

II II CONGRESSO DE CIRURGIA

HC - UFU



2023

Anais do

II CONGRESSO DE CIRURGIA

do HC-UFU

APOIO:



COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidentes Docentes

Cezar Augusto dos Santos

Mirian Rizza Campos Reis

Presidente Discente

Matheus Klimach Borba Guimarães

Comissão de Trabalhos Científicos

Cezar Augusto dos Santos

Mirian Rizza Campos Reis

João Bosco Chadu Júnior

Paulo Cesar Santos

Rosângela Martins de Araújo

Comissão Programação Científica

Luis Gustavo Freitas Castro

Matheus Klimach Borba Guimarães

Matheus Henrique Cruvinel Silveira

Lucas Ferreira Cesar

Comissão de Infraestrutura e Marketing

Laura Aparecida Xavier de Abreu

Laura Ferreira Costa

Lucas Ferreira de Andrade

Raquel Belluco Ribeiro

Pablo Almeida Garcia

Gabriela de Melo Silva Ferreira

Gabriel Menezes Martins

Felipe Santos Alves

Felipe dos Anjos Rodrigues Campos

Bianca Felice Ferreira

Ana Beatriz Moi Miotto

João Paulo Moreira Fernandes

José Augusto da Silva Neto

Juan Nicholas Cabral de Andrade Felipe

Organização

Departamento de cirurgia HC-UFU

Liga Acadêmica de Cirurgia e Trauma UFU

Apoio

Universidade Federal de Uberlândia

Faculdade de Medicina UFU

Ebserh UFU

Ano de realização

2023

Endereço

Av. Pará, Bloco 2H, 1720 - Umuarama, Uberlândia - MG, 38400-902

Faculdade de Medicina – FAMED UFU

Apresentação:

O II Congresso de Cirurgia e Subespecialidades, realizado nos dias 9, 10 e 11 de novembro de 2023, se propõe como um evento cujo objetivo é esclarecer aos participantes acerca dos fundamentos históricos e atuais que permeiam o campo da cirurgia. Nesse contexto, o HC-UFU é reconhecido regionalmente pelo seu potencial como centro de referência. Diante disso, historicamente, esse complexo se configura como um importante centro à saúde para a população do Triângulo Mineiro, assim como um centro de referência para a formação de profissionais da saúde de exímia qualidade. Com isso, a segunda edição do Congresso de Cirurgia, visa promover a grandiosidade da instituição, Universidade Federal de Uberlândia, assim como de seu hospital, HC-UFU. Dessa forma, o evento tem como fundamento integrar os discentes e docentes da instituição, como os membros das instituições de saúde da região do Triângulo Mineiro, a fim de aproximar os profissionais da área da saúde que fazem parte desse grande complexo. Assim, tal atividade colabora para a troca de saberes internamente à UFU como externamente em consonância com as instituições vizinhas, buscando a integralização de conhecimentos e promovendo a UFU como centro dessa troca de saberes, principalmente na área cirúrgica, a qual é referência regional pelo seu hospital de alta complexidade.

SUMÁRIO:

1. TRAUMA HEPÁTICO GRAU V POR ACIDENTE DE ALTA ENERGIA CINÉTICA: UM RELATO DE CASO 7
2. MORTALIDADE EM CIRURGIAS DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM E SEM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA NO BRASIL 11
3. COMPARATIVO NACIONAL DA CIRURGIA BARIÁTRICA: Análise de incidência e custo nos extremos do Brasil 14
4. VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE, CABEÇA E PESCOÇO: CIRURGIAS DE URGÊNCIA VERSUS ELETIVAS EM MINAS GERAIS 18
5. FRATURA DE PELVE: RELATO DE CASO COM GRANDE ABERTURA DO ANEL SEM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA 20
6. TRATAMENTO CIRÚRGICO: A PRIMEIRA ESCOLHA PARA O CARCINOMA BASOCELULAR DE ALTO RISCO NA FACE 24
7. CIRURGIA DE VARIZES CONERCIONAIS REALIZADAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ÚLTIMA 28
8. ANÁLISE DO NÚMERO DE AMPUTAÇÕES DE PÊNIS EM ONCOLOGIA EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE NEOPLASIA MALIGNA DE PÊNIS DE 2018 A 2022 NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL 31
9. PLÁSTICA MAMÁRIA RECONSTRUTIVA PÓS-MASTECTOMIA COM IMPLANTE DE PRÓTESE: 2008 A 33
10. TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA PARA ACELERAR FORMAÇÃO DE TECIDO DE GRANULAÇÃO EM DEISCÊNCIA DE SUTURA: UM RELATO DE CASO 36
11. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TRANSPLANTES RENAIIS E ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA REGIÃO SUDESTE 42
12. ANÁLISE DA PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE MOTOCICLISTAS TRAUMATIZADOS NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG 45
13. CORREÇÃO DE HÉRNIA VENTRAL COM TELA MICROPOROSA E PONTE OMENTAL EM PACIENTE GRAVE: UM RELATO DE CASO 47
14. DISTRIBUIÇÃO DE CIRURGIAS REPARADORAS EM PACIENTES PÓS-BARIÁTRICOS NO ESTADO DE MINAS GERAIS 53
15. EXÉRESE DE TUMOR EM PÁLPEBRA INFERIOR SEGUIDO DE RECONSTRUÇÃO COM RETALHO TRIPIER BIPEDICULADO: UM RELATO DE CASO 56

16. INTUBAÇÃO ACORDADA PARA CIRURGIA DE TUMOR CERVICAL GIGANTE: RELATO DE CASO	63
17. SÉRIE HISTÓRICA DA RAZÃO DE CUSTO POR INTERNAÇÃO EM FUNÇÃO DE QUEDAS NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG	66
18. NEFRECTOMIA BILATERAL EM RIM POLICÍSTICO DEVIDO A DOENÇA RENAL POLICÍSTICA AUTOSSÔMICA DOMINANTE: UM RELATO DE CASO.....	68
19. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES ASSOCIADAS ÀS CIRURGIAS BARIÁTRICAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA E AO MANEJO DE COMPLICAÇÕES.....	73
20. RETALHO DE GILLES COMO TÉCNICA RECONSTRUTIVA EM ABORDAGENS ONCOLÓGICAS DE GRANDES DEFEITOS NO VERMELHÃO DO LÁBIO INFERIOR.....	76
21. SARCOMA DÉRMICO PLEOMÓRFICO DE EVOLUÇÃO RÁPIDA, AGRESSIVA E FATAL.....	81
22. RECONSTRUÇÃO NASAL DE CARCINOMA BASOCELULAR – A EFICÁCIA DO RETALHO BILOBADO NA BUSCA PELA ESTÉTICA E FUNCIONALIDADE	87
23. PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS VENOSOS NOS TRABALHADORES DO COMÉRCIO.....	92
24. MORBIMORTALIDADE EM APENDICECTOMIAS: UM COMPARATIVO ENTRE GÊNEROS EM GOIÁS (2017-2022)	96
25. HAMARTOMAS DE CÉLULAS DE SCHWANN E ADENOMA TÚBULOVILOSO: RELATO DE CASO.....	100
26. COLECTOMIA DIREITA EM PACIENTE COM TUMOR CARCINOIDE DE CECO: RELATO DE CASO.....	106
27. BÓCIO Mergulhante Intra-torácico: Um relato de caso.....	110
28. A IMPORTÂNCIA DA CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS EM CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA NA FACE.....	114
29. MANEJO DE CASO DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL EM TÍBIA DIREITA EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO COM REBAIXAMENTO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: UM RELATO DE CASO	121

TRAUMA HEPÁTICO GRAU V POR ACIDENTE DE ALTA ENERGIA CINÉTICA: UM RELATO DE CASO

Autores:

Laura Ferreira Costa¹

Diogo Rios de Ávila²

Ricardo Restivo de Castro Teixeira³

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 - Médico Residente do Serviço de Cirurgia Geral do HC-UFU

3 - Médico do Serviço de Cirurgia Geral do HC-UFU

Palavras-Chave: Acidente automobilístico; Lesões do Sistema Vascular; Hemoperitônio; Papilotomia Endoscópica.

1. Introdução:

Traumas abdominais contusos, em especial os automobilísticos, com frequência são responsáveis pelas lesões hepáticas, as quais são as principais causas de óbito (entre 10 e 15% dos casos) decorrente de traumatismo severo¹. Essa estatística evidencia a necessidade médica de conhecimento acerca do tema para a correta classificação da injúria e capacidade de diferenciar entre os casos em que são necessárias condutas cirúrgicas mais agressivas e imediatas daqueles em que é possível uma abordagem conservadora. Nesse sentido, é usual diferenciar as lesões hepáticas de I a VI, sendo I e II consideradas leves; III a VI graves, conforme a Associação Americana de Cirurgia do Trauma (AAST)². No tangente à conduta, nas últimas duas décadas tem crescido a “non-operative management” (NOM) como consequência do aprimoramento das possibilidades de monitoramento e dos recursos de imagem. A decisão entre ambas as terapêuticas pode não ser definitiva, de modo a variar conforme o estado do paciente e, portanto, haver casos em que um NOM desdobra-se em necessidade de um procedimento invasivo.^{1 2}

2. Relato de Caso:

Paciente masculino de 25 anos é levado pelo SIATE ao serviço de pronto-atendimento, vítima de acidente motociclístico de alta energia (moto x caminhão) há 04 horas, sem história de perda de consciência. À avaliação primária, detectou-se instabilidade hemodinâmica, com bulhas hipofonéticas, taquicardia e hipotensão, somadas a abdômen flácido e ausência de sangramentos externos ativos. O E-FAST detectou líquido periesplênico e pequena lâmina de fluido em espaço de Morrison. Foi, então, realizado dreno em hemitórax direito e solicitadas tomografias computadorizadas (TC) de abdômen, tórax e crânio. Nestas, foram observadas regiões hipovasculares no lobo direito do fígado, além de amputação de ramo segmentar da veia-porta à direita, o que sugeria lesão vascular na bifurcação do ramo portal direito e a classificação em trauma hepático grau V. Além disso, foram administrados plasma fresco e duas unidades de concentrados de hemácias. Após cinco dias de conduta conservadora, o paciente evoluiu para peritonite secundária a hemoperitônio; de modo que foi realizada laparotomia exploradora com retirada de coágulos e drenagem da cavidade. Durante o procedimento, bile, pus e sangramentos ativos estavam ausentes. Entretanto, optou-se por não se explorar o bloqueio sub-hepático em decorrência da friabilidade do tecido. Ao final do procedimento, foi posicionado dreno tubulolaminar subhepático. Na mesma ocasião, a equipe da ortopedia realizou, com fios de Kirschner, estabilização de luxação radioulnar distal à direita observada em avaliação secundária do dia de chegada.

No 12º dia transcorrido do acidente, apresentava-se icterico e com níveis elevados e crescentes de enzimas hepáticas, canaliculares e bilirrubinas total, direta e indireta. Optou-se, então, pela realização de Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) com ampla papilotomia devido a fístula traumática de via biliar intra-hepática, com o objetivo de alívio de pressão por redução do débito da fístula. No mesmo dia, o paciente recebeu alta da UTI e, depois de oito, alta hospitalar. Entretanto, no 10º dia após a alta (30 dias pós-trauma), o paciente apresentou saída de secreção purulenta de ferida do dreno associada a febre; tendo procurado o serviço em demanda espontânea. Em TC abdominal, evidenciou-se coleção líquida em fígado, sendo cogitado o diagnóstico de hematoma infectado; para o qual foi administrada Ampicilina e Sulbactam.

Três dias depois, foi realizada punção percutânea com colocação de dreno intra-abdominal, o qual permaneceu por sete dias. Após uma semana, novo dreno com cateter de Shilley foi colocado, do qual foi aspirado conteúdo purulento, espesso e fétido.

Embora o paciente tenha apresentado redução das áreas de coleção e de edema na TC de 25 dias após a segunda internação, foi realizada troca de medicamentos; de Pipetazo para Imipenem 500mg dois dias

após o exame devido a quadro febril e de diminuição da drenagem com manutenção do tamanho do abscesso. O paciente segue internado no serviço de Cirurgia Geral, sem previsão de alta.

3. Reflexão:

Inicialmente, visando-se a determinação da conduta consonante aos protocolos de atendimento no trauma, é necessária a garantia de estabilização do paciente. No caso em questão, essa etapa foi alcançada após a transfusão de componentes sanguíneos, de modo que foi seguida a conduta conservadora apesar do grau V de de lesão hepática em decorrência dos riscos que, já estabilizado, uma cirurgia poderia apresentar. Desse modo, percebe-se que uma hepatectomia extensa para a exposição do vaso lesado, na ausência de sangramento ativo, não é a primeira opção³.

Ademais, o relato demonstra um caso de laceração hepática grau V; ou seja, com grave ruptura de parênquima e lesões venosas de grandes vasos; sem sangramento ativo, o que foi evidenciado com a laparotomia realizada após NOM inicial. Esse procedimento, decorrente de um hemoperitônio, contou com drenagem de coágulos presentes na cavidade, os quais, ao tamponarem os vasos lesados, impediram sangramentos ativos.

Nesse ínterim, o paciente apresentou uma fístula biliar, altamente associada à cirurgia² e para cuja resolução foi necessária uma CPRE com papilotomia para redução do débito de fístula traumática de via biliar e drenagem da região.

Somados a essas condutas, é evidente a importância dos exames físicos e laboratoriais, o que é evidenciado a partir da percepção da icterícia e da detecção das alterações das enzimas hepáticas e das bilirrubinas, aspectos indispensáveis para a decisão pelo último procedimento em questão.

4. Conclusão:

O caso em evidência exemplifica a necessidade de vigilância constante em decorrência da dinamicidade dos quadros clínicos e das variadas possibilidades de modalidades terapêuticas que podem ser adotadas a depender dessas evoluções.

5. Referências:

1. CIROCCHI, R.; TRASTULLI, S.; PRESSI, E.; FARINELLA, E.; AVENIA, S.; MORALES URIBE, C. H.; BOTERO, A. M.; BARRERA, L. M. Non-operative management versus operative management in high-grade blunt hepatic injury. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015, n. 8. Art. No.: CD010989. DOI: 10.1002/14651858.CD010989.pub2.
2. TRINTINALHA, P. D. O. et al. Surgical treatment in hepatic trauma: factors associated with hospitalization time. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 48, p. e20202784, 24 mar. 2021.
3. HARFOUCHE, M.; FELICIANO, D. V. Trauma Surg Acute Care Open, 2021;6:e000675. doi: 10.1136/tsaco-2021-000675.

MORTALIDADE EM CIRURGIAS DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM E SEM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA NO BRASIL

Autores:

*Mayra Gomes Pereira*¹ - <http://lattes.cnpq.br/2892287851869612>

*Kleysson Gonçalves de Souza*¹ - <http://lattes.cnpq.br/2126285213901769>

*Larissa Silva Vidal*¹ - <http://lattes.cnpq.br/6313441902990779>

*Edigar Henrique Vaz Dias*² - <http://lattes.cnpq.br/4470411265352316>

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Catalão

2 - Docente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Catalão

Palavras-Chave: Cardiopatia isquêmica; Revascularização; Doença Arterial Coronariana; Circulação Extracorpórea.

1. Introdução:

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é indicada para Doença Arterial Coronariana (DAC) que objetiva prolongar e melhorar a qualidade de vida, alívio sintomático, proteção ao miocárdio isquêmico e recuperação do paciente. A CRM, quando comparada ao tratamento clínico, resulta em maior redução da mortalidade em pacientes com grande carga isquêmica. A CRM pode ser feita com ou sem circulação extracorpórea (CEC). Estudos têm demonstrado que na CRM sem CEC há menores índices de complicações uma vez que a resposta inflamatória sistêmica da circulação extracorpórea é omitida^{2,3}.

OBJETIVO:

O presente trabalho teve como objetivo comparar a taxa de mortalidade entre os procedimentos de CRM com e sem CEC no Sistema Único de Saúde (SUS) entre os anos de 2017 a 2022.

METODOLOGIA/MÉTODOS:

A coleta de dados foi realizada através da extração de dados do DataSUS, por meio da ferramenta de tabulação de dados TabNet¹. Nessa ferramenta, selecionou-se a opção procedimentos hospitalares do SUS em todo Brasil, entre o período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022, escolhendo-se os seguintes procedimentos: revascularização do miocárdio com uso de circulação extracorpórea, revascularização do miocárdio com uso de extracorpórea com 2 ou mais enxertos, revascularização do miocárdio sem uso de extracorpórea e revascularização do miocárdio sem uso de extracorpórea com 2 ou mais enxertos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos, observa-se uma maior taxa de mortalidade na classificação CRM com CEC no ano de 2018, correspondendo a 7,64. No entanto, foi reduzida nos anos seguintes, 2019, 2020, 2021 e 2022, com os respectivos valores: 5,43, 6,32, 6,63 e 5,06. No procedimento CRM com CEC com 2 ou mais enxertos houve a segunda maior taxa de mortalidade geral, sendo esta de 5,82, considerando o período de 2017 a 2022. Comparando todos procedimentos, ano a ano, a classificação CRM sem CEC com 2 ou mais enxertos alcançou a menor taxa de mortalidade, com valor de 2,6 em 2021. No geral, a CRM sem CEC também foi registrada a menor taxa de mortalidade quando comparada às outras intervenções no intervalo de tempo pesquisado, com o valor 3,34. É importante destacar que, ao comparar as taxas de mortalidade no período analisado, sem diferir os procedimentos, observou-se a maior taxa de mortalidade, 6,33, no ano de 2020. Destaca-se o aumento constante da taxa de mortalidade do procedimento CRM sem CEC, que elevou de 3,04 em 2017 para 6,1 em 2022. O fato da taxa de mortalidade dessa cirurgia no Brasil ter quase dobrado entre 2017 e 2022 entra em contradição com a informação de que a CRM sem CEC possui redução das chances de complicações quando comparadas à CRM com CEC³. Especula-se que uma das razões para esse aumento possa ter sido uma possível alteração no perfil dos pacientes que foram submetidos à técnica. Os *guidelines* da *American Heart Association* sobre revascularização do miocárdio enfatiza que para os pacientes indicados para revascularização coronária em que a estratégia a ser usada não é clara, a abordagem a ser definida seja feita a partir de discussão do caso entre o *Heart Team*⁴.

CONCLUSÃO:

A presente pesquisa demonstra uma maior taxa de mortalidade nos procedimentos CRM com CEC. Entretanto, a taxa de mortalidade na CRM sem CEC quase dobrou no período analisado. Portanto, destaca-se a importância da investigação das possíveis causas para o aumento da mortalidade desse procedimento no país. Além disso, observa-se a necessidade de mais estudos que comparem índices de morbimortalidade entre as diferentes modalidades da CRM.

5. Referências:

- [1] BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS: Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2023. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def> >. Acesso em 20 out 2023.
- [2] EVORA, Paulo Roberto B. Circulação Extracorpórea na Cirurgia de Revascularização do Miocárdio no Estado de São Paulo. O Estudo REPLICCAR. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 115, n. 4, p. 602-603, 2020.
- [3] FERES, Fausto, COSTA, Ricardo A. ; SIQUEIRA, Dimytri. DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA E DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA SOBRE INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, p. 1–81, 2017.
- [4] LAWTON, J.; TAMIS-HOLLAND, J. et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization. **J Am Coll Cardiol**, v. 79, n. 2, p. e21–e129, jan. 2022.

COMPARATIVO NACIONAL DA CIRURGIA BARIÁTRICA: Análise de incidência e custo nos extremos do Brasil

Introdução: Autores:

Kleysson Gonçalves de Souza¹ - Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2126285213901769>

Victor Pedrosa Ferreira de Souza¹ - <http://lattes.cnpq.br/2490793162485947>

Camila Pugliesi de Figueiredo¹ - <http://lattes.cnpq.br/1071704044765257>

Ana Carolina Silva Busse¹ - <https://lattes.cnpq.br/1193724898522944>

Izabella Praxedes Batista da Silva¹ - <https://lattes.cnpq.br/5834929319328855>

Arielly Dayane Lima Ribeiro² - <http://lattes.cnpq.br/7077338749456958>

Carolina Freitas da Silva³ - <http://lattes.cnpq.br/0991877144172503>

Romeu Paulo Martins⁴ - <http://lattes.cnpq.br/0912778768755567>

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Catalão

2 - Mestrado em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia UFAC

3 – Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Catalão

4 - Docente do Instituto de Biotecnologia (IBIOTEC) da Universidade Federal de Catalão, Mestrado em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia e Mestrado em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da Universidade Federal do Acre, Mestrado em Nutrição e Saúde da Universidade Federal do Espírito Santos

1. Introdução:

A obesidade pode ser compreendida como o acúmulo excessivo de gordura em forma de tecido adiposo, podendo se dar em decorrência de causas multifatoriais¹. Dentre outros fatores, a obesidade é hoje

reconhecida como um fator de risco para inúmeras comorbidades, morbidades e mortalidades². O tratamento dessa condição demanda abordagem multidisciplinar, englobando mudança de hábitos nutricionais, atividades físicas, tratamento farmacológico individualizado e a cirurgia bariátrica, sendo a escolha do tratamento baseada na gravidade do problema e na presença ou não de complicações associadas³. Nesse sentido, é evidenciado que para obesidade grave, o tratamento convencional ainda apresenta resultados insatisfatórios para esses pacientes, de modo que passa a ser positiva a indicação para tratamento com a Cirurgia Bariátrica (CB)⁴. A indicação para a intervenção cirúrgica pode ser feita para pacientes com idade de 18 a 65 anos com presença de índice de massa corporal (IMC) acima de 40 kg/m² ou acima de 35kg/m² com presença de comorbidades graves relacionadas à obesidade e, além disso, deve-se transcorrer o tratamento clínico convencional com resultados insatisfatórios por, pelo menos, dois anos⁴. Com o avanço da tecnologia associada, a opção pelo tratamento cirúrgico acaba sendo vista atualmente como uma alternativa positiva, tanto em seu resultado clínico quanto econômico⁵. Nesse âmbito, faz-se importante compreender os fatores que implicam na ampla disponibilidade desses procedimentos para a população Brasileira.

2. Objetivo:

Analisar dados referentes ao índice de realizações as cirurgias bariátricas por procedimentos e por regiões, assim como analisar o impacto do custo e tempo de permanência associado a esses procedimentos.

3. Metodologia/Métodos:

Estudo descritivo de tendência temporal, usando como fonte de dados o Sistema de Informações de Saúde disponível no DATASUS entre os anos de 2007 e 2022. Foram extraídos dados referentes aos procedimentos: gastroplastia com derivação intestinal, gastroplastia vertical com banda, gastroplastia vertical em manga (sleeve), cirurgia bariátrica por videolaparoscopia e Tratamento de Intercorrências Cirúrgicas Por Cirurgia Bariátrica. Ademais, foram feitas associações quanto a disposição de cada procedimento, a média de permanência e o valor médio AIH por estado e região.

4. Resultado e Discussão:

As regiões sul e sudeste apresentaram índices elevados de realização de Cirurgias Bariátricas, somando um total de 54699 e 33047 procedimentos entre 2019 e 2022 cada, respectivamente, o que, individualmente, é superior a soma das regiões norte, nordeste e centro-oeste, que juntas somaram 10201, excetuando-se nesses cálculos os procedimentos reoperacionais. Ademais, somente as regiões sul e sudeste apresentaram crescimento do índice de realização de cirurgias que superou o índice de crescimento populacional, apresentando crescimento progressivo ao comparar a taxa de cirurgias bariátricas proporcional ao contingente populacional, enquanto as demais regiões apresentaram índices estacionários. Chamou atenção também nos resultados brutos e ponderados o fato de que a pandemia gerou interferência estatisticamente significativa nessas taxas, de modo que os índices decaíram significativamente a partir do ano de 2020, com a vigência da pandemia do covid 19. Os procedimentos mais realizados foram a Gastroplastia com derivação intestinal e Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia, com 90678 e 4831 procedimentos realizados a nível nacional, respectivamente. Com relação a isso, é importante ressaltar que a disponibilidade desses procedimentos não foi a mesma ao longo de todo o estudo, de modo que alguns procedimentos só foram disponibilizados em algumas regiões depois de anos, a exemplo da cirurgia bariátrica por videolaparoscopia, que só foi disponibilizada na região norte a partir de 2019, ano a partir do qual todas as regiões apresentaram resultados de todos os procedimentos avaliados. Fazendo um recorte a partir desse ano, os procedimentos mais realizados continuaram os mesmos, porém em proporção bem diferente, com a Gastroplastia com Derivação Intestinal apresentando 20419 procedimentos e a Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia 4070 procedimentos. Com relação à média de permanência, houve uma tendência de que as regiões com maior valor médio de AIH tivessem tempos menores de internação, sendo os procedimentos mais caros a Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia e a Gastroplastia com Derivação Intestinal, com valores médios de R\$6229,97 e R\$46130,18 respectivamente. Em análise de relação temporal, evidenciou-se que as regiões com maiores médias de permanência também foram as que tiveram uma disponibilidade de novos procedimentos mais tardiamente, a exemplo da região norte que apresentou a maior média de permanência, com 5,56 dias, enquanto a região sul apresentou média de permanência de 3,45.

5. Conclusão:

Foi evidenciado uma grande concentração dos índices de realização de cirurgias bariátricas nas regiões Sul e Sudeste, enquanto as demais regiões apresentaram índices mais baixos e mal distribuídos, de modo que muitos procedimentos só foram disponibilizados com vários anos de diferença, o que denota uma correlação ao investimento em saúde de cada região, ao passo que os procedimentos menos invasivos e

com melhores resultados não são amplamente disponibilizados nas regiões brasileiras, o que evidencia a necessidade de maiores investimentos para a disponibilização desses procedimentos.

Palavras-Chave: Obesidade; Cirurgia; Bariátrica; Custo.

Referências:

01. World Health Organization. Overweight and obesity. Fact sheet. nº 311. Geneva: WHO; 2014.
Disponível em: <<http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/obesity/en>>
02. HOWELL, Raelina S.; LIU, Helen H.; BOINPALLY, Harika; AKERMAN, Meredith; CARRUTHERS, Elizabeth; BRATHWAITE, Barbara M.; PETRONE, Patrizio; BRATHWAITE, Collin E.M.. Outcomes of Bariatric Surgery: patients with body mass index 60 or greater. **Jsls**: Journal of the Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons, [S.L.], v. 25, n. 2, p. [S.I.], 2021. The Society of Laparoscopic and Robotic Surgeons. <http://dx.doi.org/10.4293/jsls.2020.00089>.
03. SANGIORGI, Giuseppe Massimo; CEREDA, Alberto; PORCHETTA, Nicola; BENEDETTO, Daniela; MATTEUCCI, Andrea; BONANNI, Michela; CHIRICOLO, Gaetano; LORENZO, Antonino de. Endovascular Bariatric Surgery as Novel Minimally Invasive Technique for Weight Management in the Morbidly Obese: review of the literature. **Nutrients**, [S.L.], v. 13, n. 8, p. 2541, 25 jul. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu13082541>.
04. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4º ed. São Paulo – SP, 2016.
05. MAIA, Ruanda Pereira; SILVA, Pauliene Christielly Cardoso da; DUARTE, Amélia Cristina Stival; COSTA, Raphaela Moiana da. AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA APÓS REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE GOIÂNIA, BRASIL. **Demetra**: Alimentação, Nutrição & Saúde, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 147-164, 3 maio 2018. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2018.27515>.

VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE, CABEÇA E PESCOÇO: CIRURGIAS DE URGÊNCIA VERSUS ELETIVAS EM MINAS GERAIS

Autor 1: Milena Mariana Wellichan¹ - <http://lattes.cnpq.br/3657424014016995>

Autor 2: Felipe Araujo Gouhie¹ - <https://lattes.cnpq.br/4352881826731990>

Autor 3: Davi Alves Silva¹ - <http://lattes.cnpq.br/3894991308584977>

Autor 4: Beatriz Rizzo Parreira¹ - <http://lattes.cnpq.br/3568832356885655>

Autor 5: Laura Caroline Felipe de Freitas¹ - <https://lattes.cnpq.br/7812157657866933>

Orientadora: Erika Kiyomi Yuyama² - <https://lattes.cnpq.br/8480516819875848>

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Palavras-chave: otorrinolaringologia, internações e epidemiologia.

Introdução: A região da cabeça e do pescoço apresenta uma grande variedade de estruturas anatômicas, em áreas contíguas, proporcionando a ocorrência de uma grande multiplicidade de tumores benignos e malignos, e ainda de malformações congênitas, que exigem, em quase sua totalidade, tratamento cirúrgico. Apresenta comportamento biológico, abordagem terapêutica e prognósticos variáveis.¹ Uma peculiaridade da otorrinolaringologia está na faixa etária dos pacientes: desde lactentes e crianças até idosos podem necessitar de cirurgia dessa especialidade², seja ela eletiva ou de urgência, mostrando que as abordagens sobre cirurgias dessa área são relevantes para a saúde pública. **Objetivo:** Identificar a proporção das internações para cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço em caráter de urgência em relação ao número total de internações realizadas para esses procedimentos cirúrgicos em caráter eletivo no estado de Minas Gerais no período de 2018 a 2022. Assim, permitirá avaliar a necessidade de planejamento e alocação de recursos para cirurgias de urgência na otorrinolaringologia. **Metodologia:** Este estudo retrospectivo descritivo foi realizado por meio de uma análise quantitativa, utilizando dados do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais, no período de 2018 a 2022. A metodologia utilizada foi adequada para o objetivo do estudo, o qual era avaliar a proporção de internações para cirurgias de urgência em relação ao número total de internações para cirurgias eletivas. Tal levantamento foi realizado com a utilização da seguinte fórmula: (internações

para realização de cirurgias das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço em caráter de urgência / internações para realizações de cirurgias das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço em caráter eletivo) x 100, empregando a base de dados TABNET/DATASUS. **Resultados e Discussão:** Com base nos dados obtidos por meio do TABNET/DATASUS, foi observado que a proporção de internações para cirurgias de urgência na área da otorrinolaringologia aumentou significativamente durante a pandemia, mas voltou a níveis pré-pandêmicos em 2022. Em 2018, a proporção registrada foi de 68,13%, aumentando para 69,61% em 2019, e alcançando nos anos da pandemia, 2020 e 2021, seu pico, nos quais a quantidade de cirurgias abordadas em caráter de urgência ultrapassou o número de cirurgias eletivas, com porcentagens, respectivamente, de 127,90% e 217,04%. Em 2022 o valor proporcional diminuiu para 81,36%. Os resultados demonstram que a quantidade de cirurgias em caráter de urgência na área da otorrinolaringologia é significativa em relação às de caráter eletivo. Esse dado é compreensível na pandemia, na qual podem ter ocorrido desafios no acesso aos cuidados de saúde preventivos e eletivos, não sendo possível evitar que os problemas se tornassem urgentes. No entanto, esse número ainda alto após a pandemia pode indicar a necessidade de investimentos em infraestrutura hospitalar e treinamento para essa demanda, além da necessidade de investimentos em cuidados otorrinolaringológicos preventivos. **Conclusões:** A atual análise identificou elevada proporção de cirurgias em caráter de urgências para vias aéreas superiores, face, cabeça e pescoço em Minas Gerais nos últimos 5 anos em relação às cirurgias eletivas. Portanto, torna-se evidente a importância de investimentos nesta demanda cirúrgica, o aumento do número de profissionais de saúde especializados e, principalmente, deve haver o acesso facilitado a cuidados médicos para prevenir a ocorrência de cirurgias de urgência.

Referências:

- 1-DE CASTRO JUNIOR, Francisco Monteiro. **Cirurgia de cabeça e pescoço: tópicos essenciais.** Thieme Revinter, 2019.
- 2-ROITHMANN, Renato; KOSUGI, Eduardo Macoto; TAMASHIRO, Edwin. **Técnicas Cirúrgicas Básicas em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial.** Thieme Revinter, 2022.

FRATURA DE PELVE: RELATO DE CASO COM GRANDE ABERTURA DO ANEL SEM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

Felipe dos Anjos Rodrigues Campos¹

Gabriel Menezes Martins¹

Maykon Rocha De Freitas²

Thiago Augusto Corrêa³

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 - Médico do programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/EBSERH

3 - Ortopedista especialista em joelho, chefe e preceptor do programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/EBSERH

Palavras-Chave: trauma de pelve, abertura de anel pélvico, fratura em livro aberto, classificação de Young e Burgess.

1. Introdução:

Fraturas de pelve em pacientes jovens são geralmente relacionados a traumas de alta energia. Embora pouco frequentes, por estarem relacionadas a grandes sangramentos retroperitoneais, podem causar óbito logo após o trauma (Chueire et al, 2004). Portanto, uma lesão pélvica deve sempre ser suspeitada em pacientes politraumatizados graves, especialmente em acidentes automobilísticos, quedas e esmagamentos.

Alguns sinais e sintomas são típicos de acometimento das estruturas da pelve (Perry et al, 2022). Lesões geniturinárias (rasgamentos uretrais ou da bexiga) ocorrem em até 15% dos casos, sobretudo em fraturas pélvicas anteriores, podendo ser suspeitadas em caso de uretrorragia, dor em pelve ou abdome, equimose perineal em asa de borboleta (sinal de Destot, no escroto ou grandes lábios), toque retal com próstata elevada ou toque vaginal com lacerações e/ou protusões ósseas. Esta situação inclusive contraindica a sondagem vesical, requerendo uretro-cistografia retrógrada para confirmação diagnóstica.

Lesões intestinais ocorrem em 14% dos casos, principalmente em fraturas pélvicas posteriores, que também podem lesar as raízes e os plexos nervosos próximos do forame sacro, com 25% dos traumas de pelve apresentando alguma fratura de coluna vertebral. Nestes casos, podem aparecer bexigomas e perda de reflexos em períneo (pode evoluir para dispareunia, disfunção erétil, incontinência fecal e/ou urinária), além de perda reflexa em MMII.

Lesões vasculares causam hemorragia significativa, principalmente em fraturas pélvicas posteriores, podendo ser externas (indicando fratura exposta) ou apenas internas, embora ambas possam causar choque hemorrágico (em alguns casos, o choque é a única manifestação da fratura de pelve). Apenas 10% dessas lesões são arteriais (artéria sacral lateral posterior, obturatória anterior, glútea superior ou pudenda anterior) e 90% venosas (plexo pré-sacro, veias pré-vesicais). Uma vez que a pelve pode reter 4-6L de sangue antes de tamponamento, sangramentos com abertura do anel pélvico tem mortalidade de até 50% se não abordados rapidamente.

No quadril e MMII, sinais de alerta incluem crepitação, encurtamento e/ou posição anormal das extremidades, fraqueza em MMII e sensibilidade sobre a pelve óssea. A estabilidade pélvica é avaliada na palpação de referências ósseas, como cristas ilíacas, sínfise púbica, sacro, articulações sacroilíacas e trocânteres maiores. A compressão da pelve, com pressão direcionada para posterior e medial, deve ser feita uma única vez, para evitar agravo de lesões e aumento do sangramento. Na pele adjacente, há que se preocupar com desenlramento (lesão de Morel-Lavallee, por cisalhamento da pele, pode exigir intervenção e afetar o planejamento cirúrgico), suspeitado por hematoma subdérmico, equimose, abrasões e/ou ferimentos abertos.

As principais classificações são: Tiles, Young e Burgess (Alton e Gee, 2014), e AO/OTA. A primeira determina os tipos A-estável, B-parcialmente instável, C-completamente instável. A segunda classifica pela direção e localização da força aplicada (compressão anteroposterior-CAP, compressão lateral-CL, cisalhamento vertical-CV), em graus I-II-III, segundo a abertura óssea. A fratura pélvica pode ou não pode romper o anel, requerendo fraturas em 2 ou mais locais para instabilidade. Um exemplo clássico de emergência é a fratura de pelve “em livro aberto” (Tiles-B1, Young Burgess-CLIII, AO/OTA-61B1.2/61B2.3/61B3.3), com mau prognóstico pela alta chance de hemorragia maciça e sepse. Geralmente há grande abertura da sínfise púbica (>2,5cm), pressupondo abertura da sacroilíaca, principal foco hemorrágico.

O tipo de fratura e situação hemodinâmica do paciente determinam o tratamento. RX (AP, inlet, outlet) e TC evidenciam fraturas ósseas ou disjunções da sínfise púbica e/ou

articulações. Em geral, na urgência (American College of Surgeons, 2018), paciente hemodinamicamente estável: pelve estável recebe tratamento conservador (analgesia, restrição de carga); pelve instável, faz-se fixação (externa ou interna) programada. Já em paciente hemodinamicamente instável: pelve estável sugere lesão em outros locais (abdome, tórax, TCE), dispensando imobilização de pelve; pelve instável, inicia-se ressuscitação volêmica e faz-se fixação externa assim que possível, mantendo imobilização com lençol na altura do trocânter até início da cirurgia. Se houver sangramento intraperitoneal, pode-se fazer laparotomia exploradora ou angiografia pélvica. Este trabalho objetiva o estudo de um trauma de pelve, que apesar da gravidade esperada segundo as classificações, teve uma evolução menos aguda.

2. Relato de Caso:

Paciente feminino, 26 anos, trazido para Hospital de Clínicas Universitário pelo SAMU, vítima de acidente motociclístico (alta energia, colisão motoXcarro) às 22h (1º dia). Com capacete, ejeção para cima do carro, sem perda de consciência. Admitida pela equipe de cirurgia em prancha rígida e sem colar cervical. Reposição volêmica (cristaloide 500mL SRL) e analgesia (10mg Tramadol) durante transporte, sem intercorrências. XABCDE do trauma sem alterações (ECG15). Pelve indolor às manobras, períneo sem hematomas, toque retal sem abaulamentos, sangue ou espículas, sem peritonite. Palpação de coluna normal, movimento de extremidades preservado, exceto MIE e pelve imobilizados. Análise secundária (AMPLA) e sinais vitais normais. Na segunda avaliação, após 10min abdome plano, RHA+, percussão timpânica, normotenso, sem visceromegalias, doloroso à palpação superficial/profunda em região suprapúbica, defesa abdominal. TC de abdome sem sinais de pneumo/hemoperitônio, sem líquido livre em cavidade abdominal, vísceras íntegras. TC de tórax normal. Após radiografias foram detectados fratura de punho bilateral, de pelve (combinada, CL III à direita, CV à esquerda, com 7,3cm de abertura da sínfise púbica) e luxação de joelho pela equipe de ortopedia. Fixação (FETA) em joelho esquerdo, procedimento de quadril agendado para após 7º dia (estável hemodinamicamente). No 5º dia apareceram edema, hematoma e dor em vulva, nos grandes lábios bilateral, principalmente à direita. Sem sangramento ao toque, leucorreia e demais alterações.

3. Reflexão:

Chama atenção neste caso a grande abertura da sínfise púbica (7,3cm), porém sem

instabilidade hemodinâmica. Segundo Young e Burgess, abertura >2,5cm indica grau II ou III, de maior gravidade (mais riscos de hemorragia e dano neurológico). Normalmente, esse RX aparece em casos que necessitarão fixação externa de urgência. No entanto, como o paciente estava clinicamente bem, foi optado pela fixação programada, que permite mais tempo para estudo do caso e planejamento cirúrgico.

4. Conclusão:

Nas decisões de conduta frente aos traumas de pelve, embora a radiografia e TC sejam indispensáveis para verificar instabilidade pélvica, classificar fratura e programar a cirurgia definitiva, a clínica do paciente ainda determina a conduta na emergência. Neste caso, uma fratura combinada com enorme abertura da sínfise púbica no RX dispensou fixação externa imediata, uma vez que o paciente era hemodinamicamente estável.

5. Referências:

1. Chueire, A. G., Carvalho Filho, G., Santos, A. F. D., & Pockel, K. P. (2004). Fraturas do anel pélvico: estudo epidemiológico. *Acta Ortopédica Brasileira*, 12, 05-11.
2. Perry, K., Mabrouk, A., & Chauvin, B. J. (2022). Pelvic Ring Injuries. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
3. Alton, T. B., & Gee, A. O. (2014). Classifications in brief: young and burgess classification of pelvic ring injuries. *Clinical Orthopaedics and Related Research*®, 472, 2338-2342.
4. American College of Surgeons (2018). ATLS Suporte Avançado de Vida no Trauma® Manual do curso de alunos. 10^{ed}, Chicago, EUA.

TRATAMENTO CIRÚRGICO: A PRIMEIRA ESCOLHA PARA O CARCINOMA BASOCELULAR DE ALTO RISCO NA FACE

Autores:

(Autor 1) Guilherme Cerva de Melo, <http://lattes.cnpq.br/4674622437634992>¹

(Autor 2) Giovani Mendola Perobelli, <http://lattes.cnpq.br/2498680106529114>¹

(Autor 3) Daniela Contri Fraga Alves, autora não possui Lattes²

(Autor 4) Laura Aud Rodrigues, <http://lattes.cnpq.br/5293999399771703>³

(Autor 5) Maria Emília Batista Rosa, <http://lattes.cnpq.br/3060428350327227>⁴

(Autor 6) Pâmella Castro Justino Sena, <http://lattes.cnpq.br/8716619425758900>⁵

(Autor 7) Vinícius da Costa Nunes, <http://lattes.cnpq.br/0088812143642263>⁴

(Autor 8/Orientadora) Mabel Duarte Alves Gomides, <http://lattes.cnpq.br/7102642448274863>⁶

¹Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

²Médica oftalmoplástica do Hospital de Clínicas de Uberlândia

³Médica dermatologista, *Fellow* de Cirurgia Dermatológica do Hospital de Clínicas de Uberlândia

⁴Médico (a) residente de dermatologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia

⁵Médica residente de oftalmologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia

⁶Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Médica dermatologista do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

Palavras-Chave: Carcinoma Basocelular; Neoplasias Palpebrais; Retalhos Cirúrgicos; Margem de Excisão.

1. Introdução:

O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer mais comum em todo o mundo e está aumentando em incidência, provavelmente devido à exposição solar cumulativa e ao envelhecimento da população^{1,2}. Este tumor maligno se desenvolve a partir de células progenitoras dos queratinócitos,^{1,3} com uma carga mutacional na codificação do DNA maior que qualquer outro câncer humano, o que permite maior antigenicidade e indolência por meio de elevada ativação do sistema de imunovigilância.¹ Por isso, uma parte do tumor apresenta crescimento lento e indolente, enquanto outra parte apresenta capacidade de

invasão local, com tendências a infiltrar os tecidos por contiguidade, causando uma elevada morbidade.³ Os fatores de risco responsáveis por aumentar as chances de desenvolvimento do CBC são: suscetibilidade genética, exposição à radiação ultravioleta, tabagismo, queimaduras solares na infância, histórico familiar de câncer de pele, imunossupressão crônica, medicamentos fotossensibilizantes, radiação ionizante e exposição a produtos químicos cancerígenos, especialmente arsênico.³ A radiação ultravioleta induz danos cumulativos no DNA das células, promovendo a carcinogênese através da ativação da via de sinalização Hedgehog.^{1,2,3} O CBC apresenta aspecto clínico variado, devido aos vários subtipos, mas deve haver suspeição diagnóstica na presença de feridas em crescimento e que não cicatrizam, geralmente assintomáticas ou com sangramento fácil, prurido e parestesia local.^{1,4} Acomete principalmente os indivíduos acima de 40 anos, de pele clara ou ruiva e em áreas expostas ao sol, com localização preferencial na face, nas orelhas e no pescoço, e incomum em tronco, couro cabeludo, membros, genitais, axilas e regiões inguinais.² Para estes cânceres, a detecção e o tratamento precoce favorecem a elevados índices de cura e minimizam as deformidades e perda da função da região afetada.⁵ O diagnóstico pode ser suspeitado pela clínica e quase sempre confirmada pelo uso do dermatoscópio, sendo o exame histopatológico o padrão ouro.¹ O tratamento de escolha é a cirurgia com remoção total do tumor com margens de segurança de acordo com o tipo histológico e deve ser orientado principalmente pelo risco de recorrência local e/ou progressão da doença.¹ Dessa forma, o objetivo de relato de caso, foi demonstrar as indicações de escolha para o CBC de alto risco na face, segundo o National Comprehensive Cancer Network (NCCN)⁵.

2. Relato de Caso:

Paciente feminino, 43 anos, fototipo I de Fitzpatrick, garimpeira, refere surgimento de lesão em pálpebra inferior esquerda, há 7 anos. Nos antecedentes consta exposição solar diária e nenhuma comorbidade relacionada à patologia. Ao longo dos anos, houve crescimento progressivo da lesão para a porção medial e lateral da pálpebra inferior esquerda, associado a friabilidade e sangramento frequente. Foi submetida à biopsia diagnóstica, com achado de carcinoma basocelular (CBC) nodular e infiltrante. Em seguida, foi encaminhada ao serviço de Dermatologia Oncológica para avaliação e exérese do tumor. Ao exame dermatológico, observava-se placa infiltrada com bordas elevadas e perláceas em região de pálpebra inferior total e pálpebra superior, porção lateral e medial do olho esquerdo, eritema conjuntival e sem linfadenomegalia submandibular ou cervical. Na dermatoscopia, observou-se placa de aspecto cicatricial com vasos arboriformes. A tomografia de crânio e ressonância magnética de órbita esquerda não mostraram alterações. Os limites da lesão foram demarcados pela avaliação clínica e dermatoscópica, e após anestesia local, foi realizada a exérese convencional, uma vez que a Cirurgia Micrográfica de Mohs

(CMM), não está padronizada no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), com margem de 10 mm, fechamento borda a borda e solicitado na urgência o exame histopatológico. Após 7 dias, o fragmento de pele de toda a pálpebra inferior e parte lateral e medial da superior esquerda, identificou CBC nodular, esclerodermiforme, infiltrativo e ulcerado com espessura de 1,5 mm e demonstrou margem profunda comprometida em epicanto medial. A paciente foi reabordada com ampliação da margem comprometida, seguida de revisão da ferida cirúrgica. Observou-se a perda total do tarso inferior e parte do superior, terço medial e lateral, além dos ligamentos cantais laterais e porção inferior do medial. A reconstrução da lamela posterior da pálpebra inferior contou com retalho composto de *Hughes* para reposição da porção central do tarso, além de retalho do periósteo de zigomático ipsilateral para a porção lateral do tarso e enxerto composto de tarso da pálpebra superior contralateral para a porção medial deste. A lamela anterior foi reconstruída com enxerto de pele parcial de blefaroplastia, retalho glabellar e descolamento e avanço do malar, seguido de fechamento borda a borda de defeito lateral. A paciente não apresentou nenhuma complicação no pós-operatório imediato. O anatomopatológico da margem profunda do epicanto medial mostrou-se livre do tumor.

3. Reflexão:

Os CBCs precisam ser tratados, e a excisão cirúrgica é o método-padrão, segundo NCCN.⁵ As remoções completas no tratamento inicial aumentam as chances de cura, necessitando, portanto, de uma escolha adequada, uma vez que as recidivas apresentam consideráveis índices de falhas terapêuticas.^{3,4} Outro dado muito relevante é a localização dos tumores na área denominada “H” da face, que inclui a região frontal lateral, temporais, periauriculares, orelha, periorculares, nariz e lábios superiores, pois cursam com índices de recidivas elevados, além da importância funcional e cosmética.^{1,5} A marcação dos limites do tumor com o dermatoscópio corrobora em muito na chance de retirada completa do tumor. Ainda assim, as margens cirúrgicas devem vislumbrar as extensões subclínicas do tumor, especialmente os subtipos de maior agressividade.^{1,3,5} Conforme relato de caso clínico, o subtipo tumoral apresentou margem profunda comprometida, provavelmente por se tratar de CBC infiltrativo, necessitando de reabordagem cirúrgica e cicatrizes de maior dimensão em uma área nobre esteticamente, como a face.

4. Conclusão:

Dessa forma, para os tipos de CBCs mais agressivos, as cirurgias com controle histológico das margens no momento cirúrgico apresentam uma melhor indicação, uma vez que a mesma tem taxas superiores de cura a longo prazo em comparação com outras modalidades de tratamento.^{1,2} Logo, esse caso corrobora

a necessidade da padronização da Cirurgia Micrográfica de Mohs pelo HCU. A alta taxa de cura se deve à avaliação completa da margem periférica e profunda por essa técnica, onde aproximadamente 100% da margem é avaliada, enquanto na excisão vertical padrão aproximadamente 2% das margens são avaliadas.^{1,3,4,5}

5. Referências:

1. CAMERON, Michael C.; LEE, Erica; HIBLER, Brian P.; et al. Basal cell carcinoma. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 80, n. 2, p. 303–317, 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962218307758>>. Acesso em: 30 out. 2023.
2. DEVINE, C.; SRINIVASAN, B.; SAYAN, A.; et al. Epidemiology of basal cell carcinoma: a 10-year comparative study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 56, n. 2, p. 101–106, 2018. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266435617307465>>. Acesso em: 30 out. 2023.
3. KIM, Dennis P.; KUS, Kylee J.B.; RUIZ, Emily. Basal Cell Carcinoma Review. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, v. 33, n. 1, p. 13–24, 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889858818307925>>. Acesso em: 29 out. 2023.
4. BRANDT, Michael G.; MOORE, Corey C. Nonmelanoma Skin Cancer. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, v. 27, n. 1, p. 1–13, 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064740618300646>>. Acesso em: 29 out. 2023.
5. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Basal Cell Skin Cancer, Plymouth Meeting: NCCN Guidelines, 2022. Disponível em: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/basal-cell-patient-guideline.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

Cirurgias de varizes convencionais realizadas pelo sistema único de saúde na última década

Autores:

Ana Carolina Silva Busse¹

Izabella Praxedes Batista da Silva¹

Brunna Leonel Machado¹

Francine Rodrigues Navarro¹

Kleysson Gonçalves de Souza¹

Laila Cristine Carvalho¹

Kadichari Ferreira Moessa¹

Caroline Kazue Matida²

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Catalão

2 - Docente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Catalão

Palavras-Chave: Cirurgia de varizes convencional, Sistema único de saúde, Histórico

1. Introdução

As varizes são uma das causas mais importantes de desconforto e incapacidade para o trabalho. As apresentações clínicas desta doença podem variar de telangiectasias, veias reticulares, varizes tronculares, edema, hiperpigmentações e alterações tróficas de pele e tecido subcutâneo.^{2,5}

O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange uma ampla gama de atendimentos de saúde, desde cuidados primários até procedimentos cirúrgicos especializados. As cirurgias de varizes têm sido realizadas no SUS por décadas, incluindo procedimentos como safenectomia interna ou externa, crosssectomia e flebectomia para retirada de vasos acometidos.^{2,5}

O tratamento cirúrgico busca aliviar sintomas, retirar as veias doentes, prevenir complicações e evitar a progressão da doença venosa, além de possibilitar melhora do aspecto estético.⁵

2. Objetivo

Analisar o histórico das cirurgias de varizes convencionais realizadas pelo SUS na última década e o efeito da pandemia de COVID-19 na realização destes procedimentos.

3. Método

A análise baseou-se em registros do DATASUS, em relação ao tratamento cirúrgico de varizes unilateral (0406020574) e bilateral (0406020566) realizadas entre 2013 e 2022. Os critérios incluíram procedimentos cirúrgicos realizados em todas as regiões do Brasil, categorizados por unidade federativa. Após a coleta de dados, foi realizada análise quantitativa e descritiva, levando em consideração o volume anual de cirurgias.

4. Resultados e discussão

Em 2013, foram realizadas 75.407 cirurgias no Brasil pelo SUS. Dessas, 37.505 foram realizadas no Sudeste, com destaque para os estados de São Paulo (23,15%), seguido por Minas Gerais (20,52%). Em 2014, um total de 79.399 cirurgias de varizes, tanto bilaterais quanto unilaterais, foram realizadas em todo país. A região norte registrou o menor volume de procedimentos, com 3,7%, enquanto a região sudeste liderou com 54,55% das cirurgias, sendo 24,59% em Minas Gerais e 22,6% em São Paulo. No ano seguinte, em 2015, foram realizadas 69.114 cirurgias, mantendo-se as mesmas tendências observadas no ano anterior. Novamente, a região sudeste se destacou-se como a líder na realização desses procedimentos cirúrgicos, com 57,06%, e predominaram os estados de São Paulo (28,23%) e Minas Gerais (21,33%), enquanto a região norte continuou com o menor número, totalizando 3,17% das cirurgias. Essa tendência repetiu-se consistentemente, com a região sudeste concentrando o maior volume de cirurgias e a região norte mantendo o menor número ao longo do período avaliado.

Em 2016, um total de 68.885 cirurgias foram realizadas em todo país, das quais 60,07% ocorreram na região sudeste. A região norte contabilizou 1,97% dos procedimentos. No ano seguinte, em 2017, houve um total de 67.131 cirurgias, com 58,44% realizadas no sudeste, principalmente no estado de São Paulo (40,95%), enquanto apenas 1,96% na região norte.

Os números continuaram a evoluir nos anos subsequentes. Em 2018, o total de cirurgias chegou a 75.125, com 57,36% realizadas no sudeste e 3,58% na região norte. Em 2019, foram realizadas 68.726 cirurgias, das quais 57,68% ocorreram no sudeste, com destaque novamente para o estado de São Paulo (39,72%), enquanto 1,37% na região norte.

A pandemia de COVID-19 em 2020 impactou significativamente o número de cirurgias de varizes, resultando em uma notável redução, com um total de 28.564 procedimentos, sendo 57,30% realizados no sudeste e 1,54% na região norte.

No ano seguinte, em 2021, a tendência de queda manteve-se, com 25.598 cirurgias realizadas no total, das quais 58,36% ocorreram na região sudeste, predominando novamente o estado de São Paulo 39,2%, e 1,2% na região norte.

Entretanto, em 2022, observou-se um aumento significativo, atingindo um total de 55.521 cirurgias, com 61,99% ocorrendo na região sudeste e 0,96% na região norte.

Esses dados revelam uma flutuação significativa no número de cirurgias para tratamento de varizes ao longo dos anos, com a região sudeste mantendo a liderança na realização destes procedimentos. Isto pode ser decorrente do maior contingente populacional desta macrorregião. Em 2013, a população aproximada era de 85,5 milhões de habitantes e, de forma crescente, em 2022 era de 88,7 milhões.¹ A região norte, por outro lado, manteve uma participação menor, embora tenha experimentado aumentos ao longo do período. A macrorregião norte apresentava aproximadamente 17,8 milhões de habitantes em 2013 e com aumento para 20,5 milhões em 2022. Vale ressaltar também que há um maior número de centros de tratamento na macrorregião sudeste e, conseqüentemente, maior número de

profissionais qualificados nestes locais. Em 2013 havia 2.886 cirurgiões vasculares, sendo 51,8% no Sudeste, 19,82% no Sul, 15,63% no Nordeste, 9,84% no Centro-Oeste e por último, 2,91% no Norte.³ Não foram encontrados dados de 2022, mas em 2023, dos 5.741 cirurgiões vasculares do país, esta macrorregião concentrou 51,9%, enquanto o Nordeste concentrava 18,6%, Sul 16,8%, Centro-Oeste 9,7% e Norte 3%.⁴ A tendência identificada neste estudo é respaldada por pesquisas anteriores que demonstraram que a disponibilidade de cirurgias de varizes é maior nas principais metrópoles brasileiras, especialmente no eixo Sul-Sudeste.⁵

5. Conclusão

Na última década, as cirurgias de varizes convencionais realizadas pelo SUS apresentaram oscilações em sua realização. Observamos um predomínio na realização destes procedimentos nas regiões sudeste e sul. A região norte é a macrorregião com menor número de tratamentos cirúrgicos para varizes e possui um menor número de profissionais qualificados para realizar estas cirurgias. Houve um impacto significativo no número de cirurgias de varizes nos anos de 2020 a 2021 em todo o Brasil, provavelmente como um reflexo da pandemia de COVID-19. Apesar do aumento significativo no número de cirurgiões vasculares ao longo da última década, observamos uma distribuição irregular no território nacional e a região norte continua pouco assistida. São necessários incentivos para uma maior oferta de profissionais nesta região.

6. Referências

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2013 e 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.
2. TOREGANI, J. F. Ablação térmica por radiofrequência versus safenectomia convencional. J Vasc Brasileiro. 2015; 14 (1). <https://doi.org/10.1590/1677-5449.20140060>.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Demografia Médica no Brasil. v. 2 - São Paulo: 2013.
4. SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.
5. BENTES, L. G. B. et al. Perfil epidemiológico do tratamento cirúrgico de varizes no Brasil no período de 2010 a 2020. 2022; 21. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.202102021>

**ANÁLISE DO NÚMERO DE AMPUTAÇÕES DE PÊNIS EM ONCOLOGIA EM
RELAÇÃO AO NÚMERO DE NEOPLASIA MALIGNA DE PÊNIS DE 2018 A
2022 NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL**

Autores:

Pedro Lucas Mendes Silva¹

Natália Marques de Paiva²

Caio Flávio Castro e Macedo³

*1- Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Catalão;
<https://lattes.cnpq.br/9884732799763602>.*

*2- Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Catalão;
<http://lattes.cnpq.br/3711136741517887>.*

*3- Docente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Catalão;
<http://lattes.cnpq.br/4322571544630406>.*

Palavras-Chave: Câncer de pênis; Amputação de pênis; Região sudeste.

1. Introdução: De acordo com dados do Painel de Oncologia do DATASUS do Ministério da Saúde, de 2018 a 2022 foram registrados 5.089 casos de câncer de pênis, sendo 1.850 na região sudeste¹. Dentre os fatores de risco, cita-se a fimose e a má higiene, relacionadas com cerca de 85% dos casos de lesões pré-cancerígenas². A incidência reduz-se com a circuncisão, melhor higiene local, cessação do tabagismo, vacinação contra o HPV, prevenção de outras infecções sexualmente transmissíveis e diagnóstico precoce³. Foi criada, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), a fim de promover o acesso desse público a serviços de saúde e ações preventivas. No entanto, o câncer de pênis ainda é descoberto na maioria das vezes em estágio avançado, quando o único tratamento possível é a amputação⁴.

2. Objetivo: Comparar o número de amputações de pênis em oncologia em relação ao número total de neoplasia maligna de pênis de 2018 a 2022 na região sudeste do Brasil.

3. Metodologia/métodos: Esse trabalho consiste em uma pesquisa epidemiológica realizada por meio das informações disponíveis na plataforma Tabnet - DATASUS. Nessa ferramenta, selecionou-se a opção “Painel de Oncologia do DATASUS”, sendo adicionados os filtros de pesquisa: região "Sudeste"; período "2018 a 2022" e diagnóstico detalhado “Neoplasia Maligna do Pênis”. Paralelamente a isso, com intuito comparativo, foram pesquisados os números de amputações de pênis em oncologia no DATASUS, no mesmo período e na mesma região.

4. Resultados e discussão: O número total de neoplasias malignas de pênis registrado no sudeste do Brasil entre 2018 e 2022 foi de 1.850 casos, observando-se um aumento de aproximadamente 31% de notificações nesse período. Os casos mais frequentes ocorreram entre 50 e 75 anos, representando 61,7% dos casos totais. Além disso, registaram-se 1.227 amputações de pênis em oncologia na mesma região e no mesmo período. Frente a isso, tem-se que o número de amputações de pênis decorrentes do avanço do câncer na genitália masculina corresponde a 66,3% do total de notificações de câncer no órgão.

5. Conclusão: Os resultados obtidos apresentam que a amputação de pênis em oncologia representa uma porcentagem expressiva em relação ao número de neoplasias malignas de pênis no sudeste do Brasil. Esses valores demonstram a necessidade de planejamento e aplicação de políticas públicas, visando a promoção da saúde masculina, bem como as formas de prevenção do câncer peniano e seu diagnóstico precoce.

6. Referências Bibliográficas:

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Painel de Oncologia. Brasília, 2022. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 30 out 2023.
2. COLACITE, J. et al. Fatores predisponentes do câncer de pênis: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.7, p.70964-70973, 2021. DOI:10.34117/bjdv7n7-325.
3. SOUZA, V. C.; DOURADO, S. M. M. Câncer de pênis no Brasil: um problema de saúde pública. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, v. 11, n. 40, 2015. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/40/editorial.pdf>. Acesso em 30 out 2023.
4. COSTA, A. P. et al. Amputação Peniana: sentimentos e reações do homem. *Rev. Bras. Oncologia Clínica*, vol. 7, n. 21, p. 7-11, 2010. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/21/artigo1.pdf>. Acesso em 30 out 2023.

plástica mamária reconstrutiva pós-mastectomia com implante de prótese: 2008 a 2023

Autores:

Victor Pedrosa Ferreira de Souza¹

Camila Pugliesi de Figueiredo¹

Kleysson Gonçalves de Souza¹

Romeu Paulo Martins Silva²

Cristiano Ricardo de Abreu³

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Catalão.

2 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Catalão; Docente no Mestrado em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia e Mestrado em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da Universidade Federal do Acre, Docente no Mestrado em Nutrição e Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

3 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Catalão.

Palavras-Chave: Implante Mamário; Cirurgia Plástica; Procedimentos de Cirurgia Plástica; Atenção à Saúde.

1. Introdução:

Atualmente sabe-se que o câncer de mama é a neoplasia maligna mais prevalente em indivíduos do sexo feminino excetuando-se o câncer de pele não melanoma¹. Embora, com os avanços nas ciências médicas, a mortalidade tenha sido reduzida, o sofrimento emocional e psíquico permanece, e, o retorno à normalidade ainda é um desafio enfrentado pelas mulheres brasileiras. Até recentemente, a mastectomia radical era uma das únicas formas de tratamento consideradas seguras, porém, hoje, para muitos casos, o tratamento conservador, com retirada segmentar da mama e complemento radioterápico, é uma opção.¹ Ambos os procedimentos são tópicos de insegurança para as pacientes oncológicas devido aos impactos à confiança e à autoestima da mulher, associados à mudança da percepção da autoimagem do corpo feminino¹.

A conquista da plástica mamária reconstrutiva pós-mastectomia pelo Sistema de Saúde Público (SUS) é relativamente recente, assegurada pela Lei 9.797/99, que garante às mulheres vítimas de mutilação parcial ou total da mama decorrente do tratamento de câncer, o direito à cirurgia reconstrutiva². A Lei 12.802/13 prevê ainda que, não identificadas contraindicações e, na presença de condições técnicas, o procedimento deve ser realizado no mesmo tempo cirúrgico da retirada da mama³. Porém, na prática, este direito não é plenamente exercido. Nesse sentido, o presente trabalho visa realizar uma análise da conjuntura do procedimento

“Plástica Mamária Reconstructiva Pós-Mastectomia com Implante de Prótese” no Brasil entre janeiro de 2008 e agosto de 2023.

2. Objetivo:

Avaliar as tendências no número de procedimentos bem como as variações das cirurgias de reconstrução mamária pós-mastectomia com implantes, considerando o período de janeiro de 2008 a agosto de 2023 no Brasil.

3. Metodologia:

Este estudo utilizou o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, disponível no Tabnet, para acessar e analisar os dados de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) relacionados aos procedimentos de "Plástica Mamária Reconstructiva Pós-Mastectomia com Implante de Prótese". Os dados coletados abrangeram o período de janeiro de 2008 a agosto de 2023 no Brasil. Os dados utilizados foram de domínio público, não houve necessidade de submissão do trabalho à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e de análise do sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Para realizar a análise, os dados do Tabnet/SUS foram segmentados de acordo com diferentes critérios, incluindo ano e quantidade de AIHs aprovadas. Isso permitiu uma avaliação mais detalhada das tendências e variações nos procedimentos de reconstrução mamária pós-mastectomia com implantes ao longo do período de estudo, e nesse foi detectado as variações consideráveis no período estudado.

4. Resultados e Discussão:

No período estudado, foram realizadas um total de 20.971 reconstruções mamárias pós-mastectomia com implante de prótese no Brasil. Neste intervalo de tempo, duas Leis foram sancionados á respeito deste procedimento, a Lei 12.802/13, que define que a reconstrução seja feita também no momento da cirurgia da retirada de mama e a Lei 13.770/18, que determina que os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstructiva^{3,4}.

Foi observado que tais regulamentações produziram pequenas alterações no número de cirurgias, passando de 1537 em 2013 a 1711 em 2014, configurando um aumento de 11,3%, e de 1338 em 2018 para 1494 em 2019, tendo um aumento de 11,6%. No entanto, efetivamente, essa mudança é irrisória e temporária, caindo para 1528 em 2015, 1401 em 2016 e 1369 em 2017, embora, possa-se dizer que, assim como os demais procedimentos eletivos, os dados tenham sido afetados pela pandemia de covid-19, com 838 em 2020 e 825 em 2021. Os números voltaram a se elevar em 2022, com 1198, com uma perspectiva semelhante em 2023, em que foram realizadas 968 plásticas até agosto.⁵

Em contraste, desde 2008, haviam sido realizadas um total de 126.787 mastectomias, incluindo o procedimento “Mastectomia Radial com Linfadenectomia Axilar em Oncologia” e “Mastectomia Simples em Oncologia”. Nesse sentido, o procedimento “Plástica Mamária Reconstructiva Pós-Mastectomia com Implante de Prótese”, coberto pelo Sistema Único de Saúde para indivíduos vítimas de câncer de mama, ainda é subutilizado.

5. Conclusão:

Dada a importância estética das mamas para a percepção da autoimagem corporal e, conseqüentemente, para a autoestima feminina, para a saúde emocional, psicológica e sexual da mulher, a plástica reconstrutiva constitui-se como parte fundamental do tratamento multidisciplinar do câncer de mama. Sendo assim, de maneira a oferecer um tratamento integral e humanizado aos indivíduos afetados por essa neoplasia, ainda é necessário identificar os obstáculos encontrados no fluxo de atendimento que, até o presente momento, tem impedido a adesão a esse procedimento, e, logo, acesso pleno à saúde pública, sejam eles a falha dos profissionais de saúde na comunicação sobre a existência dessa possibilidade, a falta de conhecimento dos próprios profissionais sobre a cobertura atual do SUS, deficiências estruturais e de recursos, interesses políticos, entre outros.

5. Referências:

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_do_cancer_de_mama_no_brasil.pdf. Acesso em: 24 out. 2023.

2. BRASIL. Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. [S. l.], 7 maio 1999.

3. BRASIL. Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que "Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer", para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. [S. l.], 25 abr. 2013.

4. BRASIL. Lei nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018. Altera as Leis nºs 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. [S. l.], 20 dez. 2018.

5. DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 26 out. 2023.

TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA PARA ACELERAR FORMAÇÃO DE TECIDO DE GRANULAÇÃO EM DEISCÊNCIA DE SUTURA: UM RELATO DE CASO

Autores:

(Autor 1) Luis Gustavo Freitas Castro¹

(Autor 2) Gabriela de Melo Silva Ferreira¹

(Autor 3) Raquel Belluco Ribeiro¹

(Autor 4) Julinely Gonçalves Weber Porto²

(Orientador) Marcelo André Domingues³

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 – Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

3- Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Resumo

O curativo à vácuo, em comparação com os tradicionais, atua expondo a ferida a uma pressão subatmosférica por tempo prolongado, aumentando o suprimento sanguíneo, a migração de células inflamatórias e a formação de tecido de granulação, além de reduzir edema e combater material infeccioso³. Com isso, o presente trabalho visa relatar um caso de um paciente que evoluiu com infecção de sítio cirúrgico (ISC) e deiscência de sutura após cirurgia de correção de hérnia incisional, sendo indicado terapia com curativo de pressão subatmosférica para agilizar o processo de cicatrização por segunda intenção. Além disso, a publicação visa revisar a literatura a respeito do uso dessa prática terapêutica no controle de ISC e estímulo de surgimento de tecido de granulação.

Palavras-chave: Tratamento de Ferimentos com Pressão Negativa; Deiscência da Ferida Operatória; Hérnia Incisional

1. Introdução:

Hérnias incisionais se tratam de protusões de órgãos ou tecidos relacionados a baixa resistência de seu tecido circundante, nesse caso devido a tensão excessiva, cicatrização inadequada e infecção do sítio cirúrgico¹. Diversos fatores de risco que levam ao aumento da Pressão Intra-Abdominal e a maior fragilidade do tecido estão relacionados à sua evolução, como o tabagismo e as deiscências de ferida cirúrgica. Com isso, as hérnias incisionais são de difícil abordagem uma vez que apresentam altos índices de recidiva especialmente se apresentarem altas classificações na escala de Ocorrência no Local Cirúrgico (OLC), que leva em consideração a largura da hérnia e a sua possível contaminação. Nesse sentido, o seu tratamento cirúrgico é desafiador, devendo ser individualizado de acordo com o tamanho da lesão: se maior que 3 cm, utilizar material sintético para sua reparação, sendo o mais utilizado a tela de polipropileno.

Entretanto, novos métodos de cicatrização têm sido empregados no pós-operatório, especialmente se relacionados a infecções de sítio cirúrgico (ISC) e feridas crônicas. Como exemplo, nota-se o curativo a vácuo no qual uma pressão negativa é exercida de modo a facilitar o surgimento do tecido de granulação, atrair os bordos da lesão, diminuir o edema e dificultar a proliferação bacteriana². Assim, objetiva-se relatar o uso de curativos a vácuo após infecção de hernioplastia incisional com análise de seu desfecho com a formação do tecido de granulação.

2. Relato de Caso:

Paciente, 65 anos, sexo masculino, natural de e procedente de Uberlândia (MG), tabagista e etilista, possui antecedentes cirúrgicos de hernioplastia inguinal bilateral e umbilical. Realizou transplante hepático em abril de 2022 devido a quadro de cirrose. Evoluiu com grande hérnia incisional com perda de domicílio após o transplante.

Na correção da hérnia foi realizada incisão de Maakuuchi retirando cicatriz prévia com extensão para laparotomia mediana infra umbilical. Devido ao tamanho da hérnia foi necessária a realização de técnicas de reconstrução de parede abdominal para correção dela

sem tensão. No caso, utilizou-se a hernioplastia com liberação do músculo transverso (TAR - Transversus Abdominis Muscle Release), com colocação de tela de polipropileno extensa pré-peritoneal. Em região mediana foi necessária a extensão do saco herniário e tela de polipropileno em posição on-lay para síntese de região sem tensão.

Por fim, foram colocados drenos portovac sobre tela e sobre aponeurose anterior com exteriorização em região suprapúbica bilateralmente.

No 21º dia pós-operatório da reconstrução da parede, a ferida operatória apresentou área necrótica em região umbilical com fibrina associada e hipodermólise em área de terço distal da cicatriz. Além disso, identificou-se seroma em flanco direito com punção e drenagem de 750 ml de seroma sem pus. Em seguida, no dia 28º PO diagnosticou-se deiscência de sutura com exposição de tela em ferida. Foi indicado desbridamento cirúrgico, lavagem com soro e novo curativo, com indicação de curativo à vácuo. As trocas do curativo ocorreram após 5 a 7 dias, no total foram 5 trocas. Sendo observada melhora do aspecto, aumento de tecido de granulação em ferida, redução de secreção ao longo das trocas, redução de fibrina e redução do tamanho do defeito da ferida. Após 3 semanas de introdução do curativo à vácuo, a ferida apresentou melhora, desenvolvimento de tecido de granulação, redução do tamanho do defeito, permitindo sutura de porção inferior dele. Foi optado por retirada do curativo à vácuo, devido a tecido de granulação suficiente acima da tela. Ainda realizando seguimento com equipe para realização de curativo.

3. Reflexão:

As ocorrências de complicações no sítio cirúrgico ocorrem em cerca de 25 % dos pacientes submetidos a procedimentos operatórios, sendo que a infecção secundária representa a principal delas. Nesse contexto, os principais fatores de risco são IMC ≥ 30 kg/m², diabetes mellitus, tabagismo e tempo cirúrgico prolongado⁴. Assim, a terapia de pressão negativa destaca-se como um ótimo recurso no gerenciamento e prevenção de infecções do sítio cirúrgico.

O curativo à vácuo (VAC) é uma terapia de pressão negativa adjuvante que tem como objetivo melhorar a cicatrização da ferida e diminuir sua morbidade por meio de 4 fatores: exsudação da ferida, promoção do tecido de granulação, aumento do fluxo sanguíneo local e redução da

infecção. Para facilitar a drenagem e aumentar a proliferação de tecidos superficiais é usada a associação de protetores especiais e sucção, sendo que geralmente utiliza-se pressão de 80 a 125 mmHg. Nessa linha de raciocínio, em um estudo acerca do uso de VAC em doença disseminada por gangrena de Fournier observou-se uma enorme diferença em relação a taxa de fechamento de feridas em comparação com método tradicional, o curativo à vácuo proporcionou menor troca de curativos, menos dor, maior mobilidade e assim recuperação mais rápida^{4,5}.

Além disso, outro estudo acerca do uso da terapia de pressão negativa em ferida após esternotomia demonstrou seu papel preventivo em relação às complicações como mediastinite em pacientes de alto risco como obesos e diabéticos. Essa revisão de casos clínicos evidenciou que o curativo à vácuo reduz o edema das feridas, o tempo para fechamento definitivo e melhora o fluxo sanguíneo periesternal. Já que promove angiogênese, maior divisão celular e proliferação de fibroblastos⁶. Dessa maneira, reduz o índice de infecções pós procedimento cirúrgico, sendo considerado um método de fácil aplicação e bem tolerado que estimula uma terapia mais eficaz na cicatrização das feridas.



Figura 1: Observa-se a cavidade abdominal aberta no intraoperatório da cirurgia de correção da hérnia incisional.
Fonte: DOMINGUES, 2023.

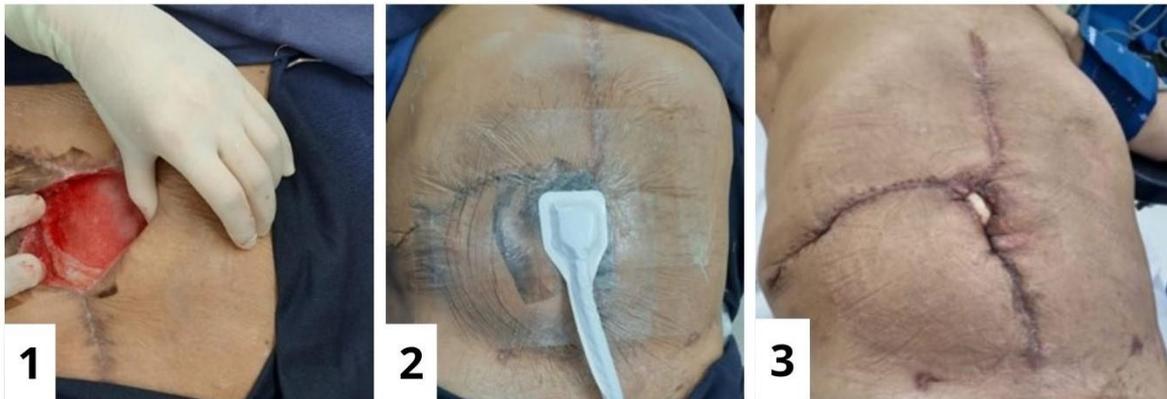


Figura 2: A foto 1 mostra o abdômen do paciente com a ferida cirúrgica após uma semana de curativo. A 2ª foto mostra o paciente em uso do curativo de pressão negativa. Já a foto 3 mostra o abdômen momentos antes da última troca do curativo. Fonte: DOMINGUES,2023.

4. Conclusão:

Portanto, é evidente que o curativo à vácuo é extremamente benéfico e vantajoso na cicatrização de feridas operatórias reduzindo o índice de infecções do sítio cirúrgico e aprimorando seu manejo. Portanto, é fundamental que os cirurgiões considerem a prescrição de terapia de pressão negativa para pacientes com alto risco de desenvolver ocorrências e para aqueles que o desenvolvimento de infecções seja altamente deletério aumentando a morbidade e a mortalidade.

5. Referências:

1. SABISTON, David C. et al. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20ed RIO DE JANEIRO: GEN Guanabara Koogan, 2019, 2v p
2. Oliveira MSL, Komatsu CA, Ching AW, Faiwichow L. Tratamento de feridas complexas com uso de pressão negativa local método a vácuo. Rev. Bras. Cir. Plást.2010;25(3):66
3. Willy, C., Agarwal, A., Andersen, C. A., Santis, G., Gabriel, A., Grauhan, O., Guerra, O. M., Lipsky, B. A., Malas, M. B., Mathiesen, L. L., Singh, D. P., & Reddy, V. S. (2017). Closed incision negative pressure therapy: international multidisciplinary consensus recommendations. *International wound journal*, 14(2), 385–398. <https://doi.org/10.1111/iwj.12612>

4. WILLY, Christian et al. Closed incision negative pressure therapy: international multidisciplinary consensus recommendations. **International wound journal**, v. 14, n. 2, p. 385-398, 2017.
5. IACOVELLI, Valerio et al. The role of vacuum-assisted closure (VAC) therapy in the management of Fournier's gangrene: a retrospective multi-institutional cohort study. **World Journal of Urology**, v. 39, p. 121-128, 2021.
6. ATKINS, Broadus Zane et al. Does negative pressure wound therapy have a role in preventing poststernotomy wound complications?. **Surgical innovation**, v. 16, n. 2, p. 140-146, 2009.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TRANSPLANTES RENAIIS E ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA REGIÃO SUDESTE

Autores:

(Autor 1) Beatriz Rizzo Parreira¹- <http://lattes.cnpq.br/3568832356885655>

(Autor 2) Laura Caroline Felipe de Freitas¹- <https://lattes.cnpq.br/7812157657866933>

(Autor 3) Milena Mariana Wellichan¹- <https://lattes.cnpq.br/3657424014016995>

(Autor 4) Felipe Araujo Gouhie¹- <http://lattes.cnpq.br/4352881826731990>

(Autor 5) Davi Alves Silva¹- <http://lattes.cnpq.br/3894991308584977>

(Orientadora) Angélica Lemos Debs Diniz²- <http://lattes.cnpq.br/2325354616581027>

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Palavras-Chave: transplante de rim; doença renal crônica; assistência hospitalar.

1. Introdução: O transplante renal é uma das opções terapêuticas mais efetivas para o manejo da doença renal crônica em estágio terminal. Esta, por sua vez, é uma condição grave caracterizada pela perda da função renal, que acarreta grandes prejuízos nas funções fisiológicas, morbidade, incapacidade física e até mesmo morte¹. Atualmente, o Brasil é um dos países com maior potência mundial para realização de transplantes, sendo mais de 90% desses procedimentos realizados e acompanhados no Sistema Único de Saúde (SUS)².

2. Objetivo: O objetivo deste estudo é analisar internações e óbitos de pacientes submetidos a transplante renal, na região Sudeste, considerando fatores como região de internação, óbitos e taxa de mortalidade.

3. Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo realizado por meio de uma análise quantitativa. Dessa forma, foi conduzido um levantamento epidemiológico abrangente, com a finalidade de analisar os transplantes renais efetuados no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2022, tratados segundo o número de internações e óbitos na região Sudeste. Posteriormente, através das informações do tabulador de dados do Ministério da Saúde (TABNET DATASUS), foram calculadas as médias de internações e óbitos, agrupados por anos e regiões. Ademais, as variações percentuais de óbitos em relação a quantidade de internações foram calculadas pela seguinte fórmula: $(\text{óbitos} / \text{internações}) \times 100$.

4. Resultados e Discussão: A região Sudeste é a região mais populosa do Brasil. Como tal, também ocupa a primeira colocação quanto à quantidade de transplantes renais realizados, com um total de 25.880 internações nos dez anos analisados, o que corresponde a 52,95% das internações em todo país. No período em questão, ocorreram 406 óbitos que representam 1,57% do total de transplantes renais na região. Nesse cenário, nos anos de 2013 e 2022, notou-se um aumento de 3,93% na quantidade de internações por transplante renal e uma diminuição de 28,89% no número de óbitos. Em 2013, a proporção de óbitos por internações foi registrada em 1,84%, reduzindo para 1,54% em 2014. Nos anos subsequentes, pequenas oscilações foram observadas, contudo, em 2018, houve um aumento considerável nesse percentual para 1,84%. Posteriormente, o número de óbitos por internações teve uma redução acentuada, alcançando seu valor mínimo de 1,26% em 2022. Nesse contexto, o aumento da mortalidade de pacientes pós-cirúrgicos está diretamente relacionado com o aumento das readmissões hospitalares e com a qualidade da assistência prestada durante a internação. Assim, é importante que os serviços de saúde analisem os fatores de risco evitáveis e instituem intervenções que propiciem um cuidado adequado e, por conseguinte, aumentem as taxas de sobrevida dos pacientes³. Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que, na área de abrangência em foco, os índices de óbitos foram reduzidos, ao mesmo tempo em que o número de internações cresceu discretamente. Logo, pode-se dizer que isso reflete uma melhoria na assistência médica e hospitalar prestadas ao paciente transplantado renal. Posto isso, para garantir um cuidado em saúde

eficiente, fazem-se necessárias medidas como o investimento em equipamentos qualificados para realização de cirurgias, o tempo adequado para prescrição da alta hospitalar, um cuidado pré, peri e pós-operatório direcionado para esses pacientes, além de um preparo da equipe profissional para manejo dos fatores de risco evitáveis, como é o caso das infecções hospitalares⁴.

5. Conclusão: O presente estudo conclui que, considerando a quantidade numerosa de transplantes de rim realizados na região Sudeste, foi observada uma redução na proporção de óbitos por internações ao longo dos anos. Nesse viés, é fundamental que haja preparo profissional, disposição de equipamentos qualificados e acompanhamento pré, peri e pós-operatório adequado, com o propósito de oferecer uma assistência hospitalar que culmine na diminuição das taxas de mortalidade e impacte positivamente na qualidade de vida do doente renal crônico.

6. Referências Bibliográficas

1. MACHADO, Elaine Leandro et al. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2315-2326, 2012.
2. MALTA, Deborah Carvalho et al. Avaliação da função renal na população adulta brasileira, segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. E190010. SUPL. 2, 2019.
3. TAVARES, Melissa Gaspar et al. Early hospital readmission after kidney transplantation under a public health care system. **Clinical Transplantation**, v. 33, n. 3, p. e13467, 2019.
4. AMAYA, Marly Ryoko et al. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 246-251, 2015.

ANÁLISE DA PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE MOTOCICLISTAS TRAUMATIZADOS NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG

Autor 1: Davi Alves Silva¹- <http://lattes.cnpq.br/3894991308584977>

Autor 2: Beatriz Rizzo Parreira¹- <http://lattes.cnpq.br/3568832356885655>

Autor 3: Laura Caroline Felipe de Freitas¹- <https://lattes.cnpq.br/7812157657866933>

Autor 4: Milena Mariana Wellichan¹- <https://lattes.cnpq.br/3657424014016995>

Autor 5: Felipe Araujo Gouhie¹- <http://lattes.cnpq.br/4352881826731990>

Orientadora: Angélica Lemos Debs Diniz²- <http://lattes.cnpq.br/2325354616581027>

¹ Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

² Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Palavras-chave: motociclistas, traumatismo, internações, epidemiologia.

Introdução: Acidentes de Trânsito são a oitava maior causa de mortes no mundo, liderando o ranking para idades entre cinco e quarenta e nove anos¹. A combinação de fatores como o aumento da urbanização, o crescente número de veículos e comportamentos de risco contribui para essa estatística. No Brasil, mais da metade dos acidentes envolvem motociclistas², os quais frequentemente resultam em traumas graves, tornando-se uma questão relevante para a saúde pública. **Objetivo:** Identificar a proporção das internações de motociclistas traumatizados em relação ao número total de internações realizadas no município de Uberlândia, com o fito de evidenciar a importância da preparação das equipes médicas do trauma no manejo adequado dos pacientes em acidentes traumáticos. **Metodologia:** Trata-se de estudo retrospectivo descritivo realizado por meio de uma análise quantitativa. Nesse viés, foi carreada uma pesquisa epidemiológica abrangente para analisar a relação entre as internações de motociclistas traumatizados (CID-10 V20-29) e o número total de internações ocorridas no Sistema Único de Saúde no município de Uberlândia. Tal levantamento foi feito utilizando a seguinte fórmula: (internações de motociclista traumatizado / internações totais) x

100, no período de 2013 a 2023, empregando a base de dados DATASUS. **Resultados e Discussão:** Com base nos dados obtidos por meio do DATASUS, foi observada uma variação na proporção de internações relacionadas a acidentes de motociclistas traumatizados ao longo do período de análise. Em 2013, essa proporção foi registrada em 17,2%, aumentando para 19,1% em 2014 e alcançando seu pico em 2015, com 20,7%. Nos anos subsequentes, ocorreram oscilações, sendo que houve uma significativa redução em 2023 com a taxa de 12,8%. No agregado, ao longo do período em análise, essas internações representaram, em média, 18,13% do total de causas de internação. Assim sendo, a equipe do trauma é de vital importância no manejo dos pacientes traumatizados, como nos acidentes com motociclistas. Diante de tal proporção, o treinamento desses profissionais, bem como a oferta apropriada de médicos do trauma se fazem necessários, objetivando ofertar um atendimento de qualidade e possibilitar a reabilitação integral dos pacientes admitidos. **Conclusões:** A atual análise identificou elevada proporção de motociclistas traumatizados como causa de internações realizadas no Município de Uberlândia na última década. Portanto, torna-se evidente a importância do maior investimento no treinamento da equipe médica do trauma, bem como adoção de protocolos e técnicas já padronizadas na literatura.

Referências:

- 1- WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO. 2018. **Top 10 causes of death.** Global Health Observatory (GHO) data. Geneva, 2018. Available in: https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/. Access in: 22 October 2023.
- 2- POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL -PRF. **Dados Abertos –Acidentes.** Ministério da Justiça e Segurança Pública. Brasília, 2020. Disponível em: <https://portal.prf.gov.br/dados-abertos-acidentes>. Acesso em: 22 de outubro 2023.

CORREÇÃO DE HÉRNIA VENTRAL COM TELA MICROPOROSA E PONTE OMENTAL EM PACIENTE GRAVE: UM RELATO DE CASO

Autores:

(Autor 1) Luis Gustavo Freitas Castro¹

(Autor 2) Gabriela de Melo Silva Ferreira¹

(Autor 3) Raquel Belluco Ribeiro¹

(Autor 4) Luisa Guimarães Hofner²

(Orientador) Marcelo André Domingues³

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 – Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

3- Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Resumo:

As Hérnias ventrais são definidas como protrusões de conteúdo da cavidade pela fáscia da parede abdominal anterior. O estrangulamento é a obstrução do conteúdo visceral dentro do anel herniário impedindo a vascularização. Na correção de hérnia ventral a infecção de tela é a complicação mais prejudicial e ocorre em 5% a 10% dos procedimentos⁴. O presente caso objetiva-se no relato da realização de um procedimento de emergência após estrangulamento herniário com contaminação associada. O processo reconstrutivo foi baseado na anastomose intestinal e no reparo da parede com tela de polipropileno micropore. O paciente evoluiu com boa cicatrização da ferida cirúrgica sem infecção e outras intercorrências. Logo, modelos microporosos, à base de polipropileno, são capazes de resistir à adesão bacteriana e, portanto, necessita-se de mais estudos para avaliar a possibilidade de uso desse modelo de tela no contexto do campo contaminado

Palavras-chave: Hérnia ventral; Malha sintética; Cirurgia geral

1. Introdução:

As Hérnias ventrais são definidas como protrusões de conteúdo da cavidade pela fáscia da parede abdominal anterior. Elas podem ser espontâneas ou adquiridas, como por intervenções cirúrgicas, sendo essas nomeadas hérnias incisionais cuja correção deve ser evitada a menos que sintomáticas. Com base nas estatísticas americanas 15 a 20% das hérnias de parede abdominal são incisionais. O estrangulamento é definido como uma condição na qual o conteúdo herniário é obstruído dentro de seu anel e tem sua vascularização impedida, configurando-se como uma causa de abdome agudo cirúrgico⁸. Na correção de hérnia ventral a infecção de tela é a complicação mais prejudicial e ocorre em 5% a 10% dos procedimentos.

O presente caso objetiva-se no relato da realização de um procedimento de emergência após estrangulamento herniário com contaminação associada. O processo reconstrutivo foi baseado na anastomose intestinal e no reparo da parede com tela de polipropileno, sendo associado seu desfecho ao risco de infecção de sítio cirúrgico.

2. Relato de Caso:

W.N.S, 46 anos, obeso grau 3, doente renal crônico, imunossuprimido devido ao uso de Tacrolimus e micofenolato de mofetila, pós-operatório de transplante renal intervivos, evoluiu com eventração em 10º dia pós-operatório, tratado de forma conservadora. Após quase 40 dias da cirurgia inicial, evoluiu com hérnia abdominal incisional 80 cm² complexa estrangulada, caracterizada por dor abdominal intensa com sinais de irritação peritoneal, com alto risco para insuficiência do rim transplantado. Após confirmação tomográfica do quadro abdominal obstrutivo e, provavelmente, isquêmico, foi indicada uma laparotomia exploradora. A abordagem cirúrgica foi realizada na incisão prévia de Gibson. Durante a exploração cirúrgica foi evidenciada volumosa hérnia incisional com estrangulamento e sinais avançados de isquemia de segmento do intestino delgado. Foi realizada enterectomia com anastomose primária. Na impossibilidade de fechamento primário da cavidade abdominal sem tensão da ferida cirúrgica, em paciente com alto risco de perda do rim transplantado, foi optado pelo fechamento peritoneal com pontes de omento maior em área de, aproximadamente, 80 cm²,

seguida da construção de um plano pré-peritoneal. Apesar da tela macroporosa ser mais indicada em ambientes com maior propensão de infecção, na ausência de disponibilidade no hospital, foi optado pela colocação de uma tela sintética de polipropileno microporosa, média gramatura, 36x26 cm.

Paciente evoluiu sem mais complicações no pós-operatório, comparecendo em consulta ambulatorial após 70 dias de cirurgia de urgência. Ferida operatória totalmente cicatrizada, sem sinais de recidiva de hérnia e com satisfatório funcionamento renal.

3. Reflexão:

As diretrizes para o uso de tela em hérnias ventrais não são padronizadas e são consideradas um dilema médico, pois a infecção do sítio cirúrgico pode ser extremamente grave e exigir um desbridamento complexo, além da retirada da prótese. Uma revisão sistemática com metanálise analisou 13 estudos não identificou relevância estatística ($p=0,62$) entre inserção de tela em cirurgias limpas e contaminadas¹, demonstrando que as infecções estão mais relacionadas a fatores de risco do paciente como o fato de ser fumante, obeso, diabético, imunossuprimido e possuir doença pulmonar obstrutiva crônica.

Ademais, Carbonell et al. (2013)² relatou 100 casos de correção de hérnia ventral contaminada com tela sintética, sendo que a taxa de infecção foi de 19% e a retirada da tela foi indicada em apenas 4 casos. Além disso, este estudo confirmou que modelos de telas microporosas estavam relacionadas à maioria dos casos de infecção de sítio cirúrgico e modelos macroporosos, à base de polipropileno, são capazes de resistir à adesão bacteriana, semelhante às telas biológicas. As telas com poros de diâmetro maior que 70 μm , podem eliminar uma grande porcentagem de infecções bacterianas, pois permite o contato das bactérias com granulócitos e macrófagos³. Portanto, compreende-se que não há uma contraindicação absoluta para o uso de telas na correção de hérnias ventrais quando o campo cirúrgico se encontra contaminado, sendo preferível a tela macroporosa, quando disponível.

Quando se analisa o tipo de material da tela (biológica, sintética e bio sintética), um estudo não mostrou diferenças importantes entre os materiais, porém parece haver uma tendência a taxas mais baixas de complicações pós cirúrgicas em campo contaminado usando malha bio sintética de absorção lenta⁵. Contudo, este material apresenta custo mais elevado e está restrito a casos de risco elevado pela classificação Ventral Hernia Working Group de 2010⁶.



Figura 1: Imagem de Tomografia computadorizada em plano axial que mostra cavidade peritoneal com herniação de conteúdo abdominal (seta). Fonte: DOMINGUES,2023

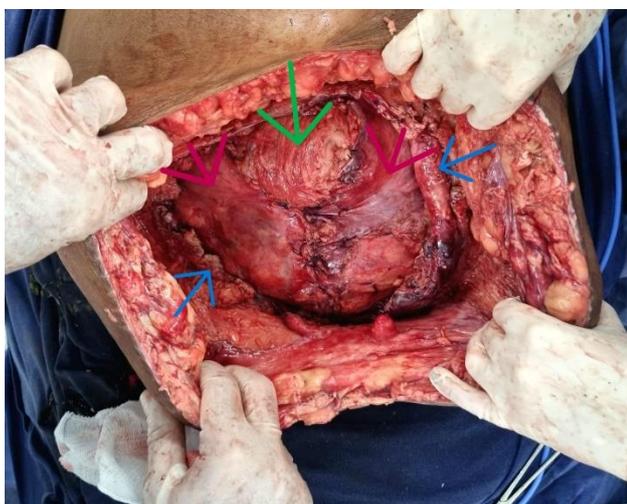


Figura 2: Cavidade abdominal exposta evidenciando aponeuroses (seta azul), peritônio (seta rosa) e ponte com omento maior (seta verde). Fonte: DOMINGUES,2023



Figura 3: Cavidade abdominal mostrando peritônio recoberto com tela microsporosa de polipropileno. Na imagem ainda podem ser vistas as aponeuroses e o tecido subcutâneo. Fonte: DOMINGUES,2023

4. Conclusão:

Assim, apesar do uso de tela em reconstruções da parede abdominal ter a infecção da malha como a complicação mais deletéria é importante avaliar os riscos e benefícios de cada caso. Em relação ao paciente relatado destaca-se muitos fatores de risco para complicação a imunossupressão, doença renal crônica, a obesidade grau III, hérnia incisional de 80 cm² complexa e procedimento realizado em hospital sem recursos necessários. Ao contrário do que é preconizado em campo contaminado, foi usado nesse caso tela sintética microporosa ao invés da tela biológica, com boa evolução da cicatrização da ferida cirúrgica sem infecções secundárias e intercorrências. Diante disso, é evidente a capacidade de telas à base de polipropileno e com modelo microporos resistirem à adesão bacteriana permitindo resultados cirúrgicos satisfatórios. Logo, o uso de malhas sintéticas microporosas podem não ser o fato causal mais importante para a infecção de ferida operatória nesses pacientes, sendo necessário mais estudos para avaliar a possibilidade de uso em campo contaminado.

5. Referências:

1. Maatouk, Mohameda, *; Safta, Yacine Bena; Mabrouk, Aymena; Kbir, Ghassen Hamdia; Dhaou, Anis Bena; daldoul, Samia; Sayari, Sofiena; Haouet, Karima; Dziri, Chadlib; Moussa, Mounir Bena. Surgical site infection in mesh repair for ventral hernia in contaminated field: A

systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine & Surgery* 63():, March 2021. | DOI: 10.1016/j.amsu.2021.02.019

2. Carbonell AM, Criss CN, Cobb WS, Novitsky YW, Rosen MJ. Resultados da tela sintética em reparos de hérnias ventrais contaminadas. *Geléia. Col. Surg.* 2013;217(6):991-998.

3. Bury K, Śmietański M, Justyna B, Gumiela P, Śmietańska AI, Owczuk R, et al. Efeitos da tela monofilamento macroporosa na infecção em campo contaminado. *Arco de Langenbeck. Surg.* 2014;399(7):873-877.

4. Kao AM, Arnold MR, Augenstein VA, Heniford BT. Prevention and Treatment Strategies for Mesh Infection in Abdominal Wall Reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2018;142(3 Suppl):149S-155S. doi:10.1097/PRS.0000000000004871

5. Morales-Conde S, Hernández-Granados P, Tallón-Aguilar L, Verdaguer-Tremolosa M, López-Cano M. Ventral hernia repair in high-risk patients and contaminated fields using a single mesh: proportional meta-analysis. *Hernia.* 2022 Dec;26(6):1459-1471. doi: 10.1007/s10029-022-02668-w. Epub 2022 Sep 13. Erratum in: *Hernia.* 2022 Nov 1;: PMID: 36098869; PMCID: PMC9684228.

6. Ventral Hernia Working Group, Breuing K, Butler CE, et al. Incisional ventral hernias: review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair. *Surgery.* 2010;148(3):544-558. doi:10.1016/j.surg.2010.01.008

7. Claus CMP, Malcher F, Cavazzola LT, Furtado M, Morrell A, Azevedo M, Meirelles LG, Santos H, Garcia R. SUBCUTANEOUS ONLAY LAPAROSCOPIC APPROACH (SCOLA) FOR VENTRAL HERNIA AND RECTUS ABDOMINIS DIASTASIS REPAIR: TECHNICAL DESCRIPTION AND INITIAL RESULTS. *Arq Bras Cir Dig.* 2018 Dec 6;31(4):e1399. doi: 10.1590/0102-672020180001e1399. PMID: 30539974; PMCID: PMC6284377.

8. SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 20.ed. Saunders. Elsevier.

DISTRIBUIÇÃO DE CIRURGIAS REPARADORAS EM PACIENTES PÓS-BARIÁTRICOS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Autores:

(Autor 1) Maria Laura Alves Silva¹

(Autor 2) Anna Laura Ferreira Franco¹

(Autor 3) Felipe dos Reis Candido¹

(Autor 4) Mariana Fernandes Santos¹

(Orientador) Danilo Pereira da Costa²

1 - Discente do curso de graduação em Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

2 - Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

1. Introdução:

A cirurgia bariátrica constitui o método mais eficaz para tratamento da obesidade grave em comparação ao tratamento convencional devido permitir uma maior e mais sustentada perda de peso e o controle de comorbidades crônicas¹. Apesar de seus inúmeros benefícios, pode ocorrer um excesso de pele flácida proveniente da perda de peso significativa e acelerada, levando a comprometimentos estéticos e psicológicos além do aparecimento de infecções fúngicas, ulcerações e comprometimento na higiene pessoal². Com todo esse impacto negativo sobre a qualidade de vida do paciente, observou-se um aumento pela procura de cirurgias de contorno corporal pós-bariátrica, a fim de tratar o dismorfismo corporal causado pela perda ponderal maciça e suas principais repercussões.

2. Objetivo:

O presente trabalho tem como objetivo inferir a prevalência de procedimentos cirúrgicos reparadores realizados em pacientes pós-cirurgia bariátrica e realizar uma análise descritiva da tendência do percentual dessas cirurgias reconstrutivas no estado de Minas Gerais no

período de 2012 a 2022.

3. Metodologia:

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, de abordagem quantitativa, utilizando a análise de dados obtidos no site DATASUS, o banco de dados do SUS, acerca dos procedimentos cirúrgicos reparadores realizados em pacientes pós-cirurgia bariátrica. As variáveis analisadas foram localização geográfica - macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais -, e o ano - período entre 2012 e 2022.

Todos os dados coletados foram organizados na tabela do Excel e a análise estatística foi complementada com o cálculo da prevalência e análise da tendência do percentual de cirurgias reparadoras realizada em pós-bariátricas por macrorregião de saúde do Estado de Minas Gerais.

4. Resultados e Discussão:

No estado de Minas Gerais, entre os anos de 2012 e 2022, foi realizado um total de 2.425 procedimentos de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com os dados disponíveis no DATASUS. Observa-se uma baixa prevalência de casos, 11,8 para cada 100.000 habitantes, ou seja, que pode ser explicada por diversos fatores, entre eles a quantidade reduzida de hospitais com capacidade para oferecer tal serviço². Entre os cinco tipos de procedimentos disponíveis, a dermolipectomia abdominal foi o mais realizado, totalizando 997 casos nos 10 anos avaliados. Quando analisados os dados por macrorregião de saúde do estado, a região central contabilizou 70,1% dos procedimentos realizados, uma vez que a capital Belo Horizonte está inserida nessa área, dado que vai de acordo com outros estudos onde se evidencia que procedimentos cirúrgicos são discrepantemente mais realizados nas capitais dos estados. Além disso, quando analisada a tendência relativa do percentual de cirurgias plásticas reparadoras realizadas em pós-bariátricos por macrorregião de saúde de Minas Gerais, foi possível perceber que em todas as macrorregiões há um aumento percentual progressivo entre os anos de 2012 e 2022, exceto durante os anos de 2019 e 2020, os quais apresentaram uma queda percentual significativa. Esse fato pode ser explicado por ser o período em que o mundo passava pela pandemia da COVID-19, tendo uma

restrição cirúrgica².

5. Conclusão:

No Brasil, foi registrado um considerável volume de cirurgias reparadoras em indivíduos que passaram por cirurgia bariátrica e sofreram perdas significativas de peso, contudo a frequência de cirurgias mesmo assim é baixa. O procedimento mais comum foi a dermolipectomia abdominal. Observaram-se variações regionais na frequência desses procedimentos, sendo a região central o local onde mais se realizam estes procedimentos. Ademais, a pandemia do Sars-CoV-2 teve um impacto notável no número total de procedimentos, por ter dificultado o acesso de novos pacientes a esses tratamentos disponíveis. É fundamental melhorar a organização da estrutura e a disponibilidade dessas cirurgias com o objetivo de aumentar a frequência desses procedimentos.

6. Palavras-Chave: Cirurgia bariátrica; Cirurgia plástica; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Contorno corporal.

7. Referências:

1. PINHEIRO, Luiz Henrique Zanata et al. Prevalência de cirurgia de contorno corporal em pacientes pós-bariátricos em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 37, p. 417-422, 2023.
2. SECANHO, M. S. et al.. Access to reconstructive plastic surgery for patients undergoing bariatric surgery in the Unified Health System (SUS). **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 50, p. e20233520, 2023.

EXÉRESE DE TUMOR EM PÁLPEBRA INFERIOR SEGUIDO DE RECONSTRUÇÃO COM RETALHO TRIPIER BIPEDICULADO: UM RELATO DE CASO

Autores:

(Autor 1) Bianca Felice Ferreira¹

(Autor 2) Luis Gustavo Freitas Castro ¹

(Autor 3) Vitor Coleta Cesare Meneghin²

(Autor 4) Alinne Freitas Silva²

(Orientador) Tales Faleiros Nascimento Júnior³

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 – Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

3- Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Resumo

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com um carcinoma de células escamosas em pálpebra inferior, que acometia toda a pálpebra, e foi abordado cirurgicamente com a exérese da lesão e reconstrução do defeito por meio de um retalho de Tripier. Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário do paciente, incluindo consultas, resultados de anatomo-patológico e nota operatória, colaboração com a equipe cirúrgica e revisão de literatura acerca de reconstrução de pálpebra. Considerações finais: o caso relatado demonstra que o retalho miocutâneo de Tripier é um recurso que oferece uma abordagem segura e eficaz na reconstrução dos defeitos da pálpebra inferior, oferecendo resultados estéticos e funcionais superiores a outras técnicas descritas em defeitos que abrangem porções extensas, além de redução de complicações circulatórias.

Palavras-chave: Retalhos Cirúrgicos; Procedimentos de Cirurgia Plástica; Carcinoma de Células Escamosas

1. Introdução:

A reconstrução de pálpebra é um grande desafio para os cirurgiões plásticos, principalmente relacionada à manutenção da funcionalidade e estética. O procedimento tem por finalidade a proteção da camada córnea ocular, assim como a promoção de simetria facial, tendo como complicação a exposição de córnea e ceratopatia⁶. Dessa forma, é evidente a necessidade de minimizar lesões nervosas e buscar uniformidade do tecido enxertado com as áreas adjacentes durante um reparo.

Existem diversas técnicas descritas para a reconstrução da pálpebra inferior, com variedade de retalhos e enxertos, sendo a pálpebra superior uma excelente doadora para a inferior, pois apresenta as mesmas características morfofuncionais. Por conseguinte, foi proposto o retalho de Tripier, em 1889, uma técnica de retalho de transposição, que realoca pele e músculo inervado, sob a forma de ponte, da pálpebra superior para a inferior^{1,2,4}(figura 1), sendo uma técnica que garante volume, suporte muscular, irrigação vascular e inervação ao local receptor, com manutenção do resultado estético de forma satisfatória.

Portanto, o presente trabalho pretende relatar o caso de uma paciente com carcinoma de células escamosas em pálpebra inferior com acometimento extenso do local, que, após exérese, foi reconstruído utilizando um retalho de Tripier, além de evidenciar a importância da técnica para proporcionar resultados funcionais e estéticos.

2. Relato de Caso:

J.A.N, 72 anos, tabagista, portadora de doença de Alzheimer e com histórico de infarto agudo do miocárdio prévio, relata surgimento de lesão perlácea, indolor e com crescimento progressivo há cerca de um ano (2022) na pálpebra inferior direita (PID), sendo indicado tratamento cirúrgico.

O procedimento foi realizado com exérese da lesão em PID com incisão de Tarso e reconstrução imediata com tarsorrafia e retalho Tripier bipediculado, sem intercorrências. No 11º dia de pós-operatório, a paciente evoluiu com deiscência de sutura de aproximadamente 1cm na pálpebra inferior, sem sinais de infecção de sítio cirúrgico, optado por tratamento conservador. Paciente retorna ao serviço em bom processo evolutivo, ferida operatória cicatrizada e enxerto bem perfundido. Dessarte, após 40 dias de pós-operatório, foi realizada cirurgia ambulatorial de autonomização medial do retalho Tripier a direita.

A biópsia da lesão evidenciou carcinoma de células escamosas bem diferenciado sem invasão perineural e vascular, com margens cirúrgicas focalmente comprometidas. Os familiares optaram por seguir tratamento conservador, acompanhada com a equipe da cirurgia plástica e com a equipe de dermatologia.

3. Reflexão:

O método mais apropriado a ser indicado para correção de pálpebra inferior pondera o tamanho do defeito, localização e elasticidade dos tecidos adjacentes². Técnicas de rafia primária podem ser usadas em defeitos de até 30% de acometimento da pálpebra inferior no paciente jovem ou 45% em idosos, podendo ou não ser associadas a cantólise lateral⁸. Para defeitos maiores, deve ser considerada a utilização de retalhos para a reconstrução da lamela anterior, como Tripier, Tenzel, Hughes, Mustardé e Cutler, além de enxertos compostos, pele total e pele parcial⁷.

Durante a reconstrução da pálpebra inferior é importante garantir que as lamelas anteriores e posteriores funcionem como duas estruturas distintas, portanto deve ser um procedimento planejado de modo a seguir os limites anatômicos e funcionais. Com isso, dentre as possibilidades de execução do procedimento, o retalho de Tripier, apresenta vantagens estéticas e funcionais, permitindo ajuste vetorial de suporte à borda palpebral e compatibilidade de textura e cor entre área doadora e receptora⁴.

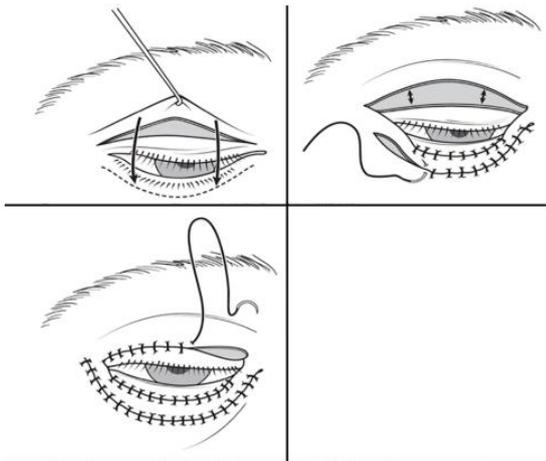
A técnica se baseia em um retalho miocutâneo bipediculado inervado, Methes e Nahai tipo III, com formato de ponte, que é retirado da pálpebra superior e transposto a fim de cobrir o defeito na pálpebra inferior. Entre as vantagens desse procedimento destaca-se o fato de conter fibras do músculo orbicular sobrejacente, garantindo volume e segurança vascular, como também

está associado a um menor dano ao nervo facial, quando comparado ao retalho de avanço zigomático-palpebral. Vale ressaltar que casos de isquemia são incomuns e ocorrem principalmente quando o músculo orbicular não está incluído no retalho^{1,2}, desta forma, a segurança vascular representa uma das principais vantagens da realização desta técnica, devido a transposição em bloco, que promove redução do edema pós-operatório e simplificação do procedimento cirúrgico⁹.

Quando comparada com técnicas como o retalho de avanço zigomático palpebral, em casos de defeitos que se estendem do canto lateral ao canto medial, a técnica de Tripier se mostra superior em redução de tensão do retalho, o que promove menor incidência de lagofthalmia^{7,8}.

Ademais, o uso do retalho de Tripier garante a substituição do tecido palpebral inferior por um tecido de composição e espessura similares, pálpebra superior, fato este que não ocorre nas técnicas de retalho zigomático-palpebral ou enxertos compostos e propicia melhor resultado estético do procedimento⁹.

Esta técnica apresenta limitações quanto a reconstrução de lamela posterior, que requer suporte de tecido fibroso para manutenção da borda palpebral em uma altura suficiente que assegure a oclusão completa do globo ocular e evite exposição de esclera. Nesses casos, a técnica requer associação com enxertos condromucosos, como de palato ou septo, ou cartilagosos simples¹⁰. Ademais, é importante destacar que, em casos de defeitos que acometam regiões para além da pálpebra inferior, como o arco zigomático, esta técnica não se apresenta como a melhor escolha de tratamento.



Esquema do retalho miocutâneo bipediculado de Tripier. Adaptado de: Grabb & Smith's Plastic Surgery, 6ª Ed. 2007 by Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, EUA, p. 404.

Figura 1: Demonstração da técnica de retalho de Tripier. Fonte: Andrade et al., 2023⁵

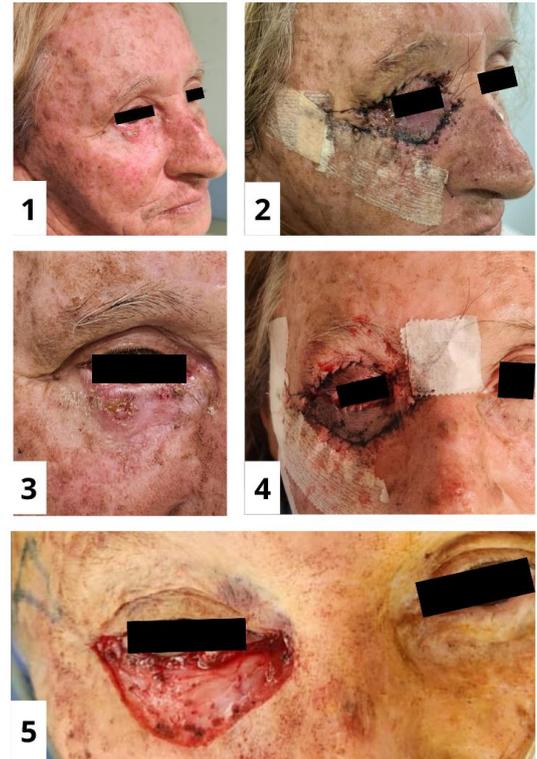


Figura 2: As fotos 1 e 3 demonstram a lesão perlacea na pálpebra inferior direita. Nas fotos 2 e 4 evidencia-se o pós-operatório imediato com retalho Tripier em pálpebra inferior direita e sutura da região doadora na pálpebra superior direita. Já na foto 5 nota-se o processo intraoperatório pós exérese de carcinoma de células escamosas. Fonte: JUNIOR, 2023.

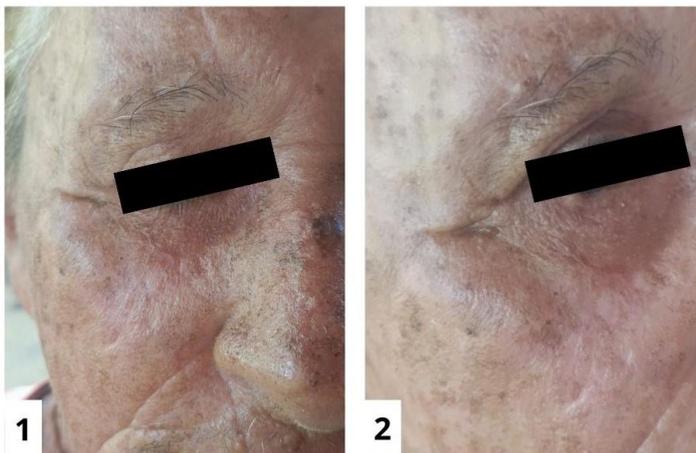


Figura 3: As fotos 1 e 2 evidenciam o pós-operatório tardio da paciente em uma vista frontal e de 45°, respectivamente. Fonte: JUNIOR, 2023.

4. Conclusão:

O retalho miocutâneo de Tripier é um recurso que oferece uma abordagem segura e eficaz na reconstrução dos defeitos da pálpebra inferior, oferecendo resultados estéticos e funcionais

superiores a outras técnicas descritas em defeitos que abrangem porções extensas da pálpebra inferior, com redução de complicações circulatórias.

5. Referências:

1. Elliot, D., & Britto, J. A. (2004). Tripier's innervated myocutaneous flap 1889. *British journal of plastic surgery*, 57(6), 543–549. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2004.02.021>
2. Maghsodnia, G., Ebrahimi, A., & Arshadi, A. (2011). Using bipediced myocutaneous Tripier flap to correct ectropion after excision of lower eyelid basal cell carcinoma. *The Journal of craniofacial surgery*, 22(2), 606–608. <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e318207f2b5>
3. Bickle, K., & Bennett, R. G. (2008). Tripier flap for medial lower eyelid reconstruction. *Dermatologic surgery : official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al.]*, 34(11), 1545–1548. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2008.34319.x>
4. Siegel RJ. Severe ectropion: repair with modified Tripier flap. *Plast Reconstr Surg*. 1987;80(1):21-8.
5. Andrade, A. A., & Freitas, R. D. S. (2023). Corrigindo erros históricos na reconstrução de pálpebra inferior. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 32, 594-598.
6. David H. Verity and J. Richard O. Collin. Eyelid reconstruction: the state of the art. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 12:344–8.
7. SILVA MP, MEDEIROS AG, CUNHA LR, TIVERON C, CUNHA MTR, PADILHA VA, et al. Retalho zigomático-palpebral: uma técnica opcional para a reconstrução da pálpebra inferior. *Rev. Bras. Cir. Plást.*2019;34(1):10-14
8. Alghoul, Mohammed S., et al. “Eyelid Reconstruction”. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, vol. 7, no 11, novembro de 2019, p. e2520. PubMed Central, <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002520>.
9. FIGUEIREDO JCA. Reconstruction of the lower eyelid using a full-thickness upper eyelid transposition flap. *Rev. Bras. Cir. Plást.*2019;34(2):260-263 <http://www.dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2019RBCP0142>

10 Montoya CG, Campagnari M, Cano AC, Evensen AO, Gobetti L, Saldanha O, et al. Associação do retalho miocutâneo de Tripier a enxerto de cartilagem da escafa: um recurso cirúrgico para reconstrução de defeitos de espessura total da pálpebra inferior. Rev. Bras. Cir. Plást.2020;35(1):109-112 <http://www.dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2020RBCP0017>

INTUBAÇÃO ACORDADA PARA CIRURGIA DE TUMOR CERVICAL GIGANTE: RELATO DE CASO

Autores:

(Autor 1) Laura Caroline Felipe de Freitas¹ - <http://lattes.cnpq.br/7812157657866933>

(Autor 2) Maria Luiza Renaud de Oliveira² - <http://lattes.cnpq.br/4843774618545509>

(Autor 3) Glayde Sabrina Camargos de Souza³ - <http://lattes.cnpq.br/5962608219036931>

(Autor 4) Flávio Santos de Queiroz⁴ - <http://lattes.cnpq.br/8560958740009605>

(Orientador) João Paulo Jordão Pontes⁵ - <https://lattes.cnpq.br/7540828920267561>

1-Aluna de medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

2-Médica graduada pela Universidade de Uberaba.

3-Médica residente em anestesiologia do Hospital Santa Genoveva de Uberlândia.

4-Médico anestesiológico do Hospital Santa Genoveva de Uberlândia.

5-Docente do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Palavras-Chave: "Broncoscopia"; "Intubação Intratraqueal"; "Lesões do Pescoço"; "Manuseio das Vias Aéreas".

1. Introdução: Todo paciente que será submetido à anestesia deverá ter sua via aérea examinada sistematicamente em busca de preditores que possam sugerir uma via aérea difícil (VAD). O método mais seguro para garantir o controle da via aérea em pacientes com VAD antecipada é a intubação traqueal acordado. Para isso, é necessária preparação psicológica do paciente, monitorização adequada, suplementação de oxigênio, anestesia tópica ou regional, sedação criteriosa, disposição do equipamento adequado e experiência do anestesiológico.

2. Relato de Caso: Paciente sexo masculino, 56 anos, 50 kg, com história de tabagismo, etilismo, ansiedade, enfisema e histórico de 35 sessões de radioterapia cervical devido

carcinoma espinocelular. Negava uso prévio de medicações e procedimentos cirúrgicos. Foi submetido a esvaziamento cervical em virtude de lesão volumosa, diâmetros 9,7 x 5,2 x 7,3cm, em intimo contato com a bainha jugulocarotídea e lobo esquerdo da tireoide. Apesar de não ser observado desvio traqueal, os preditores de via aérea difícil levaram a escolha da técnica de intubação com paciente acordado por fibrobroncoscopia flexível. Após orientação do paciente, foi iniciada infusão de remifentanil 0,1 mcg/kg/min e anestesia tópica com lidocaína a 2% gel + líquida, aplicada em base da língua e pilares amigdalianos, seguidas de pré-oxigenação e anestesia tópica com a técnica “spray as you go”. Após visualização dos anéis traqueais, um tubo aramado n 8 foi posicionado e a indução anestésica foi realizada. O procedimento durou 5 horas e paciente recebeu alta após 3 dias sem intercorrências.

3. Reflexão: O conceito de VAD engloba dificuldade em um ou mais dos seguintes: ventilação com máscara facial, laringoscopia, ventilação com dispositivo supraglótico, intubação traqueal, extubação ou via aérea cirúrgica. Em alguns casos, o anestesiológista pode prever tal situação pela história e exame físico. Fatores de risco como radioterapia cervical, massas volumosas cervicais, dificuldade de abertura oral, obesidade, apneia do sono, Mallampati >3, etc. chamam a atenção para a necessidade de um planejamento prévio alternativo para se assegurar a via aérea para a cirurgia. A intubação acordada é uma técnica não precedida de indução e bloqueio neuromuscular, indicada em pacientes com preditores de via aérea difícil ou que não toleram as medicações da sequência rápida, de forma a manter o paciente em ventilação espontânea mantendo a via aérea patente durante todo procedimento. A anestesia tópica adequada é imprescindível para o sucesso da técnica, além da cooperação do paciente e experiência do anestesiológista. O paciente em questão apresentava além da história de radioterapia cervical prévia, uma distorção anatômica importante causada pela massa cervical volumosa

4. Conclusão:

A presença de lesões tumorais aumenta a distorção anatômica e o risco de sangramento regional e que se agrava quando há sessões prévias de radioterapia devido alteração da consistência de tecidos. É fundamental a anamnese e exame físico para se programar a melhor abordagem para cada paciente, assim como traçar estratégias de resgate em caso de falha do plano principal.

5. Referências:

1. BROWN, C. A.; SAKLES, J. C.; MICK, N. W. **The Walls manual of emergency airway management**. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018.
2. CANGIANI L.M., SLULLITEL A., POTÉRIO G.M.B. et al. **Tratado de Anestesiologia**. SAESP. 8.ed. vol. 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2017.
3. Ortenzi AV, Martins MP, Mattos SLL et al. Intubação por Fibroscopia Flexível. In: Filho PAG, Figueirêdo NV, Cavalcanti IL. **Controle da Via Aérea**. 2 ed. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2018; 239-252.

SÉRIE HISTÓRICA DA RAZÃO DE CUSTO POR INTERNAÇÃO EM FUNÇÃO DE QUEDAS NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG

Autores:

Felipe Araujo Gouhie¹ - <https://lattes.cnpq.br/4352881826731990>

Davi Alves Silva¹ - <http://lattes.cnpq.br/3894991308584977>

Beatriz Rizzo Parreira¹ - <http://lattes.cnpq.br/3568832356885655>

Laura Caroline Felipe de Freitas¹ - <https://lattes.cnpq.br/7812157657866933>

Milena Mariana Wellichan¹ - <http://lattes.cnpq.br/3657424014016995>

Orientadora: Erika Kiyomi Yuyama² - <https://lattes.cnpq.br/8480516819875848>

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Palavras-Chave: Hospitalização, Análise Custo-Eficiência.

Introdução: Os acidentes relacionados a quedas desempenham um papel significativo no ambiente hospitalar, influenciando tanto as técnicas empregadas para o tratamento quanto o ônus que impõem ao sistema de saúde público. No entanto, é notável a escassez de publicações abordando os custos associados a essas ocorrências. **Objetivo:** Relatar e analisar a evolução do custo por internação decorrente de quedas, independentemente de sua causa, desde a primeira data com informações disponíveis até o ano atual. **Metodologia:** Este estudo possui caráter retrospectivo e descritivo, envolvendo uma análise quantitativa. Foi conduzido por meio de uma pesquisa epidemiológica que abrangeu a taxa de internações por quedas e os custos totais incorridos pelo Sistema Único de Saúde no município de Uberlândia. Utilizamos a seguinte fórmula: (custo total suportado pelo sistema para tratamento de quedas / número de internações devido a quedas) durante o período de 2008 a 2023. Os dados foram obtidos a partir do banco de dados DATASUS. **Resultados:** Com base nos registros do DATASUS referentes a internações por município e ano de processamento, bem como o valor total por município e ano de processamento, no período de 2008 a 2023, os custos médios foram os seguintes: em 2008 - R\$ 1.016,33; em 2009 - R\$ 918,51; em 2010 - R\$ 988,19; em 2011 - R\$ 1.059,53; em 2012 - R\$ 1.169,71; em 2013 - R\$ 1.122,80; em 2014 - R\$ 1.434,02; em 2015 - R\$ 1.457,37; em 2016 - R\$ 1.320,96; em 2017 - R\$ 1.213,05; em 2018 - R\$ 1.203,92; em 2019 - R\$ 1.352,42; em 2020 - R\$ 1.570,59; em 2021 - R\$ 1.372,47; em 2022 - R\$ 1.613,14; em 2023 - R\$ 2.029,22, com uma média de R\$ 1.278,62. **Conclusões:** A relação de custo relacionada a acidentes por quedas em Uberlândia demonstrou um aumento geral ao longo do período estudado, com algumas exceções pontuais. Notavelmente, desde 2021, houve um aumento considerável de 47,85% na relação de custo, o que pode ser atribuído tanto a fatores inflacionários quanto ao aumento absoluto dos custos dos procedimentos médicos.

Referências:

1- DE BARROS, I. F. O. et al. Internações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Revista Kairós-Gerontologia**, 30 Dec. 2015.

2- ESQUENAZI, D.; DA SILVA, S. B.; GUIMARÃES, M. A. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, 31 Mar. 2014.

NEFRECTOMIA BILATERAL EM RIM POLICÍSTICO DEVIDO A DOENÇA RENAL POLICÍSTICA AUTOSSÔMICA DOMINANTE: UM RELATO DE CASO.

Autores:

(Autor 1) José Augusto da Silva Neto ¹ - <http://lattes.cnpq.br/0266276316073036>

(Autor 2) Caio Luiz Nazar Cunha ¹ - <http://lattes.cnpq.br/5468938757933324>

(Autor 3) Lucas Figueira Vieira ¹ - <http://lattes.cnpq.br/8912816873836224>

(Autor 4) João Pedro Alves Rodrigues ¹ - <http://lattes.cnpq.br/1320312891483250>

(Orientador) Ricardo Tonim Tótolli ² - <http://lattes.cnpq.br/8589811114602589>

(Orientador) Omar Pacheco Simão ³ - <http://lattes.cnpq.br/9624994893792784>

1 – Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 – Residente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

3 – Médico Chefe do Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas da Universidade
Federal de Uberlândia

Palavras-Chave: ” DRPAD, Doença Renal Policística Autossômica Dominante, Nefrectomia Bilateral ”

1. Introdução: A Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD) em adultos afeta 1 a cada 400 a 1000 nascimentos e aproximadamente 50% dos indivíduos com DRPAD desenvolvem doença renal em estágio terminal aos 60 anos ¹, visto que há o aumento nas dimensões do rim. A formação de cistos está relacionada à destruição do parênquima renal e sua progressão para regiões extrarrenais ². As lesões renais podem levar a alterações sistêmicas e anatômicas, contribuindo para a insuficiência renal. Isso culmina em alterações na liberação de eritropoietina, afetando a maturação dos eritrócitos. A nefrectomia total é indicada para alívio sintomático, não para a cura da doença. O procedimento envolve a remoção do rim e da gordura periférica até a região da fáscia de Gerota ³. A abordagem cirúrgica pode ser lateral, anterior, retroperitoneal, transperitoneal ou toracoabdominal. O aumento do volume renal pode obstruir a artéria renal, elevando a pressão arterial e causando obstrução mecânica na região abdominal inferior, limitando o implante de um rim transplantado.

2. Relato de caso: Paciente N. A., sexo masculino, 31 anos, natural de Bahia, procedente de Uberlândia, com diagnóstico de Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD), em hemodiálise há 1 ano. Há 3 meses, evolui com dor intensa (10/10) em fossa ilíaca direita e

região lombar direita. Foi admitido no HC-UFU após apresentar, em sessão de hemodiálise, hematúria desencadeada por esforços, além de piora de distensão abdominal, astenia e dispneia aos médios esforços, sintomas que incapacitam sua qualidade de vida. Assim, foi indicada a realização de uma nefrectomia bilateral total. Durante o procedimento, ocorreu um sangramento intenso, exigindo uma adrenalectomia à esquerda e houve importante manipulação de adrenal direita.

A cirurgia aconteceu com paciente em decúbito dorsal horizontal, sob efeito de anestesia peridural e anestesia geral. A incisão em formato de Chevron foi feita, seguida pela dissecação até a cavidade abdominal. Foi realizada a Manobra de Catell para acessar o retroperitônio direito e a nefrólise do rim direito. Os ureteres direito, veia e artéria renal direita foram identificados, dissecados e realizada a ligadura com seda nº 0. O rim direito foi retirado, preservando a adrenal direita. Em seguida, a Manobra de Mattox foi realizada para acessar o retroperitônio esquerdo e a nefrólise do rim esquerdo. O ureter esquerdo, veia e artéria renal esquerda foram identificados, dissecados e submetidos à ligadura com seda nº 0. O rim esquerdo foi retirado. Devido a sangramento na adrenal esquerda, uma adrenalectomia esquerda foi realizada. A hemostasia foi revisada. O fechamento por planos incluiu a aponeurose, suturada com Vicryl nº 1 em dois planos, e a pele, suturada com Nylon número 3.0.

No pós-operatório imediato, o paciente foi internado na UTI, onde manteve dieta via oral limitada à aceitação, com intensa dor abdominal apesar da analgesia, que aliviou a partir do terceiro dia de pós-operatório. Recebeu, por 48h, drogas vasoativas. Entretanto, após o desmame, apresentou uma pressão arterial limítrofe com picos hipotensivos, sendo necessário início, no quarto dia de pós-operatório, o uso de hidrocortisona empírica de 50 mg de oito em oito horas. No quinto dia de pós-operatório, o paciente saiu da UTI. No oitavo dia, iniciou o desmame de hidrocortisona. Considerando a hipótese de insuficiência adrenal, foi investigada e descartada após teste de cortisol basal negativo. Posteriormente, houve normalização pressórica tendendo a hipertensão, comorbidade previamente já diagnosticada. Diante disso, foi mantida nutrição via oral laxativa, com fisioterapia respiratória e motora, principalmente com estímulo à deambulação, até que o paciente tivesse condições de alta hospitalar.

- 3. Reflexão:** Assim como muitas outras cirurgias, a nefrectomia é feita como tratamento de exclusão, tenta-se previamente aliviar todos os sintomas até que se decide por esta cirurgia. Todavia, não há medicamentos que garantem o tratamento dos sintomas (hematúria,

importante queda de Hemoglobina, dor, etc.) já que a maioria destes são refratários, o que justifica a necessidade de tratamento cirúrgico.

Além dos sintomas, a compressão causada por rins policísticos pode causar complicações graves, incluindo hipertensão, trombose da veia cava, anorexia e obstrução abdominal. Esses fatores afetam a decisão da nefrectomia bilateral. É importante lembrar que a morbimortalidade associada a DRC dialítica é muito alta e cerca de 50% dos pacientes evoluem ao óbito após cerca de 5 anos do início do tratamento de substituição renal (diálise).

Uma vantagem indiscutível da nefrectomia é o tratamento dos sintomas, mas há desvantagens, como a restrição na ingestão de líquidos devido à falta de produção de urina e a incapacidade de produzir EPO pelos rins. A necessidade de nefrectomia bilateral ou unilateral gera debate, considerando vantagens e desvantagens. Todavia, neste caso, em função de um quadro de hematúria importante, cuja origem poderia ser de ambos os rins, bem como dor importante e HAS, optou-se pela nefrectomia bilateral.

Em retorno anual ao HC-UFU paciente relatou melhora de quadros de dor e hematúria concluindo que a nefrectomia bilateral foi uma decisão acertada no caso relatado.

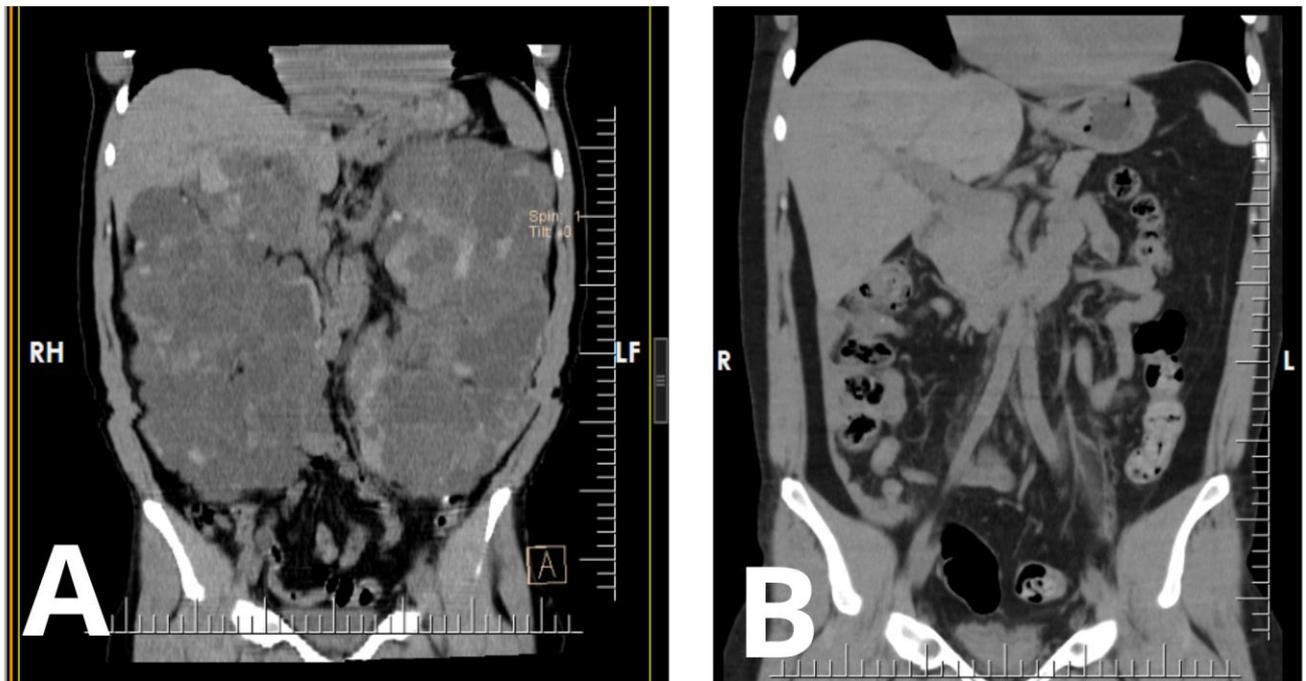


Figura 1- Na imagem A, observa-se o pré-operatório com os 2 rins policísticos de dimensões e peso avantajados. Na imagem B, nota-se o pós-operatório com cavidade abdominal já devidamente liberada e há a visualização de veias e artérias para a implantação novos rins transplantados.

4. Conclusão: Este relato de caso destaca os desafios enfrentados durante uma nefrectomia

bilateral devido à DRPAD, ressaltando a importância de um manejo multissistêmico de complicações e cuidados pós-operatórios abrangentes. A compreensão dos benefícios e das limitações desse procedimento é fundamental para a tomada de decisão e para garantir a melhoria da qualidade de vida dos pacientes afetados pela DRPAD.

5. Referências:

- 1- MAEDA, T. et al. Thrombosis in inferior Vena Cava due to enlarged renal cysts in autosomal dominant polycystic kidney disease. **Internal medicine (Tokyo, Japan)**, v. 49, n. 17, p. 1891–1894, 2010.
- 2- ALVES, E. F. et al.. Doença renal policística autossômica dominante em pacientes em hemodiálise no sul do Brasil. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 36, n. 1, p. 18–25, jan. 2014.
- 3- KALAPARA, A. A.; FRYDENBERG, M. The role of open radical nephrectomy in contemporary management of renal cell carcinoma. **Translational andrology and urology**, v. 9, n. 6, p. 3123–3139, 2020.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES ASSOCIADAS ÀS CIRURGIAS BARIÁTRICAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA E AO MANEJO DE COMPLICAÇÕES

Autores:

(Autor 1) Laura Caroline Felipe de Freitas¹ - <https://lattes.cnpq.br/7812157657866933>

(Autor 2) Milena Mariana Wellichan¹ - <https://lattes.cnpq.br/3657424014016995>

(Autor 3) Felipe Araujo Gouhie¹ - <http://lattes.cnpq.br/4352881826731990>

(Autor 4) Davi Alves Silva¹ - <http://lattes.cnpq.br/3894991308584977>

(Autor 5) Beatriz Rizzo Parreira¹ - <http://lattes.cnpq.br/3568832356885655>

(Orientador) João Paulo Jordão Pontes² - <https://lattes.cnpq.br/7540828920267561>

1 - Discentes do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

2 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Palavras-Chave: “Cirurgia Bariátrica”; “Complicações Pós-Operatórias”; “Obesidade”.

1. Introdução: Segundo o Atlas Mundial da Obesidade, produzido pela World Obesity Federation (WOF), a obesidade deve atingir 41% da população brasileira até 2035 com impacto econômico na saúde estimado em 19,2 milhões de dólares¹. A cirurgia para perda de peso, também denominada como cirurgia bariátrica ou metabólica, possui como finalidade o tratamento da obesidade e de comorbidades a ela associadas, tais como o diabetes, a hipertensão arterial sistêmica, a apneia do sono e a dislipidemia. Esse procedimento foi otimizado ao longo de muitas décadas e atualmente pode ser realizado a partir de pequenas incisões, utilizando técnicas cirúrgicas minimamente invasivas (cirurgia laparoscópica e robótica)². A Portaria nº 5, de 31 de janeiro de 2017, oficializou a incorporação da videolaparoscopia nos procedimentos de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS, o que ampliou o acesso de pacientes da rede pública a um método pouco invasivo de alta resolutividade³. Apesar do baixo índice de mortalidade associado às cirurgias bariátricas, o

número internações por complicações após sua realização é relativamente alto, podendo resultar de intercorrências clínicas ou cirúrgicas⁴.

2. Objetivo: Este estudo objetiva analisar o número de internações associadas à cirurgia bariátrica por videolaparoscopia e ao tratamento cirúrgico de intercorrências pós cirurgia bariátrica no período compreendido entre os anos de 2017 e 2022 nas diferentes regiões e unidades federativas do Brasil.

3. Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo realizado a partir de uma análise quantitativa de dados secundários obtidos do Tabulador de dados do Ministério da Saúde (TABNET DATASUS) acerca do número anual de internações relacionadas à realização de cirurgias bariátricas por videolaparoscopia e ao tratamento de intercorrências cirúrgicas pós bariátrica no Brasil, considerando o período compreendido entre 2017 e 2022. Após a condução de um levantamento epidemiológico abrangente, foi calculado, a partir do número total de internações no país, o percentual relativo a cada estado através da seguinte fórmula: número de internações no estado/número de internações total no país x 100.

4. Resultados e Discussão: A Portaria nº 5, de 31 de janeiro de 2017, oficializou a incorporação da videolaparoscopia nos procedimentos de cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional. A partir desse ato administrativo, o número de internações anuais associadas ao procedimento em unidades hospitalares aumentou de 239 para 1774 em apenas 5 anos, isto é, o valor inicial verificado em 2017 corresponde a apenas 13,47% do valor obtido no ano de 2022. Foi possível observar, de 2017 a 2019 um aumento médio de 90,74% no número de internações anuais, que ocorreu de maneira gradual. No entanto, houve um decréscimo pontual nessa variável em 2020, o que possivelmente se relaciona à pandemia de Covid-19 e às restrições sanitárias associadas a ela. A partir de 2020, o número de internações voltou a subir, passando de 886 no ano de 2021 para 1774 no ano de 2022. Ao comparar o número de internações por unidades federativas, depreende-se uma predominância na região Nordeste, que contribuiu com aproximadamente 37,05%. A segunda região com o maior número de internações foi a região Sudeste, com 30,78%, seguida pelas regiões Sul (23,61%), Centro-Oeste (6,35%) e Norte (2,1%). Apesar dessa distribuição, o Estado brasileiro que realizou o maior número de internações foi São Paulo, que procedeu com cerca de 25% do valor total. Acerca das internações voltadas para o tratamento de intercorrências cirúrgicas pós bariátrica, conclui-se que há uma incidência

preeminente na região Sul, que apresentou um número de 400 internações, quantia correspondente a 75,61% do total observado no Brasil. O estado do Paraná contribui com a maior parte desse valor, apresentando ao longo de todo o período estudado o maior número de internações anuais do país. Assim como o número de cirurgias bariátricas por videolaparoscopia, a quantidade dessas intercorrências apresentou aumento significativo de 2017 a 2019, seguido por um decréscimo efêmero no período de 2020.

5. Conclusão: É possível, a partir dos dados levantados pelo estudo, inferir que houve um aumento vertiginoso no número de internações associadas à cirurgia bariátrica por videolaparoscopia a partir de 2017 em todo o Brasil, com destaque para a região Nordeste. A progressão desses valores é concomitante ao aumento da incidência do número de internações para tratamento cirúrgico de intercorrências pós cirurgia bariátrica. Essas complicações tendem a ser muito mais expressivas na região Sul e Sudeste do país. Ademais, é relevante destacar que ambas as variáveis demonstraram uma redução pontual de seus valores no ano de 2020, o que sugere impacto importante no número de procedimentos eletivos realizados em unidades hospitalares do SUS durante a pandemia de Covid-19.

6. Referências Bibliográficas:

1. LOBSTEIN, Tim et al. **World Obesity Atlas 2023**. London: [s.n.], mar. 2023. Disponível em: <<https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023>>. Acesso em: 2 nov. 2023.
2. ASMBS. **Bariatric Surgery Procedures** | ASMBS. Disponível em: <<https://asmbs.org/patients/bariatric-surgery-procedures>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 5, de 31 de janeiro de 2017. Torna pública a decisão de incorporar o procedimento de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**.
4. KASSIR, R. et al. Complications of bariatric surgery: Presentation and emergency management. **International Journal of Surgery**, v. 27, p. 77–81, mar. 2016.

RETALHO DE GILLES COMO TÉCNICA RECONSTRUTIVA EM ABORDAGENS ONCOLÓGICAS DE GRANDES DEFEITOS NO VERMELHÃO DO LÁBIO INFERIOR

Autores:

¹Giovani Mendola Perobelli

²Leonardo Branco Aidar

1 – Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

2 – Docente em Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: Defeitos labiais que exijam reconstrução emergem, majoritariamente, do histórico de tumor ou trauma congênitos e/ou adquiridos¹. Os princípios envolvidos na reconstituição da integridade oral abarcam a preservação de tecidos nobres labiais e o uso de técnicas cirúrgicas adequadas que mantenham a estrutura anatômica, funcional, motora e sensorial do segmento².

Objetivos: Relatar caso de recidiva de Carcinoma Espinocelular (CEC) de elevada complexidade cirúrgica em região labial inferior e a importância de técnicas, como fan flap de Gilles, na manutenção da integridade funcional e estética mucomusculocutânea em cirurgias de Cabeça e Pescoço.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 71 anos, natural e procedente de Uberlândia, com histórico passado de CEC de lábio inferior abordado por sete vezes e esvaziamento cervical eletivo à direita de I a IV em 2015, com positividade para doença metastática linfonodal, sendo realizada radioterapia adjuvante. Em 2023, paciente retorna à consulta ambulatorial com apresentação de lesão úlcero-infiltrativa no vermelhão do lábio inferior direito, de fundo não purulento, rosado, próximo à comissura labial direita, com cerca de 1 cm de diâmetro. Paciente sem outras queixas, mantidas odinofagia e disfagia a alimentos endurecidos por xerostomia desenvolvida após radioterapia. Ao exame físico, linfonodos não palpáveis em cadeia cervical anterior, média e posterior, pré e pós-auricular. Linfonodo palpável em região submandibular direita, com cerca de 5cm, aderido aos planos profundos, indolor, sem sinais flogísticos, não visualizado ao exame de imagem e não abordado cirurgicamente. Aos exames laboratoriais, TC de pescoço revelando alterações tardias em região cervical direita, com ressecção de

tecidos moles, incluindo músculo esternocleidomastoide e glândula submandibular. USG com tireoide de dimensão reduzida em lobo direito e cisto coloide no lobo esquerdo. RX de tórax sem alterações. ECO exibindo insuficiência tricúspide discreta e veia cava inferior com 20mm e colabamento inspiratório maior que 50%. ECG sem alterações morfológicas, ritmo sinusal. TAP de 14,6s, atividade de protrombina em 85% e RNI 1.11. TSH 3.62 e T4-livre 1,07. Hemograma registrando microcitose e hipocromia leve de hemácias, hemoglobina de 12.1 e hematócrito de 35.1. Ureia 48 mg/dL, creatinina 1,48 mg/dL. Eletrólitos: Na=139 mmol e K=4.7 mmol/L. RX de abdome não realizado e histopatológico não validado. Mantém uso de Gabapentina (300mg/3x/d) devido a dor cervical direita, Concor, Somalgim, Rosuvastatina e Puran T4, sem especificar doses. Departamento da Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) opta por realizar nova abordagem cirúrgica, com técnica de fan flap de Gilles e marcação da lesão (figura 1), preservando, à dissecação, as artérias labiais superiores e inferiores e o feixe nervoso por meio de incisões semicirculares da pele e do subcutâneo, isolando o músculo orbicular labial. Os feixes são isolados e as bordas, unidas, provendo funcionalidade anatômica da mímica facial e preservação estética (figuras 2 e 3). Representação esquemática da técnica na figura 5.



Figura 1: Identificação e marcação cirúrgica de lesão ulcerada na transição do vermelhão do lábio inferior direito com a pele. Borda inferior concomitante ao sulco labiomentoniano, distando 0,5 cm da comissura labial direita. Lesão com diâmetros látero-lateral e súpero-inferior da ordem de 1 cm (Acervo pessoal).



Figura 2: Reconstrução e aproximação de bordas por técnica de retalhos unilaterais de Gilles após excisão, restituindo integridade anatômica e funcional ao tecido labial (Acervo pessoal).



Figuras 3 e 4: 10 dias de pós-operatório. Observe a cicatrização e a deiscência dos pontos laterais por quadro de tosse. Vislumbra-se a possibilidade de realização do retalho de Estrlander em nova abordagem (Acervo pessoal).



Figura 5: representação esquemática com orientação cirúrgica de técnica fan flap de Gilles. Note a lesão ulcerada em vermelhão de lábio inferior direito (circular vermelha), próximo à comissura labial e a demarcação de área a ser excisada (retângulo hachurado), dos

pontos a serem ligados (bordas do retângulo hachurado) e do retalho (linhas contínuas e descontínuas).

Discussão/Reflexão: Os lábios são estruturas complexas, altamente especializadas¹, envolvidas na alimentação, deglutição, fonação e comunicação não verbal. Correspondem, também, a mais móvel parte do terço inferior da face². As subunidades do lábio se dividem em tubérculo, vermelhão, filtro, sulco lábio mentoniano e mento e, a musculatura perioral pode ser classificada em três grupos, baseados em sua inserção (Modiolus, lábio superior e inferior). Carcinoma de Células Basais (CBC) tendem a ocorrer no lábio superior, enquanto Carcinoma de Células Escamosas (CEC), na porção inferior³. Defeitos labiais que envolvam até 1/3 podem ser removidos por excisões simples e coaptação primária dos rebordos¹⁻⁴. Defeitos maiores, que envolvam até metade do segmento labial, exigem técnicas específicas, como Abbe, Colmenero, Karapandzic e Estrlander, sendo a técnica de Gilles descrita como melhor empregada na reconstrução de defeitos que não podem ser diretamente fechados no lábio inferior^{1,3,4} a partir de retalho mucomusculocutâneo sensitivo com a dissecação e preservação das artérias labiais superior e inferior e dos ramos dos nervos bucais. A radioterapia adjuvante pode ser realizada quando há envolvimento perineural, margens cirúrgicas comprometidas, metástases e acometimento linfo-nodal em cabeça e pescoço⁴.

Conclusão: Lesões labiais envolvem desafios cirúrgicos contemporâneos. A anamnese na área de Cabeça e Pescoço, especificamente da cavidade oral, envolve a realização de história detalhada, caracterizando dor, tipo de lesão, localização e tempo de evolução, além de inspeção e exame físico interno e externo à cavidade, palpando massas, visualizando a presença de eritemas e a integridade de dentes, língua e das glândulas salivares, parótidas e submandibulares¹. O retalho unilateral de Gilles é eficiente, embora complicações pós-operatórias envolvam microstomia, deiscências (figura 3) e cicatrizes não estéticas (figura 4). A revisão secundária à técnica é essencial e baseada na manutenção de higiene, integridade, cicatrização e capacidade de alimentação oral¹⁻⁴. A drenagem linfática dos lábios, bem como as cadeias linfonodais afetadas, exercem importante consideração oncológica⁴.

Palavras-chave: lábios, retalho de Gilles unilateral, reconstrução da face, fan flap.

Referências:

1. JOSÉ-MIGUEL COSTA-GONZALEZ et al. Reconstruction of the lower lip after broad oncologic resection by Colmenero flap: a reliable option. **Acta Otorhinolaryngologica Italica**, p. 1–7, 1 nov. 2021. Acesso em 29 de outubro de 2023.
2. Ghaffar Khan AA, Kulkarni JV. Karapandzic fl ap. *Indian J Dent* 2014;5:107-9. Acesso em 29 de outubro de 2023.
3. WATKINSON, J.; CLARKE, R. (EDS.). **Scott-Brown's Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery, Eighth Edition**. [s.l.] CRC Press, 2018. Acesso em 29 de outubro de 2023.
4. BAKER, S. R. **Local Flaps in Facial Reconstruction E-Book**. [s.l.] Elsevier Health Sciences, 2021. Acesso em 29 de outubro de 2023.

SARCOMA DÉRMICO PLEOMÓRFICO DE EVOLUÇÃO RÁPIDA, AGRESSIVA E FATAL

Autores:

¹Giovani Mendola Perobelli, ¹Guilherme Cerva de Melo, ¹Júlia Marques Preto, ¹Michele Stefany Alves dos Santos, ¹Olivia David Pacheco de Faria Rodrigues, ¹Uriel da Silva Pires, ²Mabel Duarte Alves Gomides

1 - Discentes do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 - Cirurgiã e docente em cirurgia dermatológica em Hospital do Câncer do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, Brasil.

RESUMO

Introdução: O Sarcoma Dérmico Pleomórfico (SDP) é um tumor mesenquimal raro, com semelhanças histopatológicas com o fibroxantoma atípico (FXA).^{1,2} Apresenta crescimento rápido e muito agressivo, com invasões locais e profundas, o que confere risco de recorrência local e metástase.^{1,2,3} Considera-se o SDP como parte do espectro do FXA, com características epidemiológicas e histológicas gerais muito semelhantes, mas com comportamento clínico e agressividade diferente.⁴

Relato da comunicação: Paciente masculino, 69 anos, trabalhador rural, refere surgimento de lesão no couro cabeludo, há 10 meses. Nega comorbidades ou história familiar de câncer de pele. Refere lesão dolorosa e sangrenta com crescimento muito rápido, na região parieto-occipital esquerda. Foi submetido à exérese, com achado de carcinoma espinocelular (CEC) moderadamente diferenciado, localizado na derme profunda e tecido adiposo subcutâneo. Em seguida, houve recorrência deste tumor em 2 meses, sendo submetido à outra exérese com achado de CEC pouco diferenciado, invasor, tocando margens laterais e profunda, exibindo focos de necrose; e à punção aspirativa por agulha fina em linfonodo cervical esquerdo com identificação de células suspeitas de malignidade, compatível com carcinoma. Em seguida, foi encaminhado ao serviço de dermatologia oncológica devido à nova recorrência desta lesão com características clínicas semelhantes. Ao exame dermatológico observa-se tumoração vegetante, exofítica, ulcerada e sangrante, com bordos elevados e infiltrados, de aproximadamente 8 cm de diâmetro e 5 cm de altura, em região parieto-occipital esquerda, associado às nodulações endurecidas e aderidas a planos profundos, e dolorosas à palpação, na região cervical posterior esquerda (fig. 1). Foi submetido à exérese ampla e reconstruído com enxertia (fig. 2- A, B e C). O resultado do histopatológico revelou neoplasia de células poligonais, com pleomorfismo nuclear e alta atividade mitótica, de características morfológicas (necrose tumoral, invasão até hipoderme, invasão perineural, vascular e linfática presente) e imunohistoquímicas compatíveis com Sarcoma dérmico pleomórfico, demonstrando margens periféricas livres e profundas comprometidas (fig. 3- A, B, C e D). Decorrente desta agressividade houve

crescimento progressivo e extenso de tumoração antes do término do estadiamento, com cerca de 6-7 cm de diâmetro, associada a aumento dos linfonodos occipital e cervical posterior e dor local com característica mista, parcialmente controlada com codeína e pregabalina (fig. 4). Os exames tomográficos revelaram alterações de aspecto neoplásico secundário, tais como: massas pulmonares em lobos inferiores com compressão de brônquio lobar e da veia pulmonar direita, parede torácica bilateralmente e hemicúpula diafragmática direita; linfonodomegalias (conglomerados linfonodais cervicais inferiores, mediastinais e hilares pulmonar bilateral e hepático); fígado com múltiplos nódulos hipovasculares, de limites mal definidos, por vezes confluentes, distribuídos difusamente por todo parênquima; e glândula adrenal com nódulos sólidos e heterogêneos. Paciente foi submetido à quimioterapia com Doxorubicina de caráter paliativo devido à gravidade do quadro, e após 15 dias, sem resposta satisfatória, evoluiu para o óbito.

FIGURAS

Legendas

Figura 1 – Nódulo exofítico, vegetante, de limites precisos, com 8 cm de diâmetro, na região parieto-occipital esquerda com demarcação cirúrgica.

Figura 2 – Lesão em região parieto-occipital esquerda (A) Ferida operatória de ressecção de tumoração. (B) Fragmento de pele com tumoração. (C) Reconstrução da ferida com enxerto de pele subtotal.

Figura 3 - Características histopatológicas do Sarcoma Dérmico Pleonórfico. – A (HE 40x) As células tumorais se estendem até o tecido subcutâneo. - B (HE 400x) Células fusiformes e epitelioides, multinucleadas atípicas, com mitoses abundantes e núcleos com variações do tamanho, forma e coloração. – C Imunohistoquímica (100x) CD10 e pancitoqueratina positivos.

Figura 4 – Recorrência da tumoração com aumento expressivo dos linfonodos occipital e cervical posterior.



Figura 1 - Nódulo exofítico, vegetante, de limites precisos, com 8 cm de diâmetro, na região parieto-occipital esquerda com demarcação cirúrgica



Figura 2 – Lesão em região parieto-occipital esquerda (A) Ferida operatória de ressecção de tumoração. (B) Fragmento de pele com tumoração. (C) Reconstrução da ferida com enxerto de pele subtotal.

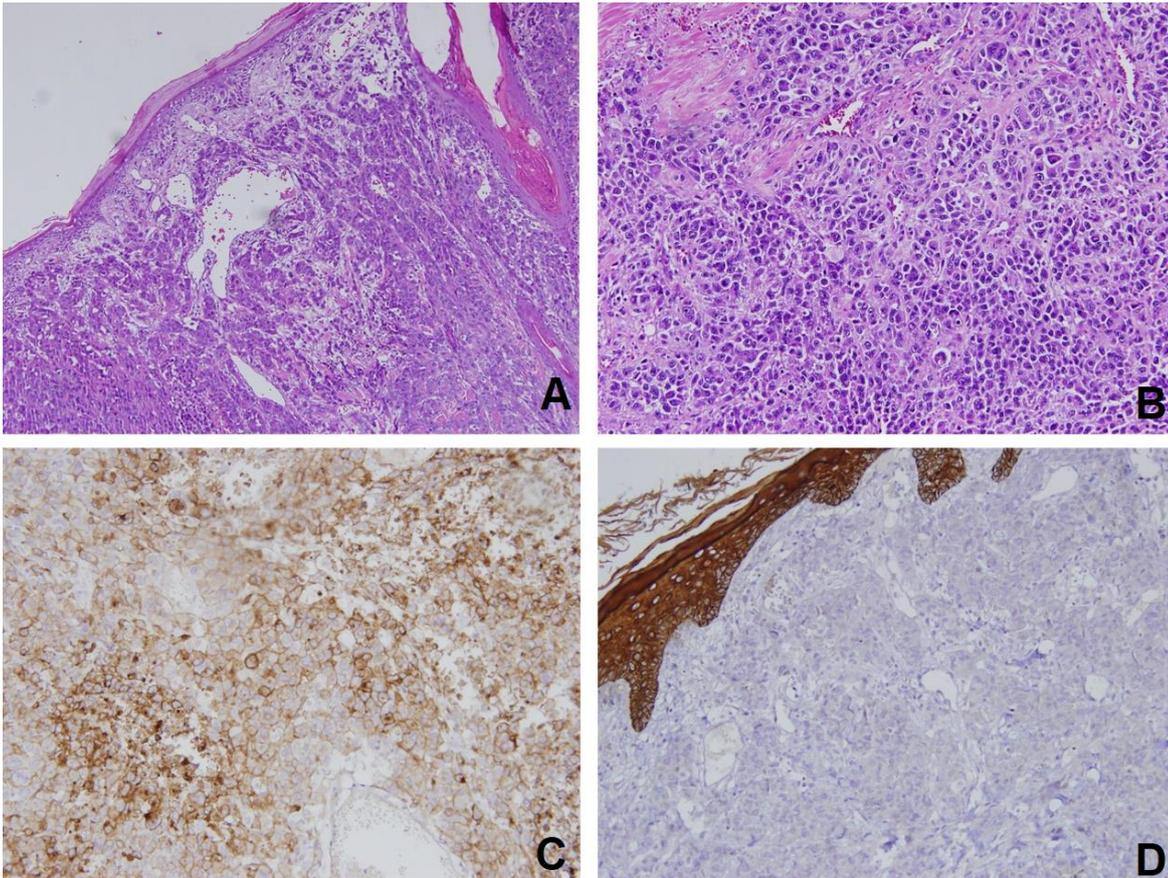


Figura 3 - Características histopatológicas do Sarcoma Dérmico Pleonórfico. – A (HE 40x) As células tumorais se estendem até o tecido subcutâneo. - B (HE 400x) Células fusiformes e epitelioides, multinucleadas atípicas, com mitoses abundantes e núcleos com variações do tamanho, forma e coloração. – C Imunohistoquímica (100x) CD10 e pancitoqueratina positivos.



Figura 4 – Recorrência da tumoração com aumento expressivo dos linfonodos occipital e cervical posterior.

Discussão, Resultados e Reflexão: O SDP é uma neoplasia dérmica de crescimento rápido e exofítico, com ocorrência em idosos, sem predominância de sexo, e que surge exclusivamente em áreas de exposição solar, principalmente na região de cabeça e pescoço.^{2,3} Histologicamente, demonstra presença variável de células gigantes histiocitoides, fusiformes, epitelioides e multinucleadas com núcleos pleomórficos, com numerosas figuras de mitoses atípicas, e outras alterações como: necrose tumoral, invasão linfovascular, margens tumorais infiltrativas e infiltração perineural.^{4,5} **Conclusão:** Essas alterações histopatológicas caracterizam as diferenças entre o SDP e o FXA. Com relação à imunohistoquímica, o SDP não apresenta marcador específico, portanto o diagnóstico deve ser de exclusão.³ E, para fins de diagnóstico é necessária a ressecção completa para avaliar padrão de infiltração, a invasão de estruturas e demais critérios que definem a SDP.³ Este tumor demonstra elevada chance de recorrência local e metástase, principalmente para a pele.⁴

Palavras-chaves: Neoplasia Maligna; Histologia; Comportamento Agressivo; Necrose; Pele e tecido celular subcutâneo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ríos-Viñuela E, Pons Benavent M, Monteagudo C, Nagore E, Sanmartín O. Fibroxantoma atípico y sarcoma pleomórfico dérmico: estudio bicéntrico retrospectivo de 74 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2022; 113:654-656.
2. Tardío JC, Pinedo F, Aramburu JA, Suárez-Massa D, Pampín A, Requena L, Santonja C. Pleomorphic dermal sarcoma: a more aggressive neoplasm than previously estimated. *J Cutan Pathol.* 2016; 43:101-12.
3. Iglesias-Pena N, Martínez-Campayo N, López-Solache L. Relación entre fibroxantoma atípico y sarcoma pleomórfico dérmico: histopatología de ambos y revisión de la literatura *Actas Dermosifiliogr.* 2021; 112:392-405.
4. Bowe CM, Godhania B, Whittaker M, Walsh S. Pleomorphic dermal sarcoma: a clinical and histological review of 49 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2021; 59:460-465.
5. Miller K, Goodlad JR, Brenn T. Pleomorphic Dermal Sarcoma: Adverse Histologic Features Predict Aggressive Behavior and Allow Distinction From Atypical Fibroxanthoma. *Am J Surg Pathol.* 2012; 36:1317-1326.

Reconstrução Nasal de Carcinoma Basocelular

A Eficácia do Retalho Bilobado na Busca pela Estética e Funcionalidade

Autores:

*Laura Caroline Ferreira Borba*¹

*Anna Maria de Senna Migueletto*¹

*Leonardo Branco Aidar*²

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia **Palavras-Chave:**
Carcinoma Basocelular, Retalhos Cirúrgicos, Margens de Excisão.

1. Introdução:

As neoplasias malignas não melanoma são o tipo de tumor maligno de maior incidência e prevalência na população brasileira, assim como mundial sendo o carcinoma basocelular (CBC) o mais prevalente entre eles¹. Uma das possíveis propeleuticas nos casos de CBC é a exérese total da lesão por meio de uma técnica cirúrgica visando um bom resultado estético e funcional. O retalho bilobado é um dos mais utilizados cuja técnica consiste em um retalho de dupla transposição com um pedículo único cujos benefícios são a sua ampla aplicabilidade em lesões de cabeça e os bons resultados estéticos proporcionados².

2. Relato de Caso:

O presente resumo é um relato de caso que objetiva relacionar a técnica cirúrgica com um melhor resultado estético da lesão cirúrgica.

Paciente de 93 anos, masculino, branco, que apresentava um achado nodular na aleta nasal esquerda, com presença de telangiectasias em sua base e umbilicação em sua parte superior com cerca de 0,5 centímetros de diâmetro (Figura 1). A partir da caracterização da lesão houve a suspeição de um possível CBC, cuja propedêutica foi a excisão da lesão (Figura 2). Realizada a exérese do achado que veio com a margem profunda comprometida no resultado da parafina, sendo indicado ao paciente a ampliação da margem cirúrgica e a radioterapia. O paciente entretanto optou apenas pelo seguimento ambulatorial.



Figura 1 - Lesão nodular em aleta nasal esquerda.



Figura 2: A - Esboço do retalho bilobado ao redor da aleta nasal esquerda; B Retalho bilobado realizado; C - Aspecto do procedimento dois dias após a realização; D - Aspecto do procedimento sete dias após a realização.

3. Reflexão:

O carcinoma basocelular (CBC) é uma neoplasia epitelial maligna que possui um crescimento lento cuja origem ocorre nas células basais da epiderme e nos apêndices cutâneos. Essa formação deve-se a uma deficiência na maturação e ceratização celulares seu crescimento em profundidade penetra a camada da derme originando uma massa nodular invasiva que em poucos casos evolui para metástase, entretanto a

malignidade da lesão, embora local, deve-se ao potencial poder de desfiguramento ou disfuncionalidade de estruturas importantes se não tratado ³.

O tratamento de primeira linha para CBC de grande diâmetro é a exérese total da lesão com margens livres e alguns procedimentos necessitam de retalhos e enxertos para reconstrução, principalmente em áreas da face, sendo a região nasal a principal delas ⁴.

Tal retalho envolve a rotação de dois lobos posicionados em ângulos de 90 graus, um maior e outro menor, ambos com um único pedículo. O primeiro lobo é movido para cobrir o defeito principal, enquanto o segundo, menor, é transferido para preencher o defeito secundário criado pela movimentação do primeiro lobo. A estrutura geométrica desse retalho facilita uma distribuição mais equitativa das tensões ao longo do seu eixo de rotação, assegurando a restauração segura da simetria e do contorno nasal ⁵.

É muito útil para cobrir defeitos do terço inferior do nariz, até 1,5 cm, principalmente localizado na sua face lateral ². Além de ser um procedimento simples, realizado em um único estágio, com bons resultados estéticos e funcionais e alto grau de aceitação pelos pacientes ⁴.

4. Conclusão:

Este resumo destaca a importância do uso do retalho bilobado na reconstrução cirúrgica de lesões de CBC na região nasal, visando a questão estética e evitar a disfuncionalidade da evolução dessa neoplasia. O retalho bilobado, com sua estrutura geométrica única e distribuição equitativa das tensões, emerge como uma opção valiosa. Além de sua simplicidade e realização em um único estágio, este procedimento oferece benefícios estéticos e funcionais significativos, mostrando-se particularmente útil na reconstrução de defeitos do terço inferior do nariz. O caso apresentado reforça a eficácia dessa técnica, ressaltando sua aceitação pelos pacientes e sua relevância no contexto do tratamento do CBC nasal.

5. Referências:

- 1 - FILHO, A. et al. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de câncer de pele atendidos no Hospital Regional da Asa Norte/DF - Brasil. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 35, n. 3, p. 316–321, 1 jan. 2001.
- 2 - VASILIOS THOMAIDIS. Cutaneous Flaps in Head and Neck Reconstruction. [s.l: s.n.].

- 3 - BENEDET, Luigi et al. Avaliação clínica e histopatológica dos pacientes portadores de carcinoma basocelular diagnosticados no instituto de diagnóstico anátomo-patológico em Florianópolis-SC de janeiro a fevereiro de 2004. ACM Arq Catar Med, v. 36, n. 1, p. 37-44, 2007.
- 4 - Laitano FF, Teixeira LF, Siqueira EJ, Alvarez GSe, Martins PDE, Oliveira MP. Uso de retalho cutâneo para reconstrução nasal após ressecção neoplásica. Rev. Bras. Cir. Plást.2012;27(2):217-222.
- 5 - ZIMANY, A. The bi-lobed flap. Plastic and Reconstructive Surgery (1946), v. 11, n.6, p. 424-434, 1 jun. 1953.

PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS VENOSOS NOS TRABALHADORES DO COMÉRCIO.

Estudo sobre a qualidade de vida visando planejamento de ações educativas.

Autores:

Miguel Xavier Schmidt¹ <http://lattes.cnpq.br/4820175176462885>

Maria Eduarda Aires Felipe¹ <http://lattes.cnpq.br/2140650572919371>

Ana carolina cantarutti salim¹ <http://lattes.cnpq.br/4603034535790951>

Dra. Caroline Kazue Matida² <http://lattes.cnpq.br/2990106499796573>

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Catalão (UFCAT).

2 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Catalão (UFCAT).

Palavras-Chave: Insuficiência Venosa; Veias Varicosas; Fatores de risco; Qualidade de vida.

Introdução: Veias varicosas são veias anormalmente dilatadas, tortuosas e congestionadas, provenientes de uma disfunção do sistema venoso. Esta disfunção pode ser secundária ao refluxo, à obstrução ou à associação de ambos. Como consequência, temos a hipertensão venosa que causa enfraquecimento das válvulas e danos nas paredes das veias, permitindo que o sangue seja direcionado para uma circulação colateral de veias de calibres menores, assim, resultando na dilatação e torção característica das veias varicosas, o que contribui para o desequilíbrio das forças de Starling levando à um processo inflamatório crônico. Vários fatores de risco estão associados ao aparecimento de sinais e sintomas venosos tais como histórico familiar, obesidade, sexo feminino, gestações, uso de anticoncepcionais, inatividade física e permanecer longos períodos na posição ortostática, dentre outros. A presença de sintomas venosos piora a qualidade de vida e diminui a produtividade do trabalhador. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência de sinais e sintomas venosos em trabalhadores do comércio no município de Catalão-GO.

Método: Trata-se de um estudo transversal prospectivo realizado através da aplicação de um questionário direcionado à trabalhadores do comércio do município de Catalão, contendo perguntas no que tange à idade, gênero, nível de escolaridade, função exercida, massa corpórea, altura, comorbidades, medicações de uso contínuo, fatores de risco e quanto a presença de sinais e sintomas venosos. No caso de resposta afirmativa para esta última pergunta seguia-se à aplicação do questionário de Aberdeen em português, previamente validado em outros estudos. Em caso de resposta negativa encerrava-se o questionário.

Resultados e Discussão: Foram entrevistados 120 trabalhadores do comércio de Catalão. A média de idade dos entrevistados foi de 31,5 anos (16-67 anos), sendo 82,2% mulheres. Com relação ao nível de escolaridade, 0,8% tinham ensino fundamental incompleto, 3,3% tinham ensino fundamental completo, 6,7% com ensino médio incompleto, 55% com ensino médio completo e 34,1% com ensino superior incompleto ou completo. Com relação à atividade que exerciam no comércio, as mais prevalentes foram 55,6% vendedores, 17,1% balconistas, 6,8% trabalham no caixa. Com relação ao índice de massa corporal, 2,8% dos trabalhadores encontravam-se abaixo do peso, 45,9% encontravam-se dentro da normalidade, 28,4% encontravam-se com sobrepeso, 15,6% com obesidade grau 1, 5,6% com obesidade grau 2 e 1,8% com obesidade grau 3. Dentre as comorbidade mais prevalentes observamos obesidade em 23%, hipertensão arterial em 13,3% e diabetes mellitus em 3,3%. Dentre as mulheres, 17,5% utilizam anticoncepcionais orais ou injetáveis. 65,9% das mulheres tiveram uma ou mais gestações. Com relação à presença de sinais e sintomas venosos constatamos que 75,9% dos trabalhadores sentem dores nas pernas, 52,9% apresentam edema, 34,5% apresentam câimbras, 41,4% apresentam formigamentos e 33,3% referiram que os sintomas pioram ao fim do dia. Dos 120 entrevistados, 57 (47,9%) referiram ter varizes e responderam ao questionário de Aberdeen. Quanto às respostas a este questionário, com relação a quantidade de dias que as varizes causam-lhe dor nas últimas duas semanas, 37,9% relataram entre 1 a 5 dias, 34,5% não sentiram dor e 17,2% relataram sentir dor por mais de 10 dias. Em relação a quantidade de dias que fez uso de medicação para reduzir a dor de suas varizes, 20,7% usaram de 1 a 5 dias. No que tange a presença de inchaço no tornozelo nas últimas duas semanas, 31,7% classificaram como ligeiro inchaço e 28,4% como inchaço moderado. Com relação ao uso de meias ou ataduras elásticas nas últimas duas semanas, 83,1% não utilizaram e 8,5% utilizaram sem a prescrição do médico. Em relação ao prurido associado às varizes, 20,4% dos entrevistados referiram tal sintoma. As manchas roxas associadas a varizes foram encontradas 52,5% dos entrevistados e 37,3% relataram apresentar elevações, ressecamento ou manchas de pele na área dos tornozelos. No que tange à feridas associadas às varizes, 3,4% apresentaram essa condição. Em relação a preocupação em relação às veias varicosas, 65% dos entrevistados sentem-se preocupados e 64,4% dizem que a aparência das varizes influência na escolha de roupa. 25,4% dos entrevistados alegam ter interferência no lazer devido às varizes e 30% alegam que

os sinais e sintomas venosos interferem nas atividades do trabalho. O presente estudo, reafirmou a correlação do sobrepeso/obesidade com a insuficiência venosa. Constatamos que, 65,3% das mulheres com sobrepeso/obesidade apresentam varizes, enquanto, mulheres com peso ideal, tem uma incidência de apenas 37,5%. Além disso, observou-se que mulheres que fazem uso contínuo de anticoncepcional (injetável ou oral) apresentam uma incidência maior de sintomas venosos, em relação às mulheres que não fazem o uso desse. Em relação à função exercida no trabalho, observou-se que, trabalhadores que se mantêm em posição ortostática prolongadamente tem uma ocorrência maior de sintomas venosos como inchaço, dor e parestesia.

Conclusão: Os sinais e sintomas venosos são altamente prevalentes nos profissionais trabalhadores do comércio. Ações educativas e preventivas devem ser realizadas no intuito de melhorar a qualidade de vida e o bem estar desta população. Impactados com os resultados obtidos, os pesquisadores do curso de Medicina da UFCAT envolvidos neste trabalho sentem-se responsáveis por estruturar um planejamento de promoção em saúde urgente direcionado a esta classe de trabalhadores.

Referências:

1. Ferraz, R. R. N., Macedo, R. S., Fornari, J. V., & Barnabé, A. S. (2016). Prevalência de varizes em trabalhadores mantidos em posição ortostática. *Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde Brazilian Journal of Health Research*, 17(3), 6–13. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/1413>
2. Santos, V. P. dos, & Queiroz, A. B, 2019. Classificações e questionários de qualidade de vida na doença venosa: quais são, por que e quando utilizar?. *Jornal Vascular Brasileiro*, 18, <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190114>
3. Leal, F. de J., Couto, R. C., Pitta, G. B. B., Leite, P. T. F., Costa, L. M., Higino, W. J. F., & Sousa, M. S. C. de. (2012). Tradução e adaptação cultural do Questionário Aberdeen para Veias Varicosas. *J. vasc. bras.* 11 (1). <https://doi.org/10.1590/S1677-54492012000100007>
4. França, L. H. G., & Tavares, V. (2003). Insuficiência venosa crônica. Uma atualização. *J. Vasc. Br.* 2003, Vol. 2(4). <https://www.jvascbras.org/article/5e209cc90e88257d7a939fde/pdf/jvb-2-4-318.p df>

5. Fernandes, L. de F., Toledo, B. C. de, Marretto de Moura, B. D., Bueno, K. L., Goulart, L. C., & Carneiro, V. L. (2020). Fatores de Risco para o Desenvolvimento da Doença Varicosa: Uma Revisão Sistemática. *Braz. J. of Develop*, 6(8), p.62831-6285.

10.34117/bjdv6n8-642

MORBIMORTALIDADE EM APENDICECTOMIAS: UM COMPARATIVO ENTRE GÊNEROS EM GOIÁS (2017-2022)

Autores:

(Autor 1) Maria Eduarda Aires Felipe ¹ - <http://lattes.cnpq.br/2140650572919371>

(Autor 2) Kadichari Ferreira Moessa ¹ - <http://lattes.cnpq.br/5500753868962125>

(Autor 3) Ana Laura Nunes Urbano ¹ - <http://lattes.cnpq.br/7793640220511720>

(Autor 4) Brunna Leonel Machado ¹ - <http://lattes.cnpq.br/6581425652987264>

(Autor 5) Francisco M. O. Franco Filho ¹ - <https://lattes.cnpq.br/8151965935762203>

(Autor 6) Izabella P. Batista da Silva ¹ - <https://lattes.cnpq.br/5834929319328855>

(Autor 7) Miguel Xavier Schmidt ¹ - <http://lattes.cnpq.br/4820175176462885>

(Orientador) Edigar Henrique Vaz Dias ² - <http://lattes.cnpq.br/4470411265352316>

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Catalão.

2 - Docente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Catalão.

Palavras-Chave: Apendicectomia aberta; Apendicectomia laparoscópica; Morbimortalidade.

1. Introdução:

O apêndice vermiforme é um prolongamento do ceco encontrado, geralmente, na fossa ilíaca direita. Sua função exata não é totalmente elucidada, embora estudos recentes sugiram que desempenhe um papel importante, mas não essencial no corpo humano. A infecção ou inflamação aguda deste órgão, ocasionada por uma obstrução de seu lúmen, é denominada apendicite e tem como resolução padrão a apendicectomia por via aberta ou laparoscópica, consideradas intervenções cirúrgicas comuns e

frequentemente realizadas, ainda que exista a possibilidade de tratamento conservador em alguns quadros.

2. Objetivo:

O presente trabalho objetivou suscitar um comparativo de morbimortalidade entre o sexo feminino e masculino após a realização de apendicectomia por via aberta e apendicectomia por via laparoscópica no estado de Goiás entre os anos de 2017 e 2022, correlacionando ainda os fatores de risco em ambos os procedimentos.

3. Metodologia:

Este estudo, de caráter observacional e transversal, foi realizado por meio da extração de dados do DataSUS através da ferramenta de tabulação de dados TabNet ¹ acerca do número de apendicectomias por via aberta e apendicectomias por videolaparoscopia realizadas de 2017 a 2022 em Goiás. Os critérios de pesquisa utilizados foram: ‘‘Procedimentos hospitalares no SUS por local de internação’’ e ‘‘Morbidade hospitalar do SUS por local de internação’’, buscando Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas por ano de processamento segundo o município para ambas as vias, assim como óbitos por ano de atendimento segundo o município para os sexos masculino e feminino.

4. Resultados e discussão:

A apendicite é a causa mais comum de abdômen agudo e se apresenta de forma complicada e não complicada, iniciando como uma dor abdominal difusa, mal localizada e com posterior migração para fossa ilíaca direita, cursando ainda com anorexia, náuseas, vômitos, febre e leucocitose². Esses sintomas somados a alguns outros dados servem como parâmetros para classificar o paciente de acordo com os scores Alvarado Modificado e *Appendicitis Inflammatory Response* (AIR), diagnosticando-o e delineando a melhor abordagem terapêutica. O quadro é mais frequente nas segunda e terceira décadas de vida, havendo discreta predisposição masculina, incluindo um risco aumentado para seu desenvolvimento nesta parcela da população³. Desse modo, a comparação entre os percentuais de morbimortalidade entre os sexos após a realização de intervenções cirúrgicas no apêndice no estado de

Goiás procurou confirmar tal afirmativa. Ainda, faz-se um paralelo com o número total de apendicectomias realizadas na linha do tempo elegida, separando-as por sua técnica cirúrgica. Segundo os dados obtidos por meio da pesquisa realizada no TabNet, foram feitas, entre os anos de 2017 e 2022, no estado de Goiás, um total de 22.436 apendicectomias por via aberta e apenas 523 por via laparoscópica. Destes, os óbitos no sexo feminino somam 20 enquanto no sexo masculino totalizam 57. Ao observar os dados, percebe-se uma tangível repercussão na população masculina, assim como na propensão para o desenvolvimento de quadros de apendicite nesse grupo. A discrepância observada pode estar relacionada à possível gravidade da doença, ao tempo gasto para diagnosticar o quadro, às condições de repouso no pós-operatório e a outros fatores que necessitariam de maiores estudos para serem 55De modo geral, as duas abordagens cirúrgicas são seguras, desprendendo de uma taxa de mortalidade inferior à 1%, todavia, a laparoscopia é tida como vantajosa ao considerar um procedimento minimamente invasivo, com menores riscos de complicações, um pós-operatório pouco doloroso e um menor tempo de hospitalização. Entretanto, é contraindicada para portadores de patologias isquêmicas graves, doenças valvulares, disfunções renais, pacientes em choque hipovolêmico e ⁵ com aumento da pressão intracraniana. Nestes cenários, é recomendável optar pela técnica convencional, feita por via aberta, a qual é atrativa também pelo valor menos dispendioso e para locais em que não há a tecnologia de instrumentação por vídeo bem consolidada.

5. Conclusão:

Por meio deste estudo, conclui-se a imprescindibilidade de se considerar o gênero e as características individuais dos pacientes na abordagem de um quadro de apendicite, haja vista a relação entre o número de procedimentos realizados e a taxa de morbimortalidade no sexo masculino se comparada com o sexo feminino.

6. Referências:

[1] BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS: Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2023. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qigo.def>>. Acesso em 24 out 2023. [2] FREITAS, L. et al. Análise Comparativa entre Apendicectomia Aberta e

Videolaparoscópica no Rio de Janeiro nos últimos 5 anos. REASE, v8, n.8. São Paulo, 2022. Disponível em: <doi.org/10.51891/rease.v8i8.6518>. Acesso em 24 out 2023.

[3] GUTIERREZ, M., ARTIOLI, T., LOPES, F. I., MONTEIRO, F. R., BORATTO, S. D.

F. Appendectomy: prognostic factors in the brazilian unified health system. Rev Assoc

Med Bras, 2020, 66(11):1493-1497. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/18069282.66.11.1493>>. Acesso em 24 out 2023.

[4] SNYDER, M. J., GUTHRIE, M., CAGLE, S. Acute appendicitis: efficient diagnosis and management. American Family Physician. 2018; 98(1):25-33.

[5] YU, M. C., FENG, Y. J., WANG, W., et al. Is laparoscopic appendectomy feasible for complicated appendicitis? A systematic review and meta-analysis. Int J Surg, 2017, 40: 187–197. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2017.03.022>>. Acesso em 24 out 2023.

HAMARTOMAS DE CÉLULAS DE SCHWANN E ADENOMA TÚBULO- VILOSO: RELATO DE CASO

Autores:

(Autor 1) Matheus Augusto Ferreira Rocha¹

(Autor 2) Maria Eduarda Stacciarini Borges¹

(Autor 3) Henrique Fernandes Veloso Júnior²

(Autor 4) Amanda Karolyne Batista Ferreira³

(Autor 5) Felipe Coelho Batista⁴

(Autor 6) Nicole Zanzarini Sanson⁴

(Autor 7) João Henrique do Amaral e Silva⁵

(Orientador) Luciano Ricardo Pelegrinelli⁶

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

2 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

3- Residente em Coloproctologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

4- Residente em Patologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

5- Médico patologista do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

6- Médico cirurgião geral, mestre em gastroenterologia e doutor em ciências da cirurgia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Palavras-Chave: Hamartomas; Células de Schwann; Adenomas; Colonoscopia.

1. Introdução:

Os hamartomas de células de Schwann são um grupo de pólipos neuronais compostos exclusivamente por células de Schwann S-100. O termo “hamartoma de células de Schwann” foi proposto por Gibson e Hornick, em 2009, em uma tentativa de distinguir esse quadro dos verdadeiros neuromas. Essa é uma patologia rara e com poucos casos relatados na literatura, desde a sua descoberta. Já os

adenomas são neoplasias benignas que podem se desenvolver em diversos órgãos, dentre os quais está o cólon. Seu crescimento é lento, mas eles podem evoluir para a malignização. São classificados em tubulares, quando se tem até 75% de células tubulares, túbulo-vilosos, que possuem até 25% de aspectos vilosos, e vilosos, quando possuem mais de 25% de características vilosas. O diagnóstico e o tratamento de ambas as patologias podem ser feitos por meio da colonoscopia. No presente relato, iremos discorrer sobre as características clínicas e patológicas de um caso recente e ressaltar a importância do diagnóstico e do tratamento precoces.

2. Relato de Caso:

TMGL, sexo feminino, 59 anos, procurou o serviço com histórico de dor abdominal difusa do tipo cólica com início a cerca de 1 ano, associada à hematoquezia. Além disso, relatou hábito intestinal diário e perda ponderal não quantificada. A paciente nega comorbidades e qualquer medicamento em uso. Ademais, é uma paciente hysterectomizada devido a leiomiomatose, alérgica à Profenid e que realizou colecistectomia à 10 anos. Ao exame proctológico foi identificado plicoma anal em 12h, ampola retal ampla e lisa com ausência de sangue em dedo de luva durante toque retal, anoscopia e palpação sem alterações. Nesse sentido, a paciente foi encaminhada para o NUCAPE, o qual fez os preparativos para colonoscopia usando o Manitol 20%, realizou as orientações gerais e agendou o procedimento para o dia 02/06/23.

A videocolonoscopia, realizada no dia 02/06/2023, evidenciou diminuto pólipó sésil em cólon esquerdo, removido por polipectomia com pinça de tração e encaminhado para biópsia. Além disso, no mesmo procedimento, foi evidenciado um pólipó pediculado, aproximadamente 20mm, com pedículo longo, o qual foi removido via polipectomia com pinça de alça diatérmica.

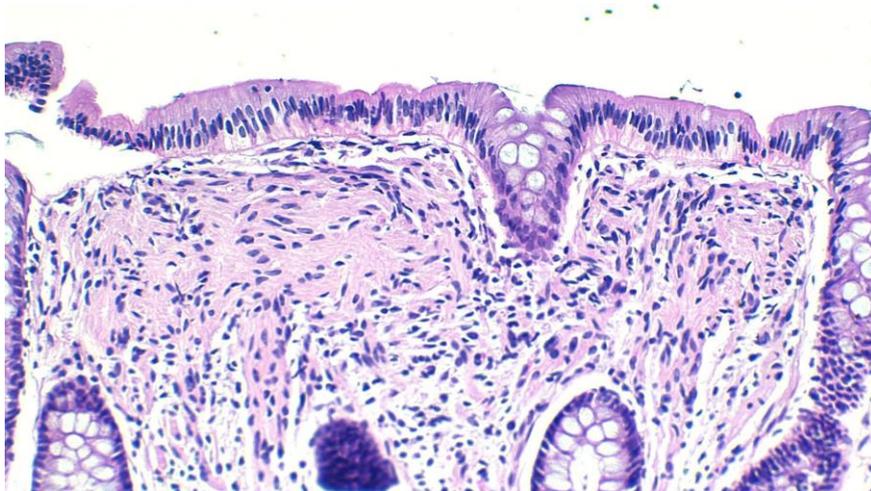
O resultado da biópsia evidenciou o pólipó do cólon sigmóide como adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau e margem do pedículo livre do adenoma. Ademais, destacou o pólipó do cólon esquerdo como hamartoma de células de Schwann, sem evidências de malignidade.

Figura 1: Proliferação fusocelular, mal delimitada, restrita à mucosa do cólon



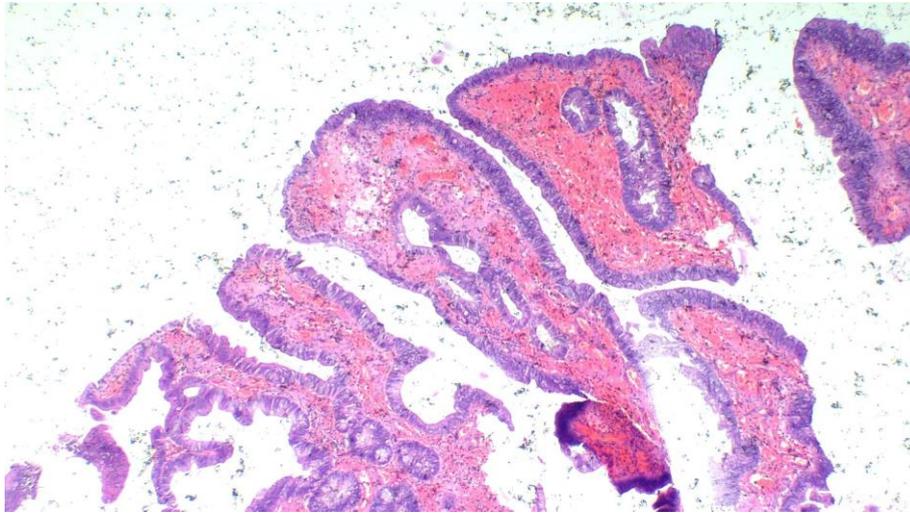
Fonte: BATISTA, 2023

Figura 2: Hamartoma de células de Schwann em maior aumento



Fonte: BATISTA, 2023

Figura 3: Adenoma do cólon sigmóide com arquitetura túbulo-vilosa



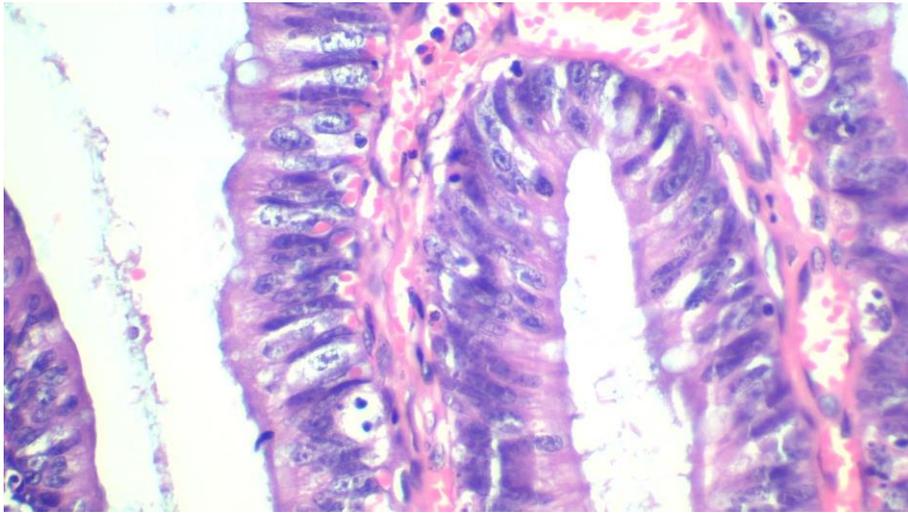
Fonte: BATISTA, 2023

Figura 4: Adenoma túbulo-viloso



Fonte: BATISTA, 2023

Figura 5: Atipias citológicas compatíveis com displasia de alto grau



Fonte: BATISTA, 2023

3. Reflexão:

O aumento de colonoscopias de rotina permitiu que pólipos colorretais fossem melhor avaliados, o que culminou na maior incidência de adenomas e hamartomas de células de Schwann. A identificação dessas lesões é um fator muito importante na prevenção do desenvolvimento de carcinomas, pois, estudos recentes comprovaram a relação da presença de pólipos com o aumento da probabilidade de desenvolvimento de sua malignidade associada. Essas lesões podem ocorrer secundárias a inflamações crônicas, distúrbios hormonais ou ocorrer de forma espontânea (KUMAR, 2018). A remoção dos adenomas e hamartomas reduzem o risco de câncer. Ademais, o estudo dessas lesões corrobora o diagnóstico diferencial e evita que tratamentos agressivos ou desnecessários sejam empregados em casos benignos, que podem ser resolvidos por meio da ressecção via colonoscópica.

4. Conclusão:

A partir do que foi exposto, fica evidente a necessidade de incentivar e conscientizar a população sobre a importância das colonoscopias de rotina a fim de diagnosticar e tratar precocemente lesões que possuem potencial de evoluir para a malignidade. Além disso, se torna clara a necessidade de mais estudos em relação às características das patologias apresentadas, a fim de facilitar o diagnóstico diferencial.

5. Referências:

AMORIM, I. F. C.; ASSIS, L. A. N.; FAGUNDES, K. R.; SILVA, E. A. W.; PELEGRINELLI, L. R.; ZAGO, A. F. R.; ETCHEBEHERE, R. M. Hamartomas de células de schwann em reto: uma lesão benigna rara. **Journal of Coloproctology**, v. 39, p. 3, 2019. Disponível em:

<<https://jcol.elsevier.es/en-hamartomas-celulas-schwann-em-reto-articulo-S2237936319301418>>.

Acesso em: 26 out 2023.

HAN, J.; CHONG, Y.; KIM, T. J.; LEE, E. J.; KANG, C. S. Mucosal schwann cell hamartoma in colorectal mucosa: a rare benign lesion that resembles gastrointestinal neuroma. **Journal of Pathology and Translational Medicine**, v. 51, n. 2, p. 187-189, 2017. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357750/>>. Acesso em: 26 out 2023.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; ASTER, J. **Robbins Patologia Básica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. 952 p.

NAHAS, S. C.; IMPERIALE, A. R.; ARAUJO, S. E. A.; AISAKA, A. A.; SOBRADO JUNIOR, C. W.; HABR GAMA, A.; PINOTTI, H. W. Adenomas vilosos e tubulo-vilosos do colon e reto: resultados observados em 30 casos. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo**, p. 162-8, 1998. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-228055>>. Acesso em: 26 out 2023.

SARTOR, M. **Câncer colorretal: é preciso prevenir?**. Colegio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, 2023.

Disponível em:

<<https://cbcd.org.br/biblioteca-para-o-publico/cancer-colorretal-e-possivel-prevenirirnbsp/>>. Acesso em:

26 out 2023.

COLECTOMIA DIREITA EM PACIENTE COM TUMOR CARCINOIDE DE CECO: RELATO DE CASO

Autores:

(Autor 1) Maria Eduarda Stacciarini Borges¹

(Autor 2) Matheus Augusto Ferreira Rocha¹

(Autor 3) Henrique Fernandes Veloso Júnior²

(Autor 4) Amanda Karolyne Batista Ferreira³

(Autor 5) José Roberto Violatti Filho³

(Autor 6) Francisco Tshih Teh Poon¹

(Autor 7) Rafael Gonçalves da Cruz¹

(Orientador) Luciano Ricardo Pelegrinelli⁴

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

2 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

3- Residente em Coloproctologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

4- Médico cirurgião geral, mestre em gastroenterologia e doutor em ciências da cirurgia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Palavras-Chave: Tumor carcinóide; Tumor neuroendócrino; Colectomia; Íleo-transverso anastomose.

1. Introdução:

Tumores carcinóides são originados a partir de órgãos neuroendócrinos e epitélios gastrointestinais neuroendócrinos diferenciados. Encontram-se em sua maioria no trato gastrointestinal, sendo que desses, 40% ocorre no intestino delgado. Tumores carcinóides gástricos podem estar associados à hiperplasia de células endócrinas, gastrite atrófica crônica e síndrome de Zollinger-Ellison (KUMAR, 2018). O nome desse tumor deve-se ao fato de seu crescimento ser mais lento que o

carcinoma. Os tumores carcinóides do TGI possuem aspecto liso, coloração amarelada ou acastanhada e podem provocar obstrução intestinal. Ademais, quando ocorrem no intestino posterior geralmente são descobertos incidentalmente e raramente causam metástase. O tratamento é feito via ressecção cirúrgica e, em casos não metastáticos, é curativo. No presente caso vamos discorrer sobre uma colectomia parcial à direita com ileotransverso-anastomose latero-lateral realizada em paciente diagnosticado com tumor carcinoide de ceco.

2. Relato de Caso:

FFS, sexo feminino, 60 anos, procurou o serviço com histórico de dor abdominal tipo cólica associado à distensão com início há 4 anos, com aumento em intensidade e frequência. Relata alteração do hábito intestinal desde o início da dor com evacuações a cada 10 dias, sendo as fezes ressecadas. A paciente, queixou-se ainda de hiporexia e perda ponderal de 13Kg nos últimos 2 meses. Além disso, relatou antecedentes de dois nódulos tireoidianos em seguimento e os seguintes medicamentos em uso: Simeticona, Buscopan e Bisacodil.

A paciente foi submetida à colonoscopia que revelou presença de lesão vegetante no ceco, com áreas de aspecto liso e amarelado e áreas de aspecto rugoso e hiperemiado. O procedimento possibilitou o diagnóstico de tumor carcinóide (neuroendócrino) com ausência de adenoma. Nesse sentido, FFS foi encaminhada para o NUCAPE, o qual realizou as orientações quanto à proposta cirúrgica (colectomia direita videolaparoscópica) e aos riscos de complicações. Ademais, foi prescrito Guttalax e entregue receita de Muvinalx para ser entregue para internação hospitalar.

A cirurgia teve inicialmente uma abordagem videolaparoscópica, a qual utilizou trocater de 10mm em fossa ilíaca esquerda, trocater de 5mm em fossa ilíaca direita e trocater de 5mm em hipocôndrio direito, fez-se um inventário da cavidade no qual foi identificado ausência de aderências e distensão de íleo distal. Foi feita a dissecação e ligadura dos vasos ileocecólicos, a dissecação do mesocólon e a identificação e abaixamento do duodeno. Além disso, foi realizada ainda a secção do ligamento gastrocólico e a dissecação da goteira parietocólica direita. Em seguida, foi retirado o pneumoperitônio e realizado incisão supra e infra-umbilical com retirada do cólon direito e cerca de 10 cm do íleo terminal. Posteriormente, foi realizada a anastomose íleo-transversa latero-lateral com grameador linear cortante à barcelona, sutura hemostática continua com VICRYL 3.0 sob a linha de grampo. O material retirado foi encaminhado para anatomopatologia.

Figura 1: Íleo terminal e ceco retirados



Fonte: FERREIRA, 2023

3. Reflexão:

Os tumores carcinóides são neoplasias malignas de evolução lenta, que possuem características genéticas e que, no geral, são diagnosticadas quando os pacientes possuem, em média, 50 anos de idade. Mais diagnósticos desse tipo de tumor têm ocorrido graças a um melhor conhecimento do processo neoplásico e de melhores métodos de investigação. Porém, aparentemente, a incidência dos tumores carcinóides tem aumentado nas últimas décadas.

A sintomatologia desses tumores varia com o paciente, pois é determinada pelo seu perfil de produção endócrina e pela localização do tumor. Sendo assim, o diagnóstico é, em geral, realizado somente no momento da cirurgia, por meio da análise das características da lesão, ou após a cirurgia, por meio de exame anatomopatológico.

As lesões carcinóides são neoplasias malignas e, sendo assim, o tratamento cirúrgico é prioritário e pode ser acompanhado de tratamentos adjuvantes, como a radioterapia e a quimioterapia, caso necessário. Porém, vale ressaltar que as técnicas e táticas cirúrgicas variam de acordo com a localização e com as características da lesão.

No cólon, o processo diagnóstico tem início a partir da identificação dos sintomas de dor abdominal em cólica e perda ponderal e a colonoscopia, associada ao exame histológico da lesão, estabelecem o diagnóstico. Já no que se refere ao tratamento, as lesões com menos de 2 cm de diâmetro podem ser removidas por polipectomia, enquanto que os tumores com dimensões maiores devem ser tratados por meio da remoção do segmento afetado, incluindo o território de drenagem linfática. A

sobrevida atual para pacientes tratados com tumores carcinóides no cólon é de cerca de 41,6% em cinco anos.

Imagem 2: Lesões no ceco



Fonte: FERREIRA, 2023

4. Conclusão:

Diante do caso exposto, evidencia-se a importância do conhecimento acerca das características desses tumores a fim de corroborar o diagnóstico precoce e maximizar as chances de tratamento, tornando-o mais efetivo, melhorando a qualidade de vida e aumentando a sobrevida dos pacientes.

5. Referências:

1. EVERS, B. **Síndrome Carcinoide**. MSD manuals, 2018. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/tumores-carcinoides/s%C3%ADndrome-carcinoide>>. Acesso em: 24 out 2023.
2. FERNANDES, L. C.; PUCCA, L.; MATOS, D. Diagnóstico e tratamento de tumores carcinoides do trato digestivo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, p. 87-92, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/hFZpfBgDb34RcF4CV98mjwD/>>. Acesso em: 24 out 2023.
3. KUMAR, V.; ABBAS, A.; ASTER, J. **Robbins Patologia Básica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. 952 p.

BÓCIO MERGULHANTE INTRATORÁCICO: UM RELATO DE CASO

Autores:

(Autor 1): *Beatriz Rizzo Parreira*¹ - <http://lattes.cnpq.br/3568832356885655>

(Autor 2): *Davi Alves Silva*¹ - <http://lattes.cnpq.br/3894991308584977>

(Autor 3) *José Augusto da Silva Neto*¹ - <http://lattes.cnpq.br/0266276316073036>

(Autor 4) *Adel Jorge El Rassi*² - <http://lattes.cnpq.br/2461710327067600>

(Autor 5) *Jalysmarden Oliveira Botelho*² - <http://lattes.cnpq.br/9581446741849813>

(Autor 6) *Sindeval José da Silva*³ - <http://lattes.cnpq.br/7291894930505297>

(Orientador) *César Augusto dos Santos*³ - <http://lattes.cnpq.br/7605089024329838>

1 – Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 – Residente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

3 – Médico do Serviço de Cirurgia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Palavras-Chave: “bóciointratorácico”, “tireoidectomia”, “nódulo da glândula tireóide”

1. Introdução: O Bócio mergulhante (BM) é uma afecção relativamente rara da glândula tireoide, verificada em cerca de 1% dos casos totais de bócio¹. Trata-se de uma condição caracterizada pela presença de uma tireoide aumentada de tamanho, peso e volume, que invade a cavidade torácica total ou parcialmente². Os pacientes geralmente são assintomáticos, contudo, quando presentes, os sintomas podem estar relacionados com a compressão de estruturas adjacentes¹. Nesse contexto, este relato de caso aborda a desafiadora intervenção cirúrgica do bócio mergulhante, sendo o paciente submetido a tireoidectomia total.

2. Relato de caso: Paciente masculino, 67 anos, trazido ao serviço com queixa de rouquidão, dispneia e odinofagia, com hipótese diagnóstica de nodulação maligna da tireóide. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, normocárdico, eupneico, afebril, acianótico, anictérico e com pressão arterial de 150x90mmHg. À palpação digital, notou-se ambos os lobos da tireoide com volume aumentado e

consistência elástica. Diante da análise de USG e TC, provindas de fontes externas, definiu-se o diagnóstico de bócio difuso mergulhante, com heterogeneidade da ecotextura glandular. Observou-se maior aumento do lobo esquerdo, o qual se insinuava no intróito torácico inferior, deslocando estruturas vasculares e traqueia e atingindo o nível superior do arco aórtico. Paciente foi, então, avaliado pelas equipes de Cirurgia Torácica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, que optaram pela tireoidectomia total realizada no dia 23 de outubro de 2023. Já no Centro Cirúrgico, o procedimento iniciou com o paciente sob anestesia geral, realizando-se intubação nasotraqueal com fibra óptica para garantir a funcionalidade das vias aéreas. Em seguida, foi feita assepsia e antisepsia da região do mento até o apêndice xifóide e, assim, foram estabelecidos campos estéreis para a cirurgia. Posteriormente, foi realizada incisão cervical transversa arqueada até o músculo platisma, permitindo a liberação de um retalho em plano subplatismal superior e inferior. Em seguida, o plano muscular foi aberto na linha média, afastando os músculos esterno-hióideo e tireóide, o que permitiu a exposição e identificação dessa glândula, que se apresentava extremamente aumentada de volume bilateralmente, com predominância no lado esquerdo e de natureza multinodular. Os músculos pré-tireoidianos foram incisados, e iniciou-se a luxação do lobo direito da tireoide, seguida da dissecação do polo superior e ligadura dos vasos tireoideanos superiores deste lado. Após tal procedimento, foi realizada a dissecação da tireoide nos planos laterais e profundos, momento em que puderam ser observadas as glândulas paratireoides superior e inferior, bem como o nervo laríngeo recorrente à direita. Essas estruturas foram devidamente preservadas. Todas as etapas descritas anteriormente foram repetidas no lado esquerdo, onde o polo inferior da tireoide estava mergulhante no tórax. Com a dissecação de toda a tireoide da face traqueal concluída, foi finalizada a tireoidectomia total. Realizou-se uma revisão da hemostasia após manobra de Valsalva e um dreno Portovac 6.4 foi posicionado no leito cirúrgico. O plano muscular e o platisma foram suturados com fio Vicryl 3-0 e, por fim, realizou-se a sutura da pele com fio Monocryl 4-0 intradérmico. Após a conclusão, procedeu-se à limpeza da área e à aplicação de curativo. No geral, esse procedimento obteve êxito, mantendo a integridade de estruturas vitais no pescoço do paciente. O indivíduo evoluiu com insuficiência respiratória logo após a extubação no pós-operatório imediato, ainda em sala cirúrgica, com necessidade de reintubação orotraqueal, e foi encaminhado ao leito de UTI. No dia seguinte, foi extubado, mantendo bom padrão respiratório, com discreto esforço nos primeiros dias. Apresentou melhora da rouquidão e negou dificuldade relacionada à deglutição. Evoluiu também com hipoparatiroidismo com dosagem de PTH pré operatória 125 e pós-operatória 9,7, cálcio sérico corrigido 8,4 que seguiu em queda até 6,4, porém

manteve-se assintomático. Foi necessária reposição parenteral com Gliconato de cálcio 10% associado ao Carbonato de Cálcio 1000mg 3x ao dia e Calcitriol 0,25mcg 2x ao dia, via oral, para manter eucalcemia. Não apresentou complicações relativas à ferida operatória, o Dreno de sucção foi removido no 3º dia pós-operatório sem intercorrências, com débito de drenagem reduzindo diariamente (80mL, 60mL e 50mL/24h). O paciente recebeu alta do leito de UTI no 4º dia pós-operatório após normalização dos níveis séricos de Cálcio e manter bom padrão respiratório. Até o momento em que o relato foi redigido, o paciente manteve-se em hipoparatiroidismo necessitando manter a reposição oral com Carbonato de Cálcio e Calcitriol, além de reposição, já esperada, da Levotiroxina, na dose inicial 1,4 mcg/kg/dia.

3. Reflexão: Neste contexto, fica evidente que a Tireoidectomia total é um procedimento que permite o tratamento definitivo desta condição clínica. Assim, a cirurgia deve ser bem indicada, de acordo com a sintomatologia do paciente e o volume da tireoide, uma vez que existem riscos e sequelas possíveis relacionadas a este procedimento, como cicatrizes, hematomas, infecção, necessidade de reposição hormonal, hipoparatiroidismo temporário ou permanente, rouquidão, dentre outras. A demora para procurar atendimento impacta negativamente no resultado da cirurgia, visto que em estágios mais avançados (bócios extremamente volumosos), os riscos do procedimento são maiores³. Ainda assim, os passos da tireoidectomia devem ser seguidos à risca, com identificação adequada do nervo laríngeo recorrente e das glândulas paratireoides bilateralmente, além da preservação dessas estruturas e realização de hemostasia primorosa. Nesse caso específico, a cirurgia foi muito bem indicada, visto que o paciente apresentava sintomas compressivos, inclusive com dispneia, disfagia e rouquidão, apresentando melhora após o procedimento. Além disso, o paciente fazia uso de Tapazol 20mg 1x ao dia, como tratamento do Bócio multinodular Tóxico, que pode ser descontinuado no pós-operatório.

4. Conclusão: Neste caso em específico, a tireoidectomia total obteve êxito, tratando o bócio mergulhante, uma condição rara da tireoide que invade a cavidade torácica. Deve-se considerar a intervenção cirúrgica de acordo com a sintomatologia do paciente e o volume aumentado da tireoide. Logo, é preciso conhecer as indicações, consequências e complicações da cirurgia em determinados tipos de pacientes. A preservação das estruturas críticas demonstra a habilidade da equipe médica em abordar casos complexos e fornecer um tratamento eficaz. Tal intervenção evidencia a importância de uma equipe médica competente para enfrentar os desafios complexos, garantir tratamento adequado e preservar estruturas vitais no pescoço do paciente.

5. Referências:

- 1- MAIA, Frederico Fernandes Ribeiro; ARAÚJO, Levimar Rocha. **Manejo diagnóstico e terapêutico do bócio mergulhante.** Rev Med Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 41-7, 2005.
- 2- MAKEIEFF, M. et al. Substernal goiter. **Report of 212 cases. In: Annales de chirurgie.** 2000. p. 18-25.
- 3- Chen AY, Bernet VJ, Carty SE, Davies TF, Ganly I, Inabnet WB 3rd, Shaha AR; **Surgical Affairs Committee of the American Thyroid Association.** American Thyroid Association statement on optimal surgical management of goiter. Thyroid. 2014 Feb;24(2):181-9. doi: 10.1089/thy.2013.0291. Epub 2014 Jan 20. PMID: 24295043.

Categoria: mini caso cirúrgico – resumo expandido

Área de Conhecimento: Cirurgia Oncológica

Conflito de Interesses: sem conflitos de interesse

A IMPORTÂNCIA DA CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS EM CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA NA FACE

Autores:

Cinthya Alves Ferreira¹

Mariane Rabelo Coelho Fernandes¹

José Henrique Pereira Nunes Caixeta¹

Elis Machado Carbonell Dominguez¹

Olívia David Pacheco de Faria Rodrigues¹

José Antônio Boa Sorte Júnior¹

Felipe Del Nero Casselli¹

Mabel Duarte Alves Gomides²

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Palavras-chave: Cirurgia de Mohs; Carcinoma Basocelular; Neoplasias nasais; Câncer do Nariz; Retalhos Cirúrgicos.

Introdução: a cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) é uma técnica cirúrgica amplamente difundida para o tratamento do câncer de pele, especialmente os não melanoma (CPNM). A sua principal indicação é para os tumores localizados nas áreas de alto risco da face, para os subtipos agressivos e localmente invasivos ou para os casos de recidivas. A CMM apresenta como características peculiares a avaliação de 100% das margens por meio de secções horizontais do tecido afetado, a preservação de tecido não comprometido e as taxas de cura significativamente mais elevadas quando comparado com a excisão convencional, sendo considerada o padrão-ouro na excisão dos CPNM. Diferentemente da CMM, a excisão convencional avalia apenas 2% das margens do tumor, o que aumenta a chance de excisão incompleta e recidiva. Dito isso, a remoção de tumores malignos deve oferecer maior segurança na

avaliação das margens cirúrgicas, especialmente em face, uma vez que as reconstruções exigem precisão a fim de se evitar déficits estéticos, anatômicos e funcionais, justificando a importância da micrografia.

Objetivo: demonstrar a importância da cirurgia de Mohs em tumores da face.

Relato de caso: paciente feminino, 82 anos, fototipo I de Fitzpatrick, professora aposentada, refere surgimento de lesão em região nasal, há 1 ano. Nos antecedentes pessoais consta exposição solar frequente na juventude para bronzear e no patológico menciona hipertensão arterial sistêmica controlada com medicamentos. Nega história familiar de câncer de pele. Relata lesão avermelhada com formação de crostas com sangramento esporádico e em crescimento, na região de asa nasal esquerda. Foi submetida à biópsia diagnóstica, com achado de carcinoma basocelular (CBC) nodular e micronodular. Em seguida, foi encaminhada ao serviço de dermatologia oncológica para avaliação e exérese do tumor. Ao exame dermatológico observa-se lesão plana, eritematosa, infiltrada, exulcerada, de aproximadamente 1,3 cm de diâmetro, em região de asa nasal esquerda, sem linfadenomegalia submandibular ou cervical (fig. 1 A). À dermatoscopia, observou-se placa amarelada com distribuição aleatória de vasos arboriformes (fig. 1 B). A paciente foi submetida à cirurgia micrográfica de Mohs (CMM), tratamento de escolha para o CBC de alto risco na face. Os limites da lesão foram demarcados pela avaliação clínica e com a ajuda do dermatoscópio (fig. 1 C e D).



Figura 1 – (A) Identificação clínica, (B) dermatoscopia da lesão, (C) marcação dos limites do tumor e (D) checagem com o dermatoscópio.

Após anestesia local, foi realizado o debulking do tumor (fig. 2 A) e exérese de 5 mm de margem com os Nicks de orientações (fig. 2 B). Em seguida, foi feita a construção do mapa da CMM (fig. 3), seguido de preparação, congelamento, recorte, coloração em HE e análise microscópica das peças cirúrgicas da fase 1 (fig. 4 A). A peça 2 desta fase, mostrou-se comprometida na porção inferior (marcação amarelada), segundo a orientação do Nick (fig. 4 B). Seguiu-se para a fase 2 da CMM com ampliação desta margem, além de preparação e análise microscópica (fig. 4 C). Na segunda fase, observou-se 100% das margens livre de tumor (fig. 4 D), sendo possível iniciar a reconstrução da ferida cirúrgica.

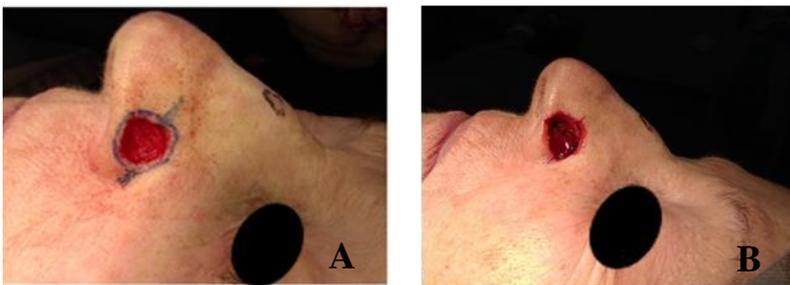


Figura 2 – (A) Debulking, marcação das margens e dos Nicks de orientações e (B) remoção das margens laterais e profunda.

MAPA DA CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS	
Nome:	Idade: anos
Cirurgião 1: Dra Mabel Gomides	/ Cirurgião 2:
Histotécnico: J,U	Data: / /

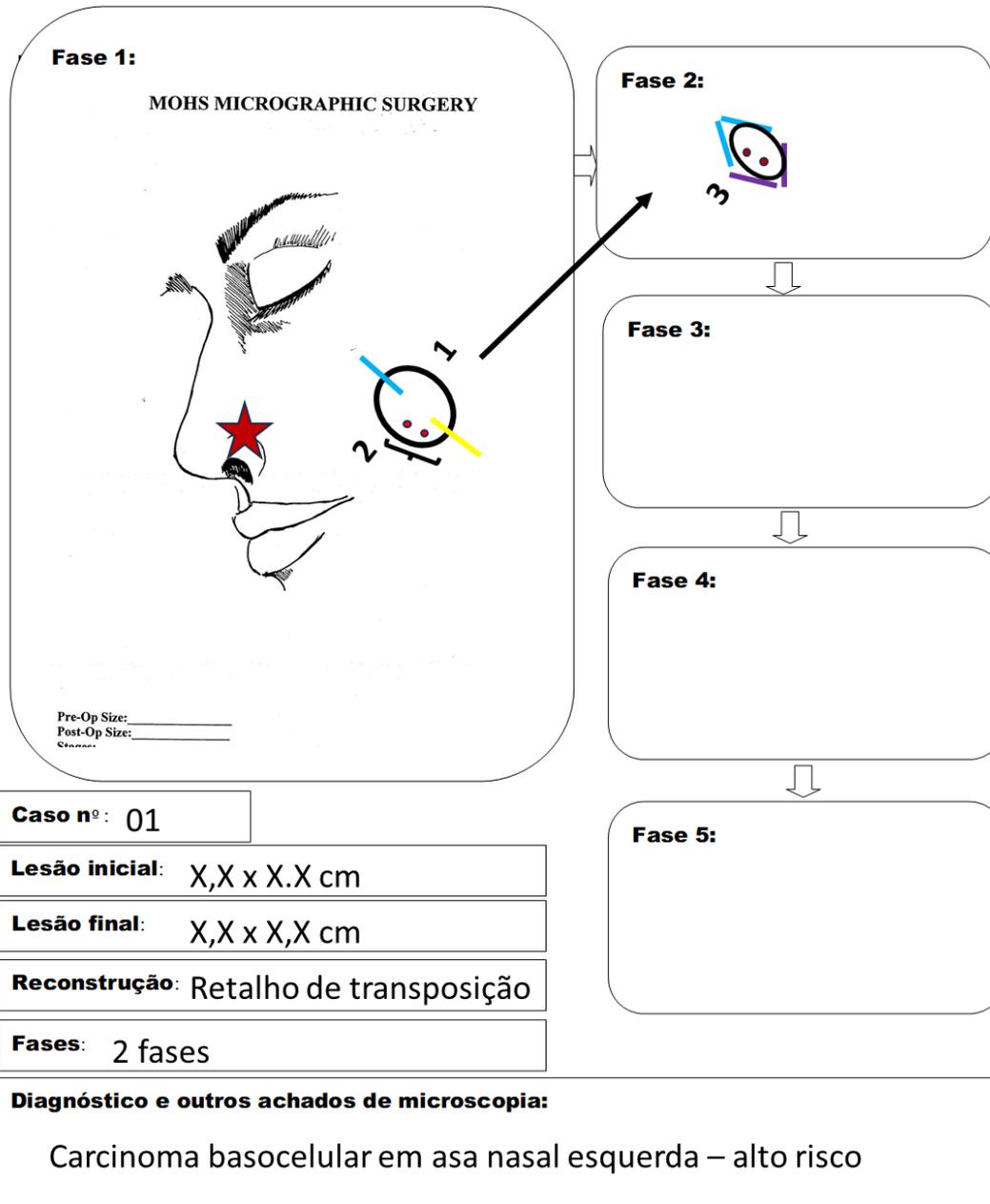


Figura 3 – Mapa de orientação da cirurgia micrográfica de Mohs com as 2 fases da cirurgia desta paciente.

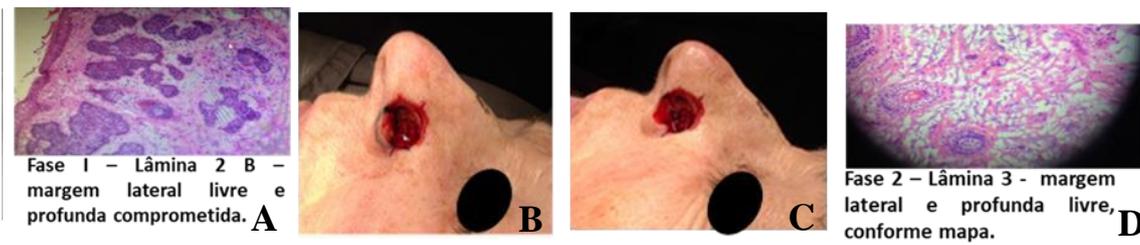


Figura 4 – (A) Avaliação microscópica da lâmina 2 da 1ª fase da CMM com margem profunda comprometida pelo tumor. (B e C) Marcação e remoção da margem 2 comprometida. (D) Avaliação microscópica da lâmina da 2ª fase da CMM com margens livres de tumor.

O fechamento foi realizado com retalho de transposição vindo do sulco nasogeniano ipsilateral. (fig. 5 A, B e C). No pós-operatório tardio, foi observado um bom resultado estético e funcional das narinas.



Figura 5 – (A, B e C) Reconstrução por retalho de transposição, após análise de 100% das margens.

Reflexão: a CMM confere uma série de benefícios em relação à cirurgia convencional, especialmente no CPNM, no Carcinoma Basocelular (CBC) e no Espinocelular (CEC). Destaca-se o monitoramento de 100% das margens cirúrgicas, as taxas de recorrência substancialmente inferiores quando comparadas com a excisão padrão em tumores de alto risco, como CBCs micronodular, esclerodermiforme, infiltrativo e basoescamoso e CECs e a possibilidade de reconstrução imediata e com maior segurança da ferida. Além disso, outro benefício importante é a preservação de tecido saudável em áreas anatômica e esteticamente peculiares, especialmente em áreas da face, tais como olhos, nariz, lábios e orelhas. Ressalta-se, para estas áreas nobres da face, o fato de que os CBCs do centro facial, da região nasal e da região dorsal das orelhas podem apresentar crescimento subclínico, por isso o elevado índice de excisão incompleta na cirurgia convencional. Os CECs com invasão perineural apresentam recidiva entre 0 e 8%

com CMM e de 47,2% com cirurgia convencional. A CMM pode ser feita com anestesia local semelhante às exéreses por método convencional, mas deve contar com o apoio de outras especialidades, como cirurgiões de cabeça e pescoço, oftalmoplástica e outros, em caso de tumores invadindo estruturas abaixo da pele.

Conclusão: uma limitação para a realização da CMM reside na exigência de uma equipe multidisciplinar altamente qualificada, incluindo profissionais médicos treinados para a técnica cirúrgica, de preparação das lâminas e análise patológica e especialistas em histotécnica com sólida formação em análise de tecidos congelados, além da necessidade de laboratórios de congelamento equipados. As complicações na CMM são inerentes a qualquer cirurgia, e as mais comuns incluem: dor, deiscência de sutura, hematoma, infecção e necrose do retalho, especialmente associadas ao fumo, à espessura incorreta do retalho e ao uso de enxertos compostos.

Referências:

1. Cernea SS, Gontijo G, Pimentel ER, Tarlé RG, Tassara G, Ferreira JA, Fernandes VM, Bernardo WM. **Indication guidelines for Mohs micrographic surgery in skin tumors.** An Bras Dermatol. 2016 Sep-Oct;91(5):621-627. doi: 10.1590/abd1806-4841.20164808. PMID: 27828636; PMCID: PMC5087221.
2. Başığaoğlu B, Bhadkamkar M, Hollier P, Reece E. **Approach to Reconstruction of Cheek Defects.** Semin Plast Surg. 2018 May;32(2):84-89. doi: 10.1055/s0038-1642640. Epub 2018 May 14. PMID: 29765272; PMCID: PMC5951696.
3. Smeets NW, Krekels GA, Ostertag JU, Essers BA, Dirksen CD, Nieman FH, Neumann HA. **Surgical excision vs Mohs' micrographic surgery for basal-cell carcinoma of the face: randomised controlled trial.** Lancet. 2004 Nov 13-19;364(9447):1766-72. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17399-6. PMID: 15541449.
4. Dika E, Veronesi G, Patrizi A, De Salvo S, Misciali C, Baraldi C, Mussi M, Fabbri E, Tartari F, Lambertini M. **It's time for Mohs: Micrographic surgery for the treatment of high-risk basal cell carcinomas of the head and neck regions.** Dermatol Ther. 2020 Jul;33(4):e13474. doi: 10.1111/dth.13474. Epub 2020 May 18. PMID: 32391961.
5. Cameron MC, Lee E, Hibler BP, Barker CA, Mori S, Cordova M, Nehal KS, Rossi AM. **Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations.** J Am Acad Dermatol. 2019 Feb;80(2):303-317. doi:

10.1016/j.jaad.2018.03.060. Epub 2018 May 18. Erratum in: J Am Acad Dermatol. 2021 Aug;85(2):535. PMID: 29782900.

Manejo de caso de Síndrome Compartimental em Tíbia Direita em Paciente Politraumatizado com Rebaixamento de Nível de Consciência: Um Relato de Caso

Autores:

Felipe dos Anjos Rodrigues Campos¹

Gabriel Menezes Martins¹

Maykon Rocha De Freitas²

Thiago Augusto Corrêa³

1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

2 - Médico do programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/EBSERH

3 - Ortopedista especialista em joelho, chefe e preceptor do programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/EBSERH

Palavras-Chave: Síndrome compartimental; Rebaixamento do nível de consciência; Manejo clínico

1. Introdução:

A síndrome compartimental é uma condição clínica grave e potencialmente debilitante que pode se desenvolver após trauma significativo, acarretando um aumento da pressão intra-compartimental, comprometendo a circulação sanguínea e ameaçando a viabilidade dos tecidos musculares e nervosos. Em pacientes politraumatizados,

onde múltiplos sistemas orgânicos estão comprometidos, a identificação precoce e o manejo eficaz da síndrome compartimental representam um desafio clínico considerável. No entanto, quando esse desafio é agravado pela presença de rebaixamento do nível de consciência, a complexidade do diagnóstico e tratamento se torna ainda mais acentuada.

Este relato de caso tem como propósito descrever um caso de um paciente politraumatizado com risco iminente de desenvolver síndrome compartimental em tibia direita, sendo que estava, na chegada do atendimento, inconsciente, dificultando o diagnóstico rápido e eficiente dessa condição.

A avaliação e intervenção nesse contexto requerem uma abordagem multidisciplinar, com a coordenação de esforços entre a equipe de emergência, cirurgiões ortopédicos, e anestesistas. Além disso, destaca-se a importância da monitorização contínua e intervenções imediatas para evitar complicações devastadoras e preservar a função do membro afetado.

2. Relato de Caso:

Paciente de 32 anos, sem comorbidades e previamente assintomático foi vítima de acidente motociclístico de alta energia (colisão moto x carro) com história de perda de consciência o local, sendo levado ao hospital de origem em Patrocínio (MG) e após foi encaminhado em prancha rígida, intubado e estável hemodinamicamente a um Pronto Socorro na cidade de Uberlândia. Enquanto estava internado em UTI foi detectado mediante exame físico e radiografia fratura em ísquio, em parede anterior do acetábulo bilateralmente, em escáfóide esquerdo, em tibia e fíbula no membro inferior direito, além de edema progressivo nesse segmento anatômico. Além disso foi solicitado uma tomografia computadorizada de crânio a qual constatou um hematoma subgaleal em região parieto temporal esquerdo, fratura de osso semilunar em região parieto temporal esquerda, hemorragia subaracnóide além de contusões cerebrais.

Após descartar possíveis agravamentos que ameaçavam a vida do paciente, foi indicado realização de fixação externa com possível realização de fasciotomia a qual dependeria da perfusão pós-fixador, a qual já havia se suspeitado, mesmo sem manifestação de dor espontânea do paciente, do possível quadro de síndrome compartimental. Devido à equipe já ter recebido treinamento específico no reconhecimento e tratamento cirúrgico dessa síndrome foi realizado fasciotomia medial e lateral em membro inferior direito liberando compartimentos anterior, posterior superficial e profundo e lateral. Dessa forma, foi possível observar satisfatória redução da fratura, com redução do edema e sem complicações ortopédicas até o momento.

3. Reflexão:

O relato de caso abordado destaca uma questão fundamental na medicina de emergência no âmbito da cirurgia ortopédica- a importância de uma equipe de saúde altamente treinada e capacitada para identificar e responder a sinais clínicos de síndrome compartimental em pacientes politraumatizados e incapacitados de se manifestar, no caso, inconscientes.

A síndrome compartimental é uma condição que exige uma abordagem decisiva, e o seu diagnóstico nem sempre é óbvio, especialmente quando o paciente está inconsciente devido a um trauma grave. Nesse contexto, a experiência e o treinamento da equipe de saúde são inestimáveis. Profissionais de diferentes áreas, como médicos de emergência, cirurgiões ortopédicos, enfermeiros e anestesistas, devem trabalhar em conjunto, cada um trazendo sua experiência única para o quadro, a fim de fornecer o melhor atendimento ao paciente.

Um ponto crucial a ser destacado é que a síndrome compartimental é uma condição que pode progredir rapidamente, levando à perda de função e, em casos extremos, à amputação do membro afetado. Portanto, a habilidade de reconhecer sinais clínicos

sutis, como dor intensa e progressiva, diminuição da sensibilidade e da mobilidade, é essencial para um diagnóstico precoce. A equipe treinada é capaz de considerar esses fatores de risco, mesmo quando o paciente não consegue se comunicar.

Além disso, a importância de monitorização constante não pode ser subestimada. É essa vigilância que permite a detecção precoce de alterações clínicas e a intervenção imediata, seja por meio de medidas conservadoras ou cirúrgicas. Em um cenário como o descrito, onde um paciente politraumatizado está inconsciente, a capacidade de interpretação dos sinais e sintomas assume um papel central.

Em resumo, este relato de caso enfatiza que, para otimizar o resultado clínico de pacientes politraumatizados com risco de síndrome compartimental, a presença de uma equipe de saúde bem treinada e altamente coordenada é crucial. O reconhecimento precoce dos sinais clínicos, a comunicação eficaz entre os membros da equipe e a ação imediata são elementos-chave para garantir a melhor assistência possível e, em última instância, a recuperação do paciente.

4. Conclusão:

Neste relato de caso, ficou claro que a identificação precoce e a intervenção imediata são cruciais para prevenir complicações devastadoras em pacientes politraumatizados com risco de síndrome compartimental. Os sinais clínicos, mesmo em pacientes inconscientes, desempenham um papel fundamental na avaliação e no diagnóstico dessa condição. Observar cuidadosamente a dor intensa e progressiva, alterações na cor da pele, aumento da tensão muscular, diminuição da sensibilidade e alterações na função do membro afetado é fundamental para detectar a síndrome compartimental a tempo de intervir de maneira eficaz.

Além disso, o relato de caso ressalta a importância de treinar a equipe médica para reconhecer esses sinais de forma consistente e precisa. O treinamento contínuo é fundamental para garantir que os profissionais de saúde estejam aptos a enfrentar desafios clínicos complexos, como este, e a agir de maneira coordenada e eficaz. Por

fim, uma equipe multifacetada e diversificada com médicos, enfermeiros, cirurgiões e demais membros da equipe é essencial na abordagem deste caso e para isso esses profissionais devem ser treinados em técnicas de avaliação clínica, monitorização e tomada de decisão em situações críticas.

5. Referências:

HANSEN EL, Pedersen L, Lindberg-Larsen M. [Acute compartment syndrome]. Ugeskr Laeger. 2021 Jul 5;183(27):V11200817. Danish. PMID: 34219642.

Via AG, Oliva F, Spoliti M, Maffulli N. Acute compartment syndrome. Muscles Ligaments Tendons J. 2015 Mar 27;5(1):18-22. PMID: 25878982; PMCID: PMC4396671.

SHADGAN B, Menon M, Sanders D, Berry G, Martin C Jr, Duffy P, Stephen D, O'Brien PJ. Current thinking about acute compartment syndrome of the lower extremity. Can J Surg. 2010 Oct;53(5):329-34. PMID: 20858378; PMCID: PMC2947124.

II III CONGRESSO DE CIRURGIA

