

atualmente o paciente encontra-se estável hemodinamicamente e com possibilidade de alta hospitalar caso a TC de controle seja satisfatória.

Descritores: Pseudocisto pancreático; diagnóstico ; tratamento

035

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA GRAU III EM TRATAMENTO CONSERVADOR
CLOSED ABDOMINAL TRAUMA SPLENIC INJURY GRADE III WITH CONSERVATIVE TREATMENT

Autor: DIRCEU MONTEIRO PONTES NETO, NICOLAU F. KRUEL, DANIEL LUPSELO, MÁRCIO WAGNER, SARA CARDOSO, STEPHANIA MERCADO.

Resumo: A lesão esplênica é comum após trauma abdominal contuso e o tratamento não operatório é a opção preferida em pacientes hemodinamicamente estáveis e que não tenham lesão associada que requeira laparotomia exploratória.

Os benefícios deste tratamento são a redução de complicações operatórias, de transfusões, de morbidade infecciosa e hospitalização. Relato: Paciente de 58 anos, sexo masculino, vítima de atropelamento por moto, ao exame dor abdominal de moderada intensidade, em quadrante superior esquerdo, não irradiado, eupnéico, glasgow 15, PA: 110/70. Evoluiu em poucas horas com mal estar geral, palidez marcada, hipotensão (80/50), síncope momentânea.

Efetua-se reposição volêmica e monitorização em sala de reanimação. No US abdome (rotura de baço com hemoperitônio) e posteriormente na TC (Trauma esplênico grau III associado a moderada quantidade de líquido livre e hematoma periesplênico com preservação do hilo), controle estrito de HT/HB chegando a [HT:6,9 HB:19,9], sendo transfundido 3 chads [1 chad-30/10(HB:6,9;HT:20,1)+2 chads-01/11(HB:6,9;HT:19,9)] + liberação da dieta; com melhora absoluta do quadro 06/11(HB:11,8;HT:34,9). Conclusão: O tratamento conservador tem um alto índice de sucesso quando indicado apropriadamente, os cirurgiões de vem, contudo excluir deste tratamento os pacientes com instabilidade hemodinâmica e suspeita de lesão de víscera oca associada. Pode-se contudo realiar reanimação hídrica e transfusão sanguínea para resgatar pacientes em choque com resposta intermediária para obter benefícios do TNO.

PALAVRAS-CHAVE: Trauma abdominal. Trauma Esplênico. Tratamento Não Operatório (TNO).

036

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM UM PACIENTE COM ÚLCERA DUODENAL PERFURADA

Márcio Roberto Wagner, Nicolau F. KrueI, Daniel Lupselo, Dirceu Monteiro P. Neto, Stephania M. Bascope, Sara Carine dos Santos.

A Hemorragia Digestiva Alta (HDA) consiste de sangramento proveniente do trato gastrointestinal, acima do ângulo de Treitz, podendo se manifestar clinicamente por hematêmese, melena ou sangue oculto nas fezes. Relatamos um caso de HDA por Úlcera Duodenal Perfurada em um paciente masculino, de 62 anos, portador de Hipertensão, Epilepsia e transtornos psiquiátricos em tratamento, apresentando sinais de Choque, com PA 70/40mmHg, desidratado, hipocorado, com sudorese e extremidades frias. Laboratório com Hto 15,5%, Hb 5,4g/dl. Foi solicitada uma EDA que informou sangramento ativo de Úlcera do Bulbo Duodenal, não sendo possível realizar Escleroterapia devido ao sangramento intenso (Estigma de Forrestla). Em abordagem inicial houve necessidade de hemotransfusões e estabilização hemodinâmica onde se decidiu por conduta cirúrgica. Em cirurgia aberta se evidenciou Úlcera Duodenal Sangrate Perfurada em parede posterior, bloqueadas com aderências em fígado e pâncreas com sangramento ativo. Realizado Antrectomia, Vagotomia Troncular, Gastroenteroanastomose Y de Roux. A falha no tratamento endoscópico devido a hemorragia maciça, localização e profundidade da Úlcera Duodenal com a alta possibilidade de ressangramento (Forrest I 55% chance de ressangrar) obrigou o tratamento

cirúrgico, já que o ressangramento correlaciona-se com aumento da mortalidade nesta situação.

037

HÉRNIA INTERNA EM GESTANTE COM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE BY-PASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX PARA OBESIDADE MÓRBIDA

Meire Helton de Almeida, Jeniffer Ferreira Barbosa, Paulo Roberto Miranda Gomes Junior

Pós-graduação: Mestrado em Medicina: Cirurgia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - 2008 Universidade Federal de Santa Catarina

E-mail: meirehelton@uol.com.br

A técnica de By-Pass Gástrico em Y-de-Roux por Via Laparoscópica é considerada padrão ouro em Cirurgia Bariátrica. Uma das complicações dessa técnica é a formação de Hérnia Interna no espaço de Petersen, no pós operatório tardio. Em uma série com 1400 casos realizada durante um período de três anos, de pacientes submetidos à By-Pass Gástrico em Y-de-Roux por Via Laparoscópica Anterocólica Antegástrica, foi observado 3 casos de Hérnia Interna. Dois estudos em série avaliando mulheres que ficaram grávidas após Cirurgia Bariátrica, um com 34 pacientes e outro com 41 pacientes não relataram Hérnia Interna como complicação, o que demonstra a raridade deste evento neste grupo de pacientes. Este relato de caso trata de uma mulher de 25 anos, primigesta (22 semanas de gestação), em pós-operatório de 2 anos de Cirurgia Bariátrica, que apresentava queixa de dor abdominal alta em cólica, pós-prandial, associada à parada de eliminação de flatus e fezes por 24 horas. Diante do quadro clínico, procedeu-se a investigação por Laparoscopia Exploradora, que evidenciou Hérnia Interna Encarcerada no Espaço de Petersen, sendo realizada redução da mesma por Videolaparoscopia. Dois dias após a cirurgia, a paciente se apresentava assintomática e sem sinais de sofrimento fetal. Recebeu alta hospitalar e foi encaminhada para seguimento Ambulatorial. A Hérnia Interna apresenta sinais e sintomas discretos e inespecíficos, o que torna o diagnóstico clínico difícil. Em muitos casos, apenas uma Cirurgia Exploradora (aberta ou por via laparoscópica) é conclusiva. A Cirurgia Videolaparoscópica é considerada técnica segura e eficaz para a correção de Hérnias Internas, inclusive em gestantes.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica, gestante, Hérnia Interna.

038

PERDA DE PESO NO PÓS-OPERATÓRIO DO BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX

Bruna Zimmermann Angelo¹, Mauricio Mendes de Albuquerque², Eduardo Miguel Schmidt³, Cristiano Denoni Freitas⁴. Acadêmica do Internato médico UNISUL - Palhoça - SC.

Email: brunaaa@hotmail.com.

^{1,2,3,4} Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo, Imperial Hospital de Caridade, Florianópolis/SC.

Devido à epidemia da obesidade, projeta-se que nos próximos anos o sistema de saúde confrontará com uma demanda sem precedentes para a cirurgia bariátrica, explicada pelo aprimoramento do manejo cirúrgico e conhecimento científico, que fomentou o interesse do paciente com a promessa de reduzir drasticamente a morbidade em curto prazo¹⁻³. O bypass gástrico em Y de Roux (BGR) é a cirurgia bariátrica mais realizada, mostrando-se efetiva na perda de peso e segura no controle de comorbidades³⁻⁶. O objetivo do estudo foi descrever a perda de peso dos pacientes submetidos ao BGR. Foi realizado um estudo transversal retrospectivo, do tipo censo,

com inclusão de 117 pacientes. Todos foram submetidos ao BGYR 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. Maiores de 18 anos e com acompanhamento clínico pós-operatório maior de 180 dias foram incluídos. Em relação aos resultados, observou-se predominância do sexo feminino (85%), a idade média encontrada foi de 38 anos e o IMC médio pré-operatório foi de 41 kg/m². O tempo médio para atingir o peso mínimo foi de 410 dias e o percentual médio de excesso de peso perdido de 77%. O IMC mínimo encontrado foi 27 kg/m² (inferior em 35% quando comparado ao pré-operatório). De acordo com os dados apresentados, conclui-se que o BGYR é uma técnica cirúrgica eficaz em promover perda de peso em médio prazo.

Referências

1. Favretti F, Ashton D, Busetto L, Segato G, Luca MD. The Gastric Band : First-Choice Procedure for Obesity Surgery. *World Journal of Surgery*. 2009;2039-2048.
2. Obstein KL, MD, Thompson CC. Endoscopy after bariatric surgery. *Gastrointest Endosc*. 2009;70(6):1161-66.
3. Higa K, Ho T, Tercero F, Yunus T, Boone KB. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 10-year follow-up. *Surg Obes Relat Dis*. 2011;7(4):516-25.
4. Rahul Pannaia R, Kidd M, Modlin IM. Surgery for Obesity: Panacea or Pandora's Box? *Dig Surg*. 2006;23:1-11.
5. Mejia AF, Unigarro I, Bolaños E, Chauz CF. Endoscopia en cirugía bariátrica. *Rev Col Gastroenterol*. 2006;21(2):109-15.
6. Livhits M, Mercado C, Yemilov I, Parikh JA, et al. Behavioral factors associated with successful weight loss after gastric bypass. *Am Surg*. 2010;76(10):1139-42.

039

FÍSTULA PLEURAL DE ALTO DÉBITO EM PACIENTE SUBMETIDO A ESOFAGECTOMIA POR NEOPLASIA DE ESÓFAGO DISTAL.

Roberto André Goral¹, Nicolau Fernandes Kruel²

¹ Acadêmico de Medicina UNISUL - contato: robertogoral@hotmail.com, ² Cirurgião do Trauma e Cirurgião do Aparelho Digestivo do HRSJ-HMG

Apresentação de caso clínico de paciente portador de fistula pleural de alto débito após esofagectomia por neoplasia de esôfago distal. A fistula esofago-pleural é uma situação rara que se associa elevada morbimortalidade, particularmente quando diagnosticada tardiamente. É mais frequente pós-pneumectomia estando descrita em até 1% dos casos. Outras etiologias são:

tuberculose, neoplasias, úlceras, pós-radioterapia, traumática (pós-colocação de sonda nasogástrica) e após procedimentos endoscópicos (dilatação, escleroterapia, colocação de balão Sengstaken-Blakemore). A ocorrência desta complicação prolonga o tempo de internação hospitalar e conseqüentemente, aumenta os custos financeiros. No passado, a mortalidade associada a esta complicação era de 43%.

Na atualidade, estes índices são bem menores, principalmente pelo emprego de nutrição enteral e parenteral. A mortalidade atual é estimada de 5,3% a 21,3%. O paciente em questão, J.F.P. 51 anos, masculino, aposentado, natural e procedente de Florianópolis, foi admitido no HRSJ-HMG em 24/07/2012 com história de disfagia há 6 meses associada à perda ponderal. Negava comorbidades. História familiar negativa para neoplasias. Ex-tabagista (30 maços/ano), e ex-etilista. Ao exame físico o paciente encontrava-se em regular estado geral, hipocorado, afebril, acianótico, anictérico e eupnéico. O abdome apresentava-se depressível, sem massas palpáveis, com ruídos hidroaéreos normais, indolor à palpação. Os exames laboratoriais demonstraram leucocitose e hematócrito baixo. A EDA apresentava neoplasia em esôfago distal, pan gastrite enantematosa e duodenite enantematosa. O exame anatomo-patológico evidenciou adenocarcinoma invasivo. A TC de admissão apresentava espessamento parietal concêntrico ao nível do esôfago distal, com 23 mm de diâmetro e linfonodo

periesofágico à esquerda medindo 14 mm.

Havia comprometimento da cárdia associado a linfonodomegalias na cadeia da artéria gástrica esquerda medindo 12 mm. Dezesesseis dias após a admissão o paciente foi submetido à uma esofagectomia associada a uma esplenectomia, pancreatectomia distal, anastomose esôfago-gástrica e jejunostomia. Evoluiu no nono dia de pós-operatório com fistula para pleura direita, de alto débito, coleção subfrênica esquerda e empiema à esquerda constatados pela TC. Foi submetido à pleuroscopia e drenagem aberta da coleção subdiafragmática, apresentando boa evolução pós-operatória com nutrição parenteral prolongada e antibioticoterapia. A frequência elevada de complicações pós-operatórias acompanha habitualmente as ressecções esofágicas para o tratamento do carcinoma. A anastomose esofagogástrica com invaginação deve ser realizada com intenção de diminuir a frequência da fistula desta anastomose. A nutrição parenteral total ou enteral e o uso de antimicrobianos estão indicados e contribuíram para a recuperação da complicação em questão.

Descritores: Fistula pleural; Esofagectomia; Neoplasia de esôfago.

040

CARCINOSSARCOMA DE VESÍCULA BILIAR

Luciano Vieira Martins¹, João de Bona Castelan Filho¹, Alexandre Vieira Martins¹, Denise Graffiti D'Avila², Jayme Quirino Caon Nobre³.

¹ - Cirurgião Geral, coordenador da residência de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma - SC. TCBC. ² - Médicos residentes de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma - SC. ³ - Médico cirurgião geral do Hospital Regional de Araranguá - SC.

Relatar um caso de Carcinossarcoma de Vesícula Biliar (VB) de uma paciente atendida no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José de Criciúma, Z.S., 60 anos, feminino, do lar, internada em outubro de 2012, apresentando dor intensa em hipocôndrio direito, náuseas, principalmente após alimentação, e episódios de febre não aferida. Ex-tabagista, sem outras comorbidades. Nega perda ponderal. Ao exame abdômen globoso, indolor à palpação e apresentando sinal de Courvoisier-Terrier. Laboratório: bilirrubina total (BT) 7,8, predominando direta 6,4, fosfatase alcalina 877, gama-GT 3.222. Ecografia: VB preenchida completamente com material heterogêneo, com pequeno fluxo ao Doppler, cálculo de 1,9 cm, impactado em infundíbulo e dilatação de vias biliares intra-hepáticas. TC: abdômen demonstrou sinais de colelitíase calculosa com cálculo impactado no infundíbulo e hiperdistensão da VB determinando compressão do cóledoco e dilatação à montante. Paciente foi submetida à cirurgia, com incisão de Kocher, evidenciou-se VB com microabscessos em sua parede, extremamente hiperdistendida com dificuldade para visualização do pedículo e via biliar principal. VB com conteúdo semi-sólido, que não esvazia com punção. Realizado colecistectomia retrógrada, constatado presença de fistula coledocoduodenal, sendo necessário seccioná-la. Após coledocotomia, com uso de pinça Randall e passagem de cateter de Fogarty, observou-se a saída de dois cálculos e debrís. Realizado coledocoscopia, com broncoscópio, não sendo visualizados outros cálculos. Necessário duodenorrafia, aberto após seccionar fistula. Colocado dreno de Kher, realizado colangiografia trans-operatória, sem evidência de cálculo no cóledoco. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, recebendo alta sem queixas, com BT de 0,7. Paciente retorna ao ambulatório com resultado do anatomopatológico que evidenciou Carcinossarcoma de VB. No momento paciente encontra-se assintomática e em acompanhamento, sendo encaminhada ao ambulatório da Oncologia para seguimento. As neoplasias de vesícula biliar são raras, constituindo 1% de todas as neoplasias. O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum (88%). Já o carcinossarcoma, forma mais rara de neoplasia da VB, com apenas 67 casos descritos na literatura mundial até o momento, representa menos de 1% destes tumores. O carcinossarcoma de vesícula biliar é um tumor maligno, de caráter misto, caracterizado por apresentar