



V GASTRINHO
2016

RESUMOS

CÂNCER GÁSTRICO AVANÇADO DIAGNOSTICADO PÓS ABORTAMENTO RETIDO: RELATO DE CASO

Bernardo Campos de Figueiredo
Josiane Venite de Siqueira
Mauro Calzolari Borges
Polyana Silva Lemes
Thais Barini de Campos
Yan Mamede Untar Zardette

Introdução: O câncer gástrico é uma doença de incidência decrescente no Brasil, mas sua mortalidade ainda é muito elevada. Infelizmente o diagnóstico, estadiamento e o tratamento no país não seguem uma padronização devido a escassez de recursos de saúde em cada região.

Objetivo: Relatar um de caso de câncer gástrico avançado com diagnóstico tardio. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de caso baseado em dados obtidos através de análise de prontuário associado a revisão de literatura. **Resultados:** F.S.S., sexo feminino, 30 anos, foi internada numa maternidade com quadro de aborto retido de 14 semanas de gestação e sepse grave. Durante investigação hospitalar foi identificada anemia importante associada a hiporexia, vômitos e emagrecimento. A endoscopia digestiva alta diagnosticou a presença de hérnia de hiato grau I e úlcera gástrica BORMANN II. A ultrassonografia de abdome total revelou fígado de dimensões aumentadas, superfície lobulada, ecotextura heterogênea, com extensa área nodulariforme e ascite volumosa. Ao terceiro dia de internação, a paciente expulsou por completo feto e placenta, sendo que após o abortamento continuou a apresentar piora clínica. Os exames laboratoriais revelavam hemoglobina 9,0 g/dL, plaquetas 46.000/mm³, TGO 190 U/L; TGP 71 U/L, PCR 35,2 mg/DL, DHL 4641 U/L e albumina 2,2 g/dL. Evoluiu para estado grave de choque e abdome distendido com sinal de piparote positivo. Em paracentese realizada houve a saída de líquido francamente serossanguinolento. Diante do quadro clínico, foi encaminhada a laparotomia exploradora pela hipótese aventada de neoplasia gástrica avançada associado a hemorragia intra-abdominal. A laparotomia revelou ascite hemorrágica associada a hepatomegalia com múltiplas metástases hepáticas, lesão de aspecto neoplásico em antro gástrico com invasão de mesocólon, pâncreas e epíplon, além de linfadenomegalia difusa em retroperitônio. A biópsia confirmou o diagnóstico de neoplasia maligna pouco diferenciada de possível origem epitelial, sendo o quadro histopatológico sugestivo de adenocarcinoma gástrico. **Conclusão:** Chama a atenção deste caso a pouca idade da paciente. Quando a doença surge em pacientes jovens observa-se uma agressividade maior. A paciente

evoluiu com alterações clínicas devido ao quadro de sepse e abdome agudo hemorrágico, vindo a falecer um dia após a operação. O adenocarcinoma gástrico com carcinomatose difusa foi confirmado como etiologia para as alterações clínicas e laboratoriais identificadas.

Palavras-chave: Câncer gástrico; Pós abortamento; Diagnóstico tardio; Neoplasia maligna.

TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI-LEYDIG: RELATO DE CASO DE UM PACIENTE DE 31 ANOS

Luiz Fernando Ioris
Danielly Alves Gobbi
Polyana Lemes
Renata Fechtner
Lara do Nascimento Moraes de Moraes
Hugo Silva Felix

RESUMO: Tumor de células de Sertoli-Leydig, é um câncer maligno raro que faz parte do grupo de tumores de cordão sexual e representam até 3% de todos os tumores testiculares. Embora essa neoplasia maligna possa surgir em qualquer idade, é mais comum em adultos jovens. Será descrito um caso de tumor de células de Sertoli-Leydig em um adulto jovem que apresentava um abaulamento em região inguinal direita há 10 anos evoluindo com crescimento acelerado no último ano, dobrando de tamanho. Após realizar tomografia de abdome total visualizou formação expansiva sólida heterogênea, localizada junto à raiz peniana direita, envolvendo a musculatura. Na biópsia com imunohistoquímica da lesão evidenciou tumor de células de Sertoli. Ao PET/CT com FDG-18F, indicou doença localizada em região inguinal direita. Indicado esquema de quimioterapia por 4 ciclos com BEP (cisplatina 38mg/m², Etoposide 190mg/m² e Bleomicina 30ui/m²). Após término do ciclo, tomografia demonstra que a massa sólida heterogênea não está mais aderido aos planos profundos da raiz peniana direita, dando margem cirúrgica para preservação do pênis. Paciente aguardando procedimento cirúrgico que visa ressecção da lesão em monobloco com preservação da haste peniana.

Palavras-chave: Tumor de células; Sertoli-Leydig; Câncer maligno; Tumor de cordão sexual.

DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE SITUS INVERSUS TOTALIS NA URGÊNCIA MÉDICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM CUIABÁ - MT: RELATO DE UM CASO

Rui Carlos Silva Junior
Ronaldo Marcelo Taques
Ana Paula Amaral Vitorino
Paula Oliveira Lucialdo Landim
Letícia Leitzke Araoz
Rodrigo Teixeira Pellini
Thais Ponciano Silva

Introdução: O Situs inversus totalis, condição genética autossômica-recessiva, sem predileção por sexo, com prevalência de 1/10000 nascimentos, caracteriza-se pela posição invertida dos órgãos toracoabdominais com respeito ao plano sagital. Esta alteração geralmente não apresenta repercussões clínicas, exceto quando associada a malformações cardíacas, sendo frequentemente um achado diagnóstico. **Relato de Caso:** Paciente, masculino, 51 anos, encaminhado ao Pronto Socorro Municipal de Cuiabá com quadro de febre alta há 7 dias, mialgia, cefaleia intensa, rigidez de nuca e rebaixamento do nível de consciência. Previamente hipertenso, diabético tipo II e etilista crônico. Ao exame físico: mal estado geral, Glasgow de 10, hipocorado, desidratado, hemodinamicamente instável, temperatura axilar: 38,5°C e rigidez nugal à mobilização passiva. Em ausculta cardíaca: ritmo regular, em dois tempos, ausência de sopros, porém bulhas com focos audíveis e ictus em região torácica direita. Optou-se por internação em Unidade de Terapia Intensiva, investigação de infecção e tratamento com antibióticos e aciclovir, para possível quadro de meningite, confirmado com exames complementares. Devido ao achado da dextrocardia, levantou-se hipótese diagnóstica de situs inversus totalis. Para isso, solicitou-se Raio X de tórax, Eletrocardiograma e tomografia de abdome, confirmando então o diagnóstico. **Discussão:** Durante o desenvolvimento embrionário 99,9% dos indivíduos apresentam uma assimetria esquerda-direita dos órgãos toracoabdominais denominada situs solitus, onde encontramos: pulmão bilobulado, ápice cardíaco, estômago e baço do lado esquerdo e; pulmão trilobulado, veia cava, apêndice cecal e lóbulo hepático maior do lado direito. Quando há inversão completa dos órgãos, como uma “imagem em espelho”, caracteriza-se o situs inversus totalis. Destes pacientes, 5-10% apresentam malformações cardiovasculares, como: transposição dos grandes vasos, comunicação inter-atrial e interventricular, além de retorno venoso anômalo. A maioria

permanece assintomática e a dextrocardia apresenta-se apenas como achado em exame físico ou de imagem, assim como o caso do paciente relatado, porém é uma característica cujo diagnóstico é de extrema importância, por sua correlação com malformações cardiovasculares e outras complicações, podendo gerar repercussões clínicas importantes e, até mesmo, fatais.

Palavras-chave: Situs Inversus Totalis; Posição invertida; Órgãos toracoabdominais.

PROFILAXIA PARA ENDOCARDITE BACTERIANA EM COLECISTECTOMIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Tiago Bruno Florêncio Pinheiro
Carlos Henrique Arruda Salles
Bruna Cristina Perius
Aline Dumont Braga
Bianca Faria Oliveira
Ivan Cruz Silva

Introdução: Endocardite infecciosa (EI) é uma patologia decorrente da invasão de microorganismos (fungos ou bactérias) em tecido endocárdico ou valvas cardíacas protéticas. A profilaxia se faz necessário em pacientes de alto risco para EI como portadores de próteses valvares, shunts ou condutos porto-sistêmicos, passado de endocardite e cardiopatia congênita cianótica complexa. Situações ditas de risco moderado são as cardiopatias congênitas acianóticas, disfunção valvar pela doença reumática, do colágeno, cardiomiopatia hipertrófica e prolapso valvar mitral com regurgitação; as demais são consideradas de baixo risco. A profilaxia é feita preferencialmente com penicilinas, aminoglicosídeos e em algumas situações a vancomicina e as cefalosporinas. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente em peri-operatório de coledolitíase portador de insuficiência aórtica severa e insuficiência mitral leve em profilaxia para endocardite. **Método:** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** E.S.C, masculino, 43 anos, portador de insuficiência aórtica grave, insuficiência mitral leve, estenose aórtica leve, coledolitíase e hipertensão arterial sistêmica. Em uso irregular de captopril 25 mg/dia. Com história de dor em quadrante superior direito, com piora após alimentação, sem irradiação. Em 2015 durante investigação da dor, realizou exame de Ultrassonografia abdominal no qual foi visualizado cálculo biliar, referenciado para tratamento hospitalar para realização da Colecistectomia. Apresentou novo episódio de dor há quinze dias antecedentes à internação, sem melhora com Buscopan. Ao exame físico, pressão arterial de 140/90 mmHg, sopro sistodiastólico 3+/6+ em foco aórtico, com irradiação mitral, pulsos simétricos e sem edemas. Em consulta com o cardiologista para risco este orientou prescrição de Ampicilina e Gentamicina como profilaxia de Endocardite infecciosa. O procedimento foi realizado sem intercorrências e paciente apresentou boa evolução pós operatória. **Conclusão:** A antibioticoprofilaxia cirúrgica adequada é essencial para evitar complicações pós-cirúrgicas e maiores danos à saúde. O paciente do caso em questão, apresentando doenças valvares, enquadra-se no perfil de indicação da profilaxia para endocardite infecciosa, a qual foi

realizada com penicilina e aminoglicosídeo, grupos farmacológicos que podem ser usados para esta conduta. Não há na literatura profilaxia específica para a colecistectomia.

Palavras-chave: Endocardite bacteriana; Colecistectomia; Antibioticoprofilaxia

HÁBITOS ALIMENTARES: INFLUÊNCIA SOBRE OS RISCOS DE ALTERAÇÕES DAS FUNÇÕES GASTROINTESTINAIS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA

Renan Souza Mancio
Rosa Maria Elias
Valdey Antônio de Oliveira Cavalcante
Guilherme Garcia Criado
Emerson Favaro
Luciana Marques da Silva

Introdução: As alterações das funções gastrointestinais ocorrem por meio da combinação de sinais e sintomas recorrentes ou crônicos do aparelho digestório sem que uma causa seja detectada. A incidência destas alterações é influenciada por fatores não modificáveis (sexo, idade e herança genética) e modificáveis (tabagismo, dieta inadequada, inatividade física, dentre outros), cuja exposição intensifica-se na juventude, devido a mudança de hábitos de vida que ocorrem após o egresso nas universidades, em especial a dieta inadequada, normalmente rica em gordura animal, levando a uma menor ingestão de micronutrientes alimentares antioxidantes, importantes para controlar ou reduzir a ação deletéria dos radicais livres no organismo. **Objetivo:** Analisar, a prevalência de fatores dietéticos, o uso do fumo, do álcool e o sedentarismo entre acadêmicos do curso de medicina. **Metodologia:** Estudo descritivo observacional transversal onde os estudantes da Faculdade de Medicina de uma Universidade da cidade de Cuiabá, ao longo do mês de setembro, foram avaliados por meio do Questionário de Perfil de Estilo de Vida Individual (QPEVI) e do questionário de identificação estruturado, avaliando diferença da prevalência de uma dieta inadequada associada a outros fatores não modificáveis (tabagismo, etilismo e sedentarismo) entre os estudantes do início e do final do ciclo básico (1º e 4º anos). **Resultados:** Foram avaliados 93 alunos de medicina (62 do 1º ano e 31 do 4º ano) com uma relação H:M de 1:1,48, média de idade de 22,09 anos, sendo que 79% moram com algum familiar, não temos fumantes no 1º ano de faculdade e possuímos 6,5% de fumantes no 4º ano, entretanto, se considerarmos às pessoas que bebem (o menos uma vez por semana), o quadro se inverte e o 1º ano possui um total maior (51,6%) em relação ao 4º ano (41,9%). Em relação à alimentação, os acadêmicos do 1º ano possui melhores indicativos que os alunos do 4º ano no que se refere à ingestão de frutas e verduras (76,27% x 64,5%), não ingestão de alimentos gordurosos (46,69% x 35,48%) e a realização de cinco ou mais refeições ao longo do dia (69,35% x 67,7%). **Conclusão:** Esse estudo demonstrou que os estudantes do 1º ano de medicina possuem menores riscos para o desenvolvimento de

alterações gastrointestinais do que os do 4º ano de medicina, se considerar a dieta, tabagismo e etilismo social, o que convergem para os resultados de estudos da área.

Palavras-chave: Hábitos alimentares; Funções gastrointestinais; Dieta inadequada.

RELATO DE CASO: HEMATOMA EM MÚSCULO ILIOPSOAS APÓS PAF, COM EVOLUÇÃO COM FISTULA PARA INTESTINO GROSSO

Renan Souza Mancio
Rosa Maria Elias
Valdey Antônio de Oliveira Cavalcante
Guilherme Garcia Criado
Luiz Carlos Bedin Filho
Alexandre de Oliveira Martins

Introdução: Limite posterior do retroperitônio, o compartimento iliopsoas localiza-se externamente ao mesmo, sendo composto dos músculos psoas maior, psoas menor e íliaco. O quadro de sintomas dos pacientes com acometimento patológico deste compartimento é amplo e inespecífico, podendo haver importante atraso no diagnóstico.

Na busca pela etiologia das alterações do compartimento iliopsoas, mostram que as infecções, os tumores e as hemorragias respondem pela quase totalidade das lesões. Correlacionando-se fator causal e idade do paciente, observou-se maior associação com coagulopatias e trauma na faixa etária mais jovem. **Relato de caso:** Paciente G.J.S.M do sexo masculino, 18 anos, sem comorbidades, com histórico de laparotomia exploradora há 40 dias por PAF, foi encaminhado ao serviço de urgência e emergência com quadro clínico de hematoquezia há um dia acompanhada por dor em fossa ilíaca direita, moderada, em pontada, irradiada para a perna esquerda, agravada com movimentação, relata febre não aferida associada. Ao exame físico digno de nota, apenas massa palpável em fossa ilíaca direita. Paciente foi internado para a investigação do quadro clínico por meio de colonoscopia e tomografia computadorizada de abdome. A tomografia computadorizada evidenciou hematoma no compartimento iliopsoas com possível fistula para colon direito. Durante a internação o paciente piorou seu quadro de hematoquezia levando a abordagem cirúrgica, a qual evidenciou hematoma em músculo iliopsoas (coágulos e sangramento ativo); comunicando-se com o cólon ascendente; provocando uma hemicolectomia direita com anastomose íleo-cólon transversa associada a hemostasia vascular da artéria paravertebral direita; durante o processo cirúrgico foi necessária transfusão sanguínea do paciente assim como reposição volêmica. Após o procedimento cirúrgico o paciente evoluiu com melhora no seu quadro clínico. **Discussão:** O hematoma no compartimento psoas em jovens está diretamente relacionado, principalmente, ao trauma de estruturas vasculares relacionadas a essa região, atrelado a isso, temos a íntima relação do compartimento com o cólon ascendente, provocando assim o surgimento de uma fistula

de drenagem do hematoma para o intestino, provocando a hematoquezia relatada no caso.

Conclusão: O caso relatado demonstra uma complicação rara após PAF, em que os sintomas são inespecíficos e amplos, provocando um atraso no diagnóstico.

HÉRNIA INGUINAL À DIREITA GIGANTE EM CÓLON SIGMÓIDE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Tiago Bruno Florêncio Pinheiro
Carlos Henrique Arruda Salles
Bruna Cristina Perius
Aline Dumont Braga
Bianca Faria Oliveira
Ivan Cruz Silva

Introdução: Hérnia é uma protusão através da parede abdominal, que é exteriorizada por meio de um orifício congênito ou adquirido. Hérnias inguino-escrotais gigantes são definidas como aquelas que se estendem abaixo do ponto médio da parte interna da coxa quando o paciente encontra-se na posição ortostática. São raras e geralmente atribuídas à procura tardia de serviço de saúde. **Método:** Relato de caso e revisão de literatura. **Objetivo:** Relatar caso clínico de Hérnia inguinal direita gigante contendo cólon sigmoide. **Resultados:** B.B, masculino, 63 anos, pardo, trabalhador rural, sem comorbidades, com história de massa em região inguinal a D há 12 anos, não dolorosa e redutível espontaneamente. Há 3 anos evoluiu com abaulamento persistente, não redutível, de maior volume, acometendo também bolsa escrotal, na ocasião procurou assistência médica, que indicou tratamento cirúrgico, mas foi recusado pelo paciente. Durante a internação relatou evolução, há seis dias de dor intensa, tipo peso, irradiando para bolsa escrotal com piora ao tossir e ao deambular, acompanhado de náuseas, vômitos, parada de evacuação, porém com eliminação de flatos presentes, negou febre. Ao exame físico, regular estado geral, hidratado, corado, afebril, FC: 82bpm, FR: 20irpm, PA: 130/80 mmHg, e presença de hérnia inguinoescrotal D volumosa, não redutível e dolorosa à mobilização. Durante a internação evoluiu com piora da dor e diminuição da diurese. Exames laboratoriais evidenciaram discreta leucocitose. Paciente foi levado à cirurgia, e ao abrir o saco herniário evidenciou a presença de alças intestinais delgadas, ceco e colon sigmoide com boa vitalidade. **Conclusão:** A presença do cólon sigmoide no saco herniário inguinal direita, sem nenhuma alteração do cólon associada, como por exemplo neoplasia de cólon ou doença diverticular, é raríssima, sendo encontrado poucos casos na literatura. O caso apresentado trata-se de uma hérnia inguinal direita, gigante e encarcerada, cujo saco herniário continha intestino delgado, ceco e cólon sigmoide, sem patologia colônica associada. A correção cirúrgica correlaciona-se com algumas complicações, tais como: os órgãos mantidos fora da cavidade abdominal por muito tempo podem, após sua redução, acarretar súbito aumento da pressão intra-abdominal e intratorácica, ocasionando síndrome compartimental e comprometimento respiratório, com

alta taxa de mortalidade.

Palavras-chave: Hérnia inguinal; Cólon sigmóide; Hérnias ingno-escrotais.

HÉRNIA TRAUMÁTICA APÓS ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

RELATO DE CASO

Renan Souza Mancio
Rosa Maria Elias
Valdey de Oliveira Cavalcante
Guilherme Garcia Criado
Luiz Carlos Bedin Filho
Alexandre de Oliveira Martins

Introdução: A ruptura traumática da parede abdominal consiste na perda de solução de continuidade de uma ou mais de suas camadas, decorrente de um evento agudo com aumento súbito da pressão na parede abdominal. A hérnia traumática abdominal permanece como uma entidade clínica rara, isso se deve provavelmente à natureza elástica da parede abdominal e à necessidade da combinação de mecanismos específicos para tal defeito. Devido à sua raridade, muitas vezes o diagnóstico não é lembrado, adiando o tratamento adequado; sempre que possível, a cirurgia deve ser feita e maneira precoce na fase aguda. Na fase tardia existe o risco de encarceramento, o que provoca uma maior dificuldade cirúrgica.

Relato de caso: Paciente C.N.C.O., do sexo feminino, 31 anos, procurou o serviço médico, após acidente motociclístico, no qual segunda a paciente houve um trauma do guidão da moto com sua região de fossa ilíaca esquerda, nega perda de consciência e demais queixas. Ao exame físico, digo de nota, na palpação abdominal a presença de massa em região de fossa ilíaca esquerda, que ficava mais evidente com a manobra de valsalva, juntamente com dor local. Após o primeiro atendimento, foi solicitado uma tomografia computadorizada, a qual evidenciou a presença de uma hérnia em região de fossa ilíaca esquerda, devido a isso foi proposta a herniorrafia com o uso de tela. A paciente evoluiu no pós-operatório de maneira satisfatória e recebeu alta-hospital no 4º dia pós-operatório. **Discussão:** A lesão da parede que provoca a hérnia traumática é um evento raro e com poucos relatos na literatura. A causa mais comum de hérnia traumática abdominal é o acidente de automóvel quando se usa o cinto de segurança, seguido, em frequência, pelo trauma por pequenos objetos rombos (tipicamente o guidão de moto ou de bicicleta). O diagnóstico de hérnia traumática de parede abdominal deve ser sempre considerado quando o trauma for provocado por um objeto rombo de tamanho moderado, aplicado de maneira tangencial. Na fase aguda, o exame físico mostrará, principalmente, um empastamento doloroso na parede abdominal, que se acentua com manobras que aumente a pressão abdominal (como no caso descrito). O tratamento preferencial nesses casos é o cirúrgico (herniorrafia) e deve ser realizado de maneira precoce,

para evitar o risco de encarceramento herniário. **Conclusão:** O caso relatado demonstra a importância da avaliação de todas as possibilidades diagnósticas, mesmo que sejam raras.

Palavras-chave: Hérnia traumática abdominal; Parede abdominal; Ruptura da parede abdominal.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA HIDROADENITE SUPURATIVA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Tiago Bruno Florêncio Pinheiro
Jacqueline Jéssica de Marchi
Bruna Cristina Perius
Aline Dumont Braga
Bianca Faria Oliveira
Ivan Cruz Silva

Introdução: Hidroadenite Supurativa é uma doença bacteriana crônica que compromete os ductos das glândulas sudoríparas apócrinas. Mais freqüente no homem, na fase adulta. Caracteriza-se por presença de abscessos e fístulas recidivantes, que após a fase inflamatória, deixam áreas de fibrose, orifícios fistulosos e escassa secreção purulenta. Etiologia não esclarecida, mas associada à história familiar, fumantes, e Doença de Crohn, raramente complica com carcinoma de células escamosas. A recorrência com o tratamento medicamentoso, tetraciclina, cefalexina ou isotreatinoína, é comum sendo a cirurgia a melhor opção. O uso do retalho de pele após excisão da área afetada é feito com sucesso, diminui a mortalidade e simplifica o pós-operatório. Os imunobiológicos têm apresentado uma boa opção como tratamento não cirurgico. **Objetivo:** Relatar caso clínico de Hidroadenite Supurativa em região sacral, com ênfase na proposta de tratamento. **Método:** Relato de caso e revisão da literatura. **Resultados:** Paciente, homem, indígena, 46 anos, hipertenso, epiléptico, tabagista, 25 maços/ano, em uso de fenobarbital 300mg/dia, fenitoína 300mg/dia, losartana 50mg/dia, há 11 anos notou aparecimento de lesões perineais tipo nódulo, acompanhadas de dor de moderada intensidade, com melhora parcial após uso de dipirona, sem fator desencadeante, e saída de secreção pustulosa, intermitente. Nega historia familiar semelhante. As lesões evoluíram com aumento de tamanho ao longo do tempo, apresentando períodos de acalmias e recidivas. Em 2015 procurou atendimento médico devido exarcebação do quadro, recebendo então atendimento hospitalar, onde foi diagnosticado com Hidroadenite Supurativa, ao exame físico evidenciado massa flutuante na região, caracterizando um abscesso, além de orifícios externos de fístulas, com saída de secreção pustulosa, e áreas de fibrose, o abscesso foi drenado em cirurgia, mantendo acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O presente caso de Hidroadrenite Supurativa crônica demonstra o desafio existente no tratamento definitivo da mesma na prática médica, sendo geralmente insatisfatório, a literatura apresenta diferentes técnicas, as mais conservadoras, as complexas, com retalhos de pele, e também o tratamento clínico, como o uso de imunobiológicos, sendo o Infiximimab o imunobiológico

mais estudado, com boa resposta a curto prazo. A imunoterapia representa um potencial considerável para o seu tratamento.

Palavras-chave: Hidradenite supurativa; Doença bacteriana; Glândulas sudoríparas apócrinas.

IMPACTO DA GASTROPLASTIA NA REDUÇÃO DA OBESIDADE E DA PRESSÃO ARTERIAL A CURTO PRAZO

Marcos Tadao Kavanishi
Tiago Filipeto Safadi
Ricardo Konageski da Fonseca
Marco Aurelio Espir da Fonseca

Introdução: A hipertensão arterial corresponde a um fator de risco muito influente no que se refere às doenças cardiovasculares, como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Além da hipertensão, outra doença que reduz a qualidade e, conseqüentemente, a expectativa de vida dos indivíduos é a obesidade. Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a obesidade é definida como um acúmulo de gordura corporal nos indivíduos, sendo avaliada por meio do IMC, um parâmetro universal. Para obesos mórbidos, os quais encontram dificuldades para redução de peso, a gastroplastia torna-se o método mais viável e eficaz para tratamento da obesidade e, conseqüentemente, da hipertensão. **Objetivo:** Analisar o impacto da gastroplastia a curto prazo, período de no máximo 2 meses, no controle da obesidade e da pressão arterial. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, o qual analisará a PA e o IMC do pré-operatório – com data mais próxima da cirurgia – e a PA e o IMC do pós-operatório – máximo de 2 meses após procedimento cirúrgico de 102 pacientes. Os dados serão coletados através de prontuários armazenados no programa ProDoctorPlus do Instituto de Obesidade e Cirurgia de Cuiabá (IOCI). Serão tidos como critérios de exclusão: prontuários sem registro de PA pré e/ou pós-cirurgia e prontuários sem registro de IMC pré e/ou pós-cirurgia. Os critérios de inclusão serão: pacientes que realizaram gastroplastia, pacientes com registro de PA pré e pós-cirurgia e pacientes com registro de IMC pré e pós-cirurgia. Os dados serão primeiramente manuscritos e posteriormente digitalizados no programa Microsoft Office Excel 2007, a fim de serem organizados e analisados. **Resultados:** Foram analisados 102 pacientes, dos quais 28 (27,4%) foram excluídos por ausência total de dados. O IMC dos pacientes no pré-operatório teve uma média de 41,94 kg/m², reduzindo-se para 39,07 kg/m², totalizando uma redução de 6,8% do IMC. De acordo com os dados, a prevalência de pacientes com PA elevada no pré-operatório foi de 44% (26/59), levando-se em consideração os 28 excluídos e mais 15 pacientes sem PA, reduzindo-se para 13,5% no pós-operatório. **Conclusão:** De acordo com resultados obtidos através deste trabalho, pode-se afirmar que a gastroplastia corresponde a uma verdadeira e eficaz alternativa no controle da obesidade e da PA, uma vez que os valores encontrados chegaram a ser expressivos pelo pequeno período de tempo em que foi analisado.

Palavras-chave: Gastroplastia; Hipertensão arterial; Obesidade; Pressão arterial.

ABDOME AGUDO VASCULAR: RELATO DE CASO DE UM PACIENTE ADULTO COM ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA

Luiz Fernando Loris
José Carlos Costa Marques
Renata Fechtner
Polyana Lemes
Mauro Calzolari Borges
Carlos Henrique Salles

Introdução: A isquemia mesentérica é uma entidade clínica rara associada a alta morbidade e mortalidade causada pela diminuição ou interrupção abrupta do fluxo sanguíneo do território vascular da artéria mesentérica superior e/ou inferior e tem como causas principais a embolia arterial, a trombose arterial, a trombose venosa e as isquemias não oclusivas. **Relato de caso:** Será descrito um caso de abdome agudo vascular por isquemia mesentérica aguda em paciente de 42 anos, diabético e hipertenso, com história prévia de eventos vasculares, em uso irregular da medicação, apresentando dor abdominal aguda acompanhada de distensão abdominal, náuseas, vômitos e hiporexia associado a parada de eliminações de flatos e fezes. A tomografia de abdome demonstra oclusão parcial em tronco da artéria mesentérica superior com distensão e sinais de sofrimento vascular de alças de intestino delgado. Realizado laparotomia exploratória onde constatou isquemia 1,2 metros após o ângulo de Treitz até metade do colón direito sendo realizado ressecção de aproximadamente 4 metros de intestino delgado mais colectomia direita com anastomose jejuno-transverso. Paciente segue em cuidados intensivos em nutrição parenteral total.

Palavras-chave: Abdome agudo vascular; Isquemia mesentérica; Artéria mesentérica.

ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO

Andressa Gabrielle da Silva
Edson de Anchieta Júnior
Edson de Anchieta Júnior
Josiane Venite de Siqueira
Marcelo Diesel
Thais Barini de Campos
Valquiria Schmidt Anchieta

Introdução: Íleo biliar refere-se a uma causa rara de obstrução intestinal por impactação de um cálculo, tendo prevalência de cerca de 1% a 4% dentre as etiologias de oclusão do trato gastrointestinal. Constitui uma complicação da colelitíase através da passagem do cálculo por uma fístula bileodigestiva, manifestando-se por episódio de abdome agudo obstrutivo. O diagnóstico é clínico e auxiliado por exames de imagem, sendo a resolução do quadro por ato cirúrgico. **Objetivo:** Relatar um de caso íleo biliar observando a relevância do diagnóstico diferencial para tratamento efetivo. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de caso baseado em dados obtidos através de anamnese, exame físico e exames complementares associados a revisão de literatura na base de dados SciELO. **Resultados:** I.S.V., sexo feminino, 85 anos, hipertensa, admitida em Serviço de Urgência e Emergência Municipal de Cuiabá, com quadro de dor epigástrica de forte intensidade e vômitos de característica biliosa em grande quantidade. A história clínica revelou obstipação intestinal há sete dias, associada à ausência de eliminação de flatos há quatro dias, bem como oligúria e confusão mental há três dias. Ao exame físico apresentava-se em mau estado geral, desidratada ++/ 4+, taquicárdica, com perfusão periférica lentificada, anictérica e em desorientação têmporo-espacial; ruídos hidroaéreos inaudíveis associados a dor à palpação superficial e profunda do abdome difusamente. Em exames laboratoriais, evidenciou-se leucocitose com desvio a esquerda, aumento de escórias nitrogenadas e PCR elevado. A tomografia computadorizada de abdome total revelava aerobilia, com vesícula biliar murcha de contornos irregulares, evidenciando arco duodenal adjacente às suas paredes. Presença de ectasia de alças jejunais, notando-se imagem nodular de aspecto lamelado impactado em alça jejunal no flanco esquerdo, medindo 2,9 cm de diâmetro com ectasia à montante. A paciente foi submetida à laparotomia exploradora, sendo realizada enterotomia com retirada do cálculo biliar e enterorrafia. Durante o pós-operatório não houve intercorrências, recebendo alta no décimo dia após a cirurgia, com melhora clínica e laboratorial. **Conclusão:** O íleo biliar deve ser suscitado como diagnóstico diferencial dentre as diversas etiologias de abdome agudo obstrutivo, com o

objetivo de realizar o tratamento cirúrgico definitivo precocemente.

Palavras-chave: Íleo biliar; Obstrução intestinal; Abdome agudo obstrutivo.

RETROPNEUMOPERITÔNIO PÓS PIELONEFRITE COMPLICADA POR ABSCESSO PERIRRENAL: RELATO DE CASO

Andressa Gabrielle da Silva
Josiane Venite de Siqueira
Alliny Castro Souza
Ana Carolina Guimarães Sato
Ana Paula Costa Carvalho
Thais Barini de Campos

Introdução: A pielonefrite - infecção do trato urinário alto – é caracterizada por invasão e aderência de patógenos ao parênquima renal, levando a complicações como o abscesso renal e perirrenal, até retropneumoperitônio. O tratamento precoce com instituição de antibioticoterapia eficaz visa à preservação da função renal. **Objetivo:** Relatar caso clínico de complicação grave decorrente de abordagem operatória tardia de abscesso perirrenal secundário a pielonefrite complicada; observando ainda a relevância da antibioticoterapia precoce na abordagem da ITU. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de caso baseado em dados obtidos através de anamnese, exames físico e complementares, associados à revisão de literatura. **Resultados:** R. M. R. S., 38 anos, sexo feminino, encaminhada a Serviço de Urgência e Emergência de Cuiabá com dor abdominal difusa inespecífica há dois meses, associada a episódios febris. Relatava acentuação da dor abdominal há uma semana, com irradiação para o dorso, associada à febre, dispepsia e adenopatia inguinal – motivo pelo qual procurou Unidade de Saúde pública, sendo-lhe prescrito Ceftriaxona por 03 dias, sem melhora clínica. Paciente foi admitida em sepse, apresentando leucocitose intensa com desvio a esquerda e anêmica. Ao exame físico apresentava-se em mau estado geral, anictérica, desidratada, com perfusão periférica lentificada e abdome doloroso a palpação, com ruídos hidroaéreos audíveis. Iniciou-se antibiótico de amplo espectro (Piperaciclina –Tazobactam). Realizou-se tomografia computadorizada de abdome total que evidenciou abscessos renal e no músculo psoas à esquerda, além de retropneumoperitônio. Realizou-se, então, lombotomia e drenagem do abscesso retroperitoneal, com saída de 300 ml de secreção purulenta. Transferida à UTI, devido a não melhor clínica no sétimo pós-operatório, foi submetida a nefrectomia radical à esquerda. Apresentou deiscência de sutura com infecção do sítio cirúrgico, sendo realizada laparotomia com lavagem de cavidade peritoneal. Devido à piora hemodinâmica e clínica, paciente segue internada em UTI. **Conclusão:** A complicação supurativa da pielonefrite deve ser avaliada precocemente com auxílio de imagens, tendo em vista a necessidade de abordagem cirúrgica de urgência; bem como o retropneumoperitônio deve ser suscitado na

avaliação clínica de paciente em sepse de foco abdominal com história de tratamento tardio.

Palavras-chave: Retropneumoperitônio; Pielonefrite; Abscesso renal e perirrenal.

TERATOMA MEDIASTINAL: RELATO DE CASO

Josiane Venite de Siqueira
Marcelo Diesel
Marcelo Borges Araújo
Otávio Augusto Goes Fernandes
Thais Barini de Campos
César Augusto Androlage de Almeida Filho

Introdução: Teratomas são tumores constituídos por células totipotentes remanescentes dos três folhetos embrionários. Compreendem 75% dos tumores de células germinativas do mediastino, sendo que a maioria acometem adultos jovens, possuem localização no mediastino anterior, evolução clínica assintomática e comportamento benigno. Quando apresentam crescimento acentuado, com compressão de estruturas adjacentes, manifestam-se por meio de tosse, dispneia, febre e dor retroesternal. O diagnóstico anatomopatológico é essencial para a determinação de malignidade do tumor, bem como correto seguimento.

Objetivo: Relatar um caso de teratoma de mediastino observando a relevância do diagnóstico diferencial para tratamento efetivo. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de caso baseado em dados obtidos através de anamnese, exame físico e exames complementares associados à revisão de literatura. **Resultados:** L.O.L.P., sexo masculino, 18 anos, relata que desde a infância apresentava dispneia aos moderados esforços com melhora ao repouso, porém com persistente limitação das atividades diárias. Há 14 dias apresentou acentuação do quadro de dispneia, progredindo para dificuldade aos pequenos esforços, associada com tosse sem expectoração, dor em região torácica esquerda e febre. A tomografia computadorizada evidenciou lesão expansiva mediastinal constituída por massa heterogênea, medindo 12,9cm X 8,8cm em seus eixos transversos, contendo áreas hipodensas, gordura e calcificação, acometendo o mediastino superior comprimindo vasos da base. A citologia oncótica confirmou tumor de conteúdo dermoide, negativo para malignidade. No estudo anatomopatológico da peça os achados foram compatíveis com teratoma adulto benigno em espécime de mediastino, com presença de tecido conjuntivo denso e gorduroso, tendo de permeanço fragmentos de cartilagem e epitélios colunar simples e por vezes ciliado sem atipias. **Conclusão:** O teratoma do mediastino, ao manifestar-se de maneira oligossintomática e inespecífica, deve ser suscitado como diagnóstico diferencial. É mandatória a pesquisa por exames de imagem, bem como biópsia, visando identificar precocemente a possibilidade de degeneração maligna.

Palavras-chave: Teratoma mediastinal; Mediastino; Células germinativas.

SÍNDROME DO SEQUESTRO ESPLÊNICO: RELATO DE CASO

Carlos Henrique Arruda Salles
Marcio Matsushita
Bianca Faria Oliveira
Fernanda Vanessa Pereira de Barros
Luiz Fernando Ioris
Thais Barini de Campos

Introdução: Trombocitopenia, definida como plaquetas inferiores a $150.000/\text{mm}^3$, tem como uma das etiologias a síndrome do sequestro esplênico. Essa alteração laboratorial é causada pela capacidade da esplenomegalia armazenar componentes sanguíneos associada a uma ação da patologia na medula óssea. A manifestação clínica da patologia relaciona diretamente volume do baço e a queda celular, principalmente de plaquetas. A conduta terapêutica na síndrome refratária, a partir da falha do tratamento farmacológico, é a esplenectomia. **Objetivo:** Relatar um de caso sequestro esplênico em paciente jovem observando a relevância do diagnóstico diferencial para tratamento efetivo. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de caso baseado em dados obtidos através de anamnese, exame físico e exames complementares acessados em prontuário médico, associados à revisão de literatura. **Resultados:** Paciente, 41 anos, sexo feminino, secretária escolar, com história patológica prévia de hipotireoidismo, refere que em 2014, durante pré-natal da primeira gestação, foi diagnosticada com plaquetopenia, sem sucesso na elucidação etiológica. A paciente evoluiu com episódio de aborto espontâneo com 6 semanas de gravidez. Durante a segunda gestação, em abril de 2016, houve reincidência do quadro clínico de plaquetopenia acentuada, seguido de aborto espontâneo. A ultrassonografia de abdome total revelou baço de topografia e textura usuais apresentando aumento de suas dimensões, com diâmetro longitudinal medindo 19,8 cm e visualização de três imagens esféricas de características sólidas, isoecóicas ao baço, medindo cada cerca de 2 cm em seu maior eixo. A ressonância magnética evidenciou baço medindo 21,2 x 11,3 x 11,5 cm. Aos exames laboratoriais apresentou hemoglobina 11,8 mg/dL; leucócitos $2.680/\text{mm}^3$; plaquetas $74.000/\text{mm}^3$; DHL 692u/L. A análise do exame anatomopatológico evidenciou a existência de baço acessório exibindo hemorragia parenquimatosa, associado a linfonodos com aspecto nodular e perda do padrão arquitetural. **Conclusão:** A esplenomegalia deve ser suscitada como diagnóstico diferencial dentre as diversas etiologias de trombocitopenia refratária, com o objetivo de realizar o tratamento cirúrgico definitivo precocemente.

Palavras-chave: Síndrome do sequestro esplênico; Trombocitopenia; Esplenomegalia.

ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA EM ESTÔMAGO EXCLUSO NOVE ANOS APÓS REALIZAÇÃO DE BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX

Guilherme Henrique Lazon
Luiz Fernando Ioris
Felipe de Souza Bouret
Nathalia Silva Araújo
Márcio Matsushita

Introdução: O Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR) é o procedimento mais realizado para o tratamento da obesidade no Brasil e no mundo. Apresentando no período pós-operatório varias complicações agudas e tardias. Sendo que, muitos desses eventos têm apresentação clínica semelhante no que diz respeito a sintomas dispépticos, tornando difícil o diagnóstico diferencial. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de um abdome agudo devido a uma ulcera perfurada em estômago excluso, nove anos após cirurgia de bypass gástrico em Y-de-Roux. **Métodos:** análise de prontuários e revisão de literatura. **Relato de caso:** Paciente encontrava-se em vigésimo primeiro dia pós operatório de colecistectomia videolaparoscópica quando deu entrada em pronto atendimento referindo dor epigástrica de grande intensidade associada a sinais de irritação peritoneal, relatou ainda uso de AINEs para alivio da dor. Após internação realizou tomografia que evidenciou líquido livre em cavidade peritoneal pélvica e goteira parietocólica direita, além de leve distensão hidroaérea intestinal difusa. Foi encaminhada para laparoscopia exploradora, onde foi descoberta úlcera perfurada, sendo, então, a cirurgia convertida para laparotomia. Após tratamento cirúrgico paciente evoluiu em bom estado geral, tendo alta hospitalar no segundo dia pós-operatório. **Conclusão:** Trata-se de uma situação interessante que coloca em discussão o seguimento de pacientes submetidos ao bypass gástrico em Y-de-Roux e que apresentam estômago excluso, tendo em vista que não foram encontrados muitos relatos na literatura acerca do tema. Em suma, são diversas as causas de dor epigástrica nessa população em questão, sendo necessário o rápido diagnóstico e intervenção terapêutica adequada.

Palavras-chaves: Úlcera; Estômago; Cirúrgico; By Pass gástrico.