

ente feminina, 47 anos, procedente de Charqueadas, interna em hospital terciário com queixa de massa móvel em região abdominal esquerda, palpável no exame físico. Traz TC abdômen que evidencia lesão retroperitoneal à esquerda não evidenciando plano de clivagem com estruturas adjacentes. Paciente submetida à laparotomia exploradora onde foi evidenciada grande lesão tumoral retroperitoneal com aproximadamente 13,0x10,0x6,0cm em hipocôndrio esquerdo sem apresentar aderência ou vasculatura a nenhuma estrutura sólida, sendo recoberta apenas por peritônio. O AP revelou formação cística pesando 80g com diagnóstico de cistoadenoma mucinoso borderline. Paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta hospitalar e com plano de retorno ambulatorial. Devido à raridade deste tipo de lesão, o diagnóstico pré-operatório não se mostra fácil. A cirurgia é o tratamento de escolha e o seguimento mostra-se importante devido a casos já publicados de metástases de tumores borderline primários de retroperitônio.

NEOPLASIA DE APENDICE CECAL - RELATO DE UM CASO

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

Neoplasias do apêndice são raras. São encontradas em 1% das apendicectomias realizadas. A classificação histológica é controversa, sendo que os mais comumente encontrados são o carcinóide, mais de 50% dos casos, o adenocarcinoma e o linfoma, 1% dos casos. A apresentação clínica sugere quadro de apendicite aguda, e menos frequentemente apresenta-se como massa palpável em fossa ilíaca direita. A peritonite pode sugerir quadro de perfuração do órgão. Por isso seu diagnóstico pré-operatório torna-se difícil. Neste relato, paciente feminina, 24 anos, interna via emergência em hospital terciário, com quadro de dor em fossa ilíaca direita há cinco dias, febre, perda de apetite e náuseas. O exame físico evidencia abdômen normotenso, com dor intensa em fossa ilíaca direita sem sinais de peritonismo. O exame de sangue mostrava Leuc: 6.800 com 10% de bastões. Paciente é então levada ao BC onde é primeiramente tentada uma apendicectomia videolaparoscópica que de pronto é revertida para cirurgia aberta devido a intenso processo inflamatório, com bloqueio firme junto ao ceco e região retro-cecal. Durante o trans-operatório evidencia-se apêndice cecal perfurado com abscesso localizado. O AP revelou neoplasia maligna de grandes células infiltrando apêndice cecal possivelmente linfoma. Foi realizado TC abdômen e rx-tórax que não evidenciaram lesão metastática. Paciente apresenta adequada evolução clínico-cirúrgica e recebe alta em boas condições gerais e com plano de

retorno ambulatorial. Como este tipo de tumor é raro neste local, sua descrição na literatura é infrequente, com índices de sobrevida pouco claros. Porém com uma lesão restrita ao apêndice e com tratamento e seguimento adequado o seu prognóstico parece ser promissor.

SÍNDROME DE MELKERSSON E HEMORRAGIA DIGESTIVA - RELATO DE UM CASO

JONATAS DA FONSECA CONTERNO; PABLO CAMBESES SOUZA; SAMUEL CONRAD; TIAGO BORTOLINI; ROBERTO BERTEAUX ROBALDO; JOSÉ LUIS BOLZAN ROSSIGNOLLO FILHO; RODRIGO GHINATO DAOUD; ALEXANDRE TAKAYOSHI ISHIZAKI; THAÍS ROHDE PAVAN; DANIEL SIDINEI SCHIER; ÊNIO ZIEMIECKI JUNIOR; RAFAEL SANTANA MELO; SABRINA KAHLER; FÁBIO MURADÁS GIRARDI

Não existe relato de associação de Síndrome de Melkersson com sangramento intestinal baixo, que não relacionados à Doença de Crohn sobreposta ou como diagnóstico alternativo. A S. de Melkersson-Rosenthal caracteriza-se por paralisia e edema facial+língua fissurada. Rara em sua forma completa, tendo a queilite granulomatosa como seu achado mais freqüente. Possui etiologia e patogênese desconhecidas e achados de Bx da mucosa bucal com granulomas não-caseosos compostos por células gigantes multinucleadas. Já o sangramento intestinal maciço é caracterizado por sangramento distal ao ligamento de Treitz com necessidade de 2-4 CHAD/24 horas. Constitui-se 1-2% das admissões hospitalares e tem uma mortalidade de 5%. Neste relato, paciente feminina, 21 anos, interna em hospital terciário por diarreia sanguinolenta há 1 mês. Paciente apresenta edema de face, genitais e extremidades de longa data. Bx de lábio caracterizou Síndrome de Melkersson. Evoluiu durante a internação com hemorragia intestinal baixa maciça com choque hipovolêmico. Submetida a laparotomia exploradora, se evidenciou microperfuração junto à porção mesentérica do cólon sigmóide. Submetida então a colectomia subtotal+ressecção de íleo terminal. O AP revelou mucosa de intestino grosso com áreas pardo-esverdeadas brilhantes afetando segmentos diferentes da peça, mal delimitadas, por vezes anelares e contínuas, zonas ulceradas, bordos planos e fundo granuloso, que comprometem a borda mesocólica mais freqüentemente. A maior área mede 20cm. Mesocólon com dilatação vascular leve e áreas avermelhadas. O laudo conclui inflamação aguda e crônica ulcerada transmural; sinais de hemorragia recente em mesentério e linfonodos. Paciente evoluiu com choque refratário vindo a falecer. Diagnóstico final, S. Melkersson e Colite inespecífica.

RELATO DE CASO: MORTE SÚBITA NA UTI

FERNANDO BOURSCHIEIT; MARCOS MARASKIN FONSECA; DAVI CONSTANTIN; BRUNO MACEDO;

GELLINE MARIA HAAS; ANE PAULA CANEVESE;
LUIZ ANTÔNIO NASI

INTRODUÇÃO: Trauma é uma doença negligenciada na sociedade moderna. O número de pacientes vítima de trauma, é maior do que o número de pacientes por qualquer outra causa. A chance de sobrevivência de um traumatizado que recebe tratamento é provavelmente maior do que a chance de sobrevivência de qualquer outro tipo de paciente. Porém, devido à falta de integração adequada entre tratamento pré-hospitalar e hospitalar ocorrem aproximadamente 30% das mortes no trauma, atualmente. **OBJETIVO:** Relatar os dados clínicos, os exames laboratoriais e de imagem, a evolução e a conduta em um paciente masculino, 23 anos de idade, vítima de contusão torácica e fratura exposta do úmero direito devido à acidente de moto. **MÉTODOS:** Dados foram obtidos através de revisão de prontuário. **RELATO DO CASO:** Além de diversas fraturas ósseas, houve secção completa da artéria subclávia direita e lesão do plexo braquial. Realizou-se fasciotomia devido à síndrome compartimental e tentou-se procedimento de revascularização do MSD, porém a evolução foi desfavorável e houve necessidade de amputação do membro. Durante a internação houve piora das condições ventilatórias secundária a contusão torácica e acidose metabólica. Houve surgimento de foco infeccioso em coto cirúrgico. Paciente evoluiu à sepse e parada cardiorrespiratória com subsequente óbito. Na necropsia diagnosticou-se além do foco já conhecido, um foco infeccioso adicional em região hepatobiliar secundário à ruptura do fundo vesicular devido à colecistite alitiásica. **CONCLUSÃO:** Há necessidade de uma especial atenção a possíveis complicações em pacientes vítimas de trauma internados em Unidade de Tratamento Intensivo.

Cirurgia Cardiovascular

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL: RELATO DE CASO

MILTON FEDUMENTI ROSSI; ADRIANO FELIPE GROFF FUNCK; ALEXANDRE ARAÚJO PEREIRA; JOEL ALEX LONGHI; SHARBEL MAHFUZ BOUSTANY; MARCO AURÉLIO GRÜDTNER; LUIZ FRANCISCO MACHADO DA COSTA ; ADAMASTOR HUMBERTO PEREIRA

Introdução: a coexistência de aneurisma de aorta abdominal (AAA) e enxerto renal pélvico é uma interação singular. Nesse contexto, a técnica endovascular apresenta uma grande vantagem por diminuir o tempo de isquemia renal. **Relato de caso:** paciente masculino, 52 anos, HCV positivo, transplantado renal em 1999, com anastomose da artéria renal do enxerto com artéria ilíaca externa direita, tendo as artérias renais cronicamente ocluídas. Submetido à colocação de endoprótese bifurcada Zenith (COOK) 26x96x126 mm, introduzida

através da artéria femoral esquerda e liberada junto à saída das artérias renais. Arteriografia ao final do procedimento sem evidência de vazamentos e sem comprometimento da irrigação do enxerto renal. **Conclusão:** todos os dados existentes relatados até hoje justificam a escolha da correção endovascular do aneurisma de aorta abdominal nos casos anatomicamente favoráveis.

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA SÍNDROME DE MAY-THURNER: RELATO DE 3 CASOS

MILTON FEDUMENTI ROSSI; ADRIANO FELIPE GROFF FUNCK; ALEXANDRE ARAÚJO PEREIRA; JOEL ALEX LONGHI; RICARDO BOCHESSE PAGANELLA; MARCO AURÉLIO GRÜDTNER; GILBERTO GONÇALVES DE SOUZA; LUIZ FRANCISCO MACHADO DA COSTA; ADAMASTOR HUMBERTO PEREIRA

Introdução: a Síndrome de May-Thurner é uma situação clínica muito freqüente entre pacientes portadores de sintomas venosos do membro inferior esquerdo. A síndrome é caracterizada pela compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita, tendo indicação de tratamento com intervenção cirúrgica ou endovascular quando os sintomas decorrentes da compressão prejudicam consideravelmente a qualidade de vida do paciente. **Relato de Casos:** 1º caso: paciente feminina, 55 anos, com história de trombose venosa profunda no membro inferior esquerdo aos 19 anos, apresentando insuficiência venosa grau V no mesmo membro foi submetida ao tratamento endovascular, evoluindo com melhora significativa da dor e do edema. 2º caso: paciente feminina, 61 anos, apresentando insuficiência venosa crônica grau IV no membro inferior esquerdo, com queixas persistentes de dor e edema, apesar de tratamento clínico adequado. Após intervenção endovascular, paciente evoluiu com melhora da dor e do edema. 3º caso: paciente masculino, 42 anos, com insuficiência venosa crônica grau VI no membro inferior esquerdo foi submetido a tratamento endovascular, apresentando cicatrização completa da úlcera. **Conclusão:** estes 3 casos ilustram a eficácia do tratamento endovascular na síndrome de May-Thurner. Demonstra melhora clínica do paciente sem grandes riscos relacionados ao procedimento e sem necessidade de internação hospitalar prolongada.

RUPTURA TRAUMÁTICA DE AORTA TORÁCICA: RELATO DE 2 CASOS

MILTON FEDUMENTI ROSSI; ADRIANO FELIPE GROFF FUNCK; ALEXANDRE ARAÚJO PEREIRA; JOEL ALEX LONGHI; SHARBEL MAHFUZ BOUSTANY; MARCO AURÉLIO GRÜDTNER; LUIZ FRANCISCO MACHADO DA COSTA; ADAMASTOR HUMBERTO PEREIRA

Introdução: As lesões traumáticas da aorta nos traumatismos fechados são caracterizadas por uma alta morta-