

Introdução: Relato de um caso de recidiva após hernioplastia inguinal vídeo-laparoscópica, que foi reparado por vídeo-laparoscopia, 1 ano e 4 meses após a primeira cirurgia. O paciente O.G., masculino, branco, 62 anos, motorista, era portador de hérnia inguinal mista bilateral, há 3 anos, e também hérnia umbilical. Foi submetido a hernioplastia inguinal bilateral, por vídeo-laparoscopia, com uso de tela, em posição peritoneal, pelo acesso transabdominal, em cada lado, e a herniorrafia umbilical clássica. Evoluiu com hematoma inguinal bilateral, que se resolveu clinicamente, e retornou as suas atividades com 10 dias. Observou-se recidiva de hérnia inguinal do lado direito, após 2 meses. O paciente foi reoperado, por vídeo-laparoscopia, onde se observou deslocamento lateral da tela, possibilitando a formação de hérnia inguinal direta do lado direito. No ato cirúrgico, colocou-se outro pedaço de tela, de 13X9cm, antepondo-se ao triângulo de Hesselbach, que foi fixado ao ligamento de Cooper, fascia transversalis, e a outra tela, que não foi retirada; sendo feita posteriormente a peritonização. **Conclusão:** O paciente evoluiu sem intercorrências, retornando as atividades profissionais com 7 dias. A reoperação por vídeo-laparoscopia possibilitou a chance de visualização da região inguinal que foi operada bilateralmente, permitindo o exame e a comparação de ambas as regiões inguiniais: uma com correção satisfatória, sem hérnia, e outra com recidiva herniária devido à migração parcial da tela.

080. URETEROLITOTOMIA VIDEOLAPAROSCÓ-PICA: UMA OPÇÃO ANTES DA CIRURGIA ABERTA

Castro MG, Filho JBA, Gaspar HA, Inohara M, Juliano RV, Silva FZ

Objetivo: Dentre as várias formas para tratamento de litíase urinária a videolaparoscopia tornou-se uma opção. Neste vídeo pretendemos demonstrar uma ureterolitotomia videolaparoscópica para um cálculo que não foi fragmentado com a litotripsia extra-corpórea e possuía uma massa calcárea grande demais para a ureterolitotripsia intra-corpórea. **Métodos:** Paciente B.F.L., 77 anos, com história de dor lombar típica à direita há 4 meses, sendo diagnosticada litíase urinária em ureter proximal, medindo aproximadamente 4 cm. Foi submetido a litotripsia extra-corpórea sem sucesso por duas vezes. Optamos então, pela realização de ureterolitotomia e por ser menos invasiva e com melhor recuperação pós-operatória utilizamos a via laparoscópica duplicando a técnica aberta. A dissecação do retro-peritônio foi realizada digitalmente e com auxílio de um balão através de uma incisão de 2 cm na linha axilar média. Posteriormente introduziu-se trocar de 10 mm com óptica de 0 grau e mais duas punções de 5 e 10 mm foram realizadas, uma no ângulo do músculo pára-vertebral com o

último arco costal e outra na ponta do último arco costal. Com um palpador o ureter direito foi dissecado e o cálculo identificado. O ureter foi incisado, o cálculo extraído sem dificuldades e o ureter suturado. O retroperitoneoperitônio foi desfeito e a incisão fechada. O Paciente evoluiu bem e recebeu alta no primeiro pós-operatório. **Conclusão:** A indicação da videolaparoscopia para litíase urinária tem aumentado significativamente, sendo a ureterolitotomia videolaparoscópica mais uma opção terapêutica antes da utilização da técnica aberta.

081. VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPEUTICA EM SUB-OCCLUSÃO INTESTINAL POR HÉRNIA INTERNA

Blandi FA, Burdelis REM, Cruz RRM, Lobello HFP, Ramacciotti O, Xavier MFF

blandi@uol.com.br

Objetivo: Relatar um caso, pela apresentação de um vídeo, de um paciente com sub-oclusão intestinal submetido a videolaparoscopia diagnóstica e terapêutica por hérnia interna. Pretende-se mostrar a viabilidade e segurança do procedimento. **Métodos:** Foi estudado um caso de um paciente, do sexo masculino, de 35 anos de idade e portador de sub-oclusão intestinal, submetido a uma videolaparoscopia diagnóstica e terapêutica por hérnia interna, no Serviço de Cirurgia Geral, da Disciplina de Fundamentos da Cirurgia da FMABC, em junho de 2002. O paciente apresentava sinais e sintomas de sub-oclusão intestinal, diagnosticada pelo quadro clínico e exames subsidiários. Foi indicada videolaparoscopia diagnóstica devido a resposta inadequada do tratamento clínico inicial, instituído por 48 horas, e história progressiva de ter sido internado em mês anterior com o mesmo diagnóstico. **Resultados:** Durante o inventário videolaparoscópico foi diagnosticada a causa da sub-oclusão intestinal. Tratava-se de uma hérnia interna originada por um orifício no meso do intestino delgado. No mesmo tempo operatório e pela mesma via de acesso foi realizado o tratamento da hérnia com sutura do meso. O tempo operatório foi de aproximadamente uma hora e meia. Não houve qualquer complicação intra-operatória. Não houve complicação pós-operatória precoce e o paciente teve alta hospitalar três dias após a cirurgia. O índice de morbidade e mortalidade foi zero. **Conclusão:** A via laparoscópica representa bom método diagnóstico em caso de sub-oclusão intestinal, podendo ser instituída terapia num mesmo tempo operatório e pela mesma via de acesso, em casos de diagnósticos menos complexos, como a hérnia referida. O procedimento é seguro e de baixa complexidade.

PÔSTERES CIRÚRGICOS

082. ANÁLISE DO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO-TÉCNICA À NISSEN

Cabianca AMR, Cruz RRM, Guimarães SO, Ligabue MV, Oliveira LB, Oliveira RB

alinecabi@ig.com.br

Análise retrospectiva de 110 pacientes submetidos a tratamento videolaparoscópico da doença do refluxo gastroesofágico operados com técnica à Nissen. **MÉTODOS:** Foram submetidos a tratamento videolaparoscópico para correção da doença do refluxo gastroesofágico 110 pacientes selecionados com EDA, EED, pHmetria (De Meester 14.7-14.0, em média 37.6) e manometria, no período de 2001- 2002, sendo realizado valvuloplastia anti-refluxo à Nissen e crura do anel hiatal, quando hérnia hiatal associada. Foram analisados o tempo de procedimento cirúrgico, período de internação, complicações maiores pós-operatórias e seus respectivos tratamentos, sintomatologia clínica e EDA de controle no pós-operatório. **Resultados:** O tempo de cirurgia foi em média de 80 minutos, com período de internação de 30 horas. Houve melhora da sintomatologia clínica em 96% dos pacientes, tendo melhora dos resultados da EDA em 100% dos casos. Disfagia em 8% dos pacientes, tratados posteriormente com dilatação endoscópica cm balão pneumático. Ocorreu

um caso de embolia pulmonar, um caso de estenose esofagogástrica que necessitou de reoperação e um caso de abscesso de loja esplênica tratado clinicamente. Houve uma incidência de 18% de dor em ombro nos pacientes. Mortalidade de 0% e morbidade de 4,2%. Os pacientes com esôfago de Barret (7,2%) apresentaram melhora clínica e endoscópica evidentes. **Conclusão:** A correção de hérnia de hiato e Doença do Refluxo Gastroesofágico por videolaparoscopia é um método consagrado, com baixa morbidez, melhora clínica evidente e um retorno dos pacientes a suas atividades mais precocemente.

083. ANÁLISE DOS TRATAMENTOS VIDEOLAPAROSCÓPICOS DA OBESIDADE MÓRBIDA - TÉCNICAS DE WITTGROVE, FOBI-CAPELLA E BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL (BGA)

Cabianca AMR, Cruz RRM, Guimarães SO, Ligabue MV, Oliveira LB, Oliveira RB

alinecabi@ig.com.br

A cirurgia aberta em obesos é associada às complicações cardiopulmonares, infecções e hérnia incisional enquanto a laparoscopia tem mostrado redução na morbidade perioperatória. Este estudo analisou pacientes submetidos a 3 técnicas cirúrgicas videolaparoscópicas, para verificar sua factibilidade no tratamento da obesidade mórbida. **Métodos:** Analisou-se por 1 ano o

resultado de 63 pacientes obesos mórbidos tratados por via laparoscópica com as técnicas de Fobi-Capella, Wittgrove ou BGA (12, 40 e 11 casos, respectivamente). Observou-se o tempo médio de cirurgia e internação, complicações intra e pós operatórias, comorbidades, perda de peso, morbidez, mortalidade, IMC pré-operatório. **Resultados:** O tempo médio de cirurgia foi de 180 (Wittgrove e Fobi-Capella) e de 50 minutos (BGA) e o de internação, de 76 (Wittgrove e Fobi-Capella) e 30 horas (BGA); 1 paciente permaneceu em UTI (1º PO); houve melhora das comorbidades em 86% dos pacientes em 3 meses; como complicações, 2 reoperações por hérnia interna em Fobi-Capella e Wittgrove, 2 de úlcera e 3 de estenose da gastroenteroanastomose resolvidos por dilatação endoscópica; 1 caso de deslizamento e 1 de extrusão da BGA; 0% de fístula, TEP ou mortalidade; perda de peso médio de 36,6% (Wittgrove) e de 38% (Fobi-Capella) em 12 meses e de 11,2% (BGA) em 6 meses; a morbidez encontrada foi de 12,5% (Wittgrove), 16,6% (Fobi-Capella) e de 18,1% (BGA); IMC médio pré-operatório de 42 (Wittgrove), de 45 (Fobi-Capella) e de 38 kg/m² (BGA). **Conclusão:** Os resultados foram satisfatórios, demonstrando a factibilidade dos procedimentos no tratamento da obesidade mórbida, com as vantagens da laparoscopia.

084. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFLAMATÓRIO DISSECADO

Aragão MC, Correa JA, Furlan M, Generoso RAM, Kafefjian O, Zanini RVR

mifurlan@terra.com.br

Objetivo: Os autores relatam o caso de uma senhora de 61 anos, hipertensa, com história de dor abdominal há quatro anos de forte intensidade, em região lombar, irradiada para todo abdome, acompanhada de lipotímia. Procurou serviço médico na época, sendo tratada com sintomáticos, permanecendo assintomática até os dias atuais. Veio ao ambulatório encaminhada para investigação de estenose de carótida. Ao exame físico a paciente apresentava todos os pulsos presentes e normais com exceção da artéria aorta, que estava hiperpulsátil. Durante a investigação diagnóstica foi encontrado no duplex, carótidas normais, e na tomografia de abdome, presença de aneurisma de aorta abdominal infra-renal de 3,5 cm dissecado. A aortografia mostrava aneurisma sacular. Optou-se pelo tratamento cirúrgico, com a realização de enxerto aorto-aórtico. O anátomo-patológico evidenciou aneurisma inflamatório dissecado. **Discussão:** Este tipo de aneurisma é uma variante clínico-patológica do aneurisma aterosclerótico, compreendendo 5 a 10% dos aneurismas de aorta abdominal infra-renal. Apresenta-se como um espessamento excessivo da parede aneurismática e aderências de estruturas vizinhas. Seu quadro clínico é semelhante a outros aneurismas (maioria assintomáticos) com exceção nos casos em que há expansão do mesmo levando a sua dissecação ou ruptura. Seu tratamento obedece aos mesmos critérios que outros aneurismas, como expectativa de vida, condições clínicas, tamanho do aneurisma e características do mesmo. Sua mortalidade é três vezes maior que o não inflamatório. **Conclusão:** O aneurisma inflamatório é uma patologia rara que deve ser lembrado nos casos em que há aderências no intraoperatório.

085. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL TROMBOSADO ASSOCIADO A TROMBOFILIA – RELATO DE CASO

Aragão MC, Correa JA, Furlan M, Generoso RAM, Kafefjian O, Zanini RVR

mifurlan@terra.com.br

Objetivo: Os autores relatam caso de senhor de 53 anos, previamente assintomático, com perda de força dos membros inferiores, subitamente, há uma hora da internação, acompanhada de dor, diminuição da temperatura e parestesia dos pododáctilos. Ao exame apresentava ausência de pulso a partir de femorais, presença de massa pulsátil em mesogástrio, cianose não fixa dos pododáctilos. Tomografia computadorizada de abdômen mostrava aneurisma de aorta abdominal infra-renal de 4,8cm, trombosoado, confirmado pela arteriografia. O local de punção, artéria braquial esquerda, ocluiu no primeiro dia após exame, sem repercussão clínica. Após cinco dias da internação apresentou abaulamento em hipogástrio, hiperemia

local, ausência de pulso na massa abdominal e aumento dos níveis de uréia e creatinina, solicitado nova tomografia mostrando hematoma de reto abdominal. Após 72 horas evoluiu com piora do quadro, edema escrotal e necrose peniana. Submetido a desbridamento, observando-se durante o inventário, moderada quantidade de pus com necrose da parede anterior da bexiga e do pênis. Paciente evoluiu para óbito no 1ºPO por choque séptico. Durante a pesquisa da trombose observou-se diminuição de proteína C. **Discussão:** a trombose aguda do aneurisma de aorta abdominal é uma complicação rara, mas devastadora. Incidência de aproximadamente 0,7-2,8% com uma taxa de mortalidade associada de 50%, tendo na literatura somente 48 casos publicados. Fatores de risco fortes para trombose são: presença de aneurisma de artéria ilíaca concomitante e doença cardíaca. **Conclusão:** embora esta complicação seja rara, sua taxa de mortalidade alta faz uma doença importante de entender, reconhecer, diagnosticar e tratar para um resultado próspero.

086. ANEURISMA DE CARÓTIDA INTERNA ESQUERDA TRATADO CIRURGICAMENTE

RELATO DE CASO CIRÚRGICO

Bezerra AS, Bicudo MC, Gomes JD, Kafefjian O, Maffei Jr JP, Wroclawski ML

fsbz@terra.com.br

Objetivo: Relatar caso de um senhor de 72 anos, hipertenso e ex-tabagista, com diagnóstico de aneurisma de carótida interna esquerda tratado cirurgicamente. **Discussão:** O paciente foi avaliado ambulatorialmente com sintomas de perda de memória para fatos recentes, proveniente do ambulatório de Neurologia, com diagnóstico de aneurisma de artéria carótida interna esquerda realizado por duplex scan. Não foi observado, ao exame clínico, abaulamento cervical ou sopro carotídeo. Para confirmação diagnóstica foi realizada arteriografia digital dos vasos cervicais e intracranianos, onde foi observado além do aneurisma de carótida interna esquerda, kinking e tortuosidade de carótida interna direita. Foi realizada aneurismectomia de carótida interna e anastomose primária de carótida interna com carótida externa, término-lateral e fechamento do coto proximal de carótida interna. A evolução foi satisfatória no pós-operatório, não apresentando qualquer complicação. Não houve melhora significativa do quadro de falta de memória e no controle ultrassonográfico pós-operatório, foi evidenciado perviedade da anastomose, sem estenose e foi confirmado aneurisma de carótida interna direita. Os aneurismas de carótida externa são ainda mais raros, devendo ser considerados em pacientes com massas cervicais pulsáteis. **Conclusão:** A história natural destes tipos de aneurisma permanece desconhecida, mas há uma tendência à realização do tratamento cirúrgico, mesmo quando assintomático, uma vez que o tratamento conservador associa-se a um risco de cerca de cinquenta por cento de ocorrência de acidente vascular cerebral.

087. ANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA TROMBOSADO TRATADO COM FIBRINÓLISE ASSOCIADO COM REVASCULARIZAÇÃO FÊMORO-POPLÍTEA UTILIZANDO VEIA DE BRAÇO. RELATO DE CASO

Bezerra AS, Fioretti A, Gomes JD, Neves LAC, Kafefjian O, Wroclawski ML

fsbz@terra.com.br

Objetivo: Os autores relatam o caso de um senhor de 78 anos, internado com quadro de insuficiência arterial aguda, cuja etiologia, diagnosticada através de arteriografia, foi aneurisma de artéria poplítea trombosoado e de artérias de perna, sendo submetido a trombólise com estreptoquinase, pela técnica de Pulse Spray, obtendo recanalização do aneurisma e das artérias de perna. **Discussão:** Devido ao fato de já ter sido safenectomizado bilateralmente, por varizes, e submetido a ressecção de veias de braço esquerdo para revascularização do miocárdio, foi optado como tratamento do aneurisma, após dois meses de trombólise, a realização de enxerto fêmoro-poplíteo com veia basílica e cefálica associada a exclusão do aneurisma. O aneurisma de poplítea é o aneurisma periférico mais frequente, sendo sua origem quase que exclusivamente aterosclerótica, apresentando-

se na maioria das vezes, com quadro de insuficiência arterial aguda, por trombose do mesmo ou por embolia do trombo mural. Seu tratamento é sempre cirúrgico, podendo ser previamente submetido a trombólise, se assim permitir o estado de isquemia do membro. Sabe-se que se tratado eletivamente há menor número de complicações tanto gerais, como melhora do índice de salvamento de membro. **Conclusão:** O caso relatado é o único onde foi realizado trombólise do aneurisma e após esta derivação e exclusão do aneurisma através de veia de braço. Devido a este fato os autores acharam interessantes relatá-lo, a fim de mostrar opções terapêuticas para esta patologia.

088. A RADIONEUCIRURGIA ESTEREOTÁXICA COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA EM MENINGIOMAS CEREBRAIS - RELATO DE CASO

Cardoso AM, Cardoso AP, Cardoso Junior JCP, Den Julio A, Novaes JY, Romano TG

anacardoso31@uol.com.br

Objetivo: A radioneurocirurgia é um procedimento ambulatorial realizado com o paciente acordado e alerta, com anestesia local, indicado para lesões cerebrais de até 40 mm, não utilizando os recursos da craniotomia. Com isso, pretendemos demonstrar uma opção menos invasiva no tratamento do meningioma cerebral. Este método permite atingir com precisão tumores cerebrais (benignos ou malignos), mal formações arterio-venosas e metástases cerebrais, preservando as estruturas vizinhas. Apresenta índices elevados de controle tumoral e baixa mortalidade em meningiomas, sendo estes diagnosticados por imagem, ou seja, sem comprovação anatomo-patológica. Porém, é descrito um risco de erro diagnóstico em 2,3% dos casos. **Discussão do Caso:** MLB, 40 anos, com histórico de cefaléia, vertigem e episódios de amnésia há três anos, sendo progressivos e refratários a outros tipos de tratamentos sintomáticos estabelecidos. A associação do estudo tomográfico com ressonância evidenciou tumoração de 10 mm em região parieto-occipital direita compatível com meningioma, estando indicado a radioneurocirurgia com dose total de 1500cGy com um isocentro (seis arcos estereotáxicos) calculado na curva de 90% (curva que abrange 90% da dose irradiada). A paciente se encontra assintomática há um ano da radioneurocirurgia, com remissão completa do quadro e sem imagens sugestivas de recidiva local. **Conclusão:** O sucesso obtido nesse caso e de muitos outros pacientes tratados com a radioneurocirurgia, mesmo para outros tipos de doenças, tem demonstrado que nem sempre é necessária uma craniotomia para se operar o cérebro de maneira curativa. Novas opções terapêuticas devem ser abordadas para que seja diminuída a morbidade das patologias cerebrais abordadas através de craniotomia.

089. CARCINOMA ESPINOCELULAR DE BEXIGA: RELATO DE CASO

Bicudo MC, Ferreira AD, Gomes JD, Kara-José FC, Machado MT, Passos LB
passosw@uol.com.br

Objetivo: Relatar um caso de carcinoma espinocelular de bexiga operado no serviço da disciplina de urologia da FMABC, bem como apresentar uma revisão da literatura. **Discussão:** O carcinoma espinocelular de bexiga corresponde a 8% dos tumores malignos vesicais, havendo pouca experiência em nosso meio. Por se tratar de um tumor agressivo, com altas taxas de recidiva local e invasão uretral, tem indicação de cirurgia radical precoce com uretrectomia, o que obriga a confecção de neobexiga não ortotópica. Neste caso foi utilizada a técnica de Indiana Pouch, cuja reconstrução utiliza o ceco e íleo distal. **Conclusão:** O carcinoma espinocelular de bexiga é um tumor altamente agressivo cujo tratamento consiste em cistectomia radical precoce.

090. CIRURGIA VÍDEO-ENDOSCÓPICA POR ACESSO EXTRAPERITONEAL: ASPECTOS TÉCNICOS E DE INDICAÇÃO

Barros LFFL, Castro MG, Gaspar HA, Machado MT, Prescinotto R, Santi PX
mrcaastro@webcable.com.br

Introdução: A cirurgia laparoscópica por acesso extraperitoneal é abordagem pouco utilizada em Urologia, no entanto apresenta vantagens cruciais quando comparada ao acesso transperitoneal tradicional. O objetivo deste trabalho é descrever a técnica extraperitoneal, assim como discutir suas vantagens e indicações. **Discussão:** A cirurgia laparoscópica em Urologia está definitivamente incorporada às técnicas de tratamento minimamente invasivo das afecções urogenitais. Apesar do acesso clássico aos órgãos do aparelho urinário ser extraperitoneal, esta via de acesso não tem sido priorizada quando se utiliza a técnica vídeo-endoscópica. No Brasil, poucos são os grupos que utilizam esta abordagem e muito pouco tem sido discutido quanto a sua real aplicabilidade prática. Os autores tiveram por objetivo discutir os principais aspectos técnicos e os critérios de indicação, relatados através do aprimoramento obtido num período de 5 anos com mais de 100 casos operados. Uma revisão da literatura mostra que é crescente a aceitação mundial da abordagem endoscópica extraperitoneal. No entanto, não existem evidências substanciais de que o acesso extraperitoneal seja superior ao transperitoneal. **Conclusão:** A escolha da via de acesso depende basicamente da preferência do cirurgião. As grandes vantagens da abordagem extraperitoneal são o acesso imediato ao hilo renal e o isolamento das estruturas peritoneais. O emprego deste acesso é, porém, extremamente útil quando existe suspeita de que aderências peritoneais significativas podem impossibilitar o ato operatório ou quando se quer preservar a cavidade peritoneal.

091. CISTO DERMÓIDE DE VAGINA: RELATO DE CASO

Alfinito FS, Barbosa CP, Matsumura S, Mendonça RR, Saab L, Weltman R
reweltman@hotmail.com

Objetivo: Relatar um caso de um cisto dermóide em espaço paravaginal, afecção esta rara devido à topografia e ao diagnóstico anatomo-patológico. **Discussão:** O cisto dermóide de espaço paravaginal desenvolve-se a partir de remanescentes embrionários ou inclusões epiteliais traumáticas provenientes, geralmente, de partos vaginais com episiotomia. Gardner descreveu cistos epidermóides de vagina como massas submucosas assintomáticas e de até quatro centímetros. Neste caso, a paciente I.S.A. 38 anos, IV gesta sendo quatro partos normais, procurou nosso serviço queixando-se de dor e desconforto vaginal, que evoluiu com dispareunia. Ao exame físico, a inspeção vulvar não revelava anormalidades; a massa era palpável em hipogastro e ao toque vaginal apresentava uma massa cística medindo 10 cm, localizada no espaço paravaginal. O ultra-som revelou massa heterogênea, provável cisto vaginal. Foi submetida à laparoscopia para auxílio de diagnóstico, mas essa não revelou alteração. A tomografia computadorizada de pelve sugeriu tumor anexial com invasão uterina. Em seguida, optou-se por abordagem vaginal para remoção completa da massa. Na literatura encontramos apenas dois casos descritos. Em 1982, Livengood e cols. publicaram um caso de um cisto dermóide paravaginal de 10 cm, doloroso, que foi diagnosticado por Tomografia Computadorizada. Segundo estes autores, o tratamento consiste na retirada do cisto, uma vez que, somente a drenagem e/ou sua marsupialização levam a recorrências. **Conclusão:** Desse modo acreditamos ser de suma importância notificar casos novos, uma vez que, estes irão contribuir significativamente para melhor compreensão, diagnóstico e tratamento de futuros casos.

092. CORREÇÃO DE ANEURISMA AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL COM ENDOPRÓTESE BIFURCADA: RELATO DO PRIMEIRO CASO DA FMABC

Bertolami A, Rafael Vilhena de Carvalho Fürst RVC, Galego SJ, Kafelijan O, Polimanti AC, Rodrigues FF

O Aneurisma de Aorta abdominal (AAA), é definido pela como uma dilatação anormal > 50% do diâmetro esperado de um vaso em determinada localização. Ocorre com maior frequência, em homens brancos com mais de 50 anos, tendo maior incidência aos 80. A maneira habitual de correção do AAA se faz por meio de cirurgia convencional, quer por acesso transperitoneal ou retroperitoneal, o que requer interrupção de fluxo de aorta, o que pode levar a alterações no pós-operatório e requer comumente maior tempo de hospitalização. Com o advento da técnica endovascular, a correção do AAA obteve uma nova opção de seu tratamento. Trata-se

de técnica inovadora, que exclui o saco aneurismático da circulação por meio de colocação de endoprótese, sem abordagem cirúrgica direta do segmento acometido. O objetivo deste vídeo é relatar o primeiro caso de correção de AAA, pela técnica endoluminal realizada no mês de maio de 2003, no Hospital de Ensino Padre Anchieta no setor de radiologia vascular –ABC Imagem. O paciente apresentava indicações para o procedimento: Coronariopatia, hipertensão arterial descompensada, Mal de Parkinson, diabetes mellitus, com critérios anatômicos favoráveis: , colo proximal de comprimento adequado e baixa tortuosidade de aorta e de artérias ilíacas. O procedimento aconteceu sem intercorrências, com o paciente obtendo alta hospitalar em 24 horas.

093. DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E COMPLICAÇÕES DA FRATURA PENIANA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.

Barreto PF, Castro MG, Gaspar HA, Machado MT, Zambom JP, Santi PX
mrcaastro@webcable.com.br

Objetivo: Relatar um caso de fratura peniana e discutir aspectos atuais no diagnóstico, tratamento e complicações pós-operatórias baseados na revisão da literatura. **Discussão:** A fratura de pênis se apresenta como evento raro, correspondendo a 1:175.000 das admissões hospitalares. Ocorre por trauma, através da masturbação ou compressão do pênis em ereção contra a sínfise púbica ou períneo durante o coito. A história clínica clássica baseia-se na tríade: dor, detumescência e som (estalido). Ao exame observa-se dor à palpação, hematoma, desvio peniano para o lado contralateral e, algumas vezes, lesão palpável. Para diagnóstico podem-se utilizar exames complementares como: USG, cavernosometria, RNM e uretrografia retrógrada (38% de lesão uretral associada). Os principais diagnósticos diferenciais são: lesão de veia dorsal e hematomas. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, sendo que o último possibilita reparo imediato, com rápida recuperação, baixa morbidade e pequena taxa de deformidade na maioria dos casos. As principais complicações são fístula venosa, insuficiência arterial, deformidade e infecção. **Relato do Caso:** E.S., 22 anos, com queixa de dor peniana intensa há 4 horas pós coito, acompanhada de hematoma local. Ao exame: pênis edemaciado, com hematoma em expansão, desviado para o lado esquerdo e extremamente doloroso à palpação. O paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico, sutura da túnica albugínea, evoluindo sem intercorrências pós-operatórias. **Conclusão:** A fratura peniana é um evento raro e a abordagem cirúrgica se apresenta com importante opção terapêutica, com bons resultados estéticos e funcionais.

094. Diagnóstico, Tratamento e Complicações do Priapismo

95. Relato de Caso e Revisão de Literatura

Bicudo MC, Gomes JD, Machado MT, Oliveira FR, Passos LB, Zambom JP

julianadean@uol.com.br

Objetivo: Relatar um caso de priapismo, discutir aspectos atuais no diagnóstico, tratamento e complicações baseados na revisão da literatura. **Relato de Caso:** R. M. S., 19 anos com queixa de ereção dolorosa há 19 horas. Foi diagnosticado priapismo venoclusivo através da história e exames laboratoriais. Realizada lavagem dos corpos cavernosos com SF 0,9 %,evoluiu com recidiva após 2 dias sendo realizado fistula cavernoso esponjoso distal. Após 3 dias evoluiu com nova recidiva sendo realizado fistula cavernoso esponjoso proximal. Após 4 dias evoluiu com fistula uretral realizado-se cistostomia. Apresentou melhora, recebendo alta hospitalar após 21 dias de internação (término da antibioticoterapia) . **Discussão:** O priapismo é uma ereção dolorosa, contínua, prolongada por mais de 6 horas. Após introdução de drogas intracavernosas, a incidência do priapismo vem aumentando. É uma emergência urológica e se não tratada pode levar à impotência. Pode ser de alto ou baixo fluxo. Os casos de baixo fluxo são mais frequentes, com grande potencial de alterações permanentes da função erétil. O diagnóstico é clínico, porém distinguindo priapismo arterial de venoclusivo, já que o tratamento de

ambos é diferente. Nos casos venoclusivos, o tratamento é através de shunts. Nos casos de alto fluxo, através da embolização. A principal complicação é a impotência. **Discussão:** O priapismo é tratado segundo o fator causal. O tempo de ereção está relacionado à ocorrência de complicações como impotência e conseqüente prejuízo psico-social ao indivíduo.

095. DUPLICAÇÃO GÁSTRICA INTRA TORÁCICA: PÔSTER CIRÚRGICO

Akita Júnior J, Appolonio F, Cagno Filho R, Fernandez PM, Junqueira Júnior SM, Pollachi F

betocagno@uol.com.br

Introdução: a duplicação gástrica constitui uma das malformações mais raras encontradas no período neonatal. **Objetivo:** relatar o diagnóstico e a evolução e tratamento de um lactente com cisto intratorácico. **Relato de Caso:** RN a termo, AIG, parto cesárea, com diagnóstico intra-útero de mielomeningocele, hidrocefalia e massa torácica cística à direita. Nascimento: peso=3090g, E: 46cm, PC: 39 cm, Apgar de 3 e 8 com presença de mielomeningocele rota. Realizada correção cirúrgica de mielomeningocele no 5º dia de vida. A tomografia de crânio revelou hidrocefalia e disgenesia de corpo caloso. Com 14 dias de vida foi submetido à derivação ventrículo-peritoneal. Ao RX de tórax observou-se, desde o nascimento, imagem cística em ápice de hemitórax direito, confirmada por tomografia de tórax. As hipóteses diagnósticas foram: timo, cisto broncogênico, mal formação adenomatosa cística ou duplicação esofágica. Observou-se também, na tomografia de tórax, a presença de mal formação vertebral. Aos 31 dias de vida foi realizada toracotomia, onde se encontrou lesão cística de 5'5'5 cm de diâmetro, sem comunicação com esôfago, vasos de hilo pulmonar ou brônquios. Lactente recebeu alta hospitalar com 54 dias de vida. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica revelou presença de formação cística revestida por epitélio gástrico antral, confirmando o diagnóstico de duplicação gástrica. **Discussão:** entre os cistos intratorácicos, o broncogênico é o mais comum. No caso do nosso paciente, a cintilografia com radioisótopo marcado com tecnécio para a pesquisa de mucosa ectópica poderia ter sido útil para o diagnóstico pré-operatório de cisto gástrico. Na literatura, essa malformação se associa com freqüência a malformação vertebral, como o caso relatado. **Conclusões:** a importância do diagnóstico antenatal para posterior condução do caso com maior benefício para o paciente.

096. ENXERTO ÓSSEO HOMÓLOGO LIOFILIZADO EM ARTROPLASTIA DE REVISÃO

Barella SM, Bergamin FS, Fujiki EN, Mitev AG, Nicolau RJ, Pinto MP

bibergamin@hotmail.com

Introdução: A Cirurgia de revisão em artroplastia de quadril é um desafio. Muitas técnicas são utilizadas: próteses com haste longa sem enxerto ósseo e próteses cimentadas ou não com enxerto de banco de osso. **Objetivo:** implantação de banco de osso é muito onerosa. Com intuito de possibilitar cirurgias de revisão em hospitais que não possuem banco de osso, resolvemos utilizar o enxerto homólogo liofilizado e observar se há preenchimento das falhas ósseas e se ocorre integração radiográfica do enxerto. **Métodos:** Entre 1997 e 2000, operamos oito pacientes com soltura de prótese total de quadril. Em quatro utilizou-se enxerto ósseo liofilizado no fêmur e acetábulo; em dois, somente no fêmur, e em dois somente no acetábulo. Em sete utilizou-se prótese de Charnley e em um, prótese cimentada. **Conclusão:** Sete casos acompanhados em média por 24meses. Radiografias evidenciaram preenchimento ósseo nas falhas ósseas, osteointegração do enxerto e não mostraram soltura. Apesar da osteoindução e osteocondução do liofilizado ser menor do que enxerto congelado e fresco, tivemos a impressão de integração radiográfica do enxerto. Apesar da casuística ser pequena, o enxerto liofilizado pode ser uma opção viável nas revisões de artroplastia de quadril, podendo ser utilizado em hospitais sem banco de osso. Além disso, os riscos de transmissão de doenças infecto-contagiosas são bem menores quando se utiliza o enxerto homólogo liofilizado.

097. ESCROTO AGUDO POR APENDICITE EM HÉRNIA INGUINAL ENCARCERADA EM RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: RELATO DE CASO

Appolonio F, Fernandez PM, Ferreira HG, Pollachi F, Vidoris AAC, Zanini RVR

fappolonio@yahoo.com

Introdução: O encarceramento de hérnia inguinal é comum na infância, principalmente em recém-nascidos pré-termo (RNPT); enquanto a apendicite neonatal é rara e de difícil diagnóstico nesta faixa etária. Relatos de apendicite neonatal em hérnia encarcerada são excepcionalmente raros. Os autores relatam um caso de escroto agudo causado por apendicite aguda em uma hérnia inguinal encarcerada em RNPT. **Relato do Caso:** RNPT, masculino, extremo baixo peso (750g), com hérnia inguino-escrotal bilateral grande e redutível. No 84º dia de vida, apresentou hiperemia do hemi-escroto direito acompanhada de endurecimento, dor e aumento de tamanho do testículo homo-lateral. O abdome não apresentava alterações ao exame físico e na radiografia não havia sinais sugestivos de encarceramento ou suboclusão intestinal. Feita a hipótese de torção testicular à direita e tratando-se de RN de alto risco para procedimento cirúrgico, optou-se por conduta expectante durante uma semana. Após a melhora das condições clínicas, o paciente foi submetido à exploração cirúrgica. Identificou-se tumoração endurecida envolvendo o testículo direito, e dentro dela o apêndice cecal perfurado envolvido por uma carapaça de peritônio. Foi realizada a apendicectomia e tratamento do saco herniário. O paciente apresentou boa evolução. **Conclusão:** A apendicite neonatal é uma entidade rara e pode ocorrer como hérnia inguinal encarcerada ou simulando um quadro de torção de cordão espermático, fazendo parte do diagnóstico diferencial de quadros de escroto agudo. O diagnóstico é difícil, sendo realizado no intra-operatório na maioria dos casos. A conduta é a apendicectomia com correção da hérnia inguinal, associada ou não à exploração do lado contra-lateral

098. FÍSTULA CAROTIDEO-JUGULAR PÓS PASSAGEM DE CATETER TEMPORÁRIO DE HEMODIÁLISE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Fioretti AC, Fürst R, Hirai LK, Kafajian O, Oliveira FP, Polimanti AC

afonso_sp@yahoo.com.br

Objetivo: Por apresentar um número pequeno de artigos encontrados na literatura e de conduta pouco uniforme os autores acharam pertinentes divulgar o caso e fazer uma breve revisão da literatura. **DISCUSSÃO DO CASO:** Os autores relatam o caso de uma paciente de 18 anos portadora de insuficiência renal crônica em regime de hemodiálise, que apresentou quadro de frêmito em base do pescoço após punção inadvertida da artéria carótida na tentativa de passagem de cateter de hemodiálise de curta duração. Paciente negava qualquer sintoma neurológico e ao exame físico encontrou-se frêmito e sopro no terço médio do pescoço. Foi submetido à arteriografia diagnóstica que mostrou fístula arteriovenosa entre artéria carótida comum e veia jugular interna. Optou-se pelo tratamento endovascular com a colocação de um stent revestido com sucesso. **Conclusão:** A punção de veias com cateteres, de curta e longa duração, para acesso central para hemodiálise, não é totalmente isenta de complicações, sendo a mais frequente a infecção. Outra complicação, porém muito rara, é a punção inadvertida da artéria carótida com realização de fístula carotídeo-jugular.

099. HÉRNIA INGUINAL DIREITA GIGANTE RECIDIVADA

Dall' Olio G, Garcia JB, Guimarães SO, Siloto GRH, Miotto M

dr.giancarlo@uol.com.br

Objetivo: Os autores apresentam um relato de caso de um paciente atendido no Hospital de Ensino Padre Anchieta em São Bernardo do Campo – SP acompanhado do pré-operatório até o 90º dia pós-operatório a incidência, definição, apresentação, métodos diagnósticos e tratamento de uma hérnia inguinal gigante com base em documentação fotográfica e

revisão de literatura. **Métodos:** Paciente de 74 anos que procurou assistência médica com queixa de abaulamento em região inguinal direita há dois anos que nos últimos três meses cursou com dor incaracterística com melhora ao repouso. Ao exame físico, abaulamento em região inguino-escrotal direita medindo 15x20x15cm onde se palpava um tumor não redutível com manobras manuais e sem delimitação precisa do anel herniário. **Resultados:** O paciente foi submetido à intervenção cirúrgica, que é descrita no trabalho, encontrado-se assintomático e satisfeito com os resultados em sua última avaliação. **Conclusão:** As hérnias inguinais representam a principal causa de obstrução mecânica intestinal, superadas unicamente pelas aderências. O tratamento das hérnias é eminentemente cirúrgico.

100. IDENTIFICAÇÃO DA CAMADA MUSCULAR DA MUCOSA EM BEXIGAS DE CADÁVERES

Barros LFFL, Castro MG, Gaspar HA, Machado MT, Prescinotto R, Santiago LHS

mrcastro@webcable.com.br

Introdução e Casuística: Dixon e Gosling, estudando pacientes com hiperatividade detrusora, mostraram a existência da camada muscular da mucosa, não mencionada nos livros. A determinação da existência desta camada seria um divisor de águas entre o carcinoma superficial da bexiga (T0) e o carcinoma invasivo da muscular (T2). Os tumores T1 representam uma doença de agressividade intermediária, sendo que 30% a 50% progredem para doença invasiva. Alguns trabalhos mostraram que a invasão da muscular da mucosa pode ser fator determinante no prognóstico. Visamos realizar um estudo histológico através de cortes sistemáticos de bexigas normais, mapeando localização e padrão desta camada. **Métodos:** Fragmentos de 0,5 cm de largura, corados com hematoxilina eosina e Tricrômico de Masson em 20 bexigas. Os fragmentos serão retirados do colo vesical, trígono, terço médio e cúpula e serão subdivididos em direito e esquerdo. Análise dos resultados por faixa etária, sexo, raça, topografia, incidência e padrão de distribuição e comparação com a literatura. **Conclusão:** A camada muscular da mucosa existe em parte significativa da população, devendo ser estudada com mais atenção, visto seu valor prognóstico importante nos tumores classificados como T1.

101. MEGA-URETER REFLUXIVO – RELATO DE CASO

Corpa JHN, Filho VAG, Horie AS, Pollachi F, Takashima KK

jesse.corpa@terra.com.br

Objetivo: disponibilizar para consulta médica a descrição de um complicado caso iniciado com uma infecção urinária que teve como diagnóstico cirúrgico a doença chamada Mega-ureter Refluxivo. **Discussão:** Reportamos o caso de uma criança do sexo masculino de 8 dias de vida com quadro de ITU complicada com choque séptico, CIVD, insuficiência respiratória e vasculite de extremidades. Após compensação clínica, foi submetida a estudos cintilográficos do trato urinário, revelando uma possível ureterocele à direita. Aos 55 dias de vida, foi submetida a cirurgia, sendo o diagnóstico intra operatório de um mega-ureter refluxivo à direita, sendo então realizada ureterostomia à direita. **Conclusão:** Mega-ureter é uma afecção urológica infantil rara na qual ainda não há consenso quanto ao diâmetro mínimo necessário para seu conceito. Trata-se, em grande parte, de uma uropatia obstrutiva funcional.

102. MOLÉSTIA DE DUPUYTREN: RESULTADOS DO TRATAMENTO COM FASCECTOMIA PALMAR

Fukushima WY, Kehde AMR, Pavan A, Pohl PHI, Soutello H, Tinos MS

alexandre.pavan@ig.com.br

Introdução: Moléstia de Dupuytren é uma doença benigna do tecido conjuntivo que se caracteriza por apresentar proliferação fibroblástica, com formação de nódulos, cronicamente resulta na retração da fásia palmar e impossibilidade de extensão das articulações metacarpo-

falangeanas e inter-falangeanas proximais, dificultando as funções diárias. O aspecto desagradável, perda parcial da função pode estar relacionado com uso crônico de bebidas alcoólicas e de medicamentos anticonvulsivantes. **Objetivo:** Apresentar nossos resultados do tratamento cirúrgico. **Métodos:** Pesquisa realizada no Hospital Ipiranga e Faculdade de Medicina do ABC, com 36 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da Moléstia de Dupuytren, entre o período de fevereiro de 1996 até dezembro de 2002. Todos os pacientes foram submetidos à mesma técnica cirúrgica: fasciectomia palmar. **Resultados:** A idade mínima foi de 32 anos, a máxima de 76 anos. Quanto ao sexo houve predomínio do masculino com 26 pacientes e o restante do sexo feminino com 10 pacientes. Quanto ao lado acometido, observamos que 15 ocorreram do lado direito, 13 do lado esquerdo e oito bilaterais. Quanto aos resultados clínicos observamos que todos ficaram satisfeitos quanto ao resultado estético, mas, quanto aos resultados funcionais, 2 apresentaram rigidez articular, 3 apresentaram complicações cutâneas com infecção superficial, necessitando de antibioticoterapia oral. Observamos dois pacientes com associação com a fascíte plantar, 18 pacientes com uso de bebidas alcoólicas e sete com uso de anticonvulsivantes. **Conclusão:** A fasciectomia palmar representa boa opção técnica para o tratamento das retrações da fáscia palmar, com poucas complicações e resultado estético satisfatório.

103. RECONSTRUÇÃO DE TERÇO DISTAL DE NARIZ POR CARCINOMA BASOCELULAR VARIANTE ESCLERODERMIFORME

Guilherme TS, Pedroso S, Teixeira JA, Yui F

tatiguilherme@hotmail.com

Introdução: As neoplasias cutâneas, excluindo-se os melanomas, constituem o grupo de maior incidência na população branca. O carcinoma basocelular responde por 70 a 80% dos casos, atinge mais idosos de pele clara nas áreas expostas ao sol como face, região cervical e membros superiores. Apresenta-se nas variantes clínicas nodular ou nódulo ulcerativo, superficial, esclerodermiforme, pigmentado e fibroepitelioma de Pinkus. Apesar da baixa mortalidade, torna-se de extrema importância pela frequência e alto índice de recidiva e seqüelas quando tratado inadequadamente. **Objetivo:** Demonstrar a reconstrução de terço distal de nariz pós-ressecção de carcinoma basocelular esclerodermiforme reincidivado. **Discussão:** Existem técnicas consagradas para reconstrução nasal, nesta paciente optamos por enxerto de cartilagem costal associado aos retalhos nasogenianos para reparo da área cruenta do terço distal e columela seguido por retalho frontal, enxerto de cartilagem conchal para definição da narina e retoques para melhorar o arcabouço e a forma nasal em tempos separados. **Conclusão:** O cuidado para ressecção tridimensional das margens, necessidade de reparação de vários planos anatômicos e evitar recidivas são as dificuldades maiores enfrentadas pelos cirurgiões nestes tipos de pacientes.

104. RECONSTRUÇÃO ORBITAL DE FRATURA TIPO “BLOW-OUT”

Falcone BEG, Gonçalves S, Kaba SCP, Kuroki LN, Polycarpo A, Segredo PF

dipapo@terra.com.br

As fraturas orbitárias são descritas desde 1889 por Lang, como entidade clínica particular. Dos modelos teóricos desenvolvidos para explicar o mecanismo etiológico das fraturas orbitais, dois são os mais aceitos: a teoria hidráulica, onde as forças aplicadas na região orbital são transmitidas através do bulbo ocular para as paredes da órbita; e a teoria de transmissão de forças através dos arcos e pilares do esqueleto facial. O reconhecimento precoce da destruição das paredes orbitais e seu tratamento são dirigidos principalmente à prevenção de deformidades funcionais e estéticas. Os sinais e sintomas presentes no pós-trauma imediato (equimose peri-orbital, hiposfagma, enoftalmo, diplopia, distopia, oftalmoplegia e parestesia infra-orbital) são, em sua maioria, provenientes da herniação da gordura e outros tecidos peri-orbitais para o interior do seio maxilar ou etmoidal e consequente aprisionamento de estruturas funcionais no interior destes. Vários materiais são descritos e utilizados para a correção destas fraturas, como: polietileno poroso, tela de titânio, malha de Marlex®, Lactosorb®,

politetrafluoretileno, dura-máter liofilizada, cartilagem liofilizada, osso de banco, cartilagens septal e auricular, parede anterior de seio maxilar, crista íliaca, calvária e fáscia lata. Os autores relatam caso clínico de paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando fratura orbital tipo “blow-out” envolvendo paredes medial e inferior de órbita esquerda, com importante grau de cominição. Apresentava distopia ocular, diplopia vertical e enoftalmo, sem alterações bulbares estruturais. A reconstrução orbitária foi realizada através da utilização de enxerto ósseo autógeno de crista íliaca. São discutidos, no presente trabalho, a fisiopatogenia, as possibilidades terapêuticas e avaliação dos resultados obtidos.

105. RESSECÇÃO ALARGADA NO CÂNCER COLORRETAL: RELATO DE CASO

Cabianca AMR, Henriques AC, Kappaz GT, Nery SB, Paez YP, Pereira MSM

gkappaz@estadao.com.br

Objetivo: Apresentar um caso de ressecção alargada no câncer colorretal, e discutir os resultados encontrados na literatura. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 63 anos de idade, com queixa de diarreia há um mês, 2 a 3 vezes por dia, de consistência pastosa a líquida, e reconhecimento de alimentos nas fezes. Apresentou também cólica abdominal de leve a moderada intensidade, astenia e emagrecimento de 12 Kg no período. Ao exame físico apresentou-se com abdome escavado sem massas palpáveis. Na Endoscopia Digestiva Alta encontrou-se lesão úlcero-vegetante em segunda porção duodenal, de característica friável e aspecto necro-hemorrágico. A biópsia da lesão constatou adenocarcinoma papilífero de tipo intestinal. No Raio-x de trânsito intestinal constatou-se presença de fístula duodeno-cólica. A ultra-sonografia de abdome mostrou presença de imagem nodular justa-pancreática. Na tomografia de abdome detectou-se espessamento parietal irregular do duodeno e espessamento parietal vesical difuso. O paciente foi submetido à gastroduodenopancreatectomia cefálica e hemicolecotomia direita em monobloco, com reconstrução por colédoco-jejuno anastomose, pancreato-jejuno anastomose e gastro-jejuno anastomose em alça única, e fleo-transverso anastomose. O paciente evoluiu no 7º PO com evisceração, sendo realizada resutura de parede abdominal, recebendo alta hospitalar no 10º PO. **Conclusão:** A ressecção alargada no câncer colorretal é factível, e está indicada em casos selecionados, sem metástases à distância, com lesões ressecáveis e em pacientes com boas condições clínicas pré-operatórias.

106. RETALHO CUTÂNEO DE TRANSPOSIÇÃO NA RECONSTRUÇÃO DA ASA NASAL

Berton V, Catelani LGC, Cunial MEP, Kameyama A, Real LBS, Yui F maricunial@yahoo.com.br

Objetivo: relatar o caso de uma paciente submetida à reconstrução da asa nasal pós-traumática com retalho cutâneo de transposição associado à enxertia de cartilagem septal em região alar e à enxertia de pele total na área cruenta remanescente. **Discussão:** na reconstrução nasal após exérese tumoral ou pós-traumática, várias opções de retalhos, cutâneos ou combinados, são possíveis, dependendo da localização da área a ser reconstruída e da extensão do defeito. Na região lateral do nariz, a borda alar, móvel, convexa, pode ser facilmente alterada. Desse modo, o cuidado com os limites anatômicos torna-se fundamental para garantir a simetria nasal. Diversos tipos de retalhos, como o nasolabial, rombóide, glabellar estendido e bilobado, dentre outros, podem ser usados na reparação dessa região. **Conclusão:** o retalho escolhido obteve resultado estético satisfatório no pós-operatório, constituindo boa opção para as reconstruções da asa nasal.

107. SÍNDROME DO DEDO AZUL

Azevedo R, Ferreira HG, Guimarães SO, Kafajian O, Polimanti AC, Soares A dr.andrey@uol.com.br

Objetivo: Os fenômenos embólicos causando isquemia digital de membro superior, apesar de raros, são bem conhecidos. Diversas são as suas causas,

tais como: êmbolos cardíacos e ateroscleróticos, aneurismas, uso prolongado de cateteres, complicações associadas com acessos dialíticos, trabalho repetitivo, trauma, síndrome do martelo hipotênar, abuso de drogas injetáveis e síndrome do desfiladeiro torácico. O diagnóstico é realizado através de anamnese e exame físico, sendo a angiografia o exame padrão ouro para confirmação diagnóstica e ajuda terapêutica. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão bibliográfica do tratamento do embolismo digital e relatar um caso conduzido em nosso serviço. **Discussão:** JFS, 73 anos, masculino. Paciente com queixa de cianose nos cinco quirodáctilos esquerdos com aparecimento de placa necrótica em polpa digital de 2º quirodáctilo esquerdo e dor em mão esquerda ao repouso. Paciente com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo e revascularização do miocárdio. Ao exame físico apresentava cianose em polpa digital dos cinco quirodáctilos esquerdos, lesão trófica em 2º quirodáctilo esquerdo, pulsos presentes e simétricos e níveis pressóricos elevado. Demais parâmetros sem alterações. Realizada arteriografia que demonstrou placa aterosclerótica em terço proximal de artéria subclávia esquerda, demais artérias pérvias, sem repercussão hemodinâmica; realizada implantação de stent na lesão. Paciente recebeu alta com acompanhamento ambulatorial, após três meses encontra-se com melhora da cianose e cicatrização da lesão necrótica. **Conclusão:** A nossa revisão bibliográfica demonstra que o manejo endovascular da isquemia digital apresenta bons resultados. De acordo com o tratamento realizado o paciente apresentou regressão do quadro isquêmico.

108. TORÇÃO DE HIDÁTIDE DE MORGAGNI: RELATO DE CASO

Barros LFFL, Castro MG, Gaspar HA, Machado MT, Pescinoto R, Zambon mrcastro@webcable.com.br

Objetivo: Relatar um caso de torção de Hidátide de Morgagni direita no idoso e discutir aspectos atuais do diagnóstico e tratamento, baseados no caso e na literatura científica. **Discussão do Caso:** A torção de Hidátide de Morgagni é uma entidade rara, especialmente em idosos. O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras causas de escroto agudo como: torção de cordão espermático, orquiepididimites, hidrocele comunicante e tumores. Não se sabe ao certo a causa da torção, acreditando-se ser resultado de estimulação hormonal que aumenta a massa testicular e a torna mais suscetível à torção. No caso em questão, paciente de 61 anos apresentou quadro de dor testicular direita de intensidade crescente, com irradiação para região lombar e raiz da coxa direita, negando trauma. Ao exame, apresentava retração e dor em testículo direito, com sinais flogísticos e de difícil palpação pela dor. Foi aventada a hipótese de escroto agudo e indicada a cirurgia, que consistiu em escrotomia medial com exteriorização de testículo, sendo constatada hidátide de Morgagni necrosada à direita e realizada a sua excisão. Os testículos eram normais. O paciente recebeu alta no segundo pós-operatório, sem intercorrências. **Conclusão:** A torção de hidátide de Morgagni é uma entidade rara e se enquadra nos diagnósticos diferenciais de escroto agudo. A grande dificuldade desses casos é justamente o diagnóstico diferencial, visto que o tratamento das diversas doenças que se enquadram nesta síndrome é diferente. Nos casos de torção de hidátide, a simples excisão da mesma na maioria das vezes é bem sucedido.

109. TREINAMENTO EM CADÁVER DAS TÁTICAS CIRÚRGICAS DE ABORDAGEM DA VEIA CAVA INFERIOR ACIMA DO FÍGADO

Barsella AR, Benavides M, Dall'Ólio G, Guimarães SO, Polimanti AC, Velha LPE

samuelguimaraes@yahoo.com.br

Introdução: O rompimento da veia cava inferior (VCI) acima do fígado é causado pela desaceleração súbita no impacto, com o coração e a VCI jogadas anteriormente contra o diafragma, relativamente fixo e rígido. A mortalidade global para lesões da VCI varia de 21 a 81%; as vítimas com severo trauma toracoabdominal onde a avulsão ou laceração da VCI está presente, normalmente se encontram em choque profundo e 30% morrerá antes de chegar ao serviço médico. Metade daqueles que chegam ao hospital morre no departamento de emergência ou durante o ato operatório. A mortalidade da VCI neste nível pode exceder 80%. **Objetivo:** Apresentar

detalhadamente as manobras para abordagem da VCI acima do fígado, através de um enfoque anatómico e cirúrgico. **Métodos:** Foram realizadas dissecações em cadáveres no Serviço de Verificação de Óbito da Universidade de São Paulo, no período de abril de 2001 a junho de 2003, com documentação fotográfica e revisão bibliográfica. **Resultados:** Elaboração de um pôster mostrando as vias de acesso intra-pericárdica e intra-abdominal da VCI acima do fígado, caracterizando os múltiplos parâmetros anatómicos necessários para a adequada exposição e abordagem desta região. **Conclusão:** O treinamento em cadáveres nos concede maior precisão, segurança e versatilidade das manobras cirúrgicas, dada a possibilidade de repetição e estudo continuado.

110. TREINAMENTO EM CADÁVER DAS TÁTICAS CIRÚRGICAS DE ABORDAGEM DA VEIA CAVA INFERIOR INFRA-RENAL

Barsella AR, Benavides M, Dall'Ólio G, Guimaraes SO, Polimanti AC, Velha LPE

samuelguimaraes@yahoo.com.br

Introdução: A veia cava inferior (VCI) é a maior veia do corpo, sem válvulas, e recebe o sangue dos membros inferiores, da maior parte da parede abdominal, das vísceras abdominais e pélvicas. O estudo de sua anatomia cirúrgica mostra-se de suma importância, principalmente no trauma, sendo este hoje responsável pela principal causa de morte entre a segunda e terceira década de vida, nos grandes centros urbanos. A mortalidade das lesões da VCI varia de 21% a 81%, sendo que seu segmento infra-renal é o de melhor prognóstico e responsável por aproximadamente 23%. **Objetivo:** Apresentar detalhadamente as manobras para abordagem da VCI em sua porção infra-renal, através de um enfoque anatómico e cirúrgico. **Métodos:** Foram realizadas dissecações em cadáveres no Serviço de Verificação de Óbito da Universidade de São Paulo, no período de abril de 2001 a junho de 2003, com documentação fotográfica e revisão bibliográfica. **Resultados:** Elaboração de um pôster mostrando as vias de acesso da VCI abaixo das veias renais através da manobra de Cattell, que consiste em secção da flexão peritoneal do ângulo hepático do cólon direito até o ceco, rebatendo-os até a linha média, permitindo controle e abordagem de toda veia cava infra-renal, até sua bifurcação. **Conclusão:** O treinamento em cadáveres nos concede maior precisão, segurança e versatilidade das manobras cirúrgicas, dada a possibilidade de repetição e estudo continuado.

111. TREINAMENTO EM CADÁVER DAS TÁTICAS CIRÚRGICAS DE ABORDAGEM DA VEIA CAVA INFERIOR RETRO-HEPÁTICA

Barsella AR, Benavides M, Dall'Ólio G, Guimarães SO, Polimanti AC, Velha LPE

samuelguimaraes@yahoo.com.br

Introdução: A veia cava retrohepática é um segmento da veia cava inferior (VCI) com aproximadamente 7 cm de comprimento. Seus limites são definidos pelas veias frênicas acima e pela veia adrenal direita abaixo. Lesões da veia cava retro-hepática, embora representem uma pequena proporção de todos os traumas do fígado, constituem a maior causa de morte destas lesões. Estes pacientes normalmente não sobrevivem até alcançar o hospital. Aqueles que chegam vivos, mas hipotensos, apresentam uma taxa de mortalidade excepcionalmente alta, independente do tipo de tratamento e da operação. A taxa de mortalidade global para lesões da VCI varia de 21 a 81%, e a mortalidade das lesões da VCI retro-hepática encontra-se entre 50 a 80%. **Objetivo:** Apresentar detalhadamente as manobras para abordagem da VCI em sua porção retro-hepática, através de um enfoque anatómico e cirúrgico. **Métodos:** Foram realizadas dissecações em cadáveres no Serviço de Verificação de Óbito da Universidade de São Paulo, no período de abril de 2001 a junho de 2003, com documentação fotográfica e revisão bibliográfica. **Resultados:** Elaboração de um pôster mostrando as vias de acesso da VCI em sua porção retro-hepática, caracterizando os múltiplos parâmetros anatómicos necessários para a adequada exposição da cava retro-hepática. **Conclusão:** O treinamento em cadáveres nos concede maior precisão, segurança e versatilidade das manobras cirúrgicas, dada a possibilidade de repetição e estudo continuado.

112. TREINAMENTO EM CADÁVER DAS TÁTICAS CIRÚRGICAS DE ABORDAGEM DA VEIA CAVA INFERIOR SUPRA-RENAL

Barsella AR, Benavides M, Dall'Olio G, Guimarães SO, Polimanti AC, Velha LPE

samuelguimaraes@yahoo.com.br

Introdução: A veia cava inferior (VCI) é a maior veia do corpo e seu estudo anatômico cirúrgico é de suma importância, principalmente no trauma abdominal, pois sabe-se que um em cada 50 ferimentos por arma de fogo e um em cada 300 ferimentos por arma branca lesam a veia cava. A maioria dos óbitos envolvendo lesões de VCI (até 82%) ocorre nas primeiras 24 horas após a lesão e estão relacionados, principalmente, ao sangramento decorrente das dificuldades próprias do controle das lesões vasculares. A mortalidade das lesões da VCI varia de 21% a 81%, sendo que no segmento supra-renal é de aproximadamente 70%. **Objetivos:** Apresentar detalhadamente as manobras para abordagem da VCI em sua porção supra-renal, através de um enfoque anatômico e cirúrgico. **Métodos:** Foram realizadas dissecações em cadáveres no Serviço de Verificação de Óbito da Universidade de São Paulo, no período de abril de 2001 a junho de 2003, com documentação fotográfica e revisão bibliográfica. **Resultados:** Elaboração de um pôster mostrando as vias de acesso da VCI entre o fígado e as veias renais, através da manobra de Kocher, que consiste em rebater a segunda e terceira porções do duodeno para a linha média, ressaltando suas íntimas relações com órgãos, vasos e estruturas vizinhas. **Conclusão:** O treinamento em cadáveres nos concede maior precisão, segurança e versatilidade das manobras cirúrgicas, dada a possibilidade de repetição e estudo continuado.

113. TREINAMENTO EM CADÁVER DE MANOBRAS CRÍTICAS NO MEDIASTINO: ABORDAGEM DO SEGMENTO INTRAPERICÁRDICO DAS ARTÉRIAS PULMONARES

Barsella AR, Benavides M, Guimarães SO, Penha FG, Polimanti AC, Velha LPE

afonso_sp@yahoo.com.br

Introdução: A abordagem de escolha às lesões vasculares mediastinais é um dos maiores dilemas na cirurgia de trauma. Estudos relatam que 20,1% dos traumas vasculares situam-se no tórax, e, deste grupo, 71% dos pacientes com lesões importantes dos vasos da base vão a óbito antes de chegarem ao hospital. No entanto, com a evolução do atendimento pré-hospitalar, a incidência destas lesões vem aumentando, havendo relatos

de pacientes tratados com sucesso. As lesões das artérias pulmonares são encontradas em até 7% dos pacientes submetidos à toracotomia por trauma penetrante de tórax e a sobrevida destes pacientes é determinada pela rápida abordagem da emergência dos vasos, em seu segmento intra-pericárdico. **Objetivo:** Apresentar detalhadamente as manobras de abordagem as artérias pulmonares, em seu segmento intra-pericárdico. **Métodos:** Foram realizadas dissecações em cadáveres no Serviço de Verificação de Óbito da Universidade de São Paulo, no período de abril de 2001 a junho de 2003, com documentação fotográfica e revisão bibliográfica. **Resultados:** Os resultados apresentados nos permitem a elaboração deste pôster com fotos demonstrativas das táticas anatômico-cirúrgicas das possíveis vias de acesso para a abordagem das artérias pulmonares, em seu segmento intra-pericárdico. **Conclusão:** O treinamento em cadáveres nos concede maior precisão, segurança e versatilidade das manobras cirúrgicas, dada a possibilidade de repetição e estudo continuado.

114. TREINAMENTO EM CADÁVER DE MANOBRAS CRÍTICAS EM MEDIASTINO: CLAMPEAMENTO DO HILO PULMONAR

Barsella AR, Benavides M, Guimarães SO, Polimanti AC, Veiga MG, Velha LPE

afonso_sp@yahoo.com.br

Introdução: Cerca de 15% dos pacientes vítimas de trauma torácico necessitam de toracotomia de urgência, e 15% destes, têm a necessidade da realização do clameamento do hilo pulmonar, por hemorragia severa, destruição parenquimatosa importante, ou ambos. A lesão dos vasos hilares evolui a óbito em até 70% dos casos. Entre as causas de morte destes pacientes encontram-se a incapacidade de ventilar, sangramento incontrolável, e embolia gasosa. A sobrevida destes pacientes depende da agilidade na hemostasia do hilo. **Objetivo:** Apresentar detalhadamente as manobras de abordagem das estruturas do hilo pulmonar. **Métodos:** Foram realizadas dissecações em cadáveres no Serviço de Verificação de Óbito da Universidade de São Paulo, no período de abril de 2001 a junho de 2003, com documentação fotográfica e revisão bibliográfica. **Resultados:** Os resultados apresentados nos permitem a elaboração deste pôster com fotos demonstrativas das táticas anatômico-cirúrgicas dos acessos ao hilo pulmonar, que consiste na secção do ligamento pulmonar inferior, seguido do rebatimento do pulmão anteromedialmente, permitindo o isolamento e clameamento das estruturas do hilo. **Conclusão:** O treinamento em cadáveres nos concede maior precisão, segurança e versatilidade das manobras cirúrgicas, dada a possibilidade de repetição e estudo continuado.

PÔSTERES CLÍNICOS

115. AVALIAÇÃO DA NEUROPATIA AUTÔNOMICA EM PACIENTES DIABÉTICOS

Barbosa FB, Di Rienzo RT, Fraige Filho F, Gregorio CL, Kusano CT, Santomauro AT

camilatakase@hotmail.com

Introdução: O efeito deletério do diabetes no sistema nervoso autônomo é amplamente conhecido, porém pouco valorizado na prática clínica. **Objetivo:** Determinar a aplicabilidade e grau de alteração dos testes para avaliação autonômica cardiovascular (variação da frequência cardíaca durante respiração forçada, durante manobra de Valsalva e com mudança postural; e variação da pressão arterial durante esforço e com mudança de postura) em diabéticos quando comparados a indivíduos normais. **Métodos:** Foram avaliados 20 diabéticos tipo 2 (grupo I). Todos apresentavam fundo de olho normal, microalbuminúria < 20 mcg/24h, negavam tabagismo e etilismo. Tinham diagnóstico há menos que 15 anos e controle metabólico razoável (hemoglobina glicada < 9,5%). O grupo normal (II) negava hipertensão arterial, tabagismo ou etilismo. A comparação dos dois grupos mostrou no "beat to beat" média de 9,7 (grupo I) X 22,63 (II) com $p < 0.001$; na manobra de Valsalva achou-se 0,85 X

1,32 com $p < 0.001$; a relação R-R30°/15° foi de 0,86 x 1,17 com $p < 0.001$; o "handgrip" mostrou-se 11, x 24,5 mm Hg ($p < 0,001$); e variação postural com queda da pressão sistólica de 8,2 x 2,0 mm Hg ($p < 0.001$). O "beat to beat" foi o teste mais alterado (89% dos pacientes) e o menos foi a variação postural da pressão arterial (40%). **Conclusão:** 1- Os testes autonômicos cardiovasculares são importantes na avaliação dos pacientes diabéticos, apresentando alterações mesmo antes de outras complicações; 2- O "beat to beat" é o teste mais alterado; 3- A realização destes testes deveria ser incluída na avaliação rotineira dos diabéticos pela importância apresentada na prevenção de eventos cardiovasculares.

116. AVALIAÇÃO DAS CO-MORBIDADES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES OBESOS DE AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA

Bozzetti RM, Chemiotti P, Fernandes APC, Pitta TS, Sarni RS, Souza FIS
robozzetti@uol.com.br

Objetivo: Avaliar a frequência de co-morbidades em crianças e adolescentes obesos e relacioná-las com IMC, cintura abdominal, pressão arterial e risco cardiovascular familiar. **Método:** Através de estudo retrospectivo e transversal, foram avaliados os prontuários dos pacientes do Ambulatório