

com estenose tardia. Da mesma forma, entre os 43 pacientes que desenvolveram fístula cervical, 25 (56,8%) foram submetidos à anastomose primária e 18 (40,9%) à anastomose retardada. Conclusão: A prevalência de fístula cervical e de estenose tardia é elevada entre os pacientes com câncer de esôfago submetidos à esofagectomia. Ainda não foi possível determinar se a anastomose cervical retardada pode diminuir o número de fístulas e, conseqüentemente, de estenoses tardias.

RELAÇÃO CARCINOMA EPIDERMÓIDE/ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO NOS ÚLTIMOS 20 ANOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

ALICE FISCHER; CLEBER DARIO PINTO KRUEL, CARLOS CAUDURO SCHIRMER, RICHARD RICACHENEVSKY GURSKI, ANDRÉ RICARDO PEREIRA DA ROSA, RICARDO FILIPE ROMANI, RAFAEL SANTANA MELO, MARIANA BLANCK ZILIO, MARCELO DE FIGUEIREDO

Introdução: O câncer de esôfago é a sexta causa de morte por câncer no mundo e o Rio Grande do Sul tem a mais alta taxa de incidência do Brasil. Nas últimas décadas, foi observado um aumento da incidência do adenocarcinoma de esôfago nos países ocidentais, em comparação ao carcinoma epidermóide. **Objetivo:** Verificar a relação carcinoma epidermóide/adenocarcinoma nos pacientes submetidos à esofagectomia por câncer de esôfago nos últimos 20 anos. **Método:** Foi avaliado o tipo histológico dos pacientes internados por câncer de esôfago e submetidos à esofagectomia em um hospital terciário do município de Porto Alegre, entre os anos de 1988 e 2008. **Resultados:** Das 188 esofagectomias realizadas, 86 correram na primeira década e 102 correram na segunda década. Entre os anos de 1988 e 1998, 83,7% dos pacientes eram homens (72 homens e 14 mulheres) e a média de idade foi de $58,7 \pm 9,8$ anos. Entre os anos de 1999 e 2008, 76,4% dos pacientes eram homens (78 homens e 24 mulheres) e a média de idade dos pacientes foi de $59,8 \pm 10,1$ anos. Quanto ao tipo histológico, na primeira década 85 pacientes tratados apresentaram carcinoma epidermóide (98,8%), 1 paciente com outro tipo de neoplasia (1,2%) e nenhum paciente com adenocarcinoma. Já na segunda década, foram 74 pacientes com carcinoma epidermóide e 28 com adenocarcinoma (72,5% e 27,4%, respectivamente). **Conclusão:** Os resultados deste estudo mostram o aumento do número de mulheres com câncer de esôfago e da incidência de adenocarcinoma nos últimos 10 anos, de acordo com a tendência em países ocidentais.

Cirurgia Ortopédica

USO DO ENXERTO AUTÓLOGO PARA RECONSTRUÇÃO BIOLÓGICA NOS TUMORES ÓSSEOS PRIMÁRIOS MALIGNOS.

SAMUEL CONRAD; LUIZ JOSÉ MOURA ALIMENA; HENRIQUE LAMMERHIRT; FERNANDA CANO CASAROTTO

Introdução: as condutas médicas frente aos tumores ósseos primários têm mudado amplamente nos últimos anos. A cirurgia ablativa tem sido praticamente abandonada com o desenvolvimento de técnicas para preservação do membro e de sua biomecânica original. **Objetivo:** relatar a experiência de uso do enxerto autólogo na reconstrução biológica do membro afetado após ressecção tumoral cirúrgica, no tratamento dos tumores ósseos primários malignos. **Métodos e Resultados:** realizado estudo de casos de tumores ósseos primários malignos submetidos a reconstrução biológica em hospital terciário, no período de junho/2007 a março/2008. Os autores relatam 10 casos, sendo 5 pacientes com diagnóstico de Tumor de Ewing e 5 com diagnóstico de Osteossarcoma. Seis do sexo masculino e 4 do sexo feminino, com idade na época do diagnóstico entre 4 e 19 anos. Três casos apresentavam lesão tumoral no úmero, 4 no fêmur e 3 na tíbia. Em 4 casos foi feita reconstrução biológica com fíbula vascularizada e osso irradiado, em 3 com fíbula translocada e osso irradiado, em 2 apenas fíbula vascularizada e 1 apenas osso irradiado. O tempo médio de consolidação foi de 8 meses. Ocorreram complicações em 4 casos: 1 caso de fratura do enxerto, 1 de infecção e 2 de quebra do material de síntese. Todos foram submetidos a quimioterapia no pré e pós operatório. **Conclusão:** a reconstrução após ressecção oncológica em pacientes esqueleticamente imaturos deve ser duradoura, sendo a reconstrução biológica a única que tem possibilidade de atingir esse objetivo com apenas uma intervenção. A complexidade do procedimento requer especialistas em microcirurgia vascular e cirurgia ortopédica oncológica. Planejamento pré-operatório, avaliação do paciente e rígido protocolo de reabilitação garantem melhores resultados.

FÍBULA PRÓ-ÚMERO: USO DO ENXERTO VASCULARIZADO DE FÍBULA PARA RECONSTRUÇÃO UMERAL APÓS RESSECÇÃO DE TUMOR DE EWING: RELATO DE UM CASO.

SAMUEL CONRAD; FERNANDA CANO CASAROTTO; RAFAEL SANTANA MELO; SABRINA KAHLER; TIA GO BORTOLINI; ROBERTO BERTEAUX ROBALDO; PABLO CAMBESES SOUZA; JOSÉ LUIS BOLZAN ROSSIGNOLLO FILHO; RODRIGO GHINATO DAUD; ALEXANDRE TAKAYOSHI ISHIZAKI; JONATAS DA FONSECA CONTERNO; DANIEL SIDNEI SCHIER

Introdução: a revascularização do enxerto é um processo lento e freqüentemente incompleto, predispondo a complicações como pseudoartrose, fratura, necrose e infecção do segmento enxertado. O enxerto vascularizado permite a utilização da estrutura vascular do osso, através de microanastomoses com as estruturas do leito receptor, para sua nutrição, evitando-se tais complicações. **Objetivo:** relatar o uso de enxerto autólogo vas-