese, sendo a recomendação mais comum a da hernioplastia com tela(4) preferencialmente em posição retromuscular ou pré-peritoneal(4).

Palavras chave: hérnia Incisional, Dreno, Pré-Peritoneal.

REFERÊNCIAS:

1. Gao X, Chen Q, Wang C, Yu YY, Yang L, Zhou ZG. Rare case of drain-site hernia after laparoscopic surgery and a novel strategy of prevention: A case report. *World J Clin Cases*. 2020;8(24):6504–10.
2. Falidas E, Mathioulakis S, Vlachos K, Pavlakis E, Villias C. Strangulated intestinal hernia through a drain site. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2012;3(1):1–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2011.06.002>
3. Mouawad C, Aoun R, Dahboul H, Feghali E El, Kassar S, Alkassis M. Quality of life after laparoscopic sleeve gastrectomy : Pre- operative , 1-year and 5-year results. 2022;1–7.
4. Bittner R, Bain K, Bansal VK, Berrevoet F, Bingener-Casey J, Chen D, et al. Update of Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))—Part A. Vol. 33, *Surgical Endoscopy*. 2019. 3069–3139 p.

Capítulo 20



10.37423/240308815

REPARO ASSISTIDO POR ROBÓTICA DE GRANDE LACERAÇÃO TRAQUEAL IATROGÊNICA COM SUPORTE DA ECMO

MARCOS NAOYUKI SAMANO

Hospital Israelita Albert Einstein

GUILHERME VIEIRA CARVALHO

Hospital Israelita Albert Einstein

EMILY MIE ARAI

*Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein*

ENZZO DE ALMEIDA GALLAFASSI

*Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein*

FERNANDA YOU CHIE CHENG

*Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein*

CAMILA LIBANORI

*Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein*

EVELYN SUE NAKAHIRA

Hospital Israelita Albert Einstein

THIAGO CARVALHO GAUDIO

Hospital Israelita Albert Einstein



1. INTRODUÇÃO

Uma tecnologia já fortemente utilizada e instituída nos grandes centros internacionais, o suporte da oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) pode atuar de duas maneiras diferentes, de acordo com a necessidade do paciente e seu nível de disfunção orgânica. A ECMO Veno-arterial, ou seja, são canuladas tanto veias quanto artérias, é primordialmente utilizada quando o paciente apresenta disfunção da função circulatória associada à disfunção respiratória graves. Quando a questão se relaciona mais intimamente com a disfunção respiratória, mas a função de bomba cardíaca está suficiente e não causa repercussões imediatas, existe a possibilidade de realizar uma canulação apenas venosa, chamada de Veno-venosa.

Trata-se de uma medida extremamente invasiva e que deve ser muito bem ponderada e implicada quando indicada a um paciente, mas que apresenta resultados consolidados e benefícios palpáveis quando associada a terapêuticas otimizadas e indicações certas.

Outra grande tecnologia da medicina atual que está ganhando espaço no nosso país e é de grande uso em centros internacionais é a plataforma robótica de realização de cirurgias. Com o cirurgião principal sentado em uma mesa controladora que não necessariamente necessita estar no mesmo espaço, hospital ou até país que o paciente a ser operado, somado ao ganho de mobilidade de movimentação articular que o aparelho robótico oferece ao cirurgião, algo que supera até mesmo a amplitude de movimentos de uma cirurgia aberta, e em muito as cirurgias laparoscópicas convencionais, está na vanguarda da formação dos cirurgiões novos e futuros de forma definitiva. Sempre é importante ressaltar que é importante guardar as devidas indicações e ter em vista o melhor resultado para o paciente tendo em vista um possível aumento de tempo operatório e um grande aumento de custo, além dos critérios atrelados à equipe que realiza esse tipo de procedimento, como experiência, disponibilidade, indicações corretas.

Juntos, essas duas ferramentas da medicina de vanguarda proporcionam a realização de reconstruções traqueais minimamente invasivas com segurança na manutenção da oxigenação do paciente. Relatamos o caso a seguir como uma excelente opção para evitar grandes traumas cirúrgicos e melhorar os resultados cirúrgicos em laceração traqueal pós-intubação.

2. CARACTERÍSTICAS DO CASO

Paciente de 83 anos, do sexo feminino, diagnosticada com Covid 19, submetida a intubação orotraqueal no décimo dia de sintoma. Logo após intubação, evoluiu com enfisema subcutâneo generalizado. Em broncoscopia foi achado lesão transmural de 6cm em parede posterior traqueal, do terço médio traqueal até o brônquio principal esquerdo.

A paciente foi submetida a ECMO veno-venosa por descompensação respiratória.

As cânulas foram inseridas na região inguinal bilateralmente devido ao enfisema subcutâneo, a veia femoral direita para drenagem e a veia esquerda para retorno.

Após 12 horas estável, com melhora de perfil gasométrico, foi realizada a correção robótica da traquéia utilizando a plataforma cirúrgica Da Vinci Xi® com quatro portas de 8mm para os braços robóticos e uma de 15mm para o assistente abordando pelo lado direito .

A cirurgia foi iniciada com a abertura da pleura mediastinal, seguida de dissecação e grampeamento da veia ázigos para melhor exposição da parede posterior da traquéia e da carina.

Após limpeza de pequenas coleções mediastinais, isolamento do esôfago e correta identificação de toda a lesão com auxílio da broncoscopia, o reparo foi feito com sutura contínua com Stratafix 3.0 na traqueia e sutura interrompida com 4.0 PDS® no brônquio principal esquerdo.

Não houve complicações e tampouco houve vazamento de ar neste processo. O uso de gás carbônico para manter o pneumotórax durante o procedimento com vias aéreas abertas foi seguro e não causou hipercapnia. Devido à causa básica e ao tempo de intubação, foi realizada traqueostomia percutânea guiada no mesmo momento. Ao final do procedimento, a ECMO foi retirada ao se obter boa autonomia e parâmetros ventilatórios satisfatórios. A paciente teve recuperação gradual e favorável com cuidados clínicos intensivos, antibioticoterapia e melhora respiratória progressiva. Foi decanulada da traqueostomia trinta e seis dias após a cirurgia, e recebeu alta hospitalar no quadragésimo sétimo dia.

3. CONCLUSÕES TEÓRICAS

A laceração traqueal pós-intubação continua a ser um problema desafiador e persistente em todo o mundo. Sua incidência aumentou, de 0,005% para 0,48%, sendo a epidemia de SARS-CoV-2 relacionada a esse comportamento epidemiológico, devido ao aumento exponencial de números de intubação orotraqueal por um número crescente de profissionais, muitos deles não habituados à realizar tal procedimento em circunstâncias quase sempre não ideais..

O reparo cirúrgico é o tratamento definitivo para um paciente que costumeiramente possui outras moléstias associadas, e portanto, sendo a forma robótica uma forma menos invasiva de realizar a cirurgia, existe grande valia em muitos casos, lançar mão desta abordagem, algo a ser considerado em um paciente com contexto já grave.

Nesse contexto é importante lançar mão dos recursos mais avançados que a medicina moderna nos proporciona, pois justamente nos casos mais desafiadores, existe a maior diferença prognóstica aos seus usos.

4. REFERÊNCIAS

Miñambres E, Burón J, Ballesteros MA, Llorca J, Muñoz P, González-Castro A. "Tracheal rupture after endotracheal intubation: a literature systematic review." Eur J Cardiothorac Surg. 2009 Jun;35(6):1056-62.

Capítulo 21



10.37423/240308816

COLECTOMIA PARCIAL A HARTMANN EM PACIENTE COM ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A FECALOMA E MEGACÓLON IDIO

Thiago mendonça nassif

Hospital universitário UFSC

Mariana Costa garcia

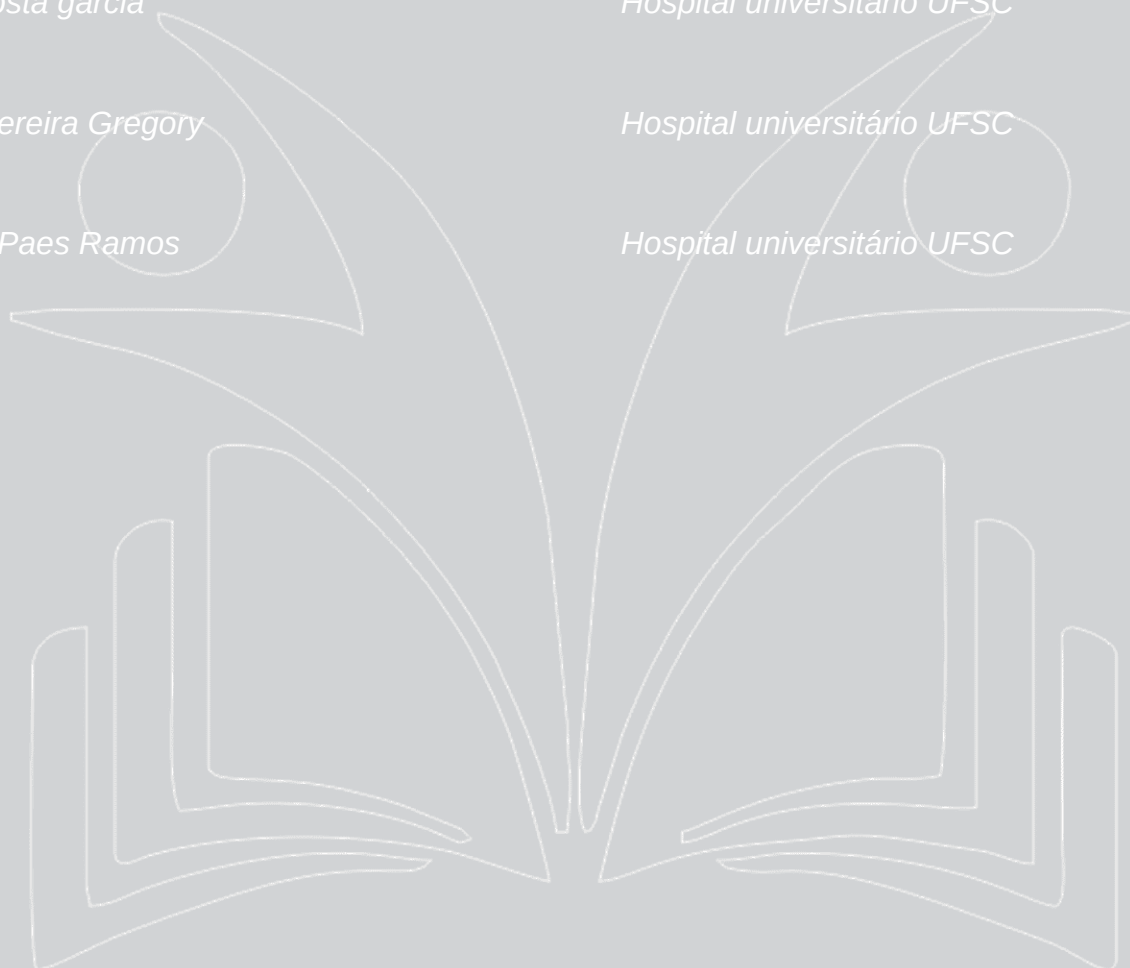
Hospital universitário UFSC

Christian Pereira Gregory

Hospital universitário UFSC

Guilherme Paes Ramos

Hospital universitário UFSC



INTRODUÇÃO:

A impactação fecal no cólon, também chamada de fecaloma, é um problema comum em quadros de constipação crônica que costuma ter boa evolução com medidas clínicas, mas que em casos raros pode evoluir a perfuração intestinal. Os casos de megacólon associado a fecaloma e constipação crônica, na ausência de uma causa clara, são caracterizados como megacólon idiopático e possuem uma síndrome aperistáltica cuja fisiopatologia não é clara. O termo idiopático exclui os casos de distúrbios congênitos no plexo nervoso intestinal (doença de Hirschprung) ou secundário a uma causa sistêmica (pseudo-obstrução intestinal aguda). O tratamento cirúrgico em quadros de fecaloma secundário a constipação funcional é raramente indicado e compreende as situações com refratariedade a medidas clínicas ou quadros de urgência.

APRESENTAÇÃO DO CASO:

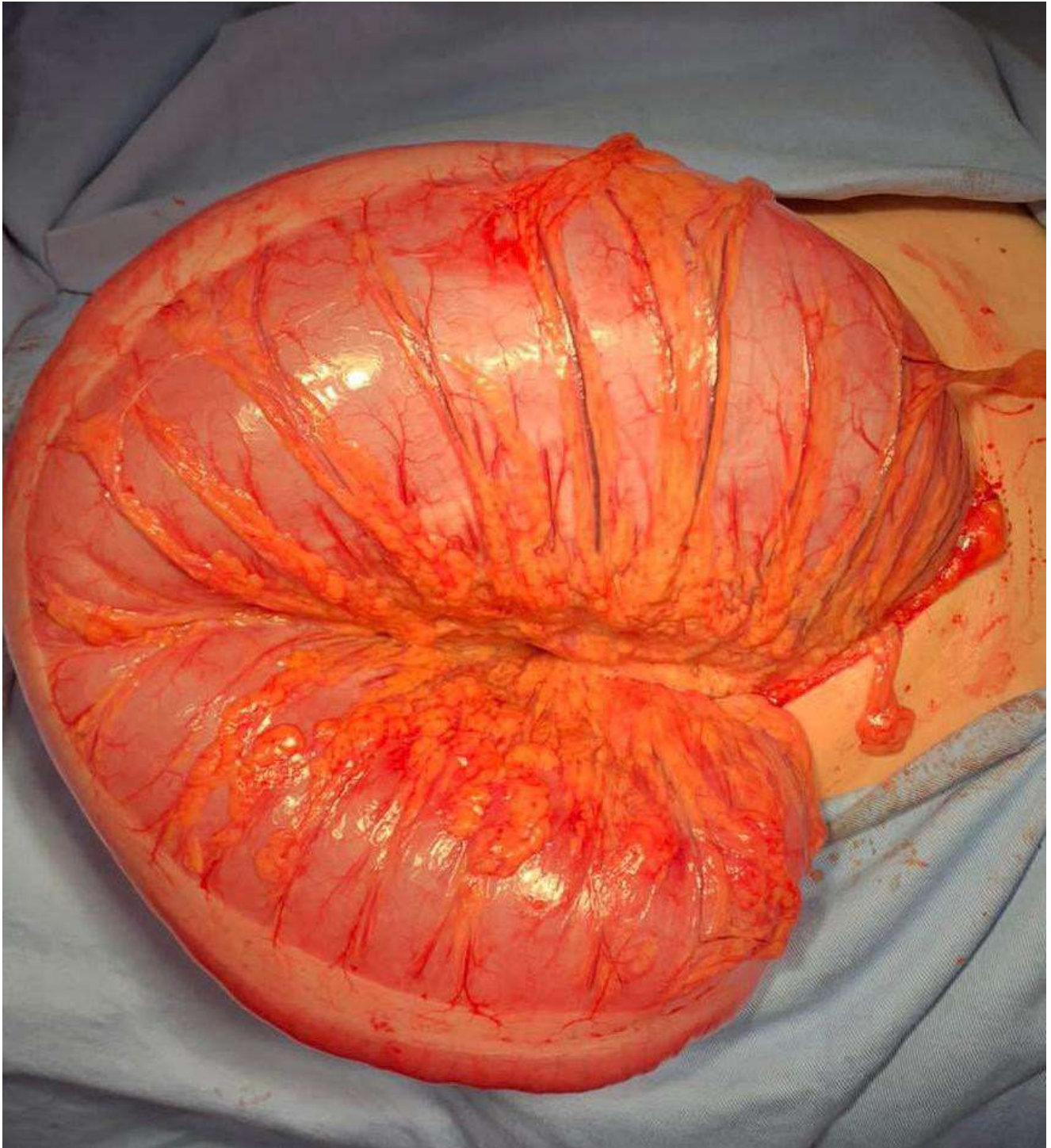
Apresenta-se o caso de um paciente com 43 anos, com história prévia de esquizofrenia, encaminhado ao pronto socorro por história de dor abdominal e sem evacuar há duas semanas, apesar de medidas clínicas incluindo lavagem intestinal transanal.

Apresentava-se ao exame físico sem sinais de peritonite e com presença massa volumosa palpável em abdome esquerdo de aproximadamente 10x5cm, associado a fecaloma volumoso ao toque retal. Os exames laboratoriais não apresentavam alterações significativas e a tomografia computadorizada evidenciou volumoso fecaloma da ampola real ao cólon descendente, com importante distensão do cólon a montante, sem dilatação de alças de delgado. Frente ao risco de perfuração intestinal e não eficácia do tratamento clínico, optou-se pela abordagem cirúrgica, sendo submetido a hemicolectomia esquerda a hartmann. Apresentou boa evolução recebendo alta no nono dia pós operatório com seguimento ambulatorial. O exame anatomopatológico não apresentou achados significativos, exceto por inflamação crônica não granulomatosa na peça.

DISCUSSÃO:

Abdome agudo obstrutivo secundário a fecaloma e megacólon idiopático levando ao tratamento cirúrgico é uma conduta de exceção a refratariedade ao tratamento clínico que resolve quase a totalidade 98%1 dos casos.

Relatamos o caso devido aos pouquíssimos relatos na literatura da necessidade do desfecho cirúrgico nessa condição.



REFERENCIAS:

- 1.Singh G, Lingala V, Wang H, et al. Use of health care resources and cost of care for adults with constipation. Clin Gastroenterol Hepatol 2007; 5:1053.
- 2.Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, et al. Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features. Am J Gastroenterol 1999; 94:3530.
- 3.Sethi S, Mikami S, Leclair J, et al. Inpatient burden of constipation in the United States: an analysis of national trends in the United States from 1997 to 2010. Am J Gastroenterol 2014; 109:250.
- 4.Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation. Gastroenterology 2013; 144:218.

Capítulo 22



10.37423/240308822

HÉRNIA DE LITTRÉ EPIGASTRICA ENCARCERADA - RELATO DE CASO

Beatriz Sattler Salgado

Hospital Municipal Salgado Filho

Marcelo Manaia Gonçalves Fernandes

Hospital Municipal Salgado Filho

Rafael Rodriguez Ferreira

Hospital Municipal Salgado Filho

Jorge Ricardo Facioli de Souza

Hospital Municipal Salgado Filho

Fernanda da Silva Rodrigues

Hospital Municipal Salgado Filho

Rafael Newlands Fontoura

Hospital Municipal Salgado Filho



Resumo: Introdução: A hérnia de Littré é definida pela presença do divertículo de Meckel no saco herniário. Apesar de ser uma das anomalias congênitas gastrointestinais mais frequentes, o divertículo de Meckel, na maioria dos casos, é assintomático. Quando sintomático, geralmente encontra-se complicado. Dentre as complicações temos hemorragia digestiva, obstrução, perfuração, intussuscepção e herniação. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com hérnia de Littré epigástrica que evoluiu com encarceramento e seu tratamento. Método: As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e terapêuticos e revisão da literatura. **Relato do caso:** Paciente, 71 anos, sexo masculino com dor abdominal, sem sinais de obstrução intestinal. Realizado tomografia de abdome e pelve que mostrou uma hérnia epigástrica encarcerada, com borramento do conteúdo do saco herniário. O mesmo foi submetido a hernioplastia que evidenciou no intraoperatório um divertículo de Meckel em saco herniário. Decidido por enterectomia segmentar com anastomose latero-lateral **Discussão:** O paciente do caso se apresentou como um divertículo complicado com herniação, ou seja, uma hérnia de Littré. Assim como a maioria, o divertículo foi identificado no intra-operatório e o tratamento foi, como de acordo com a literatura, a ressecção do divertículo através de enterectomia. **Conclusão:** A apresentação da hérnia de Littré é similar a outras hérnias que não tem como conteúdo o divertículo de Meckel, dificultando seu diagnóstico. Esse caso mostra a importância de manter o diagnóstico diferencial em mente enquanto explora-se o saco herniário contendo alças ileais.

INTRODUÇÃO:

A hérnia de Littré é definida pela presença do divertículo de Meckel no saco herniário^{1,2}. O divertículo de Meckel é o remanescente do ducto onfalomesentérico, localizado na borda anti-mesentérica do íleo de 20-90cm da válvula ileocecal^{1,2}. Apesar de ser uma das anomalias congênitas gastrointestinais mais frequentes, na maioria dos casos, é assintomático. Quando sintomático, geralmente encontra-se complicado. Dentre as complicações, temos hemorragia digestiva, obstrução, perfuração, intussuscepção e herniação^{1,2,3}.

OBJETIVO:

Relatar o caso de um paciente com hérnia de Littré que evoluiu com encarceramento e seu tratamento.

MÉTODO:

As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e terapêuticos e revisão da literatura.

RELATO DE CASO:

C.A.N, sexo masculino, 71 anos, paciente trazido a unidade de vaga zero com relato de dor abdominal há 1 mês que evoluiu com piora no dia que procurou atendimento médico. O mesmo nega vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. Realizado tomografia de abdome e pelve sem contraste que mostrou uma hérnia epigástrica encarcerada, com borramento do conteúdo do saco herniário. (Fig 1) O mesmo foi submetido a hernioplastia que evidenciou no intraoperatório um divertículo em borda antimesentérica de alça jejunal em saco herniário. (Fig 2) Decidido por enterectomia segmentar com anastomose latero-lateral com grampeador linear e duas cargas. Após 10 dias, paciente foi de alta, já aceitação de dieta oral branda e liberação de flatos e fezes.



Fig 1 - corte da tomografia de abdome que mostra a hérnia epigástrica encarcerada, com borramento do conteúdo do saco herniário.



Fig 2 - imagem do achado intraoperatório do divertículo em borda antimesentérica

DISCUSSÃO:

O divertículo de Meckel é uma anomalia congênita gastrointestinal, assintomática na maioria dos casos.^{1, 2} Sua incidência varia de 0,3-3% na população adulta, sem preferência entre os sexos^{1, 3, 4}. O divertículo contém todas as camadas intestinais, sendo considerado um divertículo verdadeiro. Algumas vezes, é possível identificar mucosa ectópica que pode levar a complicações.⁵ Quando sintomático, um paciente que apresenta divertículo de Meckel pode apresentar hemorragia digestiva, obstrução intestinal, perfuração, intussuscepção e herniação. É estimado que menos de 1% dos pacientes com divertículo de Meckel irão desenvolver uma hérnia de Littré.¹

A hérnia de Littré é definida pela presença do divertículo de Meckel no saco herniário.^{1,2} Assim como outras hérnias, pode encarcerar e estrangular. Nos casos raros de encarceramento da hérnia de Littré, os sintomas de obstrução intestinal costumam ser tardios, pois geralmente, apenas parte do lumen do intestino (ou somente o divertículo) está encarcerado.⁶

Como não existe método específico para diagnóstico, assim como está ausente o rastreio de Divertículo de Meckel e da Hérnia de Littré, o diagnóstico geralmente é realizado no intraoperatório, durante a resolução cirúrgica das complicações. O tratamento consiste em ressecção do divertículo de Meckel e correção da hérnia.^{1,3}

O paciente do caso se apresentou como um divertículo de Meckel herniado, ou seja, uma hérnia de Littré. O mesmo não apresentou sinais de obstrução intestinal, apesar de também ser uma complicação possível do Divertículo de Meckel. Assim como a maioria dos casos, o divertículo foi identificado no intra-operatório e o tratamento foi de acordo com a literatura, ressecção do divertículo através de enterectomia.

CONCLUSÃO:

A apresentação da hérnia de Littré é similar a hérnias que não apresentam o divertículo de Meckel como seu conteúdo, dificultando o diagnóstico. Esse caso mostra a importância de manter em mente este diagnóstico diferencial, assim como a importância de uma exploração adequada do saco herniário, principalmente aquele contendo alças intestinais.

REFERÊNCIAS:

- 1) SCHIZAS, D. et al. Littré's hernia: a systematic review of the literature. *Hernia*, v. 23, n. 1, p. 125-130, 2019.
- 2) COSTA, Leandro. HÉRNIA DE LITTRÉ COMPLICADA COM PERFURAÇÃO: UM RARO CASO. *Revista FOCO*. ISSN: 1981-223X, p. V.10, no2, jan./jul. 2017. Fig 1 - corte da tomografia de abdome que mostra a hérnia epigástrica encarcerada, com borramento do conteúdo do saco herniário Fig 2 - imagem do achado intraoperatório do divertículo em borda antimesentérica SANCHEZ, Rosa; DE LA FE, Roberto. Hernia de Littré estrangulada. Presentación de um caso. *Multimed. Revista Médica. Granma*, Multimed 2019; 23(5).
- 3) USMAN, Ahmad et al. Littré's Hernia: A Rare Intraoperative Finding. *Cureus*, v. 12, n. 10, 2020. SANTIESTEBAN PUPO, Wilfredo Ernesto; BORGES SANDRINO, René Santiago; RAMON MUSIBAY, Enia. Littré's hernia. *Rev Cub Med Mil, Ciudad de la Habana* , v. 47, n. 3, p. 1-7, sept. 2018 .
- 4) PUPO, Wilfredo et al. Hernia de Littré - Presentación de caso. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2018;47(3).
- 5) BALANI, Ankit et al. Perforated Littré's hernia diagnosed on imaging: case report and review of literature. *Japanese journal of radiology*, v. 33, n. 6, p. 366-369, 2015.
- 6) MALLING, Brian; KARLSEN, Andreas; HERN, Jesper. Littré Hernia: A Rare Case of an Incarcerated Meckel's Diverticulum. *Ultrasound Int Open*. 2017; 3: E91–E92, 4 maio 2023.

Capítulo 23



10.37423/240308829

MANEJO ENDOSCÓPICO DA DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE ESOFAGOGÁSTRICA

Braulio Sambaquy Escobar

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Jessica Carolina Bravo Aguilar

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

VITOR AUGUSTO DONCATTO

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Stephan Adamour Soder

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

JOSÉ ARTUR SAMPAIO

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Julio Carlos Pereira Lima

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

RODRIGO MARIANO

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre



INTRODUÇÃO:

Fístula de anastomose ocorre em cerca de 11,4% dos pacientes submetidos a esofagectomia, complicação cirúrgica mais comum deste procedimento. A Terapia à Vácuo (embora pouco difundida, pode alcançar uma elevada taxa de sucesso no manejo desse quadro).

RELATO DO CASO

Feminina, 43 anos, tabagista, com pirose, regurgitação e perda de 16% do peso corporal total no período de 1 ano, apresentando IMC final de 13 Kg/m² realizou Endoscopia Digestiva Alta (com biópsia, recebendo diagnóstico de carcinoma epidermóide de esôfago médio/distal). Submetida a quimiorradioterapia neoadjuvante conforme o CROSS trial. Realizada posteriormente esofagectomia videolaparoscópica em três campos com confecção de neoesofago a partir de tubo gástrico. Evoluiu no quinto dia pós-operatório com quadro de sepse e hidropneumotórax. Tomografia cervical e torácica evidenciou deiscência de anastomose esofagogástrica de 20 mm, sendo instalada TV na topografia da deiscência via EDA, com trocas semanais do curativo pelo período de 4 semanas, evidenciando redução no tamanho da lesão e fundamentalmente na drenagem torácica. Após esse período, foi reintroduzida a dieta líquida pela via oral, e instalada prótese esofágica guiada por EDA, com alta hospitalar após 5 dias do procedimento. Em 21 dias a paciente obteve boa aceitação e progressão da dieta pela via oral, sendo submetida à retirada da prótese. Radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno (não evidenciou persistência de trajeto fistuloso).

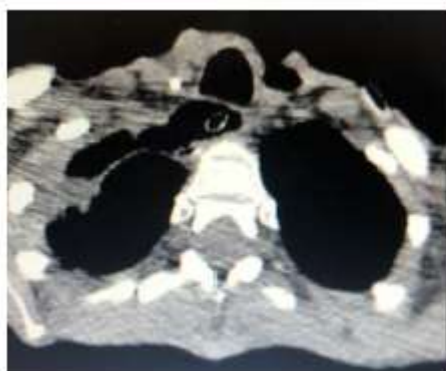


Figura 1: tomografia demonstrando área de deiscência da anastomose esofagogástrica



Figura 2: visão direta da deiscência por endoscopia



Figura 3: prótese esofágica ao raio-x de tórax

DISCUSSÃO

É aceitável o uso da TV nas lesões esofágicas contidas e não loculadas de dimensões menores que 8 cm. Tais dispositivos estão associados a ótimas taxas de fechamento dos defeitos fistulosos com menos

eventos adversos quando comparados a aplicação isolada de stents A TV possibilita a drenagem constante do conteúdo da fístula, levando a diminuição do edema, aumento da proliferação do tecido de granulação e cicatrização Seu emprego no manejo de fístulas esofágicas superiores mostra se como alternativa eficaz e segura associada a baixos índices de complicações e mortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1)HallBR,FloresLE,ParshallZS,ShostromVK,AreC,ReamesBN.Riskfactorsforanastomoticleakafteresoph
gectomyforcancer:ANSQIPprocedure-targetedanalysis.JSurgOncol.2019Sep;120(4):661
669.doi:10.1002/jso.25613.Epub2019Jul10.PMID:31292967.
- 2)LivingstoneI,PollockL,SgromoB,MastoridisS.CurrentStatusofEndoscopicVacuumTherapyintheManag
ementofEsophagealPerforationsandPostOperativeLeaks.ClinEndosc.2021Nov;54(6):78797.doi:10.5946
/ce.2021.240.Epub2021Nov16.PMID:34781418;PMCID:PMC8652150.
- 3)SchaheenL,BlackmonSH,NasonKS.Optimalapproachtothemanagementofintrathoracicesophageallea
kfollowingesophagectomy:asystematicreview.AmJSurg.2014Oct;208(4):536-
43.doi:10.1016/j.amjsurg.2014.05.011.Epub2014Jul21.PMID:25151186;PMCID:PMC4172525.
- 4)doMonteJuniorES,deMouraDTH,RibeiroIB,HathornKE,FariasGFA,TurianiCV,MedeirosFS,BernardoW
M,deMouraEGH.Endoscopicvacuumtherapyversusendoscopicstentingforuppergastrointestinaltrans
muraldefects:Systematicreviewandmeta-analysis.DigEndosc.2021Sep;33(6):892-
902.doi:10.1111/den.13813.Epub2020Oct28.PMID:33300634.
- 5)BerlthF,BludauM,PlumPSetal.Selfexpandingmetalstentsversusendoscopicvacuumtherapyinanasto
moticleaktreat-mentafteroncologicgastroesophagealsurgery.JGastrointestSurg2019;23:67–75.

Capítulo 24



10.37423/240308830

A ABORDAGEM CONTEMPORÂNEA DA HÉRNIA DE HIATO: DESAFIOS E SOLUÇÕES

João Antonio Zanatta Neto

União das Faculdades dos Grandes Lagos

Maíra Molinari Fronza

Universidade do Oeste Paulista

Mariana Xavier Scomparin

União das Faculdades dos Grandes Lagos

Marcos Vinícius Veanholi

União das Faculdades dos Grandes Lagos

Josiane Aparecida Fátima Gomes

União das Faculdades dos Grandes Lagos

Nathieli Pinhatti Colatreli

Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto



Resumo: A hérnia de hiato é uma condição comum que afeta o trato gastrointestinal superior. O tratamento da hérnia de hiato tem sido um desafio para os médicos, vistos que envolve desafios clínicos. Este presente estudo revisa alguns dos desafios e soluções na abordagem contemporânea da hérnia de hiato, pautado em artigos de base de dados do PubMed. Conclui-se que apesar dos desafios persistirem, as possibilidades de tratamentos tem evoluído ao longo do tempo proporcionando melhores resultados e menor morbidade para os pacientes.

Palavras-chave: “hérnia de hiato”; “refluxo gastroesofágico” e “tratamento”.

OBJETIVO

Este presente estudo tem como objetivo revisar as abordagens contemporâneas no tratamento da hérnia de hiato, analisando as técnicas cirúrgicas, as soluções não cirúrgicas e as novas alternativas menos invasivas, como a endoscopia. Além disso, busca-se avaliar os desafios atuais acerca da relação entre hérnia de hiato e refluxo gastroesofágico, riscos e complicações associados às cirurgias para correção da hérnia e as possíveis soluções para aprimorar os resultados e a qualidade de vida dos pacientes.

O objetivo final é fornecer uma visão abrangente e atualizada do manejo da hérnia de hiato, destacando as opções de tratamento mais eficazes, seguras e adequadas para cada perfil de paciente.

RESULTADOS

A hérnia de hiato (HH) é uma condição bastante frequente na população em geral. Ocorre quando a pressão intra-abdominal aumenta, levando ao deslocamento do estômago e de outras vísceras abdominais para o mediastino, podendo até debilitar os músculos diafragmáticos. O sobrepeso e o avanço da idade são fatores de risco significativos para o desenvolvimento da HH.

Além disso, gestações múltiplas, histórico de cirurgia esofágica, gastrectomia parcial ou total e certas condições do sistema esquelético associadas à descalcificação e degeneração óssea também são considerados fatores de risco conhecidos, bem como a lesão da mucosa esofágica causada por exposição ácida, o que pode acarretar no encurtamento esofágico e ao desenvolvimento da hérnia de hiato. Ainda, cabe mencionar que existem quatro tipos de hérnia hiatal: deslizante (tipo I), paraesofágica pura (tipo II), mista (tipo III) e complexa (tipo IV).

A presença de sintomas relacionados à hérnia de hiato está frequentemente associada ao diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). O refluxo gastroesofágico, caracterizado por regurgitação e pirose (sensação de queimação no peito), é o sintoma mais comum observado em casos de hérnia de hiato. Outros sintomas menos frequentes incluem dificuldade para engolir (disfagia), dor no epigástrico ou no tórax, e, em alguns casos, anemia ferropriva crônica. Hérnias de grande tamanho podem causar sintomas adicionais, como disfagia, sensação de saciedade precoce ou regurgitação.

As principais ferramentas para o diagnóstico da hérnia hiatal consistem em: radiografia com ingestão de bário (avaliações pré operatórias), tomografia computadorizada (TC - com o fito de diagnosticar casos de rotação gástrica e/ou envolvimento de rupturas de órgãos associados), endoscopia (para

identificar o refluxo gástrico) e manometria de alta resolução (a fim de medir o peristaltismo esofágico).

Pacientes que apresentam sintomas significativos de hérnia paraesofágica, especialmente aqueles com sintomas obstrutivos e vôlvo gástrico, geralmente requerem cirurgia de emergência.

No caso de hérnia deslizante com sintomas de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), a abordagem cirúrgica pode ser considerada, especialmente quando a regurgitação persiste mesmo após o tratamento médico com inibidores de bomba de prótons (IBP). A literatura também sugere que pacientes assintomáticos com menos de 50 anos devem ser avaliados para a possibilidade de cirurgia.

O principal tratamento não cirúrgico se dá pela modificações no estilo de vida, que inclui a perda de peso, elevação da cabeceira da cama em 20 cm durante o sono, evitar refeições 2 a 3 horas antes de dormir, eliminar de alimentos “gatilhos” da dieta - como chocolate, álcool, cafeína, alimentos picantes, frutas cítricas e bebidas gaseificadas. Já a terapia medicamentosa é com o uso de inibidores da bomba de prótons por 8 semanas, de acordo com o American College of Gastroenterology. Contudo, em casos de hérnia paraesofágica o paciente terá pouco ou nenhum alívio com os medicamentos, visto que o tratamento definitivo para a essa condição é a cirurgia.

No que se refere à abordagem técnica cirúrgica, o reparo da hérnia de hiato pode ser realizado por via transabdominal ou transtorácica, geralmente através do tórax esquerdo.

Atualmente, o procedimento padrão é a realização da fundoplicatura laparoscópica, tanto para hérnia de hiato deslizante quanto para hérnia paraesofágica. Porém, existem muitos estudos acerca do uso da tela no reforço da hérnia hiatal, cruroplastia de sutura e intervenções endoscópicas.

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) ocorre quando fatores prejudiciais ao esôfago superam os mecanismos de proteção que normalmente mantêm um equilíbrio fisiológico. A relação entre refluxo e hérnia de hiato é um dos aspectos importantes na patogênese da DRGE, uma vez que na HH ocorre o deslocamento do estômago proximal para o tórax e na separação do diafragma crural do esfíncter esofágico inferior (EEI). Existe uma correlação linear aparente entre o tamanho da hérnia e a gravidade dos sintomas de refluxo. A HH causa relaxamento do esfíncter esofágico inferior, resultando em aumento da frequência de refluxo gastroesofágico. Além disso, compromete a depuração esofágica, levando a um aumento do refluxo e atuando como um reservatório para o ácido gástrico que fica retido em seu saco herniário.

Em casos de cirurgia para correção da HH utilizando a técnica de fundoplicatura, que precisa ser realizada para prevenir RGE pós-operatório, com fixação gástrica intra-abdominal.

Estudos relatam incidência de disfagia, e não deve ser realizada em pacientes sem história de refluxo significativo ou com motilidade esofágica ruim.

Já o uso da tela, as complicações típicas incluem erosão e penetração esofágica, juntamente com aumento do risco de infecções. Contudo, o cenário acerca da tela é controverso e está em constante mudança, visto que recentemente houve menos relatos de complicações graves em comparação com o passado.

A abordagem endoscópica minimamente invasiva pode ser considerada em pacientes cuidadosamente selecionados que apresentam hérnia hiatal de pequeno tamanho e sem complicações associadas à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Esses procedimentos endoscópicos abrangem opções como fundoplicatura endoscópica, técnicas de ressecção da mucosa, ablação de tecido, criação de barreiras mecânicas e o uso de dispositivos para sutura e grampeamento.

Para realizar o reparo cirúrgico, materiais de sutura não absorvíveis têm sido usados para correção dos defeitos crurais, e demonstrou ser segura em experimentos com bom alívio dos sintomas.

Ademais, a cirurgia robótica é uma alternativa para correção da hérnia hiatal. Entretanto, quando comparado à cirurgia laparoscópica, os reparos robóticos tiveram maiores taxas de complicação e readmissão não ajustadas e ajustadas. A taxa geral de complicações mostrou uma tendência de melhora, o que pode ser resultado do aumento da experiência com a cirurgia robótica.

METODOLOGIA

Uma busca na literatura PubMed, que oferece uma vasta seleção de artigos científicos revisados por pares. Os descritores foram "hiatus hernia", "hiatal hernia", "hiatus hernia reflux", "hiatus hernia sliding", "endoscopy hiatus hernia", "robotic hiatus hernia", e com busca restrita para artigos publicados entre os anos de 2018 e 2023.

CONCLUSÃO

Em conclusão, a abordagem contemporânea da hérnia de hiato tem evoluído ao longo dos anos, proporcionando melhores resultados e menor morbidade para os pacientes. Ainda assim, alguns desafios persistem, como a seleção adequada dos pacientes, a escolha da técnica cirúrgica e a

prevenção de recidivas. É importante que os cirurgiões estejam atualizados sobre as novas técnicas e abordagens para que possam oferecer o melhor tratamento para cada paciente.

Além disso, a participação multidisciplinar e a comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos no tratamento do paciente com hérnia de hiato são cruciais para obter bons resultados e garantir a segurança do paciente. Por fim, é fundamental que sejam realizados estudos clínicos bem desenhados e de alta qualidade para aprimorar ainda mais a abordagem contemporânea da hérnia de hiato e garantir a melhoria contínua do tratamento para os pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sfara, A., & Dumitrascu, D. L. (2019). The management of hiatal hernia: an update on diagnosis and treatment. *Medicine and pharmacy reports*, 92(4), 321–325. [https://doi.org/ 10.15386/mpr-1323](https://doi.org/10.15386/mpr-1323)
2. Kim, J., Hiura, G. T., Oelsner, E. C., Yin, X., Barr, R. G., Smith, B. M., & Prince, M. R. (2021). Hiatal hernia prevalence and natural history on non-contrast CT in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *BMJ open gastroenterology*, 8(1), e000565. [https://doi.org/ 10.1136/bmjgast-2020-000565](https://doi.org/10.1136/bmjgast-2020-000565)
3. Yu, H. X., Han, C. S., Xue, J. R., Han, Z. F., & Xin, H. (2018). Esophageal hiatal hernia: risk, diagnosis and management. *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 12(4), 319– 329. <https://doi.org/10.1080/17474124.2018.1441711>
4. Horinishi, Y., Shimizu, K., Sano, C., & Ohta, R. (2022). Surgical Interventions in Cases of Esophageal Hiatal Hernias among Older Japanese Adults: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(2), 279. <https://doi.org/10.3390/medicina58020279>
5. Klock, J. A., Walters, R. W., & Nandipati, K. C. (2023). Robotic Hiatal Hernia Repair Associated with Higher Morbidity and Readmission Rates Compared to Laparoscopic Repair: 10-Year Analysis from the National Readmissions Database (NRD). *Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract*, 27(3), 489–497. <https://doi.org/10.1007/s11605-022-05548-x>
6. Omura, N., Tsuboi, K., & Yano, F. (2019). Minimally invasive surgery for large hiatal hernia. *Annals of gastroenterological surgery*, 3(5), 487–495. <https://doi.org/10.1002/ags3.12278>
7. Sathasivam, R., Bussa, G., Viswanath, Y., Obuobi, R. B., Gill, T., Reddy, A., Shanmugam, V., Gilliam, A., & Thambi, P. (2019). 'Mesh hiatal hernioplasty' versus 'suture cruroplasty' in laparoscopic para-oesophageal hernia surgery; a systematic review and meta-analysis. *Asian journal of surgery*, 42(1), 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2018.05.001>
8. Mann, R., Gajendran, M., Perisetti, A., Goyal, H., Saligram, S., & Umapathy, C. (2021). Advanced Endoscopic Imaging and Interventions in GERD: An Update and Future Directions. *Frontiers in medicine*, 8, 728696. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.728696>
9. Argyrou, A., Legaki, E., Koutserimpas, C., Gazouli, M., Papaconstantinou, I., Gkiokas, G., & Karamanolis, G. (2018). Risk factors for gastroesophageal reflux disease and analysis of genetic contributors. *World journal of clinical cases*, 6(8), 176–182. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v6.i8.176>

Capítulo 25



10.37423/240308836

GASTRECTOMIA VERTICAL ASSISTIDA POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Patrícia Mendes Violante

Hospital Unimed Betim

Caique Antonio Silva

Hospital Unimed Betim

Sabrina Brito Martins Pêgo

Hospital Unimed Betim

Sophia de Oliveira Borges Saad

Hospital Unimed Betim



INTRODUÇÃO:

A prevalência da obesidade está crescendo globalmente, representando um desafio de saúde pública. A cirurgia bariátrica emergiu como uma solução eficaz, superando os métodos não cirúrgicos em termos de perda de peso e manejo das comorbidades relacionadas à obesidade. Dentre as técnicas disponíveis, a Gastroplastia com Bypass Gástrico em Y de Roux e a Gastroplastia Vertical (GV) por videolaparoscopia se destacam, sendo esta última a mais adotada devido à sua simplicidade e menor índice de complicações. As principais complicações da GV incluem estenose gástrica, com incidência de 0,6 a 4%, geralmente na incisura angular, e fístulas na linha de grampo, ocorrendo em 0,5 a 2,6% dos casos. A endoscopia intraoperatória pode ser útil para identificar possíveis complicações e, quando detectadas, obter resolução imediata. O presente estudo objetiva descrever a técnica cirúrgica, ainda pouco difundida, além de demonstrar seus benefícios.

DESCRIÇÃO:

O endoscópio durante a cirurgia de gastroplastia, além de registrar o procedimento pelo interior do estômago, também serve como guia para realizar o grampeamento gástrico. Após introdução do endoscópio e ligadura dos vasos gastrointestinais e vasos gástricos curtos, até a transição esôfago-gástrica, inicia-se a gastrectomia vertical. Para este procedimento é necessário a utilização de endogrampeador, que se inicia com o grampeamento há 5cm à montante do piloro e estende-se até o ângulo de Hiss. Em seguida, realiza-se uma sutura de reforço em toda serosa, com o intuito de evitar sangramento intracavitário. Durante todo o procedimento cirúrgico, o endoscópio está presente possibilitando a visualização direta e intrínseca ao estômago.

DISCUSSÃO:

Podemos observar inúmeras vantagens ao realizar endoscopia no período intraoperatório da gastroplastia, sendo elas: melhor ajuste do tubo gástrico durante o grampeamento; detectar precocemente estenose gástrica; possibilidade de observar lesões incidentais em tempo real, facilitando a correção imediata; conferir e confirmar uma hemostasia adequada e o posicionamento final do tubo gástrico, evitando a formação de twist; realizar teste de vazamento com visão mais ampla e fornecer ao paciente uma endoscopia ao término do procedimento. Diante disso, é possível concluir que a endoscopia realizada durante a gastroplastia viabiliza a identificação e correção imediata das

possíveis complicações, além de reduzir o tempo de internação hospitalar, implicando em melhor recuperação no pós operatório e garantindo o sucesso na técnica operatória realizada.

REFERÊNCIAS:

1. Peterli R, Wölnerhanssen BK, Peters T, et al. Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss in Patients With Morbid Obesity: The SM-BOSS Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2018; 319:255.
2. Obstein KL, Thompson CC. Endoscopy after bariatric surgery (with videos). *Gastrointest Endosc* 2009; 70:1161.
3. Tang SJ, Rivas H, Tang L, et al. Endoscopic hemostasis using endoclip in early gastrointestinal hemorrhage after gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2007; 17:1261.
4. American Society for Gastrointestinal Endoscopy Standards of Practice Committee, Evans JA, Muthusamy VR, et al. The role of endoscopy in the bariatric surgery patient. *Gastrointest Endosc* 2015; 81:1063.

Capítulo 26



10.37423/240308839

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMA RENAL EM RIM EM FERRADURA - UM RELATO DE CASO

Isabela Gasparino Boehm

*Universidade da Região de Joinville -
UNIVILLE*

Vitoria da Silva Belli

Hospital Municipal São José

Vinicius Santos Balzer

*Universidade da Região de Joinville -
UNIVILLE*

Isabela Carolina Bohn Borba

Hospital Municipal São José

Dayana Talita Galdino

Hospital Municipal São José



INTRODUÇÃO:

Dentre as variações anatômicas renais, o rim em ferradura tem incidência de 1 em 400 a 600 nascimentos, e representa a alteração de fusão mais comum dos rins. Esses pacientes são mais propensos a lesões renais quando acometidos por trauma contuso, que cursa com lesão renal em 10% dos casos. O manejo do trauma renal, quando de grau IV ainda possui conduta controversa devido a possibilidade de intervenção endovascular, especialmente nesses casos de variação anatômica. Assim, este caso tem como objetivo descrever o caso de um paciente portador de rim em ferradura com trauma renal contuso grau IV submetido a tratamento conservador.

RELATO DO CASO:

Paciente masculino, 22 anos, vítima de trauma abdominal contuso, admitido estável hemodinamicamente, com queixa de dor abdominal. Após atendimento primário, foi realizada tomografia computadorizada (TC) que evidenciou rim em ferradura com laceração grau IV.

Diante da estabilidade, decidiu-se por conduta conservadora sem necessidade de tratamento endovascular. Paciente ficou 9 dias em internação, recebeu 4 concentrados de hemácias, e teve variação de hemoglobina e hematócrito de respectivamente 13,2 mg/dL para 9,5 mg/dl e 38,9 mg/dL a 32,3 md/dL. A tomografia de controle evidenciou hematoma retroperitoneal esquerdo deslocando rim, sem extravasamento de contraste. Devido à boa evolução, optou-se por alta hospitalar com retorno ambulatorial precoce. No retorno ambulatorial, foram solicitados exames de seguimento, mas o paciente não retornou.

DISCUSSÃO:

A presença de variação anatômica renal aumenta a vulnerabilidade às lesões traumáticas, principalmente vasculares e de parênquima, devido a distorção da anatomia locorregional, tornando o tratamento conservador uma boa escolha. O rim em ferradura, em 60% dos pacientes, cursa de maneira assintomática e o diagnóstico ocorre de forma incidental por exames de imagem. As lesões renais classificadas de I a III têm tratamento conservador bem estabelecido na literatura. Lesões de alto grau - grau IV e V - correspondem a um quarto dos casos e costumavam ser tratadas de maneira invasiva, mas, com o avanço das intervenções endovasculares, a conduta conservadora também se tornou possível caso haja estabilidade hemodinâmica. A presença de anomalias renais aumenta a incidência de necessidade de intervenção devido às alterações anatômicas. Dessa forma, a presença

de rim em ferradura, cuja vascularização pode apresentar variações, implica em dificuldade para a conduta endovascular.

Entretanto, se a embolização não for suficiente para cessar a hemorragia, a abordagem cirúrgica torna-se obrigatória. Os casos de lesão grau IV, especialmente em casos com alterações anatômicas do rins associadas, pela sua menor incidência, não há tanta fundamentação teórica da conduta. No caso relatado, o paciente apresentava lesão de alto grau em rim em ferradura e foi submetido com sucesso a terapia conservadora.

Capítulo 27



10.37423/240308848

CARDIORRAFIA DE LESÃO PENETRANTE EM VENTRÍCULO ESQUERDO: CONTROLE DE DANOS

Frederico Mendes Borges

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

LUIZA ALMEIDA SARTI DE VASCONCELOS

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Gabriel Felipe Gomes

Centro Universitário Barão de Mauá

Gessica Ribeiro Borges

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Danielle Giorgenon Di-Bonifacio

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Pedro Henrique de Souza Sandim Silva'

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Lucas Bergonse Garaluz da Silva

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Eduardo de Barros Correia

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Adriano de Melo Cabral Filho

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Pamela Carolyne Damas Ogawa

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

INTRODUÇÃO:

O trauma torácico penetrante apresenta uma mortalidade de cerca de 90%. Destes, até 80% morrem no local ou a caminho de algum serviço de saúde, com aumento na mortalidade caso tenha atraso no atendimento após os primeiros 30 minutos. Das lesões que atingem o miocárdio, o VD é a estrutura anatômica mais acometida, em cerca de 55% dos casos, seguido pelo VE, com cerca de 20%. Destas, deve-se observar a lesão de saco pericárdico, o que pode resultar em tamponamento cardíaco, evitando assim, a exsanguinação, mostrando-se por meio de sinais clínicos como a hipotensão arterial, bulhas cardíacas hipofonéticas e o aumento da pressão venosa central que se traduz por turgência de veias jugulares.

RELATO DE CASO:

Paciente de 30 anos, deu entrada no serviço 2 horas após FAB em tórax no sexto EIC esquerdo, intubado, em uso de aminas vasoativas, feito ácido tranexâmico e expansão volêmica. Realizado protocolo ATLS, MV abolido em base esquerda, com redução da expansibilidade, turgência de Jugular esquerda. Realizada punção de alívio imediatamente. Bulhas cardíacas hipofonéticas. Paciente evoluiu com PCR revertida após toracostomia com drenagem pleural em selo d'água à esquerda. FC: 145 bpm, PA: 88 x 55 mmHg. Realizado US-FAST e identificado volumoso tamponamento cardíaco em janela pericárdica. Tentado pericardiocentese com abocath n.14, devido ausência de agulha de Marfan, sem sucesso. Optado por toracotomia de emergência. Incisão de saco pericárdico e localização de lesão em ventrículo esquerdo, preservando os vasos coronarianas. Rafia da lesão com fio Prolene 3-0 e optado por realizar curativo oclusivo à vácuo para controle de danos, com posterior reabordagem cerca de 48 horas depois para fechamento completo de parede torácica.

DISCUSSÃO:

É mandatório a realização do ATLS para atendimento sistematizado e, tratando-se de um FAB em tórax, deve-se lembrar da delimitação anatômica da Zona de Ziedler (superior: clavículas. Inferior: margem costal. Lateralmente: linhas hemiclaviculares) para possível acometimento cardíaco, para a identificação da lesão o mais precocemente possível. Além disso, é importante ressaltar o tempo até o transporte do paciente ao serviço terciário para manejo adequado.

Palavra-chave: 1 TORACOTOMIA Palavra-chave 2: CARDIORRAFIA Palavra-chave 3: FERIMENTO TORACICO POR ARMA BRANCA.

REFERÊNCIAS:

Campisi A, Ciarrocchi AP, Grani G et al. Penetrating left ventricular injuries management: single General Thoracic Center experience. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2021 Aug;69(8):1254-1257. doi: 10.1007/s11748-021-01650-0. Epub 2021 May 27. PMID: 34041690. Araujo JDC. Cardiorrafia pós-lesão torácica por arma branca. *Relatos Casos Cir.*2019;(2):e2109. Aguiar GS, Santos GFG, Ribeiro EGB, Ferimento em zona de ziedler por arma branca com lesão cardíaca: Relato de caso. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.* Ano 05, Ed. 11, Vol. 10, pp. 32-41. Novembro de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/lesao-cardiaca>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/lesao-cardiaca

Capítulo 28



10.37423/240308849

HÉRNIA DE AMYAND - RELATO DE CASO RARO

CAMILA MARCHET RAGNINI

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA UNINTA -
CAMPUS ITAPIPOCA

MARIA CLARA PINTO ANDRADE

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA UNINTA -
CAMPUS ITAPIPOCA

CAIO GUILHERME MOURA MARQUES

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA UNINTA -
CAMPUS ITAPIPOCA

Letícia Brena dos Santos Lima

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA UNINTA -
CAMPUS ITAPIPOCA

WILLIAM PINHEIRO BOAVISTA DE OLIVEIRA

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo

JOSÉ ALBUQUERQUE LANDIM JÚNIOR

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo

JOSÉ VALMIR MOURA JUNIOR

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo



INTRODUÇÃO

Apresentamos nesse relato de caso uma condição rara, a Hérnia de Amyand, sendo está definida como uma hérnia inguinal com presença do apêndice vermiforme dentro do saco herniário, associada ou não a inflamação, tendo incidência de 1% de todas hérnias inguinais (Tsalis K et al., 2022).

Dr. Claudius Amyand, em 6 de dezembro de 1735 foi quem pela primeira vez realizou apendicectomia em uma criança de 11 anos de idade, e pode, com sucesso tratar essa raridade, para qual deu seu próprio nome. Quando o apêndice está encarcerado dentro de uma hérnia, pode apresentar-se com inflamação, infecção ou estar perfurado, podendo também estar saudável (Ivanschuk G et al, 2014).

O uso de exames complementares como ultrassom e tomografia auxilia no diagnóstico, mas seu uso ainda é controverso. Os sinais clínicos geralmente são inespecíficos e dependem da associação com o quadro de apendicite. O paciente pode apresentar edema na região inguinal e dor aos esforços, como ocorre numa hérnia comum. Quando coexiste um quadro inflamatório já pode apresentar dor abdominal mais intensa, febre, vômito, e obstrução intestinal (Crouillard et al., 2017).

Na maioria dos casos há necessidade de apendicectomia além da herniorrafia e reparo tecidual primário. O uso de telas ainda é controverso, devendo ser evitado em um campo potencialmente contaminado (Afzal Z et al., 2021).

RELATO DE CASO

Paciente JLFL, sexo masculino, 56 anos de idade, agricultor, apresentou-se no ambulatório de cirurgia geral com uma hérnia inguino-escrotal à direita, que o acometia há 17 anos. Porém, nos 8 dias antecedentes à consulta, notou um aumento no volume escrotal, além de sintomas como náuseas e dificuldade em eliminar flatos e fezes.

Ao exame físico, observou-se um abdome plano, ruídos hidroaéreos aumentados e dor difusa à palpação. Além disso, verificou-se a presença de uma hérnia inguino-escrotal com um volume bem considerável, como nos mostra a imagem 1.

O paciente foi então submetido a uma hernioplastia inguinal direita sob raquianestesia durante o procedimento, foi visto que a hérnia inguino-escrotal continha líquido sero-purulento, presente também em íleo distal, ceco, apêndice cecal, cólon ascendente e parte do cólon transversal. O apêndice cecal, que estava contido no saco herniário, apresentava necrose e perfuração no terço

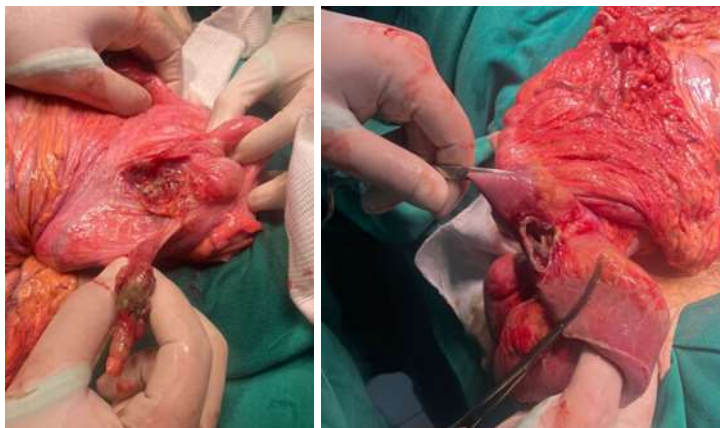
médio. Também foi observado bloqueio com perfuração de um segmento ileal, localizado a 100 cm acima da válvula ileo-cecal. O testículo direito apresentava conteúdo liquefeito e sinais de má perfusão crônica.

Foram realizados os procedimentos de apendicectomia, enterectomia segmentar com anastomose termino-terminal, orquiectomia direita, com ligadura do cordão espermático, e hernioplastia inguinal à Bassin. O paciente recebeu alta 5 dias após o procedimento.



IMAGEM 1: paciente ao chegar no ambulatório;

Fonte: imagem do autor



IMAGENS 2 e 3: procedimento cirúrgico

Fonte: imagem do autor

DISCUSSÃO

A hérnia de Amyand tem uma prevalência média de 0,95%, e a incidência de apendicite aguda em hérnias inguinais é ainda mais rara, apresentando uma variação entre 0,07% e 0,13%. O diagnóstico é desafiador, devido à compreensão limitada de sua fisiopatologia e à possibilidade de sintomas similares a outras condições abdominais ou à sua manifestação assintomática, muitas vezes descoberta durante procedimentos cirúrgicos ou exames de imagem. O tratamento é escolhido

conforme a apresentação clínica, desde observação até cirurgia de emergência. No caso clínico em questão, optou-se pela raquianestesia para a hernioplastia inguinal direita, orquiectomia direita e técnica de hernioplastia à Bassin, visando o melhor custo-benefício para o paciente e estar em conformidade com a literatura atual.

O caso do paciente JLFL ressalta a complexidade no tratamento de hérnias inguino-escrotais crônicas, principalmente quando complicadas por eventos agudos. Nesse sentido, esta discussão objetiva contextualizar as decisões tomadas, à luz da literatura médica atual. A evolução prolongada da hérnia inguino-escrotal ao longo de 17 anos destaca a necessidade de intervenção precoce em casos similares. A demora no tratamento pode acarretar complicações graves, ampliando a morbidade e o risco de intervenções mais extensas. A descoberta intraoperatória de necrose e perfuração do apêndice cecal, associada à obstrução do segmento ileal, sublinha a importância da avaliação intraoperatória abrangente. Nesse cenário, a abordagem, incluindo apendicectomia e enterectomia segmentar, é respaldada por estudos, como o de Malik et al. (2017), que ressaltam a necessidade de intervenções agressivas diante de complicações intestinais em hérnias inguinais. A escolha da raquianestesia para a hernioplastia inguinal direita destaca a importância da individualização da técnica anestésica. A literatura, exemplificada por estudos como o de Aasvang et al. (2019), sugere que a raquianestesia pode proporcionar benefícios em recuperação pós-operatória e analgesia, contribuindo para o sucesso do procedimento. A orquiectomia direita, apesar de ser uma decisão drástica, é respaldada por estudos que salientam a relação entre hérnias inguinais crônicas e alterações vasculares testiculares. Nesse contexto, a ligadura do cordão espermático é crucial para evitar complicações como infarto testicular pós-operatório. A técnica de hernioplastia à Bassin, empregada neste caso, encontra suporte em estudos como o de Chen et al. (2020), evidenciando a eficácia dessa abordagem em hérnias inguinais complexas, proporcionando recuperação rápida e duradoura.

CONCLUSÃO

Devido a sua raridade, a Hérnia de Amyand dificilmente tem alta suspeição no pré-operatório, propiciando que o seu diagnóstico ocorra após procedimento cirúrgico e exames de imagem. A conduta será definida a depender de apendicite associada ou não, podendo resultar em várias complicações: apêndice perfurado com abscesso peri- apendicular ou intra-abdominal, fascíte necrotizante da parede abdominal anterior, epididimite ou abscesso testicular

Ainda não há uma elucidação fisiopatológica ampla, como também, não possui sintomas característicos, comportando-se frequentemente de forma assintomática, o que dificulta o seu reconhecimento. Caracteriza-se por ser uma condição rara.

No presente relato de caso, houve uma conduta individualizada e multidisciplinar, com abordagem clínica e cirúrgica, em conformidade com as técnicas atuais e adequadas ao quadro clínico do paciente, que apresentou uma boa evolução do quadro após a intervenção médica apropriada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tsalis K, Symeonidis S, Anestiadou E, Bitsianis S, Christidis P, Loutzidou L, Ouzounidis N, Kotidis E, Gemousakakis G, Angelopoulos S. Amyand's Hernia as a Random Finding in Acute Abdominal Pain and the Role of Thorough Investigation: a Case Report. *Maedica (Bucur)*. 2022 Sep;17(3):720-725. doi: 10.26574/maedica.2022.17.3.720. PMID: 36540579; PMCID: PMC9720635.

Ivanschuk G, Cesmebasi A, Sorenson EP, Blaak C, Loukas M, Tubbs SR. Amyand's hernia: a review. *Med Sci Monit*. 2014 Jan 28;20:140-6. doi: 10.12659/MSM.889873. PMID: 24473371; PMCID: PMC3915004.

Crouillard, B.N.S. et al. Hérnia de Amyand: como conduzir um achado incidental?. *Relatos Casos Cir*.2017;(4):1-4

Afzal Z, O'Neill R. Strangulated Amyand's hernia: management during the COVID-19 pandemic. *J Surg Case Rep*. 2021 Apr 30;2021(4):rjab153. doi: 10.1093/jscr/rjab153. PMID: 33959254; PMCID: PMC8087458.

AMYAND, C. Of na inguinal rupture, with a pin in the appendix coeci, incrusted with stone; and some observations on wounds in the guts. **Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 39*, 329-342, 1735.

ALVARADO, A. et al. Amyand's hernia: a case report. **Journal of Surgical Case Reports*, 2018*(9), rjy241, 2018.

CHEN, H., Liu, S., Huang, X., Li, Y., & Li, Y. (2020). Surgical repair of inguinal hernia using Bassini's technique: a systematic review and network meta-analysis. **BMC Surgery*, 20*(1), 239. Doi:10.1186/s12893-020-00919-7

D'ALIA, C.; LO SCHIAVO, M. G.; TONANTE, A. et al. Amyand's hernia: case report and review of the literature. **Hernia*, 7*(2), 89-91, 2003.

IKRAM, S., Kaleem, A., & Ahmad, S. M. (2018). Amyand Hernia: A Literature Review of the Diagnosis and Management of the Rare Presentation of the Wandering Appendix. **Journal of Rare Disorders: Diagnosis & Therapy**, 4(1), 1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.21767/2380-7245.100171>. Acesso em 5 de dezembro de 2023.

IVANSCHUK, G., Cesmebasi, A., Sorenson, E. P., Blaak, C., Loukas, M., & Tubbs, S. R. (2014). Amyand's hernia: a review. **Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research**, 20, 140–146. Disponível em: <https://doi.org/10.12659/MSM.889873>. Acesso em 5 de dezembro de 2023.

KULACOGU, H., Hatipoglu, S., Duzgun, A. P., & Oruc, M. T. (2016). Delayed presentation of inguinal hernia is associated with a high risk of complications. **Hernia*, 20*(5), 653-657. Doi:10.1007/s10029-016-1514-1

LI, G., Chen, X., & Guo, H. (2018). Surgical management of chronic testicular pain following mesh-based inguinal hernia repair: a systematic review and meta-analysis. **Scientific Reports*, 8*(1), 17259. Doi:10.1038/s41598-018-35421-7

LOZINSKI, T. et al. Amyand's hernia – a vermiform appendix presenting in na inguinal hernia: a case report. *Journal of Medical Case Reports, 13*(1), 232, 2019.

MALIK, A. M., Jawaid, M., & Talpur, A. H. (2017). Bowel strangulation in hernias: a review. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad, 29*(2), 323-326.

MICHALINOS, A., Moris, D., & Vernadakis, S. (2014). Amyand's hernia: a review. *American Journal of Surgery*, 207(6), 989–995. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.07.043>. Acesso em 5 de dezembro de 2023.

NAIR, A. S. et al. Amyand's hernia: A comprehensive review. *Journal of the Indian Association of Pediatric Surgeons, 25*(3), 134-139, 2020.

SANTOS, J. P. S., et al. (2020). Hérnia de Amyand – Um Relato de Caso. Disponível em: <https://congressopaulistacbc.pericoco.com.br/wp-content/uploads/2020/08/Po%CC%82ster-Amyand.pdf>. Acesso em 5 de dezembro de 2023.

SINGH, K. et al. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia, 20*(3), 405-409, 2016.

SOUSA, D., et al. (2016). Hérnia de Amyand. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (37), 29-32. ISSN 2183-1165. Disponível em: <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/445>. Acesso em 5 de dezembro de 2023.

VAN DEN HEUVEL, D. et al. Amyand's hernia: a series of 30 patients over 10 years. *Acta Chirurgica Belgica, 117*(3), 161-165, 2017

CIRURGIA: CUIDADOS E TÉCNICAS

VOLUME II



conhecimentolivre.org/home



contato@conhecimentolivre.org



[editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE