

RESUMOS

Linfedema unilateral como complicação de obstrução de tronco venoso braquiocefálico.

Unilateral lymphedema as a complication of brachiocephalic vein obstruction.

Daniel Ferreira Lana e Silva¹; Iasmin Damas de Azevedo¹; Régis de Mendonça Piccoli¹; Matheus Oliveira Castro¹; Sérgio Castro Pontes².

1 – Discente do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
2 – Docente do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
Autor correspondente: Daniel Ferreira Lana e Silva, e-mail: daniel22.04@gmail.com
Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Faculdade de Medicina – FAMED

Introdução: A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) consiste em um conjunto de sinais e sintomas como edema facial matutino, pletora facial, turgência venosa central, circulação colateral que podem ter origem numa compressão extrínseca, malignidade e mais raramente um trombo. **Descrição do caso:** O caso apresentado mostra a evolução de um trombo em tronco braquiocefálico venoso, seguido de linfedema em hemitorço esquerdo com circulação colateral demonstrada pelo fluxo bidirecional em ultrassonografia (USG) com doppler de veia jugular interna, além de turgência jugular patológica bilateralmente e presença de fistula de diálise em membro superior esquerdo. **Discussão:** A SVCS tem como etiologia mais frequente malignidades oncológicas, porém causas benignas estão crescendo com o uso de dispositivos endovenosos. A paciente foge do padrão etiológico, apresentando causa benigna sem dispositivo implantado, apenas uma fístula em antebraço esquerdo distante do ponto de suboclusão. O caso também demonstra uma rara complicação, o linfedema unilateral devido a obstrução do ducto torácico, além da circulação colateral intracraniana, incluindo o sangue dialisado em antebraço esquerdo. O diagnóstico é clínico, tendo a USG com doppler um grande valor para investigação da causa para posterior tratamento. Este por sua vez consiste em medidas de suporte como elevação da cabeceira, oxigênio e medicamentos, além de terapêutica dirigida, que no caso consistiu na heparinização. **Conclusões:** O presente caso ilustra como a síndrome da veia cava superior pode se apresentar com comemorativos atípicos e ter uma etiologia rara diagnosticada com USG doppler, sem necessitar de transferência para centro de alta complexidade.

Palavras-chave: Síndrome da Veia Cava Superior. Linfedema. Trombose Venosa Profunda. Keywords: Superior Vena Cava Syndrome. Lymphedema. Deep Vein Thrombosis.

Referências:

1. Longo DL. Hematologia e oncologia de Harrison. 18º ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.
2. Cirino LMI, Coelho RF, Rocha ID, Batista BPSN. Tratamento da síndrome da veia cava superior. J. bras. pneumol. 2005 Dec; 31(6):540-550. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132005000600013&lng=en&nrm=iso.
3. Cordeiro SZB, Cordeiro PB. Síndrome de veia cava superior. J. Pneumologia. 2002 Sept; 28(5):288-293. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862002000500009&lng=en&nrm=iso.
4. Collin G, Jones RG, Willis AP. Central venous obstruction in the thorax. Clinical Radiology. 2015 Jun; 70(6):654-60. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25843485>.
5. Domínguez MA, Manterola A, Romero P, Martínez E, Arias F, Villafranca E *et al.* Malign obstruction of the superior vena cava. Anales Sist Sanit Navar. 2004; 27 Suppl 3:99-107. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600010
6. Zimmermann S, Davis M. Rapid Fire: superior vena cava syndrome. Emerg Med Clin North Am. 2018 Aug; 36(3):577-84. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30037444>.
7. Eastmann JJ, Kim AS. A patient with idiopathic angioedema presenting with superior vena cava syndrome and lymphedema. Annals of Allergy, Asthma & Immunology. 118(3):57-258. doi:10.1016/j.anai.2016.12.017.
8. Kashihara E, Kanai O, Okamura M, Mio T. Cutaneous lymphangitis carcinomatosa made cervicofacial oedema intractable in a patient with superior vena cava syndrome. BMJ Case Rep. 2018 Apr 19;2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29674402>

O uso da pele de *Oreochromis niloticus* no tratamento de queimados de segundo grau

Vanessa Celles Moreira¹, Larissa Azevedo Rodrigues¹, Wanessa Rodrigues de Souza¹, Pedro Henrique Souza Rezende¹, Bruno Zica Cunha²

Introdução: A queimadura é uma lesão dos tecidos orgânicos, causada por trauma térmico, variando desde uma pequena bolha até formas graves. Estudos recentes apontam a utilização da pele da Tilápia-do-Nilo (*Oreochromis niloticus*) como biomaterial na medicina regenerativa, apresentando boa aderência ao leito das feridas em ratos e resultados satisfatórios em testes comparativos com pele humana, nas análises histológicas, histoquímica e tração tecidual. Com a possibilidade da mesma vir a ser utilizada como curativo biológico em queimaduras. **Objetivos:** Analisar a eficácia do uso da pele de Tilápia do Nilo como curativo oclusivo temporário no manejo dos pacientes com queimaduras de segundo grau superficial e profundo. **Metodologia de busca:** Utilizou-se o LILACS, o portal PubMed, SciELO e um buscador acadêmico. **As palavras chaves usadas:** tilápia, queimados, pele e suas correspondências em inglês. **Discussão:** Estudos recentes demonstram que curativos biológicos possuem eficácia superior, menor tempo de fechamento de feridas, maior taxa de reepitelização e redução de dor. Com xenoenxerto de tilápia não há necessidade da troca do curativo, diminuindo a dor. Ademais, as características microscópicas da pele da tilápia são semelhantes à estrutura morfológica da pele humana. Sendo também o Brasil um grande produtor de tilápia, sendo uma solução dessa superprodução. **Conclusão:** O tratamento com a pele da tilápia em feridas oriundas de queimaduras tem se mostrado muito eficaz sobretudo na redução de dor, menor tempo de fechamento de feridas, maior taxa de reepitelização além de ser uma nova tecnologia de saúde viável e de baixo custo.

Palavras-chave: Queimadura. Tratamento. Curativos. Curativos de Xenoenxertos. Tilápia. Pele.

Referências:

1. Lima Júnior EM, Picollo NS, Miranda MJB, Ribeiro WLC, Alves APNN, Ferreira GE, *et al.* Uso da pele de tilápia (*Oreochromis niloticus*), como curativo biológico oclusivo, no tratamento de queimaduras. *Rev Bras Queim* 2017;16(1):10-7
2. Miranda MJB, Brandt CT. Xenoenxerto (pele da Tilápia-do-Nilo) e hidrofibra com prata no tratamento das queimaduras de II grau em adultos. *Rev Bras Cir Plást* 2019;34(1):79-85
3. Gimenez CEA, Bianco AGC, Monteiro ES, Ribas AM, Beutler EC, Mazzo MB, *et al.* A pele da tilápia no tratamento de queimaduras de segundo e terceiro graus, além de mais eficiente, é de baixíssimo custo. *Rev Enf At In Derm* 2019;87
4. Lima Júnior EM, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVF. *Tratado de Queimaduras no Paciente Agudo*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2006
5. Alves APNN, Verde MEQL, Ferreira Júnior AEC, Silva PGB, Feitosa VP, Lima Júnior EM, *et al.* Avaliação microscópica, estudo histoquímico e análise de propriedades tensiométricas da pele de tilápia do Nilo. *Rev Bras Queimaduras*. 2015;14(3):203-10.
6. Lima Júnior EM, Bandeira TJPG, Miranda MJB, Ferreira GE, Parente EA, Piccolo NS, *et al.* Characterization of the microbiota of the skin and oral cavity of *Oreochromis niloticus*. *J Health Biol Sci*. 2016;4(3):193-7.
7. Edelman LS. Social and economic factors associated with the risk of burn injury. *Burns* 2007;33(8):958-65.
8. Zhou T, Wang N, Xue Y, Ding T, Liu X, Mo X, *et al.* Electrospun tilapia collagen nanofibers accelerating wound healing via inducing keratinocytes proliferation and differentiation. *Colloids Surf B Biointerfaces* 2016;143:415-22.
9. Hu Z, Yang P, Zhou C, Li S, Hong P. Marine Collagen Peptides from the Skin of Nile Tilapia (*Oreochromis niloticus*): Characterization and Wound Healing Evaluation. *Mar Drugs* 2017;15(4):102.
10. Des É, Chez B, Afim LE *et al.* Paediatric burn epidemiology as a basis for developing a burn prevention program. *Ann Burns Fire Disasters* 2017;30(4):247-9.
11. Rashaan ZM, Krijnen P, Klamer RR, Schipper IB, Dekkers OM, Breederveld RS. Nonsilver treatment vs. silver sulfadiazine in treatment of partial-thickness burn wounds in children: a systematic review and meta-analysis. *Wound Repair Regen* 2014;22(4):473-82.
12. Lima Júnior EM, Serra MCVF. *Tratado de Queimaduras*. Rio Janeiro: Atheneu. 2004.
13. Alves APNN, Lima Júnior EM, Piccolo NS *et al.* Study of tensiometric properties, microbiological and collagen content in Nile tilapia skin submitted to different sterilization methods. *Cell Tissue Bank* 2018;19(3):373-82.
14. Tang J, Saito T. Biocompatibility of Novel Type I Collagen Purified from Tilapia Fish Scale: An In Vitro Comparative Study. *Biomed Res Int*. 2015;2015:139476.

1. Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil

2. Médico formado pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil

Autor correspondente:

Vanessa Celles Moreira,

E-mail:

vanessacelles@gmail.com

Injúria renal aguda secundária à cirurgia de revascularização cardíaca com circulação extra corpórea

Acute kidney injury secondary to heart revascularization surgery with extra corporate circulation

Aline Diana do Amaral¹, Laura Leite de Oliveira¹, Luísa Silva Ribeiro¹, Felipe Flores Pires², Tuélita Marques Galdino³.

1. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora – UNIPAC.

2. Médico Residente de Clínica Médica no Hospital São João Batista (HSJB) e Hospital Público Municipal (HPM) – Macaé RJ.

3. Docente do curso de Odontologia na Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares (UFJF-GV).

Autor correspondente:

Aline Diana do Amaral

E-mail:

med.alineamaral@gmail.com

Referências:

- Kumar AB, Suneja M, Bayman EO, Weide GD, Tarasi M. Association Between Postoperative Acute Kidney Injury and Duration of Cardiopulmonary Bypass: A Meta-Analysis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2012 Feb;26(1):64-9.
- Lannemyr L, Lundin E, Reinsfelt B, Bragadottir G, Redfors B, Oras J, *et al*. Renal tubular injury during cardiopulmonary bypass as assessed by urinary release of N-acetyl-β-D-glucosaminidase. *Acta Anaesth Scand*. 2017 Oct;61(9):1075-1083.
- Scrascia G, Rotunno C, Guida P, Amorese L, Polieri D, Codazzi D, *et al*. Perioperative steroids administration in pediatric cardiac surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pediatr Crit Care Med*. 2014 Jun;15(5):435-42.
- Naughton F, Wijeyesundera D, Karkouti K, Tait G, Beattie WS. N-acetylcysteine to reduce renal failure after cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth*. 2008 Dec;55(12):827-35.
- Di Tomasso N, Monaco F, Landoni G. Hepatic and renal effects of cardiopulmonary bypass. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2015

Introdução: A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é a mais frequente (77%) no Sistema Único de Saúde (SUS).¹ Em 95% dos casos necessita-se de Circulação ExtraCorpórea (CEC), o que aumenta risco e gravidade à Lesão Renal Aguda (LRA) por aumentar a concentração plasmática de citocinas inflamatórias e acidose (82%).² O tempo de cirurgia é diretamente proporcional LRA, e quando acima de 2 horas a incidência chega a 65,3%.² Objetivos: Pela sua frequência e gravidade objetivou-se detectar através de uma revisão de literatura, estratégias para prevenir o impacto da LRA na CRM com CEC. A busca foi realizada na base de dados Pubmed, Scielo e Web of Science com os descritores “renal dysfunction” e “cardiopulmonary bypass” (CBP) entre 2006 e 2019. Os resumos foram avaliados, lidos por completo e definidos critérios de inclusão. Discussão: A injúria ocorre por hipoperfusão, estresse oxidativo, nefrotoxinas, microembolia e isquemia tubular.³ Não há métodos validados para melhorar a oxigenação renal durante a CEC e, portanto, possivelmente diminuir o risco de LRA.⁴ Todos pacientes submetidos a CEC apresentaram marcadores de lesão renal, mesmo transitoriamente.³ Conclusão: Conclui-se que atualmente não há protocolo terapêutico eficaz para prevenção da LRA em pacientes submetidos a CRM com ou sem CEC. Dentre os biomarcadores renais para diagnóstico da LRA o NGAL, KIM 1, IL-18, NAG e GST e cistatina C ofereceram vantagens teóricas sobre a Creatinina – usada atualmente. O agente promissor na redução da LRA é o Levosimendan (Bloqueador Canais de Cálcio) por aumentar a contratilidade dos cardiomiócitos e consequentemente a demanda de oxigênio.

Palavras-chave: Insuficiência do Rim. Circulação Extracorpórea (CEC). Cirurgia Torácica.

Jun; 29(2):151-61.

6. Arslan U, Calik E, Tekin AI, Erkut B. Off-pump versus on-pump complete coronary artery bypass grafting. Comparison of the effects on the renal damage in patients with renal dysfunction. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Aug;97(35):e12146.

7. Ueki C, Sakaguchi G, Akimoto T, Ohashi Y, Sato H. On-pump beating-heart technique is associated with lower morbidity and mortality following coronary artery bypass grafting: a meta-analysis†. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016 Nov;50(5):813-821.

8. Ali TA, Salahuddin U, Shoukat A, Shahzad N, Naem SS, Dar MI, *et al*. Existence of renal dysfunction in diabetics undergoing coronary artery bypass. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2016 Sep;24(7):653-7.

9. Pickering JW, James MT, Palmer SC. Acute kidney injury and prognosis after cardiopulmonary bypass: a meta-analysis of cohort studies. *Am J Kidney Dis*. 2015 Feb;65(2):283-93.

10. O'Neal JB, Shaw AD, Billings 4th FT. Acute kidney injury following cardiac surgery: current understanding and future directions. *Crit Care*. 2016 Jul 4;20(1):187.

11. Isoda S, Izubuchi R, Yamazaki I, Nakayama Y, Yano Y, Masuda M. Priming and replenishment in cardiopulmonary bypass with hydroxyethyl starch 130/0.4 decreases fluid overbalance without renal dysfunction or bleeding in adult valve surgery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2019 Apr;67(4):374-6.

12. Bhatt GC, Gogia P, Bitzan M, Das RR. Theophylline and aminophylline for prevention of acute kidney injury in neonates and children: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2019 Jul;104(7):670-79.

13. Chew ST, Ng RR, Liu W, Goh SG, Caleb MG, Ti LK. Miniaturized versus conventional cardiopulmonary bypass and acute kidney injury after cardiac surgery. *Perfusion*. 2016 Jan;31(1):60-7.

14. Jarral OA, Saso S, Harling L, Ashrafian H, Naase H, Casula R, *et al*. Organ dysfunction in patients with left ventricular impairment: what is the effect of cardiopulmonary bypass? *Heart Lung Circ*. 2014 Sep;23(9):852-62.

15. Moore J, Martinez G. Cardiopulmonary bypass. Anaesthesia and intensive care medicine. 2015 Oct;16(10):498–503.

16. Ortega-Loubon C, Fernández-

Molina M, Pañeda-Delgado L, Jorge-Monjas P, Carrascal Y. Predictors of Postoperative Acute Kidney Injury after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2018 Jul-Aug;33(4):323-9.

17. Deferrari G, Bonanni A, Bruschi M, Alicino C, Signori A. Remote ischaemic preconditioning for renal and cardiac protection in adult patients undergoing cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nephrol Dial Transplant*. 2018 May 1;33(5):813-824.

18. Hu J, Chen R, Liu S, Yu X, Zou J, Ding X. Global Incidence and Outcomes of Adult Patients With Acute Kidney Injury After Cardiac Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2016 Jan;30(1):82-9.

19. Deininger S, Hoenicka M, Müller-Eising K, Rupp P, Liebold A, Koenig W, *et al*. Renal Function and Urinary Biomarkers in Cardiac Bypass Surgery: A Prospective Randomized Trial Comparing Three Surgical Techniques. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2016 Oct;64(7):561-8.

Dreno pleural como causa de manutenção de fístula esofageana

Pleural drainage as a cause of esophageal fistula maintenance

Maria Aíssa Barbosa Carneiro¹, Érica Medeiros Gomes¹, Marcus da Matta Abreu², Vagner Campos Silva², Juliana Dias Nascimento Ferreira².

Introdução: Divertículos esofageanos são patologias relativamente frequentes, tendo sua correção cirúrgica feita geralmente através de toracotomia. Essa condição e manejo podem estar associados ao aparecimento de fistulas esofagopleurais, que possuem altas taxas de morbidade. Relata-se o caso de uma paciente submetida a diverticulectomia com evolução fora da usual, resultante de aparecimento de trajeto fistuloso esofagopleural mantido por interposição de dreno torácico. **Descrição do caso:** Mulher, 62 anos, após identificação de divertículo esofágico, foi submetida à diverticulectomia. Evoluindo em pós operatório com débito de dreno torácico apresentando solução viscosa semelhante à saliva. Na endoscopia digestiva alta, identificou-se interposição do dreno entre o esôfago e pleura. Após tentativas de correção, falhas, adotou-se conduta expectante. Concluído o período de acompanhamento, constatou-se fechamento da fistula esofagopleural. **Discussão:** Fistulas esôfagopleurais (FEP) são condições raras, sendo mais prevalente o aparecimento de FEP espontânea. Esse caso relata uma incomum causa dessa condição. A literatura aponta métodos diagnósticos de eleição, como TC de tórax e esofagografia contrastada. O manejo desta condição pode ser cirúrgico ou conservador, e trabalhos apontam para uma maior resolutividade na abordagem cirúrgica. Neste caso, a infecção do sítio cirúrgico impossibilitou essa conduta, adotando-se tratamento expectante, que se mostrou eficaz após constatação do fechamento da fistula. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico de divertículos esofageanos apresenta bom prognóstico. Porém, a precoce fistulização em sítio cirúrgico da diverticulectomia relatada, com posterior interposição do dreno torácico, representa uma complicação com alto impacto na morbidade. Esse impacto nos adverte sobre a necessidade de atenção e cuidados em pós operatórios de diverticulectomias.

Palavras-chave: fistula esofageana, cirurgia, toracotomia, divertículo esofageano.

Keywords: esophagopleural fistula, surgery, thoracotomy, diverticulum, esophageal.

Referências:

1. Cui Y, Ren Y, Shan Y, Chen R, Wang F, Zhu Y, *et al.* Pediatric esophagopleural fistula: Two case reports and a literature review. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2017;96(19):e6695
2. Noh D, Park CK. The management of delayed post-pneumonectomy broncho-pleural fistula and esophago-pleural fistula. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2016;49(2):138–40.
3. Zuunai A, Selenge B, Lee JH, Lee SH. Acquired esophagobronchial fistula without Ono's sign and with unusual cause. *BMJ Case Rep.* 2013;2–4.
4. Bertani H, Grande G, Mirante VG, Franco I, Mangiafico S, Manta R, *et al.* Multimodal endoscopic treatment of primary esophago-pleural fistula. *Endoscopy.* 2016;48:E298–9

1. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

2. Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

Autor correspondente: Maria Aíssa Barbosa Carneiro,

E-mail: mariaabcarneiro@gmail.com

Cardiomiectomia e Funduplicatura a Heller Pinotti laparoscópica em acalasia: um relato de caso

Cardiomyotomy and Laparoscopic Heller Pinotti Fundoplication in Achalasia: A Case Report

Ana Luíza de Castro Carvalho¹, Ana Luísa Scafura da Fonseca¹, Bianca de Fátima Pereira¹, Érika de Lima Souza¹, Giovanna Rissato de Souza¹, Mateus Pinto Botelho¹, Estevão Moreira David², Frederico Cantarino Cordeiro de Araujo³

1. Faculdade de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, MG- Brasil.

2. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Médico. Residente de Cirurgia Geral. Serviço de Cirurgia Geral. Juiz de Fora, MG- Brasil.

3. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo. Serviço de Cirurgia Geral. Juiz de Fora, MG- Brasil.

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Cirurgia Geral. MG- Brasil.

***Autor correspondente:**

Ana Luíza de Castro Carvalho

E-mail:

analuizac1255@gmail.com

Introdução: Acalasia é um distúrbio de motilidade esofágica por perda dos neurônios mioentéricos que coordenam o relaxamento do esfíncter inferior e o peristaltismo esofágico. Na forma chagásica, ocorre degeneração neuronal devido à infecção por *Trypanosoma cruzi*.¹ Geralmente, essa doença se apresenta com disfagia, regurgitação, pirose, dor torácica e perda ponderal.² A técnica cirúrgica de Heller-Pinotti é o tratamento mais utilizado, seguro e efetivo.³ **Descrição do caso:** VFDS, 39 anos, feminino. Encaminhada ao ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo, relatando disfagia progressiva há 4 anos, inicialmente para sólidos evoluindo para líquidos. Apresentava ainda regurgitação, perda de 50 kg em 4 anos e constipação intestinal. Diagnóstico de doença de Chagas desde 2015. Nega demais comorbidades. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciando megaesôfago moderado. EDA posterior mostrou acalasia da cárdia grau II. Manometria não realizada devido à cárdia-esfíncter hipertônico. Bradicardia sinusal em eletrocardiograma. Solicitada guia para cirurgia eletiva e sorologia para Doença de Chagas. **Discussão:** Paciente submetida a Cardiomiectomia e Funduplicatura a Heller Pinotti laparoscópica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, sem intercorrências. A técnica consiste em cardiomiectomia anterior extensa associada à esofagostofunduplicatura posterolateroanterior esquerda, sendo o procedimento de escolha para acalasia, com bons resultados e baixa morbimortalidade. No primeiro dia de pós-operatório tolerou ingestão de líquidos. Alta tolerando dieta pastosa e progressão para dieta livre após 4 semanas. **Conclusão:** Essa técnica, embora paliativa, pois não atua no fator etiológico da doença, proporciona alívio sintomático e melhor qualidade de vida. Além disso, evita procedimentos mais agressivos, como esofagectomia.

Palavras-chave: Acalasia, doença de Chagas, disfagia, cardiomiectomia, laparoscopia.

Referências:

- Oliveira GC, Lopes LR, Neto JSC. Idiopathic esophageal achalasia: a study of etiology and profile of the patients. *Arq bras cir dig.* 2010;23(1):11-15.
- Boeckxstaens GE, Zaninotto G, Richter JE. Achalasia. *The Lancet.* 2014;383(9911):83-93.
- Dantas RO. Comparação entre acalasia idiopática e acalasia conseqüente à doença de Chagas: revisão de publicações sobre o tema. *Arq Gastroenterol.* 2003;40(2):126-130.
- Lopes LR, Braga NDS, Oliveira GCD, Neto JDSC, Camargo MA, Andreollo NA. Results of the surgical treatment of non-advanced megaesophagus using Heller-Pinotti's surgery: Laparotomy vs. Laparoscopy. *Clinics.* 2011; 66(1):41-46.
- Aquino JLB, Said MM, Pereira DR, Amaral PC, Lima JCA, Leandro VAM. Análise da terapêutica cirúrgica da acalasia idiopática do esôfago. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* 2015; 28(2): 98-101.
- Pandolfino JE, Gawron AJ. Achalasia - A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association.* 2015;313(18):1841-1852.
- Laurino-Neto RM, Herbella F, Schlottmann F, Patti M. Avaliação diagnóstica da acalasia do esôfago: dos sintomas à Classificação de Chicago. *ABCD, arq. Bras. Cir. Dig.* 2018; 31(2):1376.
- Leonardi CJ, Cury M. Estudo prospectivo para tratamento de acalasia pela técnica de miotomia endoscópica POEM (Peroral Endoscopic Myotomy). *GED gastroenterol. endosc. dig.* 2014; 33(1):7-13.
- Silva CM, Souza FAA, Cruz CAT, Torres AV, Barbosa CO, Magalhães VSF *et al.* Cardiomiectomia com Funduplicatura Videolaparoscópica no tratamento do megaesôfago não avançado. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* 2011; 24(3): 195-199.
- Bianchi ET, *et al.* Heller-Pinotti, a modified partial fundoplication associated with myotomy to treat achalasia: technical and final results from 445 patients. *Mini-invasive Surgery.* 2017;1:153-159.
- Júnior JEM, Naves BL, Ramos RF, Leite MD. Tratamento cirúrgico de acalasia pela realização de esofagocardiomiectomia com funduplicatura videolaparoscópica à Heller-Pinotti em paciente com megaesôfago grau IV: Relato de caso. *Rev Med Minas Gerais* 2017; 26: e-1850.

Cisto de colédoco em adulto assintomático: relato de caso

Choledochal cyst in asymptomatic adult: case report

Daniel Tagliate Vidigal de Almeida¹, Beatriz Braga Silva¹, Clara de Oliveira Menon¹, Ana Isabel Ladeira¹, Luis Pordeus Shafee¹, Fernando Mendonça Vidigal²

Introdução: Cisto de Colédoco (CC) é uma afecção rara caracterizada por dilatações combinadas ou isoladas da via biliar intra ou extra-hepática¹. Possui incidência de cerca de 1:100.000 no ocidente, com predominância de 4:1 em mulheres^{1,2}. Diagnosticados na infância em 80% dos casos^{3,4}, suas manifestações variam com a idade⁶, sendo icterícia e perfuração biliar mais comuns na criança e complicações inflamatórias mais predominantes no adulto⁴. **Descrição do caso:** Feminina, 73 anos, hipertensa, assintomática realiza ultrassom de abdômen total solicitado pela ginecologia, evidenciando colelitíase e dilatação de vias biliares extra-hepáticas. Encaminhada para cirurgia geral, realizou Colangiressonância Magnética com contraste observando-se CC tipo Ia de Todani⁵. Tratada com ressecção do ducto hepático comum e do colédoco até borda superior do pâncreas, com Hepatojejunostomia em Y de Roux. Evolução favorável no pós-operatório, porém apresentou picos hipertensivos repetidos, tratados devidamente. No sétimo dia, iniciou acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Atualmente, 10-36 % de CC são diagnosticados em assintomáticos⁶. Como fisiopatologia, postula-se que uma anormalidade anatômica na junção entre colédoco e ducto pancreático provoque refluxo de suco pancreático pela via biliar, promovendo inflamação crônica do epitélio² e favorecendo a ocorrência de colangiocarcinoma e de câncer de vesícula biliar, observados em 7,5% dos pacientes com CC, com relação direta à idade avançada⁷, o que justifica abordagem cirúrgica. Nos tipos I e IVa de CC (mais comuns), a conduta é excisão dos ductos biliares extra-hepáticos com reconstrução por Hepatoenterostomia⁸, sendo a abordagem laparoscópica controversa⁸. **Conclusão:** Conclui-se que o caso relatado merece destaque, dada sua baixa prevalência e apresentação atípica.

Palavras-chave: Cisto de Colédoco; Ductos Biliares; Colangiografia; Câncer; Complicações; Cirurgia.

Keywords: Choledochal Cyst; Biliary Cyst; Cholangiography; Cancer; Complications; Surgery.

Referências:

1. Baisson GN, Bonds MM, Helton WS, Kozarek RA. Choledochal cysts: similarities differences between asian and western countries. *World J Gastroenterol.* 2019; 25(26): 3334-3343.
2. Friedmacher F, Ford KE, Davenport M. Choledochal malformations: global research, scientific advances and key controversies. *Pediatr Surg Int.* 2018.
3. Soares KC, Arnaoutakis DJ, Kamel I, Rastegar N, Anders R, Maithel S, *et al.* Choledochal cysts: presentation, clinical differentiation, and management. *J Am Coll Surg.* 2014; 219 Suppl. 6.
4. Soares KC, Kim Y, Spolverato G, Maithel S, Bauer TW, Marques H, *et al.* Presentation and clinical outcomes of choledochal cysts in children and adults. *JAMA Surg.* 2015.
5. Ronnekleiv-Kelly SM, Soares KC, Ejaz A, Pawlik TM. Management of choledochal cysts. *Curr Opin Gastroenterol.* 2016, 32:000–000.
6. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg.* 1977;134:263-9.
7. Ronnekleiv-Kelly SM, Soares KC, Ejaz A, Pawlik TM. Management of choledochal cysts. *Curr Opin Gastroenterol.* 2016, 32:000–000.
8. Madadi-Sanjani O, Wirth TC, Kuebler JF, Petersen C, Ure BM. Choledochal Cyst and malignancy: a plea for lifelong follow-up. *Eur J Pediatr Surg.* November 14, 2017.
9. Stringer MD. Laparoscopic management of choledochal cysts: is a keyhole view missing the big picture?. *Pediatr Surg Int.* 2017.

1. Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF, Faculdade de Medicina. Juiz de Fora, MG-Brasil.

2. Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Serviço de Cirurgia Geral. Juiz de Fora, MG- Brasil.

Autor correspondente:

Daniel Tagliate Vidigal de Almeida,

E-mail:

dvidigal@outlook.com.br

Minitoracotomia com enxerto de dacron em coarctação da aorta: um relato de caso em adulto jovem

Laryssa de Sá Bragança Gonçalves¹, Ana Luísa Scafura da Fonseca¹, Ana Luíza de Castro Carvalho¹, Bárbara Bizzo Castelo¹, Jonas Munck de Oliveira¹, Frederico Moreira Cardoso Ayres², Antonio Augusto Miana³

1. Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil;

2. Residente de Cirurgia Cardiovascular pelo Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - R4 - Serviço de Cirurgia Cardiovascular, Juiz de Fora, Brasil;

3. Médico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Cirurgião Cardiovascular, Serviço de Cirurgia Cardiovascular. Juiz de Fora, Brasil.

Instituição: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/SCMJF, Serviço de Cirurgia Cardiovascular. Juiz de Fora, MG – Brasil.

Autora correspondente: Laryssa de Sá Bragança Gonçalves.

E-mail: laryssa.braganca@medicina.ufjf.br

Seção: Relato de caso

Introdução: A coarctação da aorta (CoAo) é um estreitamento excêntrico congênito da aorta torácica, geralmente abaixo da artéria subclávia esquerda, de alta prevalência no sexo masculino.¹ É uma malformação do sistema cardiovascular, por coarctação ístmica ou hipoplasia tubular.² Os pacientes geralmente apresentam hipertensão arterial em membros superiores e redução de pulsos em membros inferiores. O tratamento proposto é cirúrgico.¹ **Descrição do caso:** DMO, 25 anos, assintomático, diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica aos 19 anos. Ecocardiograma transesofágico evidenciou CoAo descendente. Realizou angiotomografia, identificando redução do calibre da aorta na transição entre os segmentos horizontal e descendente proximal, distando 3,1cm da emergência da subclávia esquerda. Admitido para tratamento cirúrgico com proposta de ressecção da área de estenose com interposição de enxerto de Dacron. **Discussão:** Cirurgia realizada via minitoracotomia esquerda, ao nível do 5º espaço intercostal, com preservação de musculatura. Dissecção da pleura parietal medial, aorta torácica descendente, área da coarctação, arco aórtico, subclávia esquerda. Realizado controle proximal e distal à coarctação, heparinização e clampamento aórtico. Ressecada área de estenose e realizada anastomose com enxerto de Dacron nº18. Desclampamento aórtico, reversão da heparina com protamina 1:1 e drenagem de hemitórax em selo d'água. Paciente evoluiu satisfatoriamente, alta no 10º dia de pós-operatório. A técnica mostra-se segura e útil em pacientes com lesões cardíacas associadas ou com recoarctação.³ **Consequências a longo prazo de intervenções realizadas em CoAo são descritas, como hipertrofia ventricular esquerda, hipertensão arterial sistêmica e doença vascular.² Conclusão:** A correção cirúrgica na CoAo mostrou-se eficaz. No entanto, o paciente deve ser acompanhado.

Palavras-chave: Coarctação Aórtica. Cardiopatias Congênicas. Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares. Aorta Torácica. Hipertensão.

Referências:

- Oliveira Ade S, Carneiro BB, Lima Rde C, Cavalcanti C, Villachan R, Arraes N, *et al.* Tratamento cirúrgico da coarctação da aorta: experiência de três décadas. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2007;22(3):317-21.
- Cangussú LR, Lopes MR, Barbosa RHA. The importance of the early diagnosis of aorta coarctation. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2019;65(2):240-45
- Jatene MB1, Abuchaim DC, Oliveira Jde L Jr, Riso A, Tanamati C, Miura N, *et al.* Resultados do tratamento cirúrgico da coarctação de aorta em adultos. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2009;24(3):346-53
- Rubira CJ. Colocação de endoprótese vascular versus cirurgia para coarctação de aorta: revisão sistemática [tese de doutorado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2012.
- Jatene MB, Abuchaim DCS, Oliveira Junior JL, Riso A, Tanamati C, Miura N. *et al.* Resultados do tratamento cirúrgico da coarctação de aorta em adultos. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2009;24(3):346-53
- Ennis GCS. Tratamento da coarctação da aorta: Revisão da literatura dos últimos cinco anos [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2014.
- Burch PT, Cowley CG, Holubkov R, Null D, Lambert LM, Kourretas PC, *et al.* Coarctation repair in neonates and young infants: Is small size or low weight still a risk factor? *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2009;138(3):547-52.
- Luijendijk P, Bouma BJ, Groenink M, Boekholdt M, Hazekamp MG, Blom NA, *et al.* Surgical versus percutaneous treatment of aortic coarctation: new standards in an era of transcatheter repair. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2012;10(12):1517-31.
- Früh S, Knirsch W, Dodge-Khatami A, Dave H, Prêtre R, Kretschmar O. Comparison of surgical and interventional therapy of native and recurrent aortic coarctation regarding different age groups during childhood. *Eur J Cardiothorac Surg* 2010; 39(6):898-904.
- Cowley CG, Orsmond GS, Feola P, McQuillan L, Shaddy RE. Long-term, randomized comparison of balloon angioplasty and surgery for native coarctation of the aorta in childhood. *Circulation.* 2005;28;111(25):3453-6
- Forbes TJ, Kim DW, Du W, Turner DR, Holzer R, Amin Z, *et al.* Comparison of surgical, stent, and balloon angioplasty treatment of native coarctation of the aorta: an observational study by the CCISC (Congenital Cardiovascular Interventional Study Consortium). *J Am Coll Cardiol.* 2011;13;58(25):2664-74
- Stout KK, Daniels CJ, Aboulhosn JA, Bozkurt B, Broberg CS, Colman JM. *et al.* 2018 AHA/ACC guideline for the management of adults with congenital heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2019;2;73(12):e81-e192
- Nakamura E, Nakamura K, Furukawa K, Ishii H, Kawagoe K. Selection of a Surgical Treatment Approach for Aortic Coarctation in Adolescents and Adults. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2018;20;24(2):97-102
- Massey R, Shore DF. Surgery for complex coarctation of the aorta. *Int J Cardiol.* 2004;97 Suppl 1:67-73.
- Levy Praschker BG, Mordant P, Bareda E, Gandjbakhch I, Pavie A. Long-term results of ascending aorta-abdominal aorta extra-anatomic bypass for recoarctation in adults with 27-year follow-up. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2008;34(4):805-9

Emprego de sutura elástica na síntese de grandes ressecções tumorais em membros inferiores

Use of elastic suture in the synthesis of large tumor resections in the lower limbs.

Emmanuel de Lima Carvalho¹, Tayná Magalhães de Almeida¹, Lorena Pinholi de Moraes¹, Nathália Villarins Pedrosa², Paula Valente da Silva², Lucas de Mattos Lopes², Marília de Pádua Dornelas Corrêa³.

Introdução: O melanoma cutâneo é uma neoplasia maligna cujas ressecções amplas conforme níveis de Breslow são ainda desafiadoras para síntese primária. Raskin descreveu, em 1993, método de sutura com utilização de elásticos estéreis, evitando tensão na ferida ou necessidade de enxertos para cobertura. Nesse sentido, é objetivo do presente trabalho descrever a experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do HU/UFJF na condução de grandes feridas secundárias à ressecção de melanoma cutâneo em MMIL, tendo como opção as suturas elásticas. **Descrição dos Casos:** Foram incluídos 3 pacientes portadores de feridas extensas em região plantar secundárias à ressecção de melanoma cutâneo, sem possibilidade de síntese primária. A terapêutica cirúrgica implementada foi conduzida em dois tempos. O primeiro, imediato à ressecção tumoral, consistiu no descolamento do retalho e aproximação das bordas com tiras circulares de elástico de borracha. Incluindo um elástico em um dos ápices da ferida com seda 2-0, a borracha foi tracionada, cruzada em “X” e fixada nas bordas com pontos simples até ápice oposto, com tração cuidadosa, evitando tensão excessiva ou necrose. No segundo tempo, após 7 a 15 dias, foram retiradas as tiras elásticas e reavivadas as bordas da ferida, com posterior fechamento por planos. **Discussão:** Conforme princípio biomecânico da tensão tecidual, o aumento da atividade metabólica induz vasculogênese e proliferação de fibras colágenas, com estiramento da pele além dos limites normais de expansibilidade, permitindo a aplicabilidade do método. **Conclusão:** Conclui-se apontando a eficácia, custo-benefício e facilidade de execução da técnica, e expondo a possibilidade de bons resultados no tratamento de grandes lesões.

Palavras-chave: Ferimentos e lesões. Melanoma. Suturas. Técnicas de sutura. Técnicas de fechamento de ferimentos.

Keywords: Wounds and injuries. Melanoma. Sutures. Suture techniques. Wound closure techniques.

Referências:

1. Garbe C, Peris K, Hauschild A, Saiag P, Middleton M, Bastholt L, *et al.* Diagnosis and Treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline - Update 2016. *European Journal of Cancer.* 2016; 63(1):201-17.
2. Petroianu A. Síntese de grandes feridas da parede corpórea com tira elástica de borracha. *Acta Médica Portuguesa.* 2011; 24:427-30.
3. Vidal MA, Mendes Junior CES, Sanches JA. Sutura Elástica - uma alternativa para grandes perdas cutâneas. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica.* 2014; 29(1):146-50.

1. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

2. Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do HU/UFJF.

3. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do HU/UFJF.

Correspondência:

Emmanuel de Lima Carvalho.
Rua Antônio Altaf, 145/402
– Bairro Cascatinha – Juiz de Fora-MG. CEP: 36.033-330.

E-mail: emmanucarvalho@gmail.com.

Seção: Relato de Caso

Fístula traqueogástrica pós-esofagectomia – relato de casos

Tracheogastric fistula post-esophagectomy – case reports

Daniel Ferreira Lana e Silva¹; Mariana Dias Carvalho¹; Juliana Dias Nascimento Ferreira²; Alexandre Ferreira Oliveira²; Frederico Augustus Martins de Resende³; Marcus da Matta Abreu².

1 – Discente do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

2 – Médico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – HU/UFJF

3 – Médico do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ

Instituição:

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - HU/UFJF

Autor correspondente: Daniel Ferreira Lana e Silva,
E-mail: daniel22.04@gmail.com

Introdução: O câncer de esôfago é uma rara neoplasia com alta letalidade. A sobrevida em cinco anos é de apenas 12%¹. O tratamento de escolha é a esofagectomia, procedimento com elevada taxa de complicações(61%)². **Descrição dos casos:** O paciente 01 apresentou adenocarcinoma de esôfago, sendo submetido à esofagectomia com anastomose do tubo gástrico. Evoluiu com pneumonias de repetição e presença de fístula traqueogástrica, sendo abordado eletivamente com cirurgia de interposição do cólon ascendente. A paciente 02 foi diagnosticada com adenocarcinoma esofágico sendo submetida à esofagectomia e anastomose. Evoluiu com pneumonia aspirativa grave, fístula e necessidade de suporte intensivo, sendo submetida à esofagectomia cervical e traqueostomia de urgência. Após 6 meses de evolução foi reoperada e o trânsito normal reconstruído. **Discussão:** A fístula traqueogástrica é uma condição rara e potencialmente letal. Tratamentos conservadores podem ser empregados em fístulas menores, e existem relatos de sucesso com procedimentos endoscópicos³. A cirurgia continua sendo a terapia de escolha, especialmente nos casos de insuficiência respiratória aguda, que necessitam da abordagem de emergência. Nas lesões extensas ou infectadas, a cirurgia apresenta grande índice de falha⁴. No caso de ventilação mecânica, a literatura endossa a abordagem conservadora^{5,6}, após o desmame é possível abordar cirurgicamente^{7,8}. No paciente 01 optou-se pela abordagem conservadora, operando eletivamente na sequência. No paciente 02, a gravidade do caso fez necessária a abordagem emergencial. Após suporte nutricional e cicatrização da fístula foi possível fechar as ostomias. **Conclusões:** Diante dos casos, conclui-se que a fístula traqueogástrica exige abordagem individualizada e multiprofissional, levando a terapêuticas singulares.

Palavras-chave: Neoplasia Esofágica. Esofagectomia. Fístula do Trato Respiratório. Pneumonia Aspirativa.

Keywords: Esophageal Cancer. Esophagectomy. Respiratory Tract Fistula. Aspiration Pneumonia.

Referências:

1. Queiroga RC, Pernambuco AP. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Revista Brasileira de Cancerologia, 2006; 52(2): 173-178. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/revisao3.pdf
2. Aquino JLB, Said MM, Pereira DAR, Cecchino GN, Leandro-Merhi VA. Avaliação das complicações da esofagectomia de resgate na terapêutica cirúrgica do câncer de esôfago avançado. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2013 Sept; 26(3):173-178.
3. Buscaglia JM, Jayaraman V, Nagula S. Temporary use of a new fullycovered self-expanding metal stent for the management of postesophagectomy strictures. Digestive Endoscopy, 23: 187–189. doi:10.1111/j.1443-1661.2010.01074.x
4. Kalmár K, Molnár TE, Morgan A, Horváth ÖP. Non-malignant tracheo-gastric fistula following esophagectomy for cancer. Eur J Cardiothorac Surg. 2000 Sept; 18(3): 363-365.
5. Ishibashi T, Ishikawa S, Suzuki A, Miyawaki Y, Kawano T, Makita K. Successful Anesthesia Management for 2-Stage Surgical Procedure of a Refractory Tracheogastric Tube Fistula After Esophagectomy. A A Case Rep. 2016 Feb 1;6(4): 84-7.
6. Trachiotis GD, Hix WR. Repair of tracheogastric fistula after cervical exenteration. The Annals of Thoracic Surgery. 1996 Feb;61(2):719–721. doi:10.1016/0003-4975(95)00784-9
7. Aquino AA, Camargo SM, Machuca TN, Mendonça Filho GV; Camargo JJP, Londero LJW. Fístula Traqueogástrica após esofagectomia por câncer. Rev. AMRIGS. 2011 out.-dez;55(4): 365-367.
8. Caronia FP, Fiorelli A, Santini M, Alfano R, Castorina S. A new technique to repair huge tracheogastric fistula following esophagectomy. Ann Transl Med 2016;4(20):403. doi: 10.21037/atm.2016.10.32

Carcinoma Neuroendócrino de Pequenas Células de Fossa Nasal: Relato de Caso

Small Cells Neuroendocrine Carcinoma of the Nasal Fossae: Case Report

Arthur de Pinho Amorim¹, Ana Luísa Scafura da Fonseca¹, Bárbara Bizzo Castelo¹, Iago de Paiva D'Amorim¹, Lorena Resende Oliveira¹, Luísa Vianna Cançado¹, Milton Prudente²

Introdução: Os tumores neuroendócrinos compreendem uma família de neoplasias de origem neuroectodérmica¹ ou de células pluripotentes, caracterizadas pela presença de grânulos neurosecretórios. Normalmente essa doença acomete o trato gastrointestinal, pulmão ou mediastino. Raramente acomete as fossas paranasais e frontal, havendo poucos casos na literatura. **Descrição:** Paciente MGO masculino, 36 anos, comparece à consulta de otorrinolaringologia queixando-se de coriza, congestão nasal e sem sangramentos, sendo solicitadas tomografia e ressonância. Ao laudo foi evidenciada imagem de aspecto expansivo, envolvendo o meato comum, cavidades nasais, com extensão ao meato superior direito e também a região da lâmina cribiforme ipsilateral, sem plano de clivagem com células etmoidais, realçando ao contraste. À biópsia, diagnosticou-se Carcinoma Neuroendócrino de Pequenas Células - C19A03. Paciente foi submetido à microcirurgia no Instituto Nacional de Câncer, com ressecção da lesão dos seios paranasais, frontal bilateral e com reconstrução do osso frontal e nasal. Após a cirurgia, constatou-se o estadiamento IV3 e manteve-se tratamento adjuvante com quimioterapia em 4 ciclos repetidos a cada 21 dias, e radioterapia 30 sessões. **Discussão:** Na clínica cotidiana, espera-se uma alteração no exame de urina 24 horas do ácido 5-hidróxi-indolacético, um marcador da síndrome carcinóide². Entretanto, não houve alteração desse marcador, confirmando a complexidade do evento. Nesse contexto, evidencia-se a importância de avaliar os possíveis diagnósticos diferenciais mesmo à luz de uma sintomatologia corriqueira. **Conclusão:** O carcinoma neuroendócrino de células pequenas é extremamente raro e possui comportamento clínico agressivo e prognóstico ruim. Para o tratamento dessa doença é necessária abordagem multidisciplinar combinando cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

Palavras-chave: Neoplasias, Carcinoma Neuroendócrino, Carcinoma de Células Pequenas, Seios Paranasais.

Keywords: Neoplasms, Neuroendocrine Carcinoma, Small Cells Carcinoma, Paranasal Sinuses.

Referências:

1. Zarbo RJ, Torres FX, Gomez J. Nasal cavity and paranasal sinuses: embryology, anatomy, histology, and pathology. Chapter 4 In Pilch BZ (editor), Head and Neck Surgical Pathology. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001. pp 124-32.
2. Neves MC, Tavares RA, Angelico Junior FV, Voegels RL, Butugan O. Carcinoma de pequenas células primário de seios paranasais: relato de caso. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2004; 70(4): 561-564.
3. Galanis E, Frytak S, Lloyd R. Extrapulmonary small cell carcinoma. Cancer 1997; 79(9):1729-36.
4. Kameya T, Shimosato Y, Adachi I, Abe K, Ebihara S, Ono I. Neuroendocrine carcinoma of the paranasal sinus. Cancer 1980; 45:330-9.
5. Ordonez BP, Caruana SM, Huvos AG, Shah JP. Small cell neuroendocrine carcinoma of the nasal cavity and paranasal sinuses. Human Pathology 1998; 29(8):826-32.
6. Silva EG, Butler JJ, Mackay B, Goepfert H. Neuroblastomas and neuroendocrine carcinomas ago the nasal cavity. Cancer 1982; 50:2388-405.
7. Pierce ST, Cibull ML, Metcalfe MS, Sloan D. Bone marrow metastases from small cell cancer of the head and neck. Head & neck 1994; 16: 266-71.
8. Remick SC, Ruckdeschel LC. Extrapulmonary and pulmonary small-cell carcinoma: tumor biology, therapy and outcome. Med Pediatr Oncol 1992; 20(2):89-99.

1 - Universidade Federal de Juiz de Fora

2 - Neoclínica Juiz de Fora

Autor correspondente: Arthur de Pinho Amorim,

E-mail: arthurpinho@gmail.com

Apresentação atípica de adenocarcinoma pancreático em paciente jovem: relato de caso

Atypical presentation of pancreatic adenocarcinoma in a young patient: case report

Luiz Gustavo Chaves Gomes¹, Caio Henrique Bosquetto¹, Filipe Raimundi Sampaio de Oliveira¹,
Iasmin Dantas Sakr Khouri¹, Lucas Alves de Almeida¹, Luciano Ribeiro Pereira Silva¹,
Fernando Mendonça Vidigal²

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Medicina. Juiz de Fora, MG - Brasil.

2. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Cirurgia do Aparelho Digestivo. Juiz de Fora, MG - Brasil

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Medicina - Juiz de Fora, MG - Brasil.

Autor correspondente: Luiz Gustavo Chaves Gomes

E-mail: luizgustavocg12@hotmail.com

Introdução: O adenocarcinoma pancreático é condição letal de incidência crescente, com sintomas inespecíficos e fatores de risco bem definidos, como idade acima de 60 anos, sexo masculino, etnia afro-americana, história familiar, diabetes, tabagismo e obesidade. **Descrição do caso:** MLS, feminino, 37 anos, comparece ao ambulatório de cirurgia com forte dor em hipocôndrio direito e epigastro há 30 dias, irradiação lombar e náuseas. Hábitos excretórios preservados, sem história familiar de câncer. Nega tabagismo. Apresentava fâscies de dor, hipocorada, anictérica, com dor à palpação de epigastro, sem demais alterações. **Laboratório:** GGT-661, FA-285, TGO-60, TGP-90. Bilirrubina, lipase e amilase normais. Ultrassonografia de abdome evidenciou massa tumoral heterogênea predominantemente hipocogênica em cabeça de pâncreas, medindo 5,9x5,6x5,3 cm, com contornos irregulares e imprecisos, sem dilatação do ducto pancreático principal. Tomografia confirmou achado e evidenciou envolvimento do tronco da veia porta, contato com artéria hepática comum e veia cava inferior, e nódulo hepático sugestivo de implante secundário. Biópsia hepática confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma de pâncreas, estágio T4NxM1, irrecorrível. Optou-se pela transferência da paciente para centro oncológico para tratamento quimioterápico. **Discussão:** A terapêutica para tumores pancreáticos é especialmente desafiadora quando se apresentam em pacientes fora dos principais grupos de risco. O contraste epidemiológico do caso alerta para uma crescente incidência de tumores antes restritos a idades avançadas, fazendo crer que fatores de risco não descritos se mostram relevantes em indivíduos geneticamente predispostos. **Conclusões:** A particularidade deste caso evidencia a necessidade de discussão científica que elabore condutas precoces, frente ao despreparo para casos atípicos.

Palavras-chave: Neoplasias Pancreáticas. Fatores de Risco. Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório.

Keywords: Pancreatic neoplasms. Risk factors. Surgical procedures of digestive system.

Referências:

- McGuigan A, Kelly P, Turkington RC, Jones C, Coleman HG, McCain S. Pancreatic cancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. *World J Gastroenterol.* 2018 Nov 21;24(43):4846-61.
- Kolodczek T, Shugrue C, Ashat M, Thrower EC. Risk factors for pancreatic cancer: Underlying mechanisms and potential targets. *Front Physiol.* 2014 Jan;16(4):415.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil. INCA [Internet]. 2007 [Acesso em 2019 set 8];[96]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_incidencia_cancer_2008.pdf
- Sclafani F, Iyer R, Cunningham D, Starling N. Management of metastatic pancreatic cancer: Current treatment options and potential new therapeutic targets. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2015 April;95(3).
- Ardengh JC, Nakao FS. Adenocarcinoma ductal. *Ecoendoscopia na prática da gastroenterologia.* 2007;255-90.
- Midha S, Chawla S, Garg, PK. Modifiable and non-modifiable risk factors for pancreatic cancer: A review. *Cancer Lett.* 2016 Oct;381(1):269-77.
- Naar L, Spanomichou DA, Mastoraki A, Smyrniotis V, Arkadopoulos N. Solid Pseudopapillary Neoplasms of the Pancreas: A Surgical and Genetic Enigma. *World J Surg.* 2017 Jul;41(7):1871-81.
- Silva CSHA, Lucas SFLM, Nakatsu É, Moricz A, Silva RA, Júnior AMP, *et al.* Adenocarcinoma de pâncreas em paciente jovem: relato de caso. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2011;56(1):36-9.
- Fogel EL, Shahda S, Sandrasegaran K, Dewitt J, Easler J, Agarwal DM, *et al.* A Multidisciplinary Approach to Pancreas Cancer in 2016: A Review. *Am J Gastroenterol.* 2017 Apr;112(4):537-54.
- Singhi AD, Koay EJ, Chari ST, Maitra A. Early Detection of Pancreatic Cancer: Opportunities and Challenges. *Gastroenterology.* 2019 May;156(7):2024-40.

Tumores cutâneos recorrentes induzidos por imunossupressão: relato de caso

Recurrent cutaneous tumors induced by immunosuppression: a case report

Gabriela Ferreira da Silva¹, Yara Mendes Silva¹, Mirjhenyfer Lúcia Martins¹, Pedro Henrique Chaves de Souza Aguiar¹, João Marcos Faier Assunção¹, Maria Aíssa Barbosa Carneiro¹, Fabrício Carvalho Torres².

Introdução: Pacientes tratados com terapia imunossupressora apresentam deficiência na resposta imune, favorecendo o aparecimento de lesões cutâneas pré-neoplásicas e neoplásicas¹. Descrição do caso: TSMM, mulher, 64, branca, há 21 anos submetida a transplante renal por Insuficiência Renal Crônica. A imunossupressão inicial foi Prednisona, Ciclosporina e Azatioprina. Em 2016, procurou serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário relatando lesões sugestivas de carcinomas cutâneos. Em julho realizou-se 4 ressecções em antebraço, dorso do pé, região cervical e mão. Os resultados histopatológicos descreveram, respectivamente, carcinoma epidermóide (CEC) moderadamente diferenciado e em situ, neoplasia maligna indiferenciada e hiperplasia epitelial. Em fevereiro de 2017 paciente retorna, submetida à exereses de 4 lesões, entre CEC e carcinoma basocelular (CBC). Em março, mais 2 lesões ressecadas, caracterizadas como Doença de Bowen. Em 2018 mais 5 ressecções e, em 2019, mais 3. Devido ao surgimento de múltiplos tumores e crescimento acelerado, foi proposta alteração da imunossupressão para Prednisona, Ciclosporina, Sirolimus, tentando, assim, reduzir a recorrência dos carcinomas. As cirurgias foram realizadas com anestesia local, ressecção em plano total, descolamento tecidual e pontos subdérmicos com fio monocryl 4-0, diminuindo tensão nas bordas, sutura simples ou ponto intradérmico com mononylon 4-0 na pele. **Discussão:** A ressecção precoce das lesões pode impedir a invasão de tecidos adjacentes e necessidade de cirurgias complexas com utilização de técnicas de enxertos, que podem causar sequelas significativas. **Conclusão:** A interação entre serviços de Cirurgia Plástica e Nefrologia é fundamental na tentativa de atenuar o surgimento e agravamento dos carcinomas cutâneos em pacientes imunossuprimidos, diminuindo morbimortalidade.

Palavras-chave: Imunossupressão. Transplante Renal. Carcinoma Espinocelular. Carcinoma Basocelular.
Keywords: Immune tolerance. Kidney transplantation. Carcinoma. Squamous cell. Carcinoma. Basal cell.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 712, de 13 de agosto de 2014. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Imunossupressão no Transplante Renal. Diário Oficial da União, Brasília (DF). Publicado em 14 de agosto de 2014.
2. Almeida APM, Almeida LM, Franco KP, Peçanha MAP. Lesões Cutâneas Malignas e Pré-Malignas Pós Transplante Renal: relato de caso e revisão da literatura. Revista Científica da FMC. 2014; 9(1): 30-36.
3. Penn I. Immunosuppression - A contributory factor in lymphoma formation. ClinTransplant. 1992; 6: 214-9.
4. Paula FJ, Janhez LE. Tumores malignos no pós-transplante renal. J Bras Nefrol. 1999; 21(4): 161-166.
5. Salgo R, Gossman J, Schofer H, Kachel HG, Kuck J, Geiger H, *et al.* Switch to a sirolimus-based in long-term renal transplant recipients: reduced rate of (pre-)malignancies and nonmelanoma skin cancer in a prospective, randomized, assessor-blinded, controlled clinical trial. American Journal of Transplantation 2010; 10(6): 1385-1393.
6. Lima AM, Filho EGMR, Reis CMS, Rocha SP, Eid DRM. Estudo das dermatoses em pacientes transplantados renais. An Bras Dermatol. 2013;88(3):365-72.
7. Nobre LFM. Fatores associados às neoplasias cutâneas em pacientes transplantados renais em um hospital terciário [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Patologia, Programa de Pós-Graduação em Patologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2015.
8. Campistol JM, Eris J, Oberbauer R, Friend P, Hutchison B, Morales JM *et al.* Sirolimus therapy after early cyclosporine withdrawal reduces the risk for cancer in adult renal transplantation. J Am Soc Nephrol 2006; 17: 581-589.
9. Morelon E, Mamzer-Bruneel MF, Peraldi MN, Kreis H. Sirolimus: A new promising immunosuppressive drug. Towards a rationale for its use in renal transplantation. Nephrol Dial Transpl 2001; 16:18-20.
10. Kiyon KM, Broetto J, Fischler R, Sperli AE, Freitas JOG. Acurácia da biópsia de congelação no câncer de pele não-melanoma. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(3):472-4.
11. Ratner D. Reflections on Mohs micrographic surgery. Skinmed. 2004;3(4):189-90.
12. Wetzig T, Maschke J, Kendler M, Simon JC. Treatment of basal cell carcinoma. J Dtsch Dermatol Ges. 2009;7(12):1075-82.

1. Acadêmico(a) Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora.

2. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutor em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Faculdade de Medicina da USP.

Autor correspondente:

Gabriela Ferreira da Silva,

E-mail:

gabrielafsm@gmail.com

Resumo

Abordagem cirúrgica de neoplasia maligna em assoalho da boca em paciente do sexo feminino: relato de caso

Surgical approach to oral cancer affecting the floor of the mouth in a female patient - a case report

Jade Chartone Eustáquio¹, Aline Laís de Souza Silva¹, Paulla Machado D'Athayde¹, Ana Cristina Alves Bernabé¹, Luis Eduardo Vasconcelos Silva², Rachel Zarnowski², Bruno Cangussu Dantas³

1. Acadêmicas do curso de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei, São João del Rei, MG - Brasil

2. Residentes em Cirurgia Geral pela Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada, Barbacena, MG - Brasil

3. Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Hospital Ibiapaba Cebams, Barbacena, MG - Brasil

Autor correspondente: Jade Chartone Eustáquio,

E-mail:

jadechartone@gmail.com

Introdução: O câncer de boca é o sexto mais comum no mundo e o Brasil é o terceiro país com maior índice desta neoplasia. Tabagismo e etilismo são os principais fatores de risco e homens acima dos 40 anos são os mais acometidos. Descrição do caso: Paciente feminina 36 anos, tabagista 20 ano/maço, relata "aftas" de repetição em cavidade oral de início há 1,5 anos, associadas a odinofagia e odontalgia progressivas, há 6 meses. Foi abordada com diferentes esquemas de antibioticoterapia, sem sucesso, tendo sido encaminhada à otorrinolaringologia após 10 meses da queixa inicial. Realizou tomografia de face e pescoço e ressonância nuclear magnética, ambas denotando processo inflamatório e obstrutivo em glândulas submandibulares e parótidas. Mediante achados inconclusivos, foi encaminhada para Cirurgia de Cabeça e Pescoço, realizando biópsia de assoalho bucal. Anatomopatológico demonstrou carcinoma de células escamosas pouco diferenciado, eroso in situ e invasor. Foi indicada pelviglossomandibulectomia de ângulo a ângulo da mandíbula, com ressecção de glândulas submandibulares bilaterais e esvaziamento de linfonodos cervicais em nível 2, associada a traqueostomia. Paciente encaminhada para tratamento adjuvante. **Discussão:** Este caso corrobora com achados recentes da literatura que evidenciam aumento da incidência abaixo dos 40 anos e diferenças cada vez menos significativas entre os sexos. Apesar de incidência crescente, o diagnóstico ainda é tardio, sendo cerca de 60% já em estágios III/IV, quando a ressecção cirúrgica isolada não é mais curativa. **Conclusão:** O diagnóstico precoce da neoplasia oral é essencial pois determina não só maior efetividade da abordagem cirúrgica, como também maiores possibilidades terapêuticas e prognósticas.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço. Neoplasias de Cabeça e Pescoço/cirurgia. Epidemiologia. Carcinoma de Células Escamosas

Keywords: Head and Neck Neoplasms. Head and Neck Neoplasms/surgery. Epidemiology. Carcinoma. Squamous Cell.

Referências:

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, *et al.* GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base nº. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
2. Freitas RM, Rodrigues AMX, Matos Júnior AF, Oliveira GAL. Risk factors and major cytopathological changes of oral cancer: a review of literature. *Rev Bras Anal Clin.* 2016 Jan;48(1):13-8.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA, Falando Sobre Câncer da Boca. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
4. Oliveira JMB, Pinto LO, Lima NGM, Almeida GCM. Câncer de Boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos Fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico. *Revista Bras de Cancerol.* 2013; 59(2): 211-218
5. Sassi LM, Oliveira BV, Pedrucci PAG, Ramo GHA, Stramandinoli RG, Gugelmin G, *et al.* Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010 Mar;7(1):105-9
6. Brenner S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Oral squamous cell carcinoma: a literature review of patient profile, clinical staging and proposed treatment. *Rev Bras Cancerol.* 2007; 53(1): 63-69
7. Amorim Filho FS, Sobrinho JÁ, Rapoport A, Carvalho MB, Novo NE, Juliano Y. Estudo de variáveis demográficas, ocupacionais e co-carcinogênicas no carcinoma espinocelular da base de língua nas mulheres. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2003; 69 (4): 472-478.
8. Gupta N, Gupta R, Acharya AK, Patthi B, Goud V, Reddy, *et al.* Changing Trends in oral cancer - a global scenario. *Nepal J Epidemiol.* 2016;6(4):613-619.
9. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people-a comprehensive literature review. *Oral Oncol.* 2001 Jul;37(5):401-18.
10. Sciubba JJ. Oral cancer and its detection. History-taking and the diagnostic phase of management. *J Am Dent Assoc.* 2001;132 Suppl:12S-18S.
11. Tucci R, Borges FT, Aburad A, Carvalhosa AA. Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermoide de boca com diagnóstico tardio. *RSBO.* 2010; 7 (2):231-238.
12. Bonfante GMS, Machado CJ, Souza PEA, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2014; 30(5): 983-997.
13. Son YH, Kapp DS. Oral cavity and oropharyngeal cancer in a younger population. Review of literature and experience at Yale. *Cancer.* 1985;55(2):441-4.
14. Iype EM, Pandey M, Mathew A, Thomas G, Sebastian P, Nair MK. Oral cancer among patients under the age of 35 years. *J Postgrad Med.* 2001;47(3):171-6.

Gastroduodenopancreatectomia no tratamento cirúrgico da neoplasia mucinosa papilífera intraductal do pâncreas: um relato de caso

Gastroduodenopancreatectomy in the surgical treatment of intraductal papillary mucinous neoplasia of the pancreas: a case report

Ana Luíza Guedes Pires¹; Gabriel Ferreira Rezende¹; Heitor Cordeiro Olegário¹; Matheus Magalhães Apolinário¹; Rodrigo de Oliveira Peixoto²; Carlos Augusto Gomes²; Emílio Augusto Campos Pereira de Assis³.

Introdução: A neoplasia pancreática é responsável por 2% das neoplasias pelo mundo, configurando-se como a oitava causa de morte por câncer no Brasil.⁴ As neoplasias mucinosas papilares intraductais são lesões pré-malignas e correspondem de 1 a 3%, sendo mais prevalentes na sexta década de vida e acometendo, principalmente, a região cefálica do órgão.¹ A ressecção cirúrgica é a conduta mais indicada para cura potencial do adenocarcinoma.³ Destarte, a gastroduodenopancreatectomia mostrou-se como primeira escolha para a ressecção dessas lesões.² Relato de caso: VRDS, masculino, 62 anos, hígido, BEG e sem perda ponderal, deu entrada no hospital com icterícia persistente e dor epigástrica irradiada para o dorso. Exames laboratoriais realizados foram compatíveis com quadro de pancreatite aguda. À TC, havia dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e do ducto principal associado à presença de imagem hipodensa no terço distal. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) demonstrou papila protusa. Foi indicada a realização de Gastroduodenopancreatectomia, com pós-operatório de fístula pancreática de baixo débito e boa evolução. Alta 16 dias após admissão. **Discussão:** Diante do quadro, sugestivo de pancreatite, iniciou-se propeidética diagnóstica com realização de TC e EDA. Os achados de imagem, associados à elevação de amilase, foram sugestivos de etiologia neoplásica da obstrução, sendo indicada a Gastroduodenopancreatectomia com ressecção das cadeias linfonodais regionais. Houve boa evolução pós-operatória, creditada ao diagnóstico precoce e instituição de tratamento cirúrgico adequado. **Conclusão:** A colangiopancreatografia e a EDA mostraram-se fundamentais para o diagnóstico precoce da doença, possibilitando intervenção cirúrgica adequada e resultando na cura do paciente sem maiores comorbidades.

Palavras-chave: Pâncreas. Cisto Pancreático. Neoplasias Intraductais Pancreáticas.

Keywords: Pancreas. Pancreatic Cyst. Pancreatic Intraductal Neoplasms.

Referências:

1. Perri G, Marchegiani G, Frigerio I, Dervenis C, G, Conlon K, C, Bassi C, Salvia R: Management of Pancreatic Cystic Lesions. *Dig Surg*. 2019. doi: 10.1159/000496509
2. Elta, Grace H MD, FACP; et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Pancreatic Cysts. *American Journal of Gastroenterology*. vol 113 (4) p 464–479. 2018 doi: 10.1038/ajg.2018.14
3. Florence Jeune *et al.* Pancreatic cancer surgical management. *La Presse Médicale*. Vol 48(3), p.147-158. 2019. doi.org/10.1016/j.lpm.2019.02.027
4. The European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas, *et al.* European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Cystic Tumours of the Pancreas TESP*. 2018;
5. Borghesi Ronaldo Antonio, *et al.* TUMORES CÍSTICOS PANCREÁTICOS. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2015;17(4):185-187.
6. ARVALHO JOÃO DUARTE SOBRINHO. NEOPLASIAS CÍSTICAS DO PÂNCREAS [Tese de mestrado]. [place unknown]: Universidade do Porto; 2012. NEOPLASIAS CÍSTICAS DO PÂNCREAS.
7. Artifon Everson L.A, *et al.* Lesões Císticas do Pâncreas. *GED gastroenterol. endosc. dig.* 2013;32(44):111-119.

1. Graduandos em Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora;
2. Orientador do trabalho e Professor Adjunto de Cirurgia Geral da Universidade Federal de Juiz de Fora;
3. Anatomopatologista.

Correspondência:

Rua Antônio Bento de Vasconcelos, nº 1000, Condomínio Fazendinhas do Ipiranga, Bairro Previdenciários – Juiz de Fora/MG – CEP: 36031-290
E-mail:
analuiza.guedes.pires@gmail.com

Diverticulite de Meckel simulando apendicite aguda: relato de caso

Meckel's diverticulitis simulating acute appendicitis: case report

Victor Vitoi Cangussu¹, Bruno de Andrade Salomão², Priscila Rizutti Ferreira²,
Paula Farias Lischt Teixeira Gomes², Rafael Leal de Menezes².

1 - Cirurgião do Aparelho Digestivo, preceptor da residência médica de cirurgia geral no Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus

2 - Médico residente cirurgia geral no Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus

Insituição: Hospital Monte Sinai, Juiz de Fora

Autor correspondente: Paula Farias Lischt Teixeira Gomes,

E-mail: paulaftg@msn.com

Introdução: O Divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, presente em 2% da população com semelhante distribuição entre os sexos (Hosn, Lakis *et al.* 2014, Parvanescu, Bruzzi *et al.* 2018). Resulta da falha de obliteração do ducto onfalomesentérico, formando um verdadeiro divertículo presente na borda antimesentérica do íleo terminal, a aproximadamente 90 cm da válvula ileocecal. Em até 50% dos casos evidencia-se tecido ectópico, sendo gástrico e pancreático os mais comuns. (Araújo, Araújo *et al.* 2014). **Relato de caso:** Apresentamos um relato de caso de paciente masculino, adulto jovem, com quadro de diverticulite aguda de Meckel. Paciente, masculino, 27 anos, deu entrada no serviço de emergência do hospital no dia 05 de outubro de 2018 com queixa de dor abdominal epigástrica iniciada após alimentação na noite anterior, acompanhada de três episódios de vômitos e febre. Negava alteração de hábito intestinal, comorbidades, uso contínuo de medicamentos ou alergias. Ao exame físico apresentava-se taquicárdico (FC: 120 bpm), febril, com bom padrão respiratório. Exame abdominal com dor a palpação difusa e descompressão brusca dolorosa. Exames laboratoriais que evidenciaram leucocitose sem desvio a esquerda (Leucograma: 23600 / 4 bastões) e PCR : 33 - restante sem alterações. Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome evidenciou “alça de delgado com pequena área de dilatação, borramento e com vasos engurgitados sugerindo área diverticular com processo inflamatório local”. Submetido a videolaparoscopia diagnóstica com achado de divertículo de Meckel em íleo, com necrose em ponta e abscesso bloqueado pelas alças e delgado próximo ao apêndice cecal que apresentava hiperemia (periapendicite). Optada pela realização de enterectomia segmentar em área de divertículo, com anastomose primária termino-terminal e apendicectomia videolaparoscópica. **Discussão:** É assintomático na maioria das vezes, podendo levar a sintomas decorrente de complicações. Na infância ocorre principalmente hemorragia digestiva baixa; nos adultos pode levar a casos de dor abdominal, diverticulite aguda, obstrução intestinal e sangramentos. (Araújo, Araújo *et al.* 2014, Hosn, Lakis *et al.* 2014). Nos casos de diverticulite aguda o principal diagnóstico diferencial é com apendicite aguda, onde aproximadamente 40% dos casos a diferenciação é feita apenas no intra-operatório. (Pirzada, Tariq *et al.* 2018) **Conclusão:** Embora seja uma condição rara, a diverticulite de Meckel é um importante diagnóstico diferencial com quadros de apendicite aguda, necessitando de tratamento cirúrgico precoce para evitar complicações. Quando possível, recomenda-se a utilização de videolaparoscopia devido melhor recuperação em pós-operatório.

Palavras-chave: Diverticulo de meckel, apendicite, diverticulite aguda, abdomen agudo.

Keywords: Meckel diverticulum, appendicitis, diverticulitis, abdomen acute.

Referências:

- 1- Hosn MA, Lakis M, Faraj W, Khoury G, Diba S. Laparoscopia Approach to symptomatic meckel diverticulum in adults. JLS 2014; 18(4): 1-4.
- 2- Douard R, Parvanescu A, Bruzzi M, Voron T, Tilly C, Zinzindohué, *et al.* Complicated Meckel's diverticulum. Medicine 2018; 97(38): 1-6.
- 3- Araujo LM, Araujo FM, Alves ACS, Monteiro ACF, Paula BC, Xavier DSS. Divertículo de Meckel: revisão de literatura. Rev Med Minas Gerais 2014; 24(1): 93-7.
- 4 -Pirzada U, Tariq H, Azam S, Kumar K, Dev A. A rare cause of abdominal pain in adults: Meckel's diverticulitis. Case Rep Gastroenterol 2018;12: 709-14.
- 5- Blouhos K, Boulas K, Tsalis K, Baretas N, Paraskeva A, Kariotis I, *et al.* Meckel's diverticulum in adults: surgican concerns. Frontiers in surgery 2018; 5: 1-4.
- 6- Whong CS, Dupley L, Varia HN, Golka D, Linn T. Meckel's diverticulitis: a rare entity of Meckel's diverticulum. Journal of Surgery Case Reports 2017; 1: 1-3.