

componentes epiteliais e mesenquimais. Devido à sua raridade, pouco se sabe sobre a fisiopatologia, a histogênese e a história natural da doença. É mais comum no sexo feminino (3,25:1) e mais de 90% dos pacientes apresentam idade acima de 60 anos. Aproximadamente 75% dos pacientes apresentam colelitíase associada e não existem sintomas e marcadores tumorais específicos, bem como exames de imagem conclusivos, consequentemente o diagnóstico é feito tardiamente, com doença localmente avançada ou metástase à distância, principalmente para o fígado, adrenal e pâncreas. As intervenções terapêuticas ainda não estão bem definidas, consistindo basicamente em colecistectomia, associada ou não a ressecção hepática ampliada. O prognóstico é reservado, com sobrevida média de dezessete meses.

Carcinossarcoma, vesícula biliar, colecistectomia

041

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COMO ROTINA NO PRÉ-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Bruna Zimmermann Angelo¹, Maurício Mendes de Albuquerque², Eduardo Miguel Schmidt³, Cristiano Denoni Freitas⁴

¹ Acadêmica do Internato médico UNISUL - Paltóia - SC. E-mail: brunazimmermann@ig.com.br
^{2,3,4} Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo, Imperial Hospital de Caridade, Florianópolis/SC

A obesidade é um grave problema de saúde pública sendo considerada uma epidemia que afeta mais de 300 milhões de pessoas no mundo. Está entre as dez doenças com maior índice de mortalidade em decorrência de suas comorbidades associadas (hipertensão, diabetes, dislipidemia)¹⁻⁴. Em 1996, a National Institutes of Health Consensus reconheceu a cirurgia bariátrica como o único tratamento eficaz para a obesidade mórbida⁵. Entre as diversas técnicas cirúrgicas, o bypass gástrico em Y de Roux (BGR) é a mais utilizada^{6,7}. A indicação de endoscopia para todos os pacientes a serem submetidos à gastroplastia ainda é controversa. Sua indicação justifica-se pela possibilidade de detectar e tratar lesões, que possam afetar o tipo de cirurgia a ser realizada ou causar complicações no período pós-operatório⁸⁻¹⁰. O objetivo do estudo foi conhecer a prevalência de achados endoscópicos no pré-operatório de BGR. Foi realizado um estudo transversal retrospectivo, do tipo censo, com inclusão de 135 pacientes. Todos foram submetidos ao BGR no Imperial Hospital de Caridade em Florianópolis/SC, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2011. Os dados foram coletados através da análise de prontuário médico e de laudo endoscópico. Apenas maiores de 18 anos e com presença de EDA pré-operatória foram incluídos. Em relação aos resultados, observou-se predominância do sexo feminino (82%), o IMC médio foi de 41 kg/m² e a idade média de 38 anos. Foram encontrados 108 (80%) pacientes com achados endoscópicos. Em 40%, detectou-se gastrite, em 39% *Helicobacter pylori* (HP), 33% apresentaram esofagite e 24% hérnia hiatal. A alta prevalência de achados endoscópicos permite que os pacientes recebam tratamento específico (IBP, e erradicação para HP) antes da cirurgia, como parte do preparo pré-operatório, possibilitando a resolução dos problemas e uma recuperação pós-operatória melhor. É importante destacar a correlação positiva entre HP e a taxa de úlcera marginal após BGR. Deve-se, portanto, indicar sua detecção e erradicação^{8,11-14}. Conclui-se que as divergências na literatura a respeito dos achados endoscópicos (valores de 10-90%)⁸ permitem que o cirurgião seja responsável pela conduta com o paciente, sendo prudente a realização da endoscopia antes da realização da cirurgia bariátrica.

Descritores: Endoscopia gastrointestinal. Obesidade mórbida. Cirurgia bariátrica.

Referências

1. Prevedello CF, Mayer ET, Copetti H. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o

método BAROS. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2009; 46(3):199-203.

2. Salazar C, Vergnaud JP, Lopera C, Uribe AL. Estenosis de la anastomosis gastroyeyunal como complicación de la derivación gástrica en cirugía bariátrica por laparoscopia. Reporte de tres casos y su manejo. *Rev. colomb. cir.* 2005; 20(1):54-58.

3. Sanches GD, Gazoni FM, Konishi RK, Guimarães HP, Vendrame LS, Lopes RD. Cuidados Intensivos para Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2007; 19(2): 205-209.

4. Gama FF, Espel JP, Aponje JB, Portillo MM, Rodriguez MR. Endoscopia en cirugía bariátrica, ¿un nuevo reto?. *Cirugía y Cirujanos*. 2007; 75(6):425-428.

5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. London: NICE; 2007.

6. Mejia AF, Unigarro I, Bolaños E, Chauz CF. Endoscopia en cirugía bariátrica. *Rev Col Gastroentero*. 2006; 21(2):109-115.

7. Obstein KL, Thompson CC. Endoscopy after bariatric surgery. *Gastrointestinal endoscopy*. 2009 Dec; 70(6):1161-6.

8. Tariq N, Chand B. Presurgical evaluation and postoperative care for the bariatric patient. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2011; 21(2):229-40.

9. Huang CS. The role of the endoscopist in a multidisciplinary obesity center. *Gastrointest Endosc*. 2009; 70(4):763-7.

10. Rao RS, Gentileschi P, Kini SU. Management of ventral hernias in bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2011; 7(1):110-6.

11. Obstein KL, MD, Thompson CC. Endoscopy after bariatric surgery. *Gastrointest Endosc*. 2009; 70(6):1161-66.

12. Moura Almeida A, Cotrim HP, Santos AS, Bitencourt AG, Barbosa DB, Lobo AP, Rios A, Alves E. Preoperative upper gastrointestinal endoscopy in obese patients undergoing bariatric surgery: is it necessary? *Surg Obes Relat Dis* 2008; 4(2):144-9.

13. Huang CS, Forse RA, Jacobson BC, Farraye FA. Endoscopic findings and their clinical correlations in patients with symptoms after gastric bypass surgery. *Gastrointest Endosc*. 2003; 58(6):859-866.

14. Rahul Parnala R, Kidd M, Modlin IM. Surgery for Obesity: Pandora's Box? *Dig Surg*. 2006; 23:1-11.

042

ABDOMEN AGUDO PERFURATIVO SECUNDÁRIO À PERFURAÇÃO DE NEOPLASIA COLÔNICA - RELATO DE CASO

Luiza Tonello¹, Ana Paula Bueno de Paula Lima¹, Rafael Xavier de Oliveira¹, Orli Franzon², Nicolau Kruef³

¹ Acadêmica de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Paltóia, SC, Brasil. ² Especialista em Cirurgia Geral e Proctologia, Hospital Regional de São José Dr Homero Miranda Gomes. ³ Doutor em Medicina Clínica Cirúrgica, Hospital Regional de São José Dr Homero Miranda Gomes.
E-mail: luizattonello@hotmail.com

O Abdome Agudo (AA) é caracterizado como uma síndrome aguda e dolorosa, de intensidade variável e que requer tratamento imediato, clínico ou cirúrgico. As etiologias mais comuns do AA Perforativo variam desde úlcera péptica e diverticulite aguda perforadas, perfuração de víscera oca por corpo estranho, complicação de doença inflamatória intestinal, até a perfuração de tumor localizado no trato gastrointestinal. Este caso se refere à perfuração de um tumor. Foi realizada revisão do prontuário, anamnese, exame físico e exames de imagem do paciente, que foi atendido no Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes em Julho de 2012. C.R.A.S.J., masculino, 39 anos, casado, músico. Vem ao Hospital referindo história de febre aferida (40°C), seguida de dor abdominal súbita, tipo muscular, contínua, sem alívio com analgésicos e associada à distensão abdominal e incapacidade de eliminar gases e fezes (que não teve alívio com laxativos). O quadro teve início 20 dias antes da procura por atendimento. No hospital conseguiu evacuar, retornando à casa sem atendimento. No dia seguinte os sintomas retornaram com maior intensidade, procurando novamente atendimento no mesmo Hospital. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, 98 bpm, pressão arterial de 100/76 mmHg, ausculta pulmonar e cardíaca sem particularidades e exame abdominal apresentando intensa dor à palpação abdominal difusamente, distensão e ruídos hidroaéreos diminuídos. Foi realizado radiografia de tórax e abdome, que mostraram pneumoperitônio e distensão de alças em delgado associado