

localização preferencial em cabeça e pescoço. Apresenta um curso relativamente benigno e é melhor tratado cirurgicamente.

PROTOCOLO DE TÉCNICA ANESTÉSICA PARA CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM COELHOS

ROSI PEREIRA BALBINOTTO; ANA LUCIA LETTI MULLER, ARLINDO ROSA JUNIOR, FABIOLA S-CHONS MEYER, ANDRE GORGEN NUNES, RODRIGO SILVA, MANOEL ROBERTO MACIEL TRINDADE

Introdução: Animais de laboratório são utilizados para estudos experimentais e de treinamento cirúrgico, de acordo com os critérios bioéticos. O coelho é uma das espécies mais utilizadas em procedimentos cirúrgicos, no entanto algumas peculiaridades na sua anestesia ainda são consideradas um desafio. A principal dificuldade relatada é na intubação traqueal, indispensável para administração da anestesia inalatória e para a adequada ventilação durante um procedimento videolaparoscópico. **Objetivo:** O objetivo do trabalho é descrever protocolo anestésico e técnica de intubação em coelhos para procedimento cirúrgico videolaparoscópico. **Método:** Foi realizado um experimento randomizado em 33 coelhas (*Oryctolagus cuniculus*) Nova Zelândia, entre 5-7 meses, para cirurgia videolaparoscópica. Como medicação pré-anestésica foram utilizados, por via intramuscular, acepram (0,25mg/kg), midazolam (1mg/kg) e meperidina (5mg/kg). Os animais foram pré-oxigenados durante 5 minutos e a indução anestésica foi realizada com isoflurano 5%. Ao observar a perda de reflexo de dor nos membros anteriores, foi instilado 0,1ml de lidocaína 1% próximo à glote e a intubação foi realizada por palpação externa da região da traquéia. Os parâmetros controlados foram a frequência cardíaca e respiratória, a capnografia, a oximetria e as complicações anestésicas. **Resultados:** Os valores médios \pm desvio padrão foram: frequência cardíaca 222 ± 13 batimentos por minuto; frequência respiratória 35 ± 9 movimentos por minuto; oximetria $97 \pm 2\%$ e capnometria 43 ± 6 mmHg. Como complicação anestésica relata-se a apnéia após a instauração de pneumoperitônio, no entanto a ventilação manual foi eficiente em manter níveis aceitáveis de CO_2 expirado. Todos os animais foram intubados em no máximo 4 tentativas. **Conclusão:** O protocolo mostrou-se adequado para a aplicação em coelhos submetidos à cirurgia videolaparoscópica e a intubação traqueal por palpação foi considerada de fácil execução.

RELAÇÃO ENTRE FÍSTULA DA ANASTOMOSE ESÔFAGO-GÁSTRICA CERVICAL NAS ESOFAGECTOMIAS POR CÂNCER DE ESÔFAGO E ESTENOSE CERVICAL TARDIA

RAFAEL SANTANA MELO; CLEBER DARIO PINTO KRUEL; CARLOS CAUDURO SCHIRMER; RICHARD RICACHENEVSKY GURSKI; ANDRÉ RICARDO PE-

REIRA DA ROSA; ALICE FISCHER; MARIANA BLANCK ZÍLIO; MARCELO DE FIGUEIREDO; RICARDO FILIPE ROMANI

Introdução: A deiscência da anastomose esôfago-gástrica cervical após esofagectomia por câncer de esôfago constitui uma complicação frequente, causando desconforto e retardando o início da dieta por via oral. **Objetivos:** Verificar a incidência tanto precoce como tardia dessa complicação e identificar fatores associados, principalmente estenose cervical tardia. **Material e Métodos:** Nos anos de 1988 a 2008, 188 pacientes foram à cirurgia. A esofagectomia transtorácica com gastroplastia cervical (McKeown) ou a esofagectomia transiatal com gastroplastia cervical (Orringer) foram as técnicas utilizadas para ressecção e reconstrução do trânsito alimentar. A anastomose retardada foi utilizada nos casos em que havia dúvida quanto à irrigação sanguínea do fundo gástrico após a gastroplastia cervical. **Resultados:** Dos 188 pacientes, 44,68% foram submetidos à esofagectomia transtorácica e 55,32% à esofagectomia transiatal, sendo 79,8% dos pacientes do sexo masculino. O tipo histológico mais frequente foi o epidermóide (85,1%). A mortalidade pós-operatória foi 18,08%. A incidência de deiscência foi de 19,53 % após anastomose primária e de 14,06 % após anastomose retardada. Com relação à estenose tardia, 15,38 % dos casos de anastomose primária e 13,28 % dos casos de anastomose tardia apresentaram tal desfecho. Do total de pacientes que desenvolveram estenose (41), 17 tiveram fístula previamente. **Conclusão:** A deiscência da anastomose esôfago-gástrica cervical após esofagectomia ainda constitui um problema de difícil prevenção e manejo. A utilização da anastomose retardada parece reduzir a incidência de fístulas, porém é necessário progredir para que sejam atingidas menores taxas de fístula. Além disso, o estudo sugere que não há relação entre fístula e estenose tardia.

TUMOR BORDERLINE MUCINOSO PRIMÁRIO DE RETROPERITÔNIO - RELATO DE CASO

JONATAS DA FONSECA CONTERNO; PABLO CAMBESES SOUZA; THAÍS ROHDE PAVAN; TIAGO BORTOLINI; ROBERTO BERTEAUX ROBALDO; JOSÉ LUIS BOLZAN ROSSIGNOLLO FILHO; RODRIGO GHINATO DAUD; ALEXANDRE TAKAYOSHI ISHIZAKI; DANIEL SIDNEI SCHIER; SAMUEL CONRAD; RAFAEL SANTANA MELO; SABRINA KAHLER; ÊNIO ZIEMI-ECKI JUNIOR

Tumor primário de retroperitônio é raro e sua origem é desconhecida. Teorias sobre o seu desenvolvimento podem incluir tecido ovariano ectópico, teratoma, remanescente embrionário urogenital, duplicação intestinal e invaginação metaplásica do peritônio. Os diagnósticos diferenciais incluem cistoadenoma retroperitoneal primário, carcinoma e ovário supranumerário. Os pacientes tendem a ser jovens e se apresentarem com uma grande massa abdominal. Neste relato, paci-