Revista Científica

HOSPITAL E MATERNIDADE DA POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR

Hospital e Maternidade
da Polícia Militar
José Martiniano de Alencar

POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ
"RAÇA DE FORTES, POVO DE BRAVOS"

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Edição 4(2) | 2023
Julho/Dezembro
ISSN Online - 2965-0585
ISSN Impresso - 2674-6956

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
JOSÉ MARTINIANO
DE ALENCAR

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Revista Científica

DO HOSPITAL E MATERNIDADE
DA POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ
JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
JOSÉ MARTINIANO
DE ALENCAR

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Equipe Editorial

Diretora Geral

Manoel de Jesus Rodrigues Melo - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM

Editor Geral

Maiara Reis Campos - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM

Editor Científico

Antonio Glaúcio de Souza Nóbrega - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM

Editor Executivo

Mércia Marques Jucá - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM

Editor de Texto

Maria Elidiana Araújo Gomes - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM

Editores Associados

Antonio Glaúcio de Souza Nóbrega - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM
Francisco Nogueira Chaves - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM
Orivaldo Alves Barbosa - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM
Paulo Marcos Lopes - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM
José Walter Correia - Hospital Geral Dr. César Cals
Giuliano Peixoto Campelo

Conselho Editorial

Bruno Gadelha Bezerra Silva
Matthaus Rabelo da Costa
Cássia Maria Holanda Pinheiro
Fernanda Pereira de Sousa
Sebastiana Shirley de Oliveira Lima
Orivaldo Alves Barbosa
Hanielle Oliveira Costa
Tereza Isabel Castelo Branco Bezerra
Érika Teles Dauer
Pedro Aurio Maia Filho
Carlos Macedo Silva Patrício
Michael Hudson Dantas
Maria Elidiana Araújo Gomes
Elciana Almeida Loyola
Francisco Edson Ximenes Gomes
Francisco Nogueira Chaves
Kilvia Kelly Gomes Vasconcelos
Carlos Eduardo Lopes Soares
Adilo Lages Vieira Passos
Lilian Alves Amorim Beltrão
Maiara Reis Campos
Juliana de Oliveira Alves
Dagualberto Barboza da Silva
Márcio Almeida de Sousa Jucá

Suporte de Tecnologia da Informação

José Pereira da Fonseca Filho - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM

Imagem da Capa

ASCOM- Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM

Secretária Editorial

Francisca Gardevânia Araújo da Silva - Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM

Diagramação

Open Journal Solutions

Acesso e Contato

http://revista.hmjma.ce.gov.br
revistacientificahmjma@gmail.com

Revista Científica do Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar. HPM. v.4, n.2 (Jul./Dez. 2023) Fortaleza: Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar. HPM 2023. 64p.

Semestral
SSN Eletrônico - 2965-0585
ISSN Impresso - 2674-6956

Sumário

Editorial 10

Artigo Original

Natan Rolim de Assunção Bisio, Bruna Viana Teles Rebouças, Raíra Marques Oliveira, Iana Vitória Araújo Marques, João Pedro Targino Silva, Francisco Julimar Correia de Menezes
Análise comparativa e temporal do tratamento de fístulas anorretais no Brasil nos últimos 10 anos: relação com a Covid-19? 11

Cid Gerardo Paracampos Liberato Neto, Lorena Cavalcante Lemos,Davidson Anthony Aragão Freire, Rodrigo Martins de Paiva Sales,Lidiane Quaresma Pinto Bezerra,Larissa Câmara Matos
Neoplasia incidental de vesícula biliar após colecistectomias eletivas: uma análise retrospectiva 15

Davidson Anthony Aragão Freire, Carla Camila Bezerra Rocha, Matthaus Rabelo da Costa, Bruno Gadelha Bezerra, Cid Gerardo Paracampos Liberato, Neto Lorena Cavalcante de Lemos
Perfil epidemiológico de pacientes submetidos a cirurgias colorretais e análise da incidência de fístulas anastomóticas em hospital secundário - de 2019 a 2024 20

Paulo Roberto Araújo Barreto, Alexandra Mano Almeida, Raíra Marques Oliveira, Isadora Francisco Lima de Paula, Bruna Viana Teles Rebouças, Gleydson Cesar de Oliveira Borges
Treinamento dos médicos residentes do serviço de cirurgia geral e digestiva em um centro de atenção terciária de Fortaleza, Ceará 30

Relato de Caso

José Leonardo Gomes Rocha Júnior, Francisco Erique Ribeiro Melo, Isabel Camila Araújo Barroso, Letícia Maria Queiroz Rocha, Fernando Holanda Costa Júnior, Raphael Felipe Bezerra de Aragão
Adenoma hepático com ruptura: uma apresentação incomum com revisão de literatura e relato de caso..... 34

Cid Gerardo Paracampos Liberato Neto, Davidson Anthony Aragão Freire, Lorena Cavalcante de Lemos, Andreza Alves de Sousa, Ana Cecília de Souza Fernandes, Márcio Almeida de Sousa Jucá
Intussuscepção ileocólica por lipoma: relato de caso e revisão da literatura 40

Raíra Marques Oliveira, Kalyne Saraiva Fontenele de Araújo, Isabella Siqueira Oliveira, Helen Blanche Oliveira de Assis Silva, Sarah Mombach de Arruda, Francisco Julimar Correia de Menezes
Mutirão de pequenas cirurgias para pacientes da zona rural 44

Davidson Anthony Aragão Freire, Carlos Eduardo Lopes Soares, Anna Giulia Meira Garcia Cabral, Andreza Alves de Sousa, Liana Carvalho Lopes Ribeiro, Rodrigo Martins Sales
Neoplasia cística mucinosa do fígado: relato de caso e revisão da literatura 49

Marcos Vinicius Farias, Raphael Augusto Conzatti Capaz, Andre Pires Cortez, Ana Davila Carneiro da Silva, Marcelo Kervin Reis Frota, Carlos Eduardo Soares Lopes, Geraldo de Azevedo Souza, Ingrid Sarmento Guedes
Nervo laríngeo não recorrente: um relato de caso 53

Relato de Experiência

Isabela Franco Freire, Anik Moraes Marangoni, Kalyne Saraiva Fontenele de Araújo, Maria Eduarda Lima Lobão Maia, Mabilly Nunes Cruz, Francisco Julimar Correia de Menezes
Peer-based learning: aplicação no ensino cirúrgico de acadêmicos 57

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Científica do Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar – Rev Cienti HMJMA, é um periódico científico semestral revisado por pares da comissão editorial, seguindo as instruções de revisão cega. O anonimato e a confidencialidade são garantidos durante todo o processo de avaliação. Os manuscritos submetidos serão redigidos em português, e destinados exclusivamente à revista, ficando os autores responsáveis pela revisão da língua portuguesa e não podendo ser apresentado simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. A Rev Cienti HMJMA não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, a quantidade de autores é limitada a **seis autores**.

As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo. Assim, a comissão editorial da revista considera autor quem:

a) Contribuiu substancialmente na concepção ou desenho do trabalho;
b) Realizou a análise e interpretação dos dados;
c) Redigiu o artigo ou realizou sua revisão crítica.

Os manuscritos devem ser organizados segundo as indicações a seguir:

CATEGORIAS DE ARTIGOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

Artigo Original: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

Artigo de Revisão: estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a área da saúde.

Relato de Experiência: descrição de experiências acadêmicas ou assistenciais que aportem contribuições significativas na área da saúde.

Relato de Caso: descrição detalhada de caso clínico relevante, que pode ser de casos inusitados ou que sejam de grande impacto para o conhecimento da comunidade acadêmica, relatando sua evolução e os procedimentos utilizados para o seu tratamento.

Estudo Teórico/Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse.

FORMATAÇÃO

Arquivo no formato Word, papel tamanho A4. Margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm. Fonte ***Times New Roman***, tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), com o arquivo digitado em formato .doc ou .docx. Espaçamento 1,5 entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples; parágrafos de 1,25.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos, que devem estar em negrito. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

ESTRUTURA

A apresentação dos trabalhos deverá seguir a seguinte ordem:

Página do Título: Título em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

Sinalizar o tipo de colaboração enviada (original, de revisão, relato de experiência, ensaio ou relato de caso) logo abaixo do título.

Nome completo dos autores, formação maior titulação e filiação institucional de cada autor a qual se relaciona o estudo.

Nome, endereço, telefone e e-mail do autor responsável pela submissão.

Fonte financiadora da pesquisa (Se houver) e informar se há conflitos de interesse.

Se o manuscrito for baseado em tese/dissertação, colocar asterisco no título do manuscrito e identificar o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.

ARTIGO

A estrutura ira variar de acordo com o tipo de trabalho enviado:

Artigo Original: Resumo (em inglês e português), Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Referências.

Artigo de Revisão: Resumo (em inglês e português), Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão e Referências.

Relato de Caso: Resumo (em inglês e português), Introdução, Relato do Caso, Discussão e Referências.

Relato de Experiência: Resumo (em inglês e português), Introdução, Relato da Experiência, Discussão e Referências.

Estudo teórico/ensaio: Resumo (em inglês e português), Introdução, Corpo do Ensaio, Conclusão e Referências.

Ao final, deve constar de 3 a 6 descritores, em português e inglês, digitados em caixa alta e separados por ponto e vírgula. Devem ser empregados aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME ou na base da Biblioteca virtual em saúde (BVS), disponível em: http://desc.bvs.br

CORPO DO TEXTO

O texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecedidos por uma linha em branco. Não pode conter nenhuma identificação dos autores. Não inicie uma nova página a cada subtítulo. Separe-os utilizando uma linha em branco. As figuras e tabelas devem ser enviadas separadamente, devendo constar no texto os locais sugeridos para sua inserção. Frases ou parágrafos ditos pelos participantes da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

Artigos Originais e de **Revisão**, **Estudos Teóricos** e **Ensaios** devem ser estruturados em: **Introdução**, **Objetivos**, **Metodologia**, **Resultados**, **Discussão** e **Conclusão**.

Relatos de Casos e de **Experiências** devem conter **Introdução**, **Relato do Caso** ou da **Experiência** e **Discussão**.

Segue descrição sucinta dos elementos do texto:

- Introdução: apresentar claramente o propósito do estudo, o contexto e a justificativa apoiados em referenciais pertinentes aos objetivos;

- Objetivos: apresentam a intenção de esclarecer aquilo que o pesquisador pretende desenvolver, desde os caminhos teóricos até os resultados a serem alcançados. São explicitados no final da introdução;

- Metodologia: descrição resumida dos métodos, técnicas e materiais empregados na pesquisa;

- Relato de Caso ou de **Experiência:** deve ser conciso, com o menor número possível de abreviaturas, sendo claro e objetivo ao descrever o evento ao qual se pretende apresentar;

- Resultados: descrição dos dados obtidos na investigação, com uma sequência lógica, sendo necessário para sustentar as conclusões da pesquisa;

- Discussão: limita-se à importância de novas informações, relacionando com os conhecimentos já existentes;

- Conclusões: devem ser apresentadas de forma clara e concisa.

- Agradecimentos

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse. Essa seção é opcional.

REFERÊNCIAS

As citações devem ser realizadas no corpo do texto, utilizando números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. As referências que forem intercaladas deverão ser separadas por vírgula, enquanto as referências contínuas deveram ser separadas por ‘’-‘’.

ENVIO DO MANUSCRITO

O material a ser submetido à avaliação para publicação deverá ser encaminhado para um Comitê de Ética em Pesquisa, dentro dos padrões éticos e aprovada por este comitê de Ética, quando envolver seres humanos. Encaminhar junto com o manuscrito, a aprovação do comitê e a Declaração de Responsabilidade e Cessão dos direitos autorais assinado por todos os autores.

CESSÃO DOS DIREITOS

Declaro que li e concordo com as orientações contidas nas normas para o preparo e publicação e publicação na Rev Cienti HMJMA.

Segui os critérios de autoria adotados pela revista e participei substancialmente na elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade por seu conteúdo.

Declaro ainda que todos os procedimentos éticos foram observados, que o trabalho é inédito e enviado com exclusividade à Revista.

Concordo que, caso o manuscrito seja aceito, os direitos autorais referentes a ele se tornarão propriedade exclusiva da revista.

Título da Revista:
Data:
Autores (nome completo, contribuição e assinatura):

(cc) BY-NC-SA Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

Editorial

É com elevado senso de honra e responsabilidade que dirijo-me à comunidade acadêmica e aos distintos profissionais de saúde que constituem o Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar - nos novos termos, Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar (HPM). Este editorial inaugural marca, não somente minha posse como diretor, mas também o amanhecer de uma nova etapa na trajetoria desta instituição de excelência.

Fundado pelo Decreto nº 527, de 1º de abril de 1939, como Hospital Central da Polícia Militar do Ceará, assinado pelo então interventor do Estado, Dr. Francisco Menezes Pimentel. Era o Comandante Geral da PM-CE, o Cel EB Djalma Bayma, tendo como primeiro Diretor do HPM, o Cap. Med. José Furtado Filho. HMJMA tem sido, ao longo das décadas, testemunha e agente das múltiplas transformações sociais, sanitárias e institucionais que permeiam nossa história. Em sua trajetoria, integrou a rede da Secretaria Estadual da Saúde de 2011 até recentemente, desempenhando papel central no atendimento médico à comunidade.

Em data de 21 de maio de 2025, por meio da Lei nº 19.261, esta prestigiada unidade hospitalar foi reinstaurada sob a jurisdição da Polícia Militar do Ceará, sob o nome de Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar (HPM). Tal medida, respaldada pelo objetivo de aperfeiçoar a assistência módica especializada destinada aos militares estaduais e seus dependentes, foi concebida como um marco na política de valorização destes profissionais, estruturada sobre os alicerces da humanização, da efetividade e da promoção do bem-estar. (https://al.ce.gov.br/ - Assembléia Legislativa do Ceará)

Paralelamente, foi instituído o Fundo de Manutenção e Aperfeiçoamento dos Serviços de Saúde Militar (Fundsaúde - Militar), cujo papel será assegurar recursos adequados para o funcionamento e expansão contínua desta instituição. Este dispositivo jurídico-financeiro reflete nosso compromisso com a modernização da infraestrutura, a eficiência da gestão e a transparência administrativa.

No âmago da missão deste hospital encontra-se o imperativo de oferecer uma assistência que transcenda o meramente técnico: uma atenção comprometida com a pessoa, a prevenção, a especialização apropriada ao perfil militar e a integração orgânica e articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS).

É nesse espírito que se ergue nossa revista científica: como veículo de difusão e intercâmbio de saberes, investigação e boas práticas, alicerçado no rigor metodologico e no ideal de construir uma cultura de saúde robusta, inovadora e orientada por evidências. Nosso objetivo é fomentar a produção científica de qualidade, incentivar a troca de experiências e contribuir para o aprimoramento contínuo dos profissionais de saúde. Reitero, portanto, meu convite a todos os colaboradores, pesquisadores, profissionais clínicos e acadêmicos: submetam seus trabalhos, compartilhem seus achados, suas reflexões e suas experiências - enriquecendo este espaço e, por consequência, elevando o prestígio e a qualidade do serviço ofertado àqueles a quem servimos.

Que este seja o prelúdio de uma jornada fecunda de descobertas e avanÇos, pautada na excelência, na ética e no compromisso irrevogável com a saúde dos nossos militares, de suas famílias e da sociedade cearense.

Fortaleza, agosto de 2025.

Atenciosamente,
Manoel de Jesus Rodrigues Mello
CEL QOCPM PM RR - DIRETOR GERAL DO HPM

(cc) BY-NC-SA Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

https://doi.org/10.54257/2965-0585.v4.i2.86

Artigo Original

Análise comparativa e temporal do tratamento de fístulas anorretais no Brasil nos últimos 10 anos: relação com a Covid-19?

Comparative and temporal analysis of anorectal fistulas treatment in Brazil over the last 10 years: related to Covid-19?

Natan Rolim de Assunção Bisio[1]; Bruna Viana Teles Rebouças[2]; Raíra Marques Oliveira[2]; Iana Vitória Araújo Marques[2]; João Pedro Targino Silva[2]; Francisco Julimar Correia de Menezes[3]

1 – Graduando(a) de Medicina da Universidade de Fortaleza e Extensionista do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.
2 – Graduando(a) de Medicina pela Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.
3 – Docente do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.

RESUMO

Introdução: Fístulas anorretais são conexões entre o canal anorretal e a área perianal, frequentemente resultantes de drenagem de abscessos perianais. Têm incidência média de 8,6 por 100.000 habitantes. Pacientes geralmente apresentam fístula drenante com sintomas de gravidade, necessitando de intervenção cirúrgica para evitar recorrências e incontinência. Durante a pandemia da COVID-19, os distúrbios proctológicos perderam prioridade, resultando em adiantamento de diagnósticos e tratamentos. Objetivos: Realizar uma análise temporal do tratamento de fístulas anorretais no Brasil ao longo da última década e identificar sua relação com a pandemia. Método: Estudo transversal, documental e quantitativo, com amostra de 102.666 procedimentos de fechamento de fístula retal e fistulectomia/fistulotomia anal notificados no SIH/SUS entre 2014-2023, disponível no Departamento de Estatística do SUS. Avaliaram-se as variáveis por número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas e caráter do atendimento. Resultados: O número de procedimentos alcançou seu mínimo em 2020 (6.583), 44,9% a menos que em 2019 (11.955), atribuída à menor procura por atendimentos eletivos durante a pandemia. Apesar da diminuição geral, a proporção de procedimentos urgentes aumentou de 14,8% em 2019 para 25,3% em 2021, possivelmente devido ao agravamento dos casos em decorrência de diagnósticos atrasados, sem demonstrar ser um fator de risco para a recorrência da doença. Conclusão: Houve redução significativa no número de tratamentos de fístulas anorretais nos dois primeiros anos de pandemia, com aumento relativo no número desses procedimentos em situações de urgência, indicando maior gravidade dos casos no momento da abordagem.

Palavras-chave: Fístula Retal; COVID-19; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Anorectal fistulas, often stemming from perianal abscess drainage, are connections between the anorectal canal and the perianal region, with an average incidence of 8.6 per 100,000 inhabitants. Patients usually present with draining fistulae accompanied by severe symptoms, necessitating surgical intervention to prevent recurrence and incontinence. During the COVID-19 pandemic, proctological disorders have lost priority, leading to expedited diagnoses and treatments. Objectives: To conduct a temporal analysis of anorectal fistula treatment in Brazil over the past decade and identify its relationship with the pandemic. Method: A cross-sectional, documentary, and quantitative study with a sample of 102,666 procedures for closure of rectal fistula and anal fistulectomy/fistulotomy reported in the SIH/SUS between 2014-2023, available from the Department of SUS Statistics. Variables were evaluated based on the number of approved Hospital Admission Authorizations (AIH) and the nature of the care provided. Results: The number of procedures reached its minimum in 2020 (6,583), 44.9% fewer than in 2019 (11,955), attributed to reduced demand for elective care during the pandemic. Despite the overall decrease, the proportion of urgent procedures increased from 14.8% in 2019 to 25.3% in 2021, possibly due to worsening cases resulting from delayed diagnoses, without demonstrating to be a risk factor for disease recurrence. Conclusion: There was a significant reduction in the number of anorectal fistula treatments in the first two years of the pandemic, with a relative increase in the number of these procedures in urgent situations, indicating greater severity of cases at the time of intervention.

Keywords: Rectal Fistula; COVID-19; Epidemiology.

(cc) BY-NC-SA Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

Fístulas anais e retais são doenças relativamente comuns, de complexa patogênese, que tem prevalência de 12,3 casos por 100.000 homens por ano e, em relação ao sexo feminino, a taxa é de aproximadamente 5,6 casos por 100.000 indivíduos, a doença afeta primeiramente pacientes mais jovens, entre 30 a 40 anos, e consequentemente leva à morbidade crônica. [1]

As fístulas anorretais são mais comumente classificadas entre fístulas simples e complexas. De acordo com a classificação da American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), os tipos simples incluem fístulas transesfincterianas e interesfincterianas baixas; elas representam menos de 30% do complexo esfincteriano. Entretanto, uma fístula anal complexa é uma fístula transesfincteriana que inclui mais de 30% do complexo esfincteriano. As fístulas anais relacionadas a diarreia crônica, doença inflamatória intestinal, radiação, malignidade ou incontinência fecal preexistente são todas caracterizadas como fístulas complexas.Assim, devido às diversas causas e formas de fístula anal complexa, seus tratamentos são frequentemente acompanhados por um alto risco de recorrência e possíveis distúrbios de incontinência, e ainda há uma falta de consenso clínico sobre a melhor abordagem cirúrgica. [1, 9]

Frequentemente, as fístulas anais surgem como resultado de uma infecção criptoglandular e podem se apresentar sob a forma de abscesso ou infecção. Outros fatores desencadeantes abrangem a doença de Crohn, proctite, introdução de corpo estranho, procedimentos cirúrgicos na região anal e possíveis casos de malignidade. [6]

O diagnóstico de abscesso ou fístula anorretal é feito, principalmente, com base na história clínica e no exame físico. Indivíduos com abscesso perianal ou isquiorretal costumam apresentar febre, dor intensa, sensibilidade, vermelhidão e, frequentemente, a presença de uma massa inchada e dolorosa. Já as fístulas, podem ser identificadas pela presença de secreção purulenta ou fecal persistente, inchaço perianal intermitente e alívio da sensibilidade após a drenagem espontânea. Quando há múltiplas fístulas e extensas lesões na pele, tem-se um quadro sugestivo de doença de Crohn associada. [8]

As emergências anorretais se referem a problemas anorretais que exibem sintomas preocupantes, como dor na região anal e sangramento, que podem requerer intervenção imediata. Entre essas emergências estão a fistula anal, trombose de hemorroidas externas, complicações de hemorroidas internas, fissura anal, sepse anorretal, prolapso retal irreduzível, proctite de origem sexualmente transmissível e câncer retal que causa obstrução. Embora a maioria dessas condições não represente um risco à vida e possa ser gerenciada com sucesso em consultório médico, identificá-las com precisão continua sendo um grande desafio para profissionais médicos e cirurgiões, considerando-se que uma demora no diagnóstico ou tratamento apropriado dessas afecções anorretais tem sido associada a maior incidência de desfechos adversos. [7]

Os pacientes, em sua maioria, apresentam uma fístula drenante com vários sintomas de gravidade, necessitando de intervenções cirúrgicas. Dessa forma o principal objetivo da cirurgia é evitar a recorrência e prevenir a incontinência. Atualmente, existem variedades de técnicas cirúrgicas, como a fistulotomia e a fistulectomia e a seton de corte. Além disso, a recorrência das fístulas anorretais é comum, a taxa varia entre 3 a 57% após intervenção cirúrgica, visto que está embutido fatores de risco do paciente, da própria fístula e também do procedimento terapêutico [2]. No entanto, a suspensão de todos os procedimentos eletivos sensíveis ao tempo, que ocorreu mundialmente durante o período pandêmico da COVID-19, incluindo tratamentos para disfunções do assoalho pélvico. As disfunções do assoalho pélvico são condições altamente prevalentes que podem afetar gravemente a qualidade de vida dos pacientes e levar a complicações graves; no entanto, elas têm sido geralmente incluídas entre as doenças de tratamento não prioritário, que não ameaçam a vida. [3, 10]

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo realizar uma análise temporal do tratamento de fístulas anorretais no Brasil ao longo da última década e identificar sua relação com o contexto da pandemia do Covid-19.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, documental e quantitativo, com amostra de 102.666 procedimentos hospitalares realizados no Brasil nos últimos dez anos (2014-2023). A busca foi realizada em março de 2024. Os procedimentos incluídos na amostra foram: fechamento de fístula de reto e fistulectomia/fistulotomia anal, notificados no Sistema de Produção Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponível no Departamento de Estatística do SUS, realizados em todas as regiões do Brasil. Avaliaram-se as variáveis por número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas e caráter do atendimento: urgência e eletivo. Excluíram-se os procedimentos realizados fora do contexto de internação hospitalar e fora do período delimitado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dessa forma, no período analisado, o ano de 2020 apresentou o menor número dos procedimentos em questão (n=6.583), e registrou uma redução de 44,9% em relação ao ano anterior (2019=11.955). Portanto, é possível inferir a correlação com a pandemia Covid-19 devido à diminuição da procura por atendimentos em geral, em especial relacionados às afecções proctológicas [4]. Contudo, destaca-se que, embora tenha havido redução no número dos procedimentos realizados após a pandemia, a urgência dos executados aumentou. Assim, enquanto no ano de 2019 14,8% (1.764) das intervenções tiveram caráter de urgência, em 2020 esse número subiu para 24,1% (1.590), e em 2021 para 25,3% (1.867) [4]. Esta situação pode ser explicada pelo provável aumento da gravidade dos casos devido ao atraso na busca pela consulta médica e, consequentemente, no diagnóstico [3]. A realização de procedimentos em caráter de urgência não se demonstrou um fator de risco para a recorrência da doença. A possibilidade de recorrência da fístula está relacionada com a presença de fístula em ferradura ou fístula transesfincteriana alta, a realização prévia de cirurgias anais e a trajeto fistuloso múltiplo, por exemplo. [2,5]

Tabela 1 - Total de procedimentos de fechamento de fístula retal e fistulectomia/fistulotomia anal, de carater eletivo e de urgência notificados no SIH/SUS entre 2014-2023. Adaptada DATASUS.

ANO	PROCEDIMENTOS ELETIVOS	URGÊNCIA	TOTAL
2013	290	108	398
2014	8.335	1.964	10.299
2015	8.147	1.906	10.053
2016	8.013	2.177	10.190
2017	8.447	2.101	10.548
2018	9.594	1.789	11.383
2019	10.191	1.764	11.955
2020	4.993	1.590	6.583
2021	5.501	1.867	7.368
2022	9.397	1.965	11.362
2023	10.797	1.730	12.527

CONCLUSÃO

O estudo observou uma depressão significativa no número de tratamentos destinados às fístulas anorretais no primeiro e no segundo ano de pandemia, ressaltando ainda um aumento relativo no número desses procedimentos em situações de urgência, demonstrando a maior gravidade dos casos no momento da abordagem. Nessa perspectiva, o panorama evidenciado acompanha a logística da maioria das intervenções em saúde durante o período de contenção do vírus, os quais foram preteridos em detrimento do manejo dos pacientes com Covid-19 e postergados devido às superlotações das instituições de saúde. Por fim, o deslocamento positivo da curva de caráter de urgência dos procedimentos reverbera a adaptação das redes de saúde no contexto pandêmico, mas não contribuiu com a elevação de complicações associadas, mesmo quando comparados aos de caráter eletivo.

REFERÊNCIAS ORIGINAIS

1. Zahra, A. et al. A Comparison of Different Surgical Treatments for Complex Anal Fistula: A Systematic Review. Cureus, [S.l.], v. 14, n. 8, p. e28289, ago. 2022. DOI: 10.7759/cureus.28289. PMID: 36176822; PMCID: PMC9512314.
2. Mei, Z. et al. Risk Factors for Recurrence after anal fistula surgery: A meta-analysis. International Journal of Surgery (London, England), [S.l.], v. 69, p. 153-164, 2019. DOI: 10.1016/j.ijsu.2019.08.003.
3. Maqueda Gonzalez, R. et al. Proctologic emergency consultation during COVID-19: Comparative cross-sectional cohort study. Cirugia espanola, [S.l.], v. 99, n. 9, p. 660–665, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.10.002. Acesso em: 02 mar. 2024.
4. DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. URL: http://www.datasus.gov.br.
5. Karimian, F. A Commentary on the article: "Risk factors for recurrence after anal fistula surgery: A meta-analysis", Int J Surg 2019;69:153-164. International Journal of Surgery (London, England), v. 71, p. 79, 2019. DOI: 10.1016/j.ijsu.2019.08.038.
6. Tupe, C. L., & Pham, T. V. Anorectal Complaints in the Emergency Department. Emergency Medicine Clinics of North America, v. 34, n. 2, p. 251-270, 2016. https://doi.org/10.1016/j.emc.2015.12.013
7. Lohsiriwat, V. Anorectal emergencies. World Journal of Gastroenterology, v. 22, n. 26, p. 5867–5878, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i26.5867.
8. Gardner, I. H.; Siddharthan, R. V.; Tsikitis, V. L. Benign anorectal disease: hemorrhoids, fissures, and fistulas. Annals of Gastroenterology, v. 33, n. 1, p. 9–18, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.20524/aog.2019.0438.
9. Ji, L., Zhang, Y., Xu, L., Wei, J., Weng, L., & Jiang, J. (2021). Advances in the Treatment of Anal Fistula: A Mini-Review of Recent Five-Year Clinical Studies. Frontiers in Surgery, 7, 586891. doi: 10.3389/fsurg.2020.586891. PMID: 33644110; PMCID: PMC7905164.
10. Sacco, E., et al. (2021). Extensive impact of COVID-19 pandemic on pelvic floor dysfunctions care: A nationwide interdisciplinary survey. Neurourology and Urodynamics, 40(2), 695-704. doi: 10.1002/nau.24610.

https://doi.org/10.54257/2965-0585.v4.i2.87

Artigo Original

Neoplasia incidental de vesícula biliar após colecistectomias eletivas: uma análise retrospectiva

Incidental gallbladder neoplasia after elective cholecystectomy: a retrospective analysis

Cid Gerardo Paracampos Liberato Neto[1]; Lorena Cavalcante Lemos[1]; Davidson Anthony Aragão Freire[1]; Rodrigo Martins de Paiva Sales[2]; Lidiane Quaresma Pinto Bezerra[2]; Larissa Câmara Matos[3]

1 – Cirurgião Geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.
2 – Preceptor de cirurgia geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.
3 – Interna de medicina no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

RESUMO

Objetivos: Relatar a incidência de câncer incidental de vesícula biliar após colecistectomias eletivas em um hospital secundário do SUS, comparando-a com a literatura e revisando os fatores de risco e condutas relacionados a essa condição. Material e Métodos: Estudo unicêntrico, retrospectivo, não randomizado e observacional de pacientes que foram submetidos a cirurgia de colecistectomia de janeiro a dezembro de 2024 no Hospital José Martiniano de Alencar, Fortaleza, Ceará. Foram incluídos pacientes que retornaram para avaliação pós-operatória da peça cirúrgica e excluídos aqueles que perderam o seguimento. Resultados: Dos 1078 pacientes aptos, 934 eram do sexo feminino e 144, do sexo masculino, todos operados por colelitiase sintomática. Foram diagnosticados 4 casos de câncer incidental da vesícula biliar, representando uma incidência de 0,37%. Três desses casos se enquadraram como neoplasia intraepitelial de baixo grau, todas em pacientes do sexo feminino, com idade média de 53 anos e sem necessidade de cirurgia complementar. O quarto caso foi identificado em jovem do sexo masculino, operado por pólipo de 1cm, mas achado de massa no intra-operatório, com histopatológico confirmando neoplasia pt2a e acometimento de ducto cístico, submetido a cirurgia de resgate com 3 semanas, porém com evidência de doença metastática. um fator que deve ser levado em consideração no estudo é a alta taxa 11,05% de perda de seguimento de pacientes que não retornaram para avaliação pós-operatória. Conclusões: A incidência encontrada de câncer incidental em colecistectomias eletivas foi baixa, mas ressaltamos que seu diagnóstico é de grande importância devido o prognóstico da doença e para o adequado manejo pós-operatório. Atenção a fatores de risco como idade avançada, a colelitíase e pólipos maiores ou iguais a 1 cm, pode ajudar a identificar pacientes com maior chance de desenvolver essa condição. O manejo do câncer biliar incidental deve ser individualizado, com base nas características clínicas e patológicas de cada caso.

Palavras-chave: Neoplasia incidental de vesícula biliar;colecistectomia eletiva.

ABSTRACT

Objectives: To report the incidence of incidental gallbladder cancer after elective cholecystectomies in a secondary SUS hospital, comparing it with the literature and reviewing the risk factors and management related to this condition. Material and Methods: Unicentric, retrospective, non-randomized and observational study of patients who underwent cholecystectomy surgery from January to December 2024 at Hospital José Martiniano de Alencar, Fortaleza, Ceará. Patients who returned for postoperative evaluation of the surgical specimen were included and those who were lost to follow-up were excluded. Results: Of the 1078 eligible patients, 934 were female and 144 were male, all of whom underwent surgery for symptomatic cholelithiasis. Four cases of incident gallbladder cancer were diagnosed, representing an incidence of 0.37%. Three of these cases were classified as low-grade intraepithelial neoplasia, all in female patients, with a mean age of 53 years and without the need for additional surgery. The fourth case was identified in a young male, operated on for a 1cm polyp, but a mass was found intra-operatively, with histopathology confirming pt2a neoplasia and cystic duct involvement, who underwent rescue surgery at 3 weeks, but with evidence of metastatic disease. a factor that must be taken into consideration in the study is the high rate of 11.05% loss to follow-up of patients who did not return for postoperative evaluation. Conclusions: The incidence of incidental cancer found in elective cholecystectomies was low, but we emphasize that its diagnosis is of great importance due to the prognosis of the disease and for adequate postoperative management. Attention to risk factors such as advanced age, cholelithiasis and polyps greater than or equal to 1 cm can help identify patients with a greater chance of developing this condition. The management of incidental biliary cancer must be individualized, based on the clinical and pathological characteristics of each case.

Keywords: Incidental gallbladder neoplasia, elective cholecystectomy.

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

A colecistectomia eletiva é um procedimento cirúrgico de remoção da vesícula biliar, geralmente realizado para tratar condições como colelitíase (presença de cálculos biliares), colecistite aguda ou colecistite crônica. Este último é considerado quando o paciente apresenta sintomas leves crônicos e de forma recorrente. Além dos casos sintomáticos, a cirurgia também tem indicação no paciente assintomático, mas com risco de complicações futuras, como em casos de colelitíase com cálculos grandes (> 2 cm), microcálculos, vesícula em porcelana, dentre outras.[1]

Um estudo brasileiro relatou que, no âmbito do SUS, no período de janeiro de 2010 até dezembro de 2020, um total de 2.057.184 colecistectomias foram realizadas, sendo destas 1.377.304 por via laparotômica e 679.880 por via laparoscópica [2].A colecistectomia eletiva é frequentemente realizada por via laparoscópica, o que é associado a uma recuperação mais rápida e menor morbidade em comparação com a cirurgia aberta.[3] No entanto, em alguns casos, o exame histopatológico pós-cirúrgico revela a presença de neoplasias malignas de forma incidental. A análise do histopatológico deve fazer parte da rotina do cirurgião devido à presença de neoplasias malignas de vesícula biliar diagnosticadas de forma incidental.

O câncer de vesícula biliar pode não ser aparente clinicamente ou por imagem antes da cirurgia. Estudos indicam que a incidência de câncer de vesícula biliar incidental varia entre 0,3% até 1%, mas a avaliação histopatológica pode ser valiosa para identificar casos que necessitam de manejo pós-operatório adicional.[1-2] . A descoberta incidental de câncer durante uma colecistectomia eletiva tem implicações significativas, pois o câncer de vesícula biliar é frequentemente assintomático até atingir estágios avançados, quando o prognóstico é geralmente ruim.

METODOLOGIA

Estudo unicêntrico, retrospectivo, não randomizado e observacional de pacientes que foram submetidos a cirurgia de colecistectomia no período de janeiro a dezembro do ano de 2024 no serviço de cirurgia geral do Hospital José Martiniano de Alencar, hospital secundário do SUS localizado em Fortaleza, Ceará. O estudo incluiu todos os pacientes submetidos a tal procedimento que retornaram para avaliação pós-operatória da peça cirúrgica, excluindo aqueles que perderam seguimento. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética. Os princípios da confidencialidade de informações estabelecidos pela declaração de Helsinki foram seguidos.

Os pacientes cuja biópsia foi positiva foram avaliados do ponto de vista epidemiológico, com informações de sexo, idade e indicação cirúrgica com o objetivo de avaliar possíveis fatores de risco associados. Tais pacientes também foram acompanhados no pós-operatório para avaliar a propedêutica utilizada.

DADOS E RESULTADOS

De um total de 1212 pacientes, foram selecionados 1078 pacientes e 134 (11,05%) foram excluídos por perda de seguimento ambulatorial. Dentre os 1078 pacientes aptos, 934 eram do sexo feminino e 144 do do sexo masculino. Nessa amostra, foram identificados um total de 4 casos de câncer incidental da vesícula biliar, representando uma incidência de 0,37%. Três desses casos se enquadraram como neoplasia intraepitelial de baixo grau,todos do sexo feminino, com idades entre 48 e 60 anos (média de 53 anos) e com indicação de cirurgia por colelitíase sintomática. Nesses casos nenhuma conduta cirúrgica complementar a colecistectomia simples foi necessária, sendo solicitada apenas revisão de lâmina para confirmação do diagnóstico.

O quarto caso foi identificado em paciente de 36 anos do sexo masculino, cuja indicação para colecistectomia foi por um pólipo 1 cm. O procedimento iniciou por via laparoscópica, porém, durante o intra-operatório, devido a suspeita de lesão de via biliar durante dissecção da vesícula biliar, optou-se por conversão para via laparotômica com incisão de kocher. Após acesso a cavidade, evidenciado em infundíbulo massa pétrea, sendo levantada a suspeita de neoplasia de vesícula biliar. Realizado neste primeiro momento colecistectomia e hepatectomia em cunha, assim como drenagem de via biliar por meio de dreno de kehr. Paciente evoluiu estável recebendo alta hospitalar com programação de aguardar histopatológico e posterior correção de

via biliar. Em retorno ambulatorial, confirmou-se um adenocarcinoma com margens do ducto cístico comprometidas, com estadiamento patológico PT2a. Paciente foi internado para estadiamento e com proposta de derivação biliodigestiva e linfadenectomia 3 semanas após. Porém, durante início do procedimento cirúrgico, foram vistas lesões hepáticas sugestivas de implantes secundários que por meio de biópsia por congelação se confirmaram como metástase de adenocarcinoma, sendo optado apenas reparo de lesão de via biliar. Paciente em pós-operatório imediato evoluiu com choque hipovolêmico refratário, sendo indicada reabordagem por sangramento do hilo hepático com bom controle por equipe cirúrgica. Paciente foi encaminhado para oncologia clínica para tratamento quimioterápico paliativo, evoluindo para óbito cerca de 8 meses após início do seguimento.

DISCUSSÃO

A colecistectomia eletiva videolaparoscópica é indicada principalmente para pacientes com colelitíase sintomática, onde os cálculos biliares causam sintomas como dor biliar típica. É a cirurgia abdominal mais realizada no Brasil. Apesar dos benefícios da laparoscopia, cerca de 75% das colecistectomias no âmbito do SUS ainda são realizadas por via laparotômica.[2]

A literatura médica destaca que a colecistectomia é o tratamento definitivo para cálculos biliares sintomáticos, com alta taxa de resolução da dor biliar após o procedimento.[1-2] Além disso, a colecistectomia é recomendada em casos de colecistite aguda, uma complicação dos cálculos biliares, onde a cirurgia precoce é preferida para evitar hospitalizações prolongadas e complicações recorrentes.[3]

Para pacientes assintomáticos, a indicação de colecistectomia eletiva é mais controversa. No entanto, certos fatores de risco podem justificar a cirurgia, como a presença de cálculos grandes (>2 cm), pólipos na vesícula biliar maiores que 1cm, vesícula biliar calcificada ("porcelana"), ou em pacientes com diabetes ou em regiões com alta prevalência de câncer de vesícula biliar.[4]A disfunção biliar, como a discinesia biliar, também pode ser uma indicação para colecistectomia, especialmente quando há uma fração de ejeção baixa no exame de cintilografia biliar, embora a seleção de pacientes deva ser cuidadosa para garantir alívio sintomático.[5-6]

Em algumas ocasiões, o câncer de vesícula biliar (CVB) é descoberto incidentalmente após uma colecistectomia realizada por outras razões, como cálculos biliares. [7][9] O CVB é o tipo mais comum de câncer do trato biliar, caracterizado por um prognóstico geralmente desfavorável, especialmente quando diagnosticado em estágios avançados. Isso se deve ao seu comportamento agressivo e às opções terapêuticas limitadas disponíveis.[7]

A detecção precoce é desafiadora, pois os sintomas são raramente evidentes até que a doença esteja em estágio avançado.A descoberta incidental ocorre porque muitos casos são diagnosticados apenas após a análise histopatológica de espécimes de colecistectomia, realizada inicialmente para tratar doenças benignas. Porém, tal diagnóstico abre margem para avaliar a possibilidade de tratamento curativo nessa população. [8-9]

A incidência de adenocarcinoma da vesícula biliar descoberto incidentalmente durante a colecistectomia varia entre os estudos, mas geralmente é baixa. De acordo com uma meta-análise que incluiu 51 estudos e 436.636 pacientes submetidos a colecistectomia, a taxa de incidência de carcinoma incidental da vesícula biliar foi de 0,6%.[8] Outro estudo sistemático e meta-análise relatou uma incidência semelhante de 0,7% em colecistectomias realizadas para doenças benignas da vesícula biliar.[9] Além disso, um estudo realizado em um centro terciário relatou uma incidência de 0,46% de câncer de vesícula biliar em espécimes de colecistectomia, com 50% desses casos sendo descobertos incidentalmente.[10]

O tratamento do câncer incidental de vesícula biliar descoberto durante a colecistectomia é determinado principalmente pelo estágio do tumor, com recomendações específicas para ressecção e quimioterapia adjuvante.[11]

Primeiramente, a avaliação patológica detalhada do espécime é essencial. Isso inclui a amostragem extensa para determinar fatores prognósticos, como a profundidade microscópica da invasão tumoral, o envolvimento da margem do ducto cístico, e a invasão das superfícies serosa e hepática.[11] A presença de displasia de alto grau ou pólipos neoplásicos deve levar a uma amostragem completa do espécime para estadiar com precisão qualquer malignidade invasiva associada.[8]

Para o estadiamento adicional, a tomografia computadorizada (TC) com contraste é recomendada para avaliar a ressecabilidade, pois permite a avaliação dos linfonodos portais, implantes peritoneais e invasão vascular.[12] A ressonância magnética (RM) com gadolínio pode complementar a TC, especialmente em pacientes com esteatose hepática ou cirrose, fornecendo uma avaliação mais detalhada do ducto hepático comum e do parênquima hepático.[4] A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) com 18-FDG pode detectar metástases ocultas, o que é relevante para pacientes com câncer de vesícula biliar descoberto incidentalmente, ajudando a identificar aqueles que não se beneficiariam de uma ressecção radical.[10]

Em casos de cânceres incidentais pT2-T3, o estadiamento pode incluir uma abordagem de restadiamento após três semanas, utilizando tomografia computadorizada e, seletivamente, laparoscopia, para avaliar a presença de tumor residual, disseminação extra-hepática e o comportamento biológico do tumor.[13] Essa estratégia ajuda a selecionar pacientes que se beneficiarão de uma ressecção radical e evitar cirurgias desnecessárias.[5]

O momento da ressecção é variável, pois serve como um procedimento de estadiamento preciso e pode ser realizado a qualquer momento se o paciente permanecer não metastático.[14] A ressecção 'urgente' (em menos de 4 semanas) pode estar associada à inflamação ainda não resolvida da cirurgia índice, e complicar a ressecção posterior.

Para tumores confinados à mucosa (T1a), uma colecistectomia simples geralmente é suficiente, com excelentes taxas de sobrevida em 5 anos.[13] No entanto, para tumores que invadem a camada muscular (T1b) ou são mais avançados (T2, T3), a ressecção é recomendada. Isso normalmente envolve uma colecistectomia radical, que inclui ressecção hepática e linfadenectomia regional para atingir uma ressecção R0. [14] A extensão da ressecção hepática deve ser guiada pela necessidade de atingir margens negativas, e a ressecção de rotina do ducto biliar comum não é necessária, a menos que haja uma margem positiva do ducto cístico.[13]

Tabela 1 - Estadiamento do câncer de vesícula biliar

Categoria T (pT)	
Tis	Carcinoma in situ
T1a T1b	Invasão da lâmina própria Invasão da camada submucosa
T2 T2a T2b	Invasão de tecido conjutivo perimuscular Invasão do tecido na face peritoneal Invasão do tecido da face hepática
T3	Invasão da serosa e/ou invasão hepática e/ou um órgão ou estrutura (estômago, omento, ducto biliar)
T4	Invasão da veia porta, artéria hepática ou >2 órgãos extra-hepáticos
Categoria N (pN)	
N0	Ausência de metástases
N1	1-3 linfonodos regionais
N2	Acima de 4 linfonodos regionais
Categoria M	
M0	Sem metástases à distância
M1	Com metástases a distância

A quimioterapia adjuvante é considerada para pacientes com doença localmente avançada (T3 ou T4), doença com linfonodos positivos ou margens de ressecção R1, pois pode melhorar os resultados de sobrevida. Embora o uso de terapia adjuvante não seja amplamente documentado, é provavelmente subutilizado e pode ser benéfico para melhorar a sobrevivência, particularmente em tumores T2 e T3.[14]

Para casos avançados, a quimioterapia paliativa com gemcitabina e cisplatina é o padrão de cuidado, e novas abordagens, como a imunoterapia com inibidores de PD-L1, estão sendo exploradas.[6] A identificação de biomarcadores confiáveis para triagem e seleção de terapia é uma necessidade clínica não atendida que poderia melhorar o manejo do CVB.[7]

A decisão de realizar uma cirurgia mais extensa deve ser baseada no estadiamento do tumor e na habilidade do cirurgião em realizar procedimentos oncológicos complexos.[13][14] A terapia adjuvante, como quimiorradiação, pode ser considerada, embora os dados sobre sua eficácia sejam limitados.[14] A abordagem multidisciplinar é fundamental para o manejo eficaz do CVB, envolvendo cirurgiões especializados em cirurgia hepatobiliar e oncologistas.

CONCLUSÃO

A incidência encontrada de câncer incidental em colecistectomias eletivas foi baixa, mas ressaltamos que seu diagnóstico é de grande importância devido o prognóstico da doença e para o adequado manejo pós-operatório. Atenção a fatores de risco como a idade avançada, colelitíase e pólipos maiores que 1 cm, podem ajudar a identificar pacientes com maior chance de desenvolver essa condição. O manejo do câncer biliar incidental deve ser individualizado, com base nas características clínicas e patológicas de cada caso. Estudos adicionais são necessários para definir diretrizes claras sobre a conduta em casos de câncer incidental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shabanzadeh, D. (2023). The Symptomatic Outcomes of Cholecystectomy for Gallstones. Journal of Clinical Medicine. 12. 1897. 10.3390/jcm12051897.
2. Souza, de CL, Baylão Penna, M., & Martins de Oliveira Maia, L. (2022). Análise epidemiológica do perfil das colecistectomias realizadas no Brasil nos últimos 10 anos. *Revista De Saúde*, *13*(1), 67–72. https://doi.org/10.21727/rs.v13i1.281
3. Halldestam I, Kullman E, Borch K. Defined indications for elective cholecystectomy for gallstone disease. Br J Surg. 2008 May;95(5):620-6. doi: 10.1002/bjs.6020. PMID: 18161899.
4. Keus F, Broeders IA, van Laarhoven CJ. Gallstone disease: Surgical aspects of symptomatic cholecystolithiasis and acute cholecystitis. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2006;20(6):1031-51. doi: 10.1016/j.bpg.2006.05.008. PMID: 171271864.
5. Patiño JF, Quintero GA. Asymptomatic cholelithiasis revisited. World J Surg. 1998 Nov;22(11):1119-24. doi: 10.1007/s002689900530. PMID: 9828719.
6. Roa JC, García P, Kapoor VK, Maithel SK, Javle M, Koshiol J. Gallbladder cancer. Nat Rev Dis Primers. 2022 Oct 27;8(1):69. doi: 10.1038/s41572-022-00398-y. Erratum in: Nat Rev Dis Primers. 2022 Nov 18;8(1):75. doi: 10.1038/s41572-022-00408-z. PMID: 36302789.
7. Waller GC, Sarpel U. Gallbladder Cancer. Surg Clin North Am. 2024 Dec;104(6):1263-1280. doi: 10.1016/j.suc.2024.03.006. Epub 2024 Apr 24. PMID: 39448127.
8. Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. Clin Epidemiol. 2014 Mar 7;6:99-109. doi: 10.2147/CLEP.S37357. PMID: 24634588; PMCID: PMC3952897.
9. Feo CF, Ginesu GC, Fancellu A, Perra T, Ninniri C, Deiana G, Scanu AM, Porcu A. Current management of incidental gallbladder cancer: A review. Int J Surg. 2022 Feb;98:106234. doi: 10.1016/j.ijsu.2022.106234. Epub 2022 Jan 21. PMID: 35074510.
10. Piccolo G, Barabino M, Piozzi GN, Bianchi PP. Radical cholecystectomy without liver resection for peritoneal side early incidental gallbladder cancer. World J Gastroenterol. 2024 Aug 28;30(32):3739-3742. doi: 10.3748/wjg.v30.i32.3739. PMID: 39221070; PMCID: PMC11362876.
11. Choi KS, Choi SB, Park P, Kim WB, Choi SY. Clinical characteristics of incidental or unsuspected gallbladder cancers diagnosed during or after cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. World J Gastroenterol. 2015 Jan 28;21(4):1315-23. doi: 10.3748/wjg.v21.i4.1315. PMID: 25632207; PMCID: PMC4306178.
12. Søreide K, Guest RV, Harrison EM, Kendall TJ, Garden OJ, Wigmore SJ. Systematic review of management of incidental gallbladder cancer after cholecystectomy. Br J Surg. 2019 Jan;106(1):32-45. doi: 10.1002/bjs.11035. PMID: 30582640.
13. Wrenn SM, Callas PW, Abu-Jaish W. Histopathological examination of specimen following cholecystectomy: Are we accepting resect and discard? Surg Endosc. 2017 Feb;31(2):586-593. doi: 10.1007/s00464-016-5002-y. Epub 2016 Jun 20. PMID: 27324336.
14. Basak F, Hasbahceci M, Canbak T, Sisik A, Acar A, Yucel M, Bas G, Alimoglu O. Incidental findings during routine pathological evaluation of gallbladder specimens: review of 1,747 elective laparoscopic cholecystectomy cases. Ann R Coll Surg Engl. 2016 Apr;98(4):280-3. doi: 10.1308/rcsann.2016.0099. Epub 2016 Feb 29. PMID: 26924485; PMCID: PMC5226033.

https://doi.org/10.54257/2965-0585.v4.i2.88

Artigo Original

Perfil epidemiológico de pacientes submetidos a cirurgias colorretais e análise da incidência de fístulas anastomóticas em hospital secundário - de 2019 a 2024

Epidemiological profile of patients undergoing colorectal surgeries and analysis of the incidence of anastomotic fistulas in a secondary hospital - from 2019 to 2024

Davidson Anthony Aragão Freire[1]; Carla Camila Bezerra Rocha[2]; Matthaus Rabelo da Costa[2]; Bruno Gadelha Bezerra[2]; Cid Gerardo Paracampos Liberato[1]; Neto Lorena Cavalcante de Lemos[1]

1 – Cirurgião Geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.
2 – Preceptor de cirurgia geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

RESUMO

Objetivos: A fístula anastomótica é uma das complicações mais graves em uma cirurgia colorretal. O estudo visou traçar um perfil dos pacientes submetidos a cirurgias colorretais e identificar os fatores de risco envolvidos na ocorrência de fístulas. Métodos: Foi realizada revisão dos prontuários de 114 pacientes submetidos a cirurgias colorretais e avaliação dos dados relacionados a sexo, idade, patologia de base, tipo de cirurgia, via de acesso, incidência de fístulas anastomótica, classificação e seu manejo, morbimortalidade. Resultados: A incidência global de fístulas foi de 10,5% e os fatores mais associados a fístulas anastomóticas foram sexo masculino (RR=1,89 IC:95%; 0,54 - 6,59), história de diverticulite aguda (RR 2,03 IC:95%; 0,51 - 6,09), cirurgia laparotômica (RR=2,5 IC:95%; 0,8 - 8,3) e anastomose envolvendo o reto (RR=2,8 IC:95%; 0,8 - 9,8). O tratamento conservador foi a principal abordagem (50%), seguida da reabordagem (41,7%) e a menor parte foi manejada com drenagem percutânea (8,3%). A mortalidade e letalidade foram respectivamente de 0,87% e 8,3%. Conclusões: A análise dos dados sugere que sexo masculino, pacientes com história de diverticulite aguda, anastomose baixa e cirurgia laparotômica sejam os fatores mais associados ao desenvolvimento de fístulas anastomóticas, todavia sem significância estatística. A incidência geral de fístulas é ligeiramente menor que os valores encontrados na literatura mundial, enquanto a mortalidade está bem abaixo do esperado, o que reforça a excelência e experiência deste serviço na realização deste tipo de cirurgia. O tratamento conservador foi suficiente na maioria dos casos.

Palavras-chave: Cirurgia colorretal; Anastomose cirúrgica; Fístula anastomótica; Fístula do sistema digestório.

ABSTRACT

Objectives: Anastomotic fistula is one of the most severe complications in colorectal surgery. This study aimed to outline the profile of patients undergoing colorectal surgeries and identify the risk factors associated with the occurrence of fistulas. Methods: A review of medical records from 114 patients who underwent colorectal surgeries was conducted, analyzing data related to sex, age, underlying pathology, type of surgery, surgical approach, incidence of anastomotic fistulas, classification and management, morbidity and mortality. Results: The overall incidence of fistulas was 10.5%, and the factors associated with anastomotic fistulas were male sex (RR=1.89; 95% CI: 0.54–6.59), history of acute diverticulitis (RR=2.03; 95% CI: 0.51–6.09), laparotomic surgery (RR=2.5; 95% CI: 0.8–8.3), and anastomosis involving the rectum (RR=2.8; 95% CI: 0.8–9.8). Conservative treatment was the primary approach (50%), followed by surgical reintervention (41.7%), while a smaller proportion was managed with percutaneous drainage (8.3%). Mortality and lethality rates were 0.87% and 8.3%, respectively. Conclusions: Data analysis suggests that male sex, history of acute diverticulitis, low anastomosis, and laparotomic surgery are the factors most associated with the development of anastomotic fistulas, though without statistical significance. The overall incidence of fistulas is slightly lower than values reported in the global literature, while mortality is well below expected levels, highlighting the excellence and expertise of this service in performing such surgeries. Conservative treatment was sufficient in most cases.

Keywords: Colorectal surgery; Surgical anastomosis; Anastomotic fistula; Digestive system fistula.

(cc) BY-NC-SA ta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

As cirurgias colorretais estão entre os procedimentos cirúrgicos mais realizados globalmente. Além de intervenções de emergência, as ressecções do cólon também podem tratar doenças inflamatórias e câncer colorretal[1]. O sucesso do tratamento depende da avaliação e planejamento pré-operatório, especialmente do método cirúrgico utilizado, da presença de complicações pós-operatórias, como fístulas anastomóticas e infecção de sítio cirúrgico, e do seu manejo.

Com taxas de incidência estimadas entre 2,8% e 30%, a fístula anastomótica é uma das complicações mais graves da cirurgia colorretal[2]. Essa condição afeta negativamente tanto os resultados imediatos quanto os de longo prazo, levando a maiores índices de morbidade e mortalidade devido a complicações como sepse e peritonite. Também aumenta a probabilidade de reoperações e a necessidade de estomas permanentes não planejados, o que eleva os custos hospitalares, prolonga o tempo de internação e reduz drasticamente a qualidade de vida[3,4]. Além disso, em casos oncológicos, retarda o início da quimioterapia adjuvante contribuindo para o aumento da recorrência local da doença e reduzindo o intervalo livre de doença, sendo uma das principais causas de morte após a cirurgia colorretal[5,6]

Diversos fatores de risco contribuem para o desenvolvimento de deiscência anastomótica. Podem ser pré-operatórios, intra- ou pós-operatórios e incluem características do paciente, como idade, sexo, presença de comorbidades e se a cirurgia foi eletiva ou de emergência. Também estão associados fatores ligados à doença, como a localização e as características do tumor, além do estágio TNM, e fatores técnicos, como o tempo cirúrgico, o tipo de ressecção realizada, a técnica de anastomose utilizada e a via de acesso (laparoscópica ou convencional).

O diagnóstico das fístulas anastomóticas, desafiador em estágios iniciais devido à variedade ou inexistência de quadro clínico específico, geralmente é estabelecido nos primeiros 14 dias da cirurgia com média entre 5º e 8º dia PO**.** Atualmente, a tomografia computadorizada (TC), associada ou não a contraste, é o padrão ouro para diagnóstico e avaliação morfológica de uma fístula anastomótica indicando alterações como extravasamento do contraste, níveis líquidos perianastomóticos, presença de líquido ou infiltrado.[7]

Os avanços na técnica cirúrgica com equipamentos modernos, profilaxia antibiótica, mudanças conceituais sobre preparo pré-operatório e manejo pós operatório aumentaram significativamente a segurança da cirurgia minimizando o risco de complicações cirúrgicas.

METODOLOGIA

Este artigo é de um estudo unicêntrico, retrospectivo, não randomizado e observacional de pacientes que foram submetidos a cirurgias colorretais entre 2019 e 2024 no Hospital José Martiniano de Alencar. Os critérios de inclusão foram pacientes submetidos a cirurgias colorretais que envolveram anastomoses ou fechamento de segmentos intestinais, de caráter eletivo por via aberta ou laparoscópica. Os critérios de exclusão foram pacientes operados em caráter de urgência, submetidos a cirurgia de endometriose ou que realizaram cirurgia de Hartmann. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética. Os princípios da confidencialidade de informações estabelecidos pela declaração de Helsinki foram seguidos.

Os pacientes foram avaliados do ponto de vista epidemiológico, com informações de sexo, idade e patologia de base relacionada ao procedimento cirúrgico, tipo de cirúrgia realizada (anastomose tardia de fechamento de ostomia em alça/terminal ou anastomose primária envolvendo segmentos íleo-colon ou colorretal), via de acesso laparoscópico ou convencional, com o objetivo de avaliar a incidência de fístulas anastomóticas, classificar a gravidade, o tempo de internamento hospitalar e relacionar esses desfechos com os fatores de risco avaliados.

O dia da fístula anastomótica foi definido como o momento do diagnóstico, seja por peritonite avaliado em reoperação, drenagem entérica pelo dreno ou ainda exame de fistulografia mostrando comunicação entre a víscera e a cavidade abdominal.

A principal complicação avaliada no presente estudo, a fístula anastomótica, foi categorizada conforme a classificação de complicações cirúrgicas de Clavien-Dindo conforme mostrado na tabela abaixo[8]. (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação de complicações cirúrgicas de Clavien-Dindo	
Clavien-Dindo	**Definição**
Grau I	Sem necessidade de tratamento farmacológico específico ou intervenção cirúrgica
Grau II	Requer tratamento farmacológico específico como NPT ou transfusão sanguínea
Grau III	Requer intervenção cirúrgica, endoscópica ou radiológica
Grau IV	Complicação ameaçadora à vida com necessidade de monitoramento intensivo
Grau V	Morte do paciente
Fonte: Dindo *et alt*, 2004[8]	

O tratamento desses pacientes consideram a evolução clínica e, nesse contexto, a classificação do International Study Group of Rectal Cancer (ISREC)[9] que gradua as fístulas anastomóticas em três graus (Quadro 2).

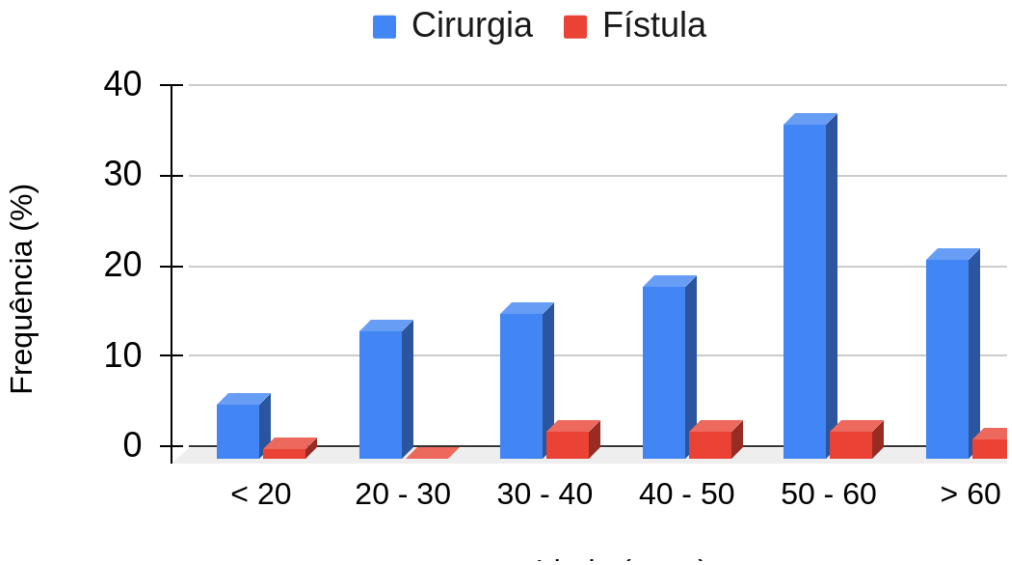
Quadro 2. Classificação da fístula e manejo conforme a ISREC		
Classificação	**Apresentação clínica**	**Manejo segundo ISREC**
Grau A	Diagnóstico clínico ou radiológico sem apresentação de sintomas ou alterações laboratoriais	Expectante e de suporte
Grau B	Quadro clínico com sintomas leves/moderados sem instabilidade clínica e com alterações laboratoriais	Drenagem minimamente invasiva
Grau C	Quadro clínico com sintomas graves como peritonite, sepse e instabilidade hemodinâmica	Reintervenção cirúrgica geralmente com confecção de ostomia
Fonte: Rahbari *et al*, 2010[9]		

Os prontuários foram avaliados e informações sobre exames laboratoriais, aspecto dos drenos, sinais vitais, tempo de internamento, dia do diagnóstico da fístula e seguimento foram coletadas. Todos os pacientes tiveram seguimento ambulatorial precoce após a alta.

DADOS E RESULTADOS

Foram incluídos 114 pacientes submetidos a cirurgias colorretais, a idade média no momento da cirurgia foi de 48 anos, e as maiores incidências de fístulas foram na faixa etária entre 30-40 anos (19%) e 40-50 anos (16%) (Gráfico 1).

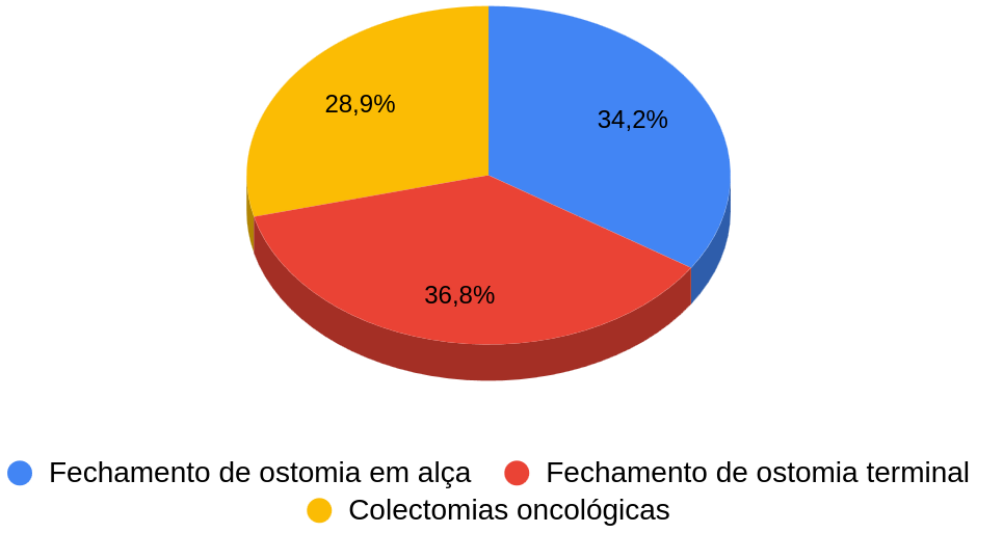
Gráfico 1. Número de cirurgias e incidência de fístulas por faixa etária



Fonte: Autoria própria

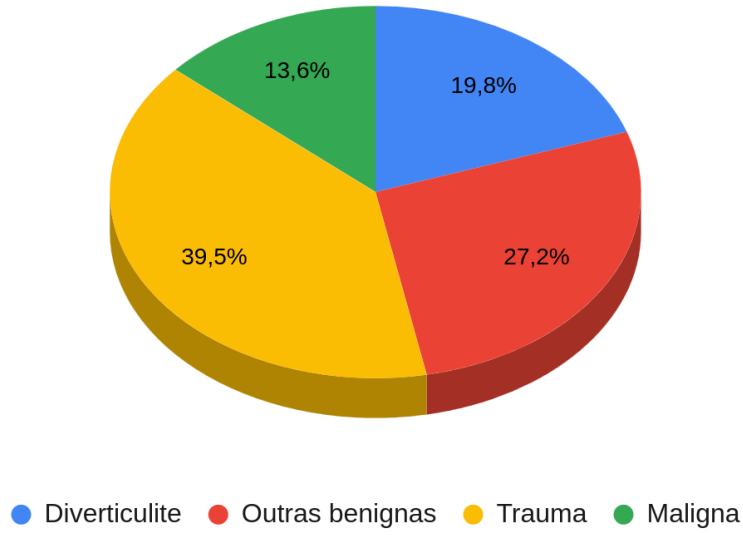
As cirurgias mais comumente realizadas foram os fechamentos de ostomias (36,8% de fechamento de ostomias terminais e 34,2% de ostomias em alça) e as demais cirurgias foram colectomias devido a neoplasias malignas do cólon (Gráfico 2). Das cirurgias de reconstrução de trânsito, as principais etiologias foram trauma (39,5%), diverticulite aguda (19,8%), câncer (13,6%), outras causas benignas somaram 27,2% (Gráfico 3). O Hospital e Maternidade José Martiniano possui um serviço bem estabelecido de coloproctologia cujas características principais incluem a padronização do pré-operatório e das técnicas cirúrgicas e, por esse motivo, é referência na atenção secundária, para cirurgias de reconstrução de trânsito em casos selecionados.

Gráfico 2. Perfil das cirurgias colorretais realizadas no serviço



Fonte: Autoria própria

Gráfico 3. Perfil da etiologia de base dos pacientes submetidos a reconstrução de trânsito



Fonte: Autoria própria

A incidência geral de fístulas anastomóticas nos pacientes avaliados foi de 10,5% (12 dos 114 pacientes operados). Dentre os paciente submetidos a colectomias oncológicas, a incidência de fístulas foi de 9,1%, já nos pacientes submetidos a reconstruções de trânsito, a maior incidência de fístula foi encontrada em paciente com história de diverticulite aguda (18,8%) seguidas de trauma (12,5%), neoplasia maligna (9,1%) e demais causas benignas (4,5%) (Tabela 1).

Tabela 1. Incidência de fístulas anastomóticas por etiologia de base dos pacientes submetidos a reconstrução de trânsito

Etiologia de base	Nº de pacientes	Incidência de fístulas	RR (IC: 95%)
Diverticulite aguda	16 (19,8%)	3 (18,8%)	2,03 (0,51 - 6,09)
Trauma	32 (39,5%)	4 (12,5%)	
Maligna	11 (13,6%)	1 (9,1%)	
Demais causas benignas	22 (27,2%)	1 (4,5%)	

Fonte: Autoria própria

A maioria dos pacientes incluídos são do sexo masculino (61%), grupo que apresentou maior taxa de fístula (12,8%) (Tabela 2).

Tabela 2. Incidência de fístulas anastomóticas por sexo dos pacientes submetidos a cirurgias colorretais

Sexo	Nº de pacientes	Incidência de fístulas	RR (IC: 95%)
Masculino	70 (61%)	9 (12,8%)	1,89 (0,54 - 6,59)
Feminino	44 (39%)	3 (6,8%)	
Total	114 (100%)	12 (10,5%)	

Fonte: Autoria própria

As fístulas ocorreram principalmente em cirurgias que envolviam anastomose retais (15,2%), seguido de íleo-transverso (6,3%) e fechamentos de ostomias em alça (5,1%). A incidência nas cirurgias laparoscópicas foi menor que nas cirurgias por via laparotômica (9,1% vs 19,3%) (Tabela 3).

Tabela 3. Incidência de fístulas em cada tipo de anastomose realizada e via de acesso

Tipo de anastomose	Nº de pacientes	Incidência de fístulas	RR (IC: 95%)
Retal	59 (51%)	9 (15,2%)	2,8 (0,8 - 9,8)
Íleo-transverso	16 (14%)	1 (6,3%)	
Ostomia em alça	39 (35%)	2 (5,1%)	
Via de acesso			
Laparotômica	31 (27%)	6 (19,3%)	2,5 (0,8 - 8,3)
Laparoscópica	44 (38%)	4 (9,1%)	
Ostomia em alça	39 (35%)	2 (5,1%)	

Fonte: Autoria própria

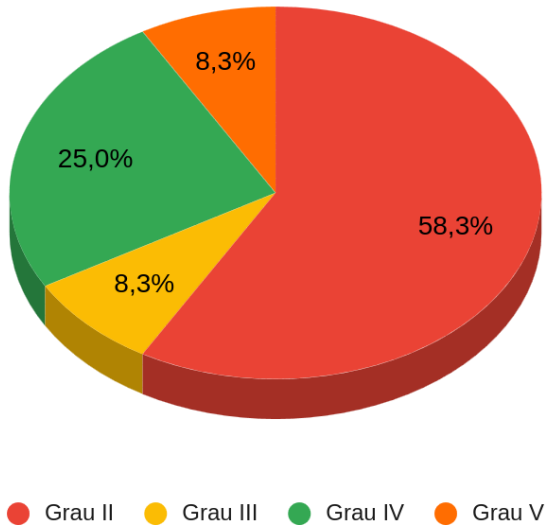
Da avaliação pré-operatória, dos pacientes submetidos a anastomose, apenas 2 apresentavam Hb < 10g/dL devido a estado inflamatório e sangramento oculto ocasionado pela neoplasia, mas sem ocorrência de fístula nesse grupo. Todos apresentavam bom estado nutricional, avaliado com albumina sérica > 3.5g/dL, e nenhum dos pacientes havia sido submetido a qualquer tipo de terapia neoadjuvante. Apesar do preparo pré-operatório incluir estímulo à cessação do tabagismo, 3 pacientes foram operados com tabagismo recente e 1 desses paciente evoluiu com fístula de modo que a incidência nesse grupo foi maior quando comparado aos não tabagistas (33.3% vs 9,9%).

A ocorrência da fístula foi precoce em 8 casos (até 7 dias) e tardia em 3 casos (após 7 dias). O diagnóstico foi estabelecido clinicamente,

principalmente pela exteriorização do conteúdo intestinal pelo dreno ou ferida operatória, por vezes confirmado por coleção avaliada em tomografia ou ainda por fistulografia. Pela classificação de Clavien-Dindo, 7 pacientes (58%) foram classificados como leves (Gráfico 4). A mortalidade e letalidade foram respectivamente de 0,87% e 8,3%.

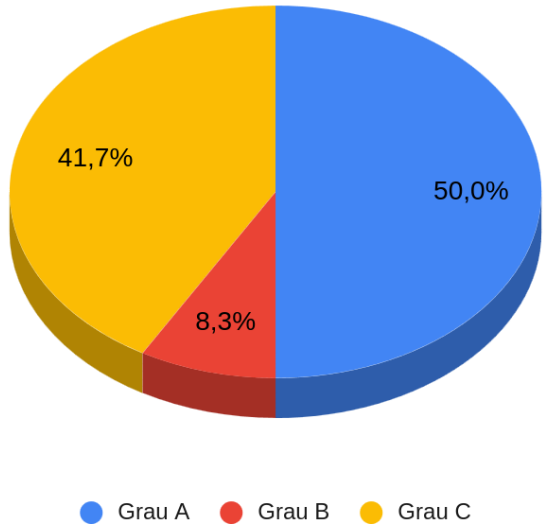
O tratamento das fístulas envolveu abordagens clínicas ou cirúrgicas (minimamente invasiva ou laparotômica). O tratamento clínico com NPO/NPT e suporte clínico (fístula grau A) foi suficiente para 6 pacientes, enquanto 1 paciente necessitou de drenagem percutânea de coleção (fístula grau B). Reoperações foram necessárias em 5 pacientes (fístula grau C) (Gráfico 5).

Gráfico 4. Incidência das fístulas por classificação de Clavien-Dindo



Fonte: Autoria própria

Gráfico 5. Incidência das fístulas por classificação da ISREC



Fonte: Autoria própria

DISCUSSÃO

A fístula anastomótica é uma das complicações mais graves em uma cirurgia colorretal, trazendo impacto negativo a curto e longo prazo, estando associadas à maior morbimortalidade, maiores taxas de reoperação, ostomias permanentes, aumento do tempo de internamento hospitalar e redução na qualidade de vida do paciente. [10]

Segundo Zhang *et al*[11], a incidência média de fístulas após cirurgias colorretais é de 11,9%. A taxa de deiscência apresentada no estudo em questão foi de 10,5%, portanto, ligeiramente menor do que o apresentado pela literatura, o que pode ser reflexo da adequada avaliação e preparo pré-operatório, assim como da técnica cirúrgica empregada pela equipe do serviço.

Dos fatores relacionados ao paciente, no presente estudo observou-se maior prevalência de fístulas em pacientes do sexo masculino (12,8% vs 6,8%). Estudos indicam que o sexo masculino é um fator de risco para fístulas particularmente em anastomoses colorretais devido a dificuldades técnicas de se criar uma anastomose em uma pelve estreita[12], mas também aspectos relacionados aos andrógenos podem influenciar na microcirculação intestinal. Um estudo conduzido com 429 pacientes submetidos a anatomose colorretal mostrou que o sexo masculino é fator de risco independente (RR 1.9-7.7)[13]

A idade não pareceu influenciar no risco de fístula anastomótica nos pacientes deste estudo já que a taxa foi ligeiramente menor em idosos, mas sem significado estatístico (9% vs 10,8%). O estilo de vida, principalmente o tabagismo ativo, está relacionado a aumento de fístulas de anastomose devido influência negativa na cicatrização tecidual devido isquemia por vasoconstrição associada a nicotina e doença microvascular principalmente em pacientes com carga tabágica acima de 40 maços-anos[14].

O estado nutricional tem grande influência nos desfechos das cirurgias colorretais, por esse motivo é de fundamental importância buscar metas de albumina sérica > 3,5 e IMC entre 18,5 e 40[15]. Devido o perfil do hospital ser nível secundário, todos nossos pacientes passaram por avaliação nutricional pré-operatória e isso contribuiu para nosso resultado final. Nas últimas décadas muitos estudos clínicos demonstram o benefício do protocolo ERAS ao pré-condicionar o paciente reduzindo morbidade em geral, inclusive desempenhando melhor cicatrização tecidual[16].

A cirurgia laparoscópica, apesar de ser a abordagem preferida em cirurgias colorretais oncológicas, não tem benefício significativo sobre o intervalo livre de doença, recidiva tumoral, morbimortalidade.[17] No entanto, os dados relacionados à via de acesso (laparoscópica ou laparotômica) são conflitantes. Segundo a base de dados dos Estados Unidos, que incluía 1.584 colectomias robô-assistidas, 116.261 laparoscópicas e 126.284 abertas, o risco de complicação comparando a via minimamente invasiva com laparotômica foi menor (19.8% x 33.2%)[18]. Esses dados divergem do grupo de câncer colorretal dinamarquês que descreveu a cirurgia laparoscópica como fator de risco para fístulas anastomóticas (OR 1.34; 95% IC 1.05 - 1.70; p = 0.03) em 9.333 pacientes avaliados[19]. Apesar de não haver consenso nos dados da literatura, a taxa de fístula encontrada no nosso estudo foi maior nas cirurgias laparotômicas que nas laparoscópicas (19,3% vs 9,1%).

O nível da anastomose a partir da borda anal é um fator de risco determinante para fístulas. A literatura apresenta valores entre 11,9% e 19% para deiscência anastomótica quando localizadas no reto extraperitoneal, até 6cm da borda anal[11 20], dados reforçados pelos resultados de incidência de fístula de 15,2% no nosso estudo.

A drenagem intra-abdominal profilática é baseada na ideia de monitorizar a ocorrência de fístulas anastomóticas e reduzir a morbidade ao se evitar peritonite generalizada. Todavia, estudos recentes desencorajam o uso de drenagem de rotina. Uma revisão sistemática envolvendo 760 pacientes de 4 ensaios clínicos randomizados controlados apontou que o uso do dreno não reduziu incidência de fístula (OR 0.99; 95% IC: 0.65 - 1.49), como também não reduziu complicações pélvicas, taxa de reoperações nem mortalidade[21]. Em nosso estudo, utilizamos drenos intra-abdominais rotineiramente em pacientes com anastomose colorretal.

As ostomias de proteção em alça são criadas para desviar o trânsito fecal com o objetivo principal de reduzir a incidência de fístulas anastomóticas e reduzir a gravidade dos quadros clínicos. Revisões

sistemáticas incluindo estudos publicados entre 2014 e 2017 com 5.612 pacientes identificaram a ostomia protetora como fator de proteção em pacientes submetidos a ressecção baixa (RR 0.38) e uma revisão da Cochrane com 648 pacientes de ensaios clínicos randomizados controlados apontou o desvio de alça como protetor contra fístulas anastomóticos (RR 0.38)[22]

As fístulas precoces ocorrem principalmente devido a falha técnica e uma anastomose bem sucedida depende fundamentalmente de um sutura sem tensão com boa adaptação dos tecidos e perfusão sanguínea adequada.[23] Por esse motivo o desenvolvimento de melhores equipamentos e também o uso intra-operatório de verde de indocianina para avaliar perfusão tecidual são promissores para reduzir a taxa dessas complicações.

O uso de grampeadores com tripla linha de grampo tem menor risco de fístula quando comparado com o com dupla linha (6.3% vs 7.5% com RR 0.54, 95% IC: 0.31 - 0.94).[24] Além disso, o uso de duas ou mais cargas está associado a maior risco de fístula (OR 3.0589, IC: 1.1 - 9.5)[25]. Todas as anastomoses retais no nosso estudo envolveu grampeadores de tripla linha de grampo. Não tivemos controle de quantas cargas foram utilizadas no reto.

O verde de indocianina, aliado na avaliação intraoperatória da perfusão tecidual, atua como protetor para fístulas anastomóticas (OR 0.27, 95% IC: 0.13 - 0.53).[26] Uma coorte com 504 pacientes submetidos a cirurgia colorretal com essa técnica de angiografia permitiu a detecção de circulação insuficiente em 5.8% dos pacientes permitindo a equipe mudança da estratégia de anastomose anulando o número dessa complicação pós-operatória.[27] Não dispusemos dessa estratégia de avaliação no intra-operatório. No entanto, a realização da cirurgia padronizada e por equipe experiente pode ter influenciado no bom desfecho a despeito da indisponibilidade dessa tecnologia na avaliação do segmento de cólon a ser anastomosado.

O diagnóstico precoce das fístulas anastomóticas e outras complicações pós-operatórias, assim como sua classificação (Clavien-Dindo/ISREC) definirão a estratégia de tratamento assim como influenciam no desfecho (tempo de internamento, morbidade, mortalidade). Dessa forma, o manejo inicial de um paciente após o diagnóstico de fístula deve focar na estabilização clínica do paciente, controle da sepse, controle da drenagem com proteção da pele, suporte nutricional e/ou intervenção cirúrgica.[28] A mortalidade e letalidade apresentaram valores abaixo dos encontrados na literatura mundial, respectivamente de 0,87% x 4,34% e 8,3% x 16,3%.[29] A existência de uma equipe clínico-cirúrgica e multiprofissional, disponíveis em uma UCA (Unidade de Cuidados Avançados), que evolui e acompanha esses pacientes diariamente, influenciou no desfecho positivo dos nossos pacientes.

CONCLUSÃO

Realizamos um estudo retrospectivo envolvendo uma série de casos de pacientes submetidos a cirurgias colorretais por via aberta e laparoscópica e avaliamos a incidência de fístulas anastomóticas. A análise dos dados sugere que sexo masculino, pacientes com história de diverticulite aguda, anastomose baixa e cirurgia laparotômica sejam os fatores mais associados ao desenvolvimento de fístulas anastomóticas, todavia sem significância estatística.

A incidência geral de fístulas é ligeiramente menor que os valores encontrados na literatura mundial, enquanto a mortalidade está bem abaixo do esperado, o que reforça a excelência e experiência deste serviço na realização deste tipo de cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Spanjersberg WR, et al. Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011.
2. Chiarella MM, et al. Anastomotic leakage in colorectal cancer surgery. *Surg Oncol*. 2022;40:101708.
3. Tsang Y, Chen W. Management of anastomotic leakage after rectal surgery: a review article. *J Gastrointest Oncol*. 2019;10.
4. Vallance A, et al. A collaborative review of the current concepts and challenges of anastomotic leaks in colorectal surgery. *Colorectal Dis*. 2017;19(1):O1–12. doi:10.1111/codi.13534. PMID: 27671222.

5. Denicu MM, et al. Anastomotic leakage after colorectal surgery: risk factors, diagnosis and therapeutic options. *Curr Health Sci J*. 2023;49(3):333–42. doi:10.12865/CHSJ.49.03.05.
6. Beck C, et al. The influence of postoperative complications on long-term prognosis in patients with colorectal carcinoma. *Int J Colorectal Dis*. 2020;35(6):1055–66. doi:10.1007/s00384-020-03557-3.
7. Kauv P, et al. Anastomotic leakage after colorectal surgery: diagnostic accuracy of CT. *Eur Radiol*. 2015;25(12):3543–51.
8. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004;240(2):205–13. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934
9. Rahbari NN, et al. Definition and grading of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a proposal by the International Study Group of Rectal Cancer. *Surgery*. 2010;147(3):339–51.
10. Turrentine FE, et al. Morbidity, mortality, cost, and survival estimates of gastrointestinal anastomotic leaks. *J Am Coll Surg*. 2015;220(2):195–206.
11. Zhang W, et al. Multicenter analysis of risk factors for anastomotic leakage after middle and low rectal cancer resection without diverting stoma: a retrospective study of 319 consecutive patients. *Int J Colorectal Dis*. 2017;32(10):1431–7. doi:10.1007/s00384-017-2875-8.
12. Toyoshima A, et al. Narrow pelvic inlet plane area and obesity as risk factors for anastomotic leakage after intersphincteric resection. *World J Gastrointest Surg*. 2020;12(10):425–34. doi:10.4240/wjgs.v12.i10.425. PMID: 33194091; PMCID: PMC7642346.
13. Alekseev M, et al. Intraoperative fluorescence angiography as an independent factor of anastomotic leakage and a nomogram for predicting leak for colorectal anastomoses. *Ann Coloproctol*. 2022;38:380–6.
14. Kim MJ, et al. The impact of heavy smoking on anastomotic leakage and stricture after low anterior resection in rectal cancer patients. *World J Surg*. 2011;35:2806–11.
15. Kwag SJ, et al. The nutritional risk is an independent factor for postoperative morbidity in surgery for colorectal cancer. *Ann Surg Treat Res*. 2014;86(4):206–11.
16. Slim K, et al. Intolerance to early oral feeding in enhanced recovery after colorectal surgery: an early red flag? *Colorectal Dis*. 2020;22(1).
17. Bonjer HJ, et al. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *N Engl J Med*. 2015;372(14):1324–32. doi:10.1056/NEJMoa1414882.
18. Juo YY, et al. Is minimally invasive colon resection better than traditional approaches? First comprehensive national examination with propensity score matching. *JAMA Surg*. 2014;149:177–84. doi:10.1001/jamasurg.2013.3660.
19. Krarup PM, et al. A nationwide study on anastomotic leakage after colonic cancer surgery. *Colorectal Dis*. 2012;14:e661–7. doi:10.1111/j.1463-1318.2012.03079
20. Ellis CT, Maykel JA. Defining anastomotic leak and the clinical relevance of leaks. *Clin Colon Rectal Surg*. 2021;34(6):359–65. doi:10.1055/s-0041-1735265.
21. Guerra F, et al. A meta-analysis of randomized controlled trials on the use of suction drains following rectal surgery. *Dig Surg*. 2018;35:482–90. doi:10.1159/000485139.
22. Montedori A, et al. Covering ileo- or colostomy in anterior resection for rectal carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(5):CD006878. doi:10.1002/14651858.CD006878.pub2. PMID: 20464746.
23. Sparreboom CL, van Groningen JT, Lingsma HF, Wouters MWJM, Menon AG, Kleinrensink GJ, Jeekel J, Lange JF; Dutch ColoRectal Audit group. Different risk factors for early and late colorectal anastomotic leakage in a nationwide audit. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(11):1258–66. doi:10.1097/DCR.0000000000001202. PMID: 30239395.
24. McKechnie T, et al. Double-row staple technology versus triple-row staple technology for colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Surgery*. 2024;176(3):633–44. doi:10.1016/j.surg.2024.04.039. Epub 2024 Jun 13. PMID: 38876899.

25. Balciscueta Z, et al. Impact of the number of stapler firings on anastomotic leakage in laparoscopic rectal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2020;24(9):919–25. doi:10.1007/s10151-020-02240-7.
26. Shen R, Zhang Y, Wang T. Indocyanine green fluorescence angiography and the incidence of anastomotic leak after colorectal resection for colorectal cancer: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(10):1228–34.
27. Ris F, et al. Multicentre phase II trial of near-infrared imaging in elective colorectal surgery. *Br J Surg*. 2018;105:1359–67. doi:10.1002/bjs.10844.
28. Heimroth J, Chen E, Sutton E. Management approach for enterocutaneous fistula. *Am Surg*. 2018;84:326–33.
29. McArdle CS, McMillan DC, Hole DJ. Impact of anastomotic leakage on long-term survival of patients undergoing curative resection for colorectal cancer. *Br J Surg*. 2005;92(9):1150–4. doi:10.1002/bjs.5054. PMID: 16035134.

https://doi.org/10.54257/2965-0585.v4.i2.89

Artigo Original

Treinamento dos médicos residentes do serviço de cirurgia geral e digestiva em um centro de atenção terciária de Fortaleza, Ceará

Training of resident doctors of the general and digestive surgery service at a tertiary care center in Fortaleza, Ceará

Paulo Roberto Araújo Barreto[1]; Alexandra Mano Almeida[2]; Raíra Marques Oliveira[3]; Isadora Francisco Lima de Paula[4]; Bruna Viana Teles Rebouças[3]; Gleydson Cesar de Oliveira Borges[5]

1 – Médico Cirurgião Geral pela Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza - Fortaleza, Ceará, Brasil.
2 – Médica Cirurgiã do Aparelho Digestivo. Mestre em Tecnologia Minimamente Invasiva.
3 – Acadêmica de Medicina pela Universidade de Fortaleza - Fortaleza, Ceará, Brasil.
4 – Médica pelo Centro Universitário Christus (Unichristus) - Fortaleza, Ceará, Brasil.
5 – Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo. Mestre em Cirurgia pela Universidade de Barcelona, Espanha.

RESUMO

A coleta dos dados dos procedimentos cirúrgicos realizados são essenciais para analisar o benefício social da entidade, a qualidade do treinamento dos residentes e para melhor alocação de recursos. O estudo analisa o treinamento de médicos-residentes em Cirurgia Geral e Digestiva de um centro de atenção terciária em Fortaleza, Ceará, entre março de 2022 e janeiro de 2023. Participaram oito residentes, atuando como primeiro auxiliar cirúrgico ou membro mais ativo em 1334 procedimentos cirúrgicos eletivos, excluindo-se cirurgias canceladas, de urgência, e dados inadequados. A formação dos residentes foi dividida em Cirurgia Básica (2 anos) e Cirurgia Geral (3 anos), conforme diretrizes do CBC e do MEC. Predominaram procedimentos de média complexidade, especialmente colecistectomias videolaparoscópicas e hernioplastias inguinais. Cada residente de 2 anos realizou em média 362 procedimentos e os de 3 anos, 545 procedimentos. O treinamento é abrangente, mas é necessário melhor planejamento para apendicectomias e esplenectomias.

Palavras-chave: Médicos Residentes; Cirurgia Geral; Aprendizagem.

ABSTRACT

Collecting data on surgical procedures performed is essential to analyze the entity's social benefit, the quality of resident training and to better allocate resources. The study analyzes the training of resident doctors in General and Digestive Surgery at a tertiary care center in Fortaleza, Ceará, between March 2022 and January 2023. Eight residents participated, acting as first surgical assistant or most active member in 1334 procedures elective surgeries, excluding canceled and urgent surgeries and inadequate data. Resident training was divided into Basic Surgery (2 years) and General Surgery (3 years), according to CBC and MEC guidelines. Medium complexity procedures predominated, especially laparoscopic cholecystectomies and inguinal hernioplasties. Each 2-year resident performed an average of 362 procedures and the 3-year resident performed 545 procedures. Training is comprehensive, but better planning is needed for appendectomies and splenectomies.

Keywords: Medical Staff; General Surgery; Learning.

(cc) BY-NC-SA Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

O fluxo de cirurgias eletivas em um serviço filantrópico de uma grande cidade é frequentemente influenciado pelas pressões dos sistemas de saúde. A demanda de cada instituição de saúde é gerada pela fila de pacientes cirúrgicos do município e do estado, além do nível de dificuldade no acesso aos serviços de saúde. O centro de atenção terciária em que o estudo foi realizado é um hospital filantrópico que presta serviços de cirurgias eletivas ao município de Fortaleza e ao estado do Ceará, além de ser um centro de formação para médicos-residentes.

O primeiro passo para um planejamento adequado é a coleta de dados. Portanto, a avaliação detalhada dos procedimentos cirúrgicos realizados no serviço do hospital em questão é essencial para analisar o benefício social proporcionado pela entidade, a intensidade e qualidade do treinamento dos médicos-residentes, e a complexidade dos procedimentos realizados. Com informações precisas sobre os tipos e portes dos procedimentos, perfil demográfico dos pacientes e sua quantificação, torna-se mais fácil alocar recursos para resolver eventuais dificuldades.

Esta análise também favorece a organização dos programas de residência médica. O dia a dia do médico-residente em áreas cirúrgicas envolve uma ampla gama de procedimentos. Por meio de treinamento teórico-prático, o residente deve desenvolver múltiplas habilidades, tanto manuais quanto de condução clínica. É amplamente reconhecido que cada habilidade a ser desenvolvida necessita de uma curva de aprendizado que varia em quantidade para cada procedimento. A quantificação do volume cirúrgico, portanto, facilita a análise do desenvolvimento de cada residente. Com base nos 11 meses de estudo deste trabalho, apresentaremos uma estimativa da quantidade de procedimentos realizados por médico-residente.

A curva de aprendizado médico, em especial no treinamento do médico-residente em cirurgia geral, necessita de monitorização constante. Tratando-se também da necessidade de desenvolvimento de habilidades manuais, o número de participações em cirurgia se torna fundamental, até determinado platô. Dagash mostrou, em sua análise de mais de 25.000 pacientes, que o número de procedimentos necessários para proficiência depende também da complexidade e do tipo de procedimento adotado [1]. Quando se cruzam estas informações com a Matriz de Competências do Ministério da Educação (MEC) para o cirurgião-geral, urge que, em cada instituição de saúde, os dados quantitativos e qualitativos dos médicos-residentes sejam extensamente estudados [2].

OBJETIVOS

Este trabalho visa analisar a intensidade e qualidade do treinamento dos médicos-residentes do serviço de Cirurgia Geral e Digestiva em um centro de atenção terciária de Fortaleza, Ceará.

METODOLOGIA

Realizou-se um treinamento com oito médicos-residentes de primeiro, segundo e terceiro anos de Cirurgia Básica em um centro de atenção terciária de Fortaleza, Ceará, entre março de 2022 a janeiro de 2023. Os residentes atuaram como primeiro auxiliar cirúrgico ou membro mais ativo em cada procedimento. Cirurgias canceladas, realizadas em regime de urgência e dados duplicados ou inseridos inadequadamente foram excluídos, totalizando 1.334 procedimentos. Para o cálculo do valor de conversão dos procedimentos para o cirurgião básico, considerou-se um valor de 0,272, com base em 24 meses de formação (11 meses de estudo divididos igualmente entre 8 residentes). Para o cirurgião geral, o valor de conversão foi de 0,409, considerando 36 meses de formação (11 meses de estudo divididos igualmente entre 8 residentes). A formação dos médicos-cirurgiões durante o período do estudo seguiu dois modelos: cirurgia básica, com 2 anos de formação, e cirurgia geral, com 3 anos de formação. Este formato foi definido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e pelo Ministério da Educação (MEC) como um período de transição entre a duração anterior de 2 anos e a nova de 3 anos. Assumiu-se uma uniformidade nos procedimentos ao longo dos 11 meses de estudo, resultando em uma média equalizada de procedimentos realizados por cada residente, possibilitando a estimativa do número de procedimentos por residente para análise da formação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram contabilizados 1.334 procedimentos cirúrgicos em 1.094 pacientes, com algumas intervenções exigindo múltiplas cirurgias. As colecistectomias videolaparoscópicas foram as mais frequentes (456), seguidas pelas hernioplastias inguinais pela técnica de Lichtenstein (137) e por debridamentos e amputações (122). Também foram realizadas 87 colecistectomias por laparotomia, representando 16% das colecistectomias. Além disso, ocorreram 34 cirurgias ginecológicas, totalizando 2,5% do total, e as hernioplastias, em geral, corresponderam a 27,2% dos procedimentos.

A complexidade das cirurgias foi avaliada segundo a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) [3], revelando que 52,9% dos procedimentos eram de média complexidade, como colecistectomias e apendicectomias videolaparoscópicas. Cirurgias de alta complexidade, incluindo gastrectomias e colectomias, representaram 11,4% do total, enquanto as de baixa complexidade somaram 35,7%, como hernioplastias inguinais e amputações. Além disso, 6,3% dos procedimentos foram realizados em pacientes oncológicos, com operações complexas, como gastroduodenopancreatectomias.

Cada médico-residente com formação de 2 anos atingiu a marca de 362 procedimentos, enquanto o médico-residente com formação de 3 anos realizou 545 procedimentos, predominando cirurgias de média complexidade. Estas cirurgias, como colecistectomias, enterectomias e enteroanastomoses, fazem parte da rotina diária do cirurgião-geral.

Estimou-se que o médico cirurgião-básico realiza, em média, 124 colecistectomias por videolaparoscopia, 50 hernioplastias inguinais por via convencional, 33 hernioplastias ventrais, 33 amputações/debridamentos e 24 colecistectomias por via laparotômica. Já o cirurgião-geral realiza, ao longo de 3 anos de formação, 186 colecistectomias por videolaparoscopia, 75 hernioplastias inguinais, 50 hernioplastias ventrais, 50 amputações/debridamentos e 36 colecistectomias por via laparotômica.

O cirurgião-geral deve desenvolver múltiplas habilidades manuais. No serviço em questão, 42% das cirurgias foram realizadas por videolaparoscopia (560 procedimentos), predominando as colecistectomias. No entanto, procedimentos como laparoscopias diagnósticas, colangiografias intraoperatórias, apendicectomias e esplenectomias foram menos frequentes, com apenas 3 esplenectomias no ano.

Segundo Dagash [1], são necessárias cerca de 30 colecistectomias videolaparoscópicas para adquirir proficiência. Em sua análise de 3.641 artigos e 25.777 pacientes, o autor mostrou que o tempo médio das cirurgias caiu de 134 para 78 minutos, e as complicações, como conversão para laparotomia, foram reduzidas pela metade. Voitk [4] mencionou que o tempo médio das cirurgias se estabiliza após 200 procedimentos. Nas nossas estatísticas, a quantidade de 461 colecistectomias se mostra mais que suficiente para a formação do cirurgião.

Ainda em relação às colecistectomias, 16% (87) foram realizadas por via laparotômica. Esse dado é importante para o treinamento do médico-residente neste serviço. Em média, cada residente realizou 64 tipos de procedimentos, variando de simples a complexos. O manejo das patologias das vias biliares foi obtido com mais de 100 colecistectomias videolaparoscópicas e mais de 20 laparotômicas, valores suficientes para a curva de aprendizado do cirurgião em formação [1,4].

A formação no manejo de hérnias pelo residente foi demonstrada pelo elevado número de procedimentos: pelo menos 50 hernioplastias inguinais ao longo da formação. Procedimentos complexos ou em pacientes oncológicos, apesar de não serem tão numerosos quanto as patologias biliares e as hernioplastias, são expressivos devido à diversidade de técnicas envolvidas, como gastrectomias, enterectomias e colectomias.

A qualidade do treinamento no centro estudado, embora adequada para a formação básica do cirurgião, revela-se em algumas áreas deficitárias, especialmente quando comparada a benchmarks internacionais. Em centros de referência mundial, a exposição a uma maior variedade de casos complexos é enfatizada, com foco em procedimentos que não apenas garantem a formação técnica, mas também o desenvolvimento de habilidades críticas em tomada de decisão cirúrgica [5]. Além disso, a percepção dos residentes sobre o treinamento pode fornecer

insights valiosos sobre áreas de melhoria. Estudos realizados em outras regiões do Brasil mostram que a percepção dos residentes sobre a qualidade do treinamento está diretamente relacionada à variedade e complexidade dos casos a que são expostos [6]. A inclusão de uma avaliação qualitativa dos residentes, através de entrevistas estruturadas ou questionários, poderia enriquecer a análise apresentada.

O estudo revelou a necessidade de melhorias no planejamento para apendicectomias e esplenectomias. Para abordar essas lacunas, sugere-se a adoção de estratégias específicas, como o desenvolvimento de parcerias com outras instituições de saúde para rodízio de residentes em casos específicos de alta complexidade, além da introdução de novas tecnologias, como simuladores cirúrgicos avançados, que podem compensar a baixa frequência de determinados procedimentos na prática clínica. Outra proposta seria a revisão curricular para aumentar a carga de treinamento prático em áreas reconhecidas como deficitárias, ajustando a grade de procedimentos obrigatórios para os residentes. A introdução de técnicas de ensino mais interativas e a diversificação dos cenários clínicos poderiam também aprimorar a experiência educacional dos residentes.

Embora o estudo apresente um panorama detalhado das atividades cirúrgicas realizadas pelos residentes, é importante reconhecer as limitações inerentes à pesquisa. A amostra utilizada, composta por 1334 procedimentos realizados por oito residentes em um centro específico de Fortaleza, pode não ser representativa para generalizações mais amplas. Fatores como sazonalidade, variação na complexidade dos casos ao longo do ano e possíveis eventos externos, como surtos de doenças ou mudanças nas políticas de saúde, podem ter influenciado os resultados. Adicionalmente, a uniformidade assumida nos procedimentos ao longo dos 11 meses de estudo pode não refletir com precisão variações na carga de trabalho ou na complexidade dos casos.

CONCLUSÃO

O volume de cirurgias realizadas no período indica que o serviço é referência para cirurgias de baixa, média e alta complexidade. A quantidade de procedimentos realizados, tanto em patologias comuns quanto em oncológicas e de alta complexidade, fornece um bom treinamento para o médico-residente. No entanto, mostrou-se necessário um melhor planejamento para cirurgias como apendicectomias e esplenectomias, que fazem parte do escopo do cirurgião-geral.

REFERÊNCIAS

1. Dagash H, Chowdhury M, Pierro A. When can I be proficient in laparoscopic surgery? A systematic review of the evidence. J Pediatr Surg. 2003 May;38(5):720-4. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12720179/. Acesso em: 24 jan. 2024.
2. MEC - Brasil. Matriz de Competências - Cirurgia Geral. 2018 Nov. URL: http://portal.mec.gov.br/docman/novembro-2018-pdf/102651-matriz-cirurgia-geral-e-ar ea-cirurgica/file#:~:text=-Dominar%20a%20indica%C3%A7%C3%A3o%20e%20t%C3
3. %A9cnica;abdominal%3B%20fechamento%20de%20parede%20abdominal. Acesso em: 20 jun. 2024.
4. Brasileira AM. Classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos: CBHPM. Barueri; 2018.
5. Voitk AJ, Tsao SG, Ignatius S. The tail of the learning curve for laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg. 2001 Sep;182(3):250-3. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11587686/. Acesso em: 20 jun. 24.
6. Bansal N, Simmons KD, Epstein AJ, Morris JB, Kelz RR. Using patient outcomes to evaluate general surgery residency program performance. JAMA Surg. 2016;151(2):111-9. doi: 10.1001/jamasurg.2015.3637.
7. Santos EGD, Peterle VCU, Machado MS, Neser A, Bonifacio MD, Bahten LCV, et al. Overview of general surgery medical residency programs and prerequisite program in basic surgical area in Brazil: Historical review and update. Rev Col Bras Cir. 2022;49 Disponível em: https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223410_en.

https://doi.org/10.54257/2965-0585.v4.i2.90

Relato de Caso

Adenoma hepático com ruptura: uma apresentação incomum com revisão de literatura e relato de caso

Hepatic adenoma with rupture: an unusual presentation with literature review and case report

José Leonardo Gomes Rocha Júnior[1]; Francisco Erique Ribeiro Melo[2]; Isabel Camila Araújo Barroso[3]; Letícia Maria Queiroz Rocha[3]; Fernando Holanda Costa Júnior[4]; Raphael Felipe Bezerra de Aragão[4]

1 – Médico Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. Cesar Cals de Oliveira, Fortaleza-CE.
2 – Acadêmico de Medicina pela Universidade Estadual do Ceará.
3 – Acadêmica de Medicina pela Universidade Christus, Fortaleza-CE.
4 – Médico Especialista em Cirurgia Geral pelo Hospital Geral Dr. Cesar Cals de Oliveira, Fortaleza-CE.

RESUMO

Os Adenomas Hepáticos são tumores hepáticos benignos, porém com potencial significativo de complicações, incluindo a rotura espontânea, que por sua vez pode levar a um estado de choque hemorrágico. O presente estudo tem como objetivo revisar a apresentação clínica, o manejo e os desfechos destes Adenomas Hepáticos, além de relatar um caso observado em um hospital terciário no Ceará. Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed, Lilacs e Cochrane, utilizando descritores relacionados ao adenoma hepático roto e seus desfechos. Foram incluídos 9 estudos que abordam as características dos pacientes, as abordagens terapêuticas (cirúrgicas e não cirúrgicas) e os principais desfechos clínicos. O caso relatado envolve uma paciente de 38 anos com adenoma hepático roto, que apresentou complicações hemorrágicas e foi submetida a múltiplas intervenções cirúrgicas. A revisão e o relato de caso reforçam a necessidade de uma abordagem individualizada para o manejo do adenoma hepático roto, considerando os riscos de complicações graves e a importância do monitoramento pós-operatório.

Palavras-chave: Adenoma Hepático; Manejo Cirúrgico; Embolização Transarterial; Desfechos clínicos; Relato de Caso.

ABSTRACT

Hepatic adenomas are benign liver tumors, but with significant potential for complications, including spontaneous rupture, which in turn can lead to a state of hemorrhagic shock. The present study aims to review the presentation, management and outcomes of these Hepatic Adenomas, in addition to reporting a case observed in a tertiary hospital in Ceará. A literature review was carried out in the PubMed, Lilacs and Cochrane databases, using descriptors related to ruptured hepatic adenoma and its advanced stages. Nine studies were included that address patient characteristics, therapeutic approaches (surgical and non-surgical) and main clinical results. The reported case involved a 38-year-old patient with ruptured hepatic adenoma, who presented with bleeding complications and underwent multiple surgical procedures. The review and case report reinforce the need for an individualized approach to the management of ruptured hepatic adenoma, considering the risks of serious complications and the importance of postoperative monitoring.

Keywords: Hepatic Adenoma; Surgical Management; Transarterial Embolization; Clinical Outcomes; Case Report.

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

Os adenomas hepatocelulares (HAC) são tumores hepáticos raros, mas clinicamente relevantes devido ao seu potencial de transformação maligna e possíveis complicações, como a ruptura espontânea[1].

Os HAC frequentemente apresentam características histopatológicas benignas e são, em sua maioria, assintomáticos[2]. No entanto, conforme demonstrado em um estudo observacional conduzido por Laurent et al., publicado em 2016, envolvendo 573 ressecções de HAC, aproximadamente 15% dos pacientes apresentaram como manifestação inicial o chamado choque hemorrágico. Esses dados ressaltam a importância de uma compreensão mais aprofundada da condição, sobretudo no que diz respeito ao manejo — clínico ou cirúrgico — e aos principais desfechos, como alta hospitalar e mortalidade.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo revisar as evidências atuais relacionadas aos adenoma hepatocelulares com ruptura, com ênfase em sua apresentação clínica, opções de manejo — tanto clínico quanto cirúrgico —, bem como na eficácia, segurança e limitações dessas abordagens em diferentes contextos assistenciais, assim como relatar um caso evidenciado em um serviço de referência no estado do Ceará.

MÉTODO

2.1. Seleção dos artigos

O presente estudo foi conduzido como uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados PubMed, Lilacs e Cochrane, partindo-se da questão de pesquisa: "Quais são as características clínicas e a abordagem realizada em pacientes com adenoma hepático roto, e quais são os desfechos em termos de alta hospitalar ou mortalidade?", com o intuito de complementar o relato de um caso conduzido em um hospital terciário no Ceará. Foram utilizados para pesquisa nos repositórios anteriormente citados os seguintes descritores: "*Hepatic Adenoma*", "*Liver Cell Adenoma*", "*Hepatocellular Adenoma*", "*Liver Adenoma*", "*Rupture*", "*Hemorrhage*", "*Bleeding*", "*Surgery*", "*Non-surgical*", "*Conservative Treatment*", "*Outcome*", "*Mortality*", "*Survival*" e "*Hospital Discharge*", com seus correspondentes na língua portuguesa, assim como os respectivos operadores booleanos para pesquisa nas bases supracitadas. Foram aplicados filtros para incluir estudos publicados nos últimos 10 anos e disponíveis em inglês, português ou espanhol.

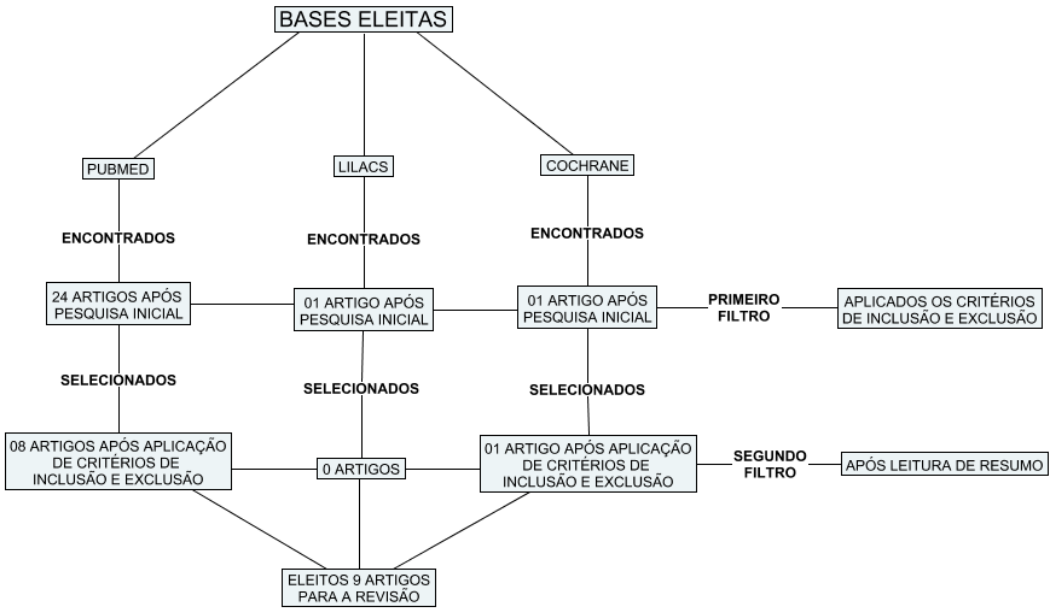
2.2. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos nesta revisão, estudos que abordassem HAC roto em homens e mulheres, com disponibilidade de informações sobre: abordagem cirúrgica e não cirúrgica, que discutiram os desfechos de alta hospitalar ou mortalidade. Relatos de casos únicos foram considerados se, e somente se, apresentassem dados inéditos ou únicos com relação à apresentação. Foram excluídos estudos que não apresentaram dados claros sobre os desfechos clínicos ou que não estavam disponíveis em texto completo.

2.3. Processo de seleção

A pesquisa nas bases de dados eleitas foi dividida em dois momentos: o primeiro, com aplicação da pesquisa seguindo os descritores supracitados e os operadores booleanos para cada repositório, sendo encontrados ao todo 26 artigos (24 na PubMed, 01 na Lilacs e 01 na Cochrane). O segundo, com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a leitura do resumo. Ao final, foram selecionados 09 artigos para comporem a revisão atual (Figura 01), porém somente 07 estudos acabaram sendo usados após leitura completa do texto.

Figura 01. Organograma do processo de revisão nas bases de dados



Fonte: autor

2.4. Extração dos dados

Para cada estudo incluído foram extraídos os seguintes dados: características dos pacientes como idade, sexo e comorbidades; características do HAC como tamanho e localização; abordagens terapêuticas, se cirúrgicas ou não cirúrgicas; assim como desfechos clínicos relevantes como taxa de mortalidade e sucesso da alta hospitalar. Outras informações importantes para melhor elucidação dos artigos também foram consideradas.

2.5. Relato de caso

Para melhor exemplificar a apresentação de um adenoma hepático com ruptura, foi incluído neste trabalho um "relato de caso" observado no serviço de cirurgia geral em um hospital terciário do Ceará, Brasil. Foram respeitadas as normas e exigências ético-científicas para pesquisa com seres humanos.

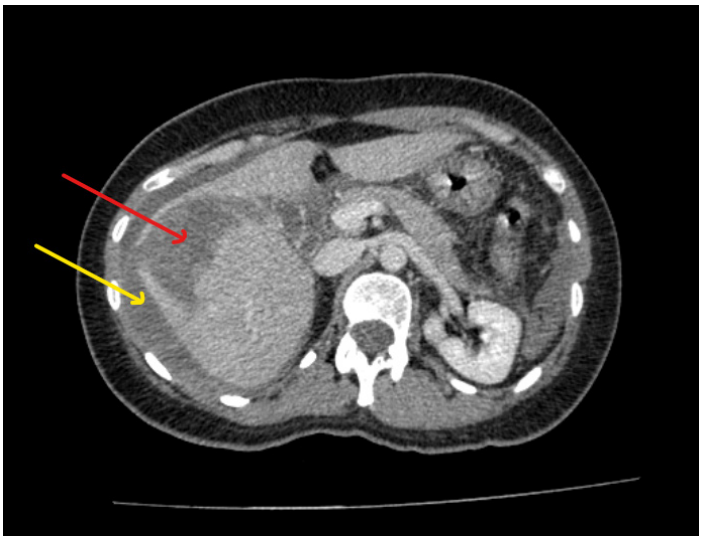
APRESENTAÇÃO DO CASO

Mulher, 38 anos, diabética, dislipidêmica, com transtorno depressivo, sem história de alergias ou cirurgias prévias. Em uso de medicações contínuas para comorbidades de base, além de uso crônico de anticoncepcional no ciclo de 21 dias (levonogestrel + etinilestradiol). A história gineco-obstétrica não possuía nada digno de nota. Não possuía histórico de câncer ou doenças autoimunes em parentes de primeiro grau.

Apresentava na admissão hospitalar uma queixa de dor abdominal esporádica localizada em região epigástrica há mais de um ano. Buscou emergência médica devido piora importante de queixa álgica, sem fatores desencadeantes, onde recebeu suporte clínico. Ao exame físico, apresentava leve taquicardia, dor difusa à palpação abdominal e sem sinais claros de peritonite. Realizou exame ultrassonográfico de abdome que mostrou lesão nodular hepática de dimensões 9,9x7,5x9,-1cm, de aspecto heterogêneo, sugestivo de adenoma, além de líquido espesso livre na cavidade abdominal, provavelmente sugestivo de componente hemático. Foi transferida para o serviço terciário, onde realizou, de forma complementar, após estabilidade clínica, tomografia computadorizada de abdômen e pelve, que por sua vez demonstrou: líquido intra-abdominal, volumosa formação sólido-cística com realce das porções sólidas ao meio de contraste, ocupando os segmentos V e VI do fígado, medindo cerca de 7,5 x 7,2cm, com sinais de descontinuidade capsular e extensão extra-capsular (Figura 01). Foram realizados também exames

laboratoriais que complementaram o diagnóstico: hemoglobina de 7,9; hematócrito de 23,7%; leucograma de 16280 com desvio à esquerda; AST de 386; ALT de 218; função renal, eletrólitos, albumina e bilirrubinas sem alterações.

Figura 02. Lesão hepática em segmentos hepáticos V e VI (seta vermelha) com líquido livre no abdômen (provavelmente hemático - seta amarela)



Fonte: autor

Em discussão cirúrgica conjunta, devido piora hemodinâmica da paciente e indisponibilidade de material e equipe de radio-intervenção urgente no serviço, foi optado por realização de laparotomia exploradora com contenção de danos, tendo sido deixados 03 "*packs*" de compressas na cavidade abdominal, especificamente no sítio do HAC com ruptura, bem como a posicionado dreno de blake vigilante na cavidade. Prosseguiu-se com a investigação no pós-operatório, tendo sido realizados novos exames que evidenciaram: Anti-cardiolipina IgM e IgG não reagentes (NR), Beta-2-Microglobulina NR, CA 19-9 NR, AFP NR, CEA NR, CA 125 de 187,4.

No dia seguinte à abordagem cirúrgica inicial, a paciente foi submetida eletivamente à embolização hepática parcial do adenoma. Após 48 horas da primeira laparotomia, realizou-se nova laparotomia exploradora para retirada dos pacotes de compressas previamente utilizados como tamponamento. No momento da alta hospitalar, apresentava-se clinicamente e hemodinamicamente estável, com melhora significativa das queixas álgicas, sem necessidade de analgésicos, e sem sinais de desconforto respiratório, como dispneia, taquipneia ou hemoptise. Atualmente, encontra-se em seguimento ambulatorial regular no serviço de cirurgia, com suspensão do uso de anticoncepcional oral combinado e controle tomográfico já realizado, o qual evidenciou redução expressiva do volume do adenoma hepático, agora medindo 5 x 4 cm, localizado no segmento V hepático.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os adenomas hepáticos costumam ser tratados adequadamente com o uso da chamada embolização transarterial (ETA). Na literatura, uma revisão sistemática conduzida por Van Rosmalen e col., em 2017, objetivou avaliar os desfechos clínicos do uso dessa terapêutica, especialmente no contexto eletivo. Este estudo demonstrou que a ETA foi eficaz na estabilização do tumor do ponto de vista do seu crescimento, bem como foi eficaz na regressão daqueles do perfil "não hemorrágico", evitando abordagens cirúrgicas adicionais, como sumarizado na tabela 1.Vale destacar que, apesar do estudo sistemático, o trabalho de Van Rosmalen e col. foi limitado pela falta de estudos com alto nível de evidência, e pela dificuldade em avaliar a eficácia global da ETA devido à variabilidade nos objetivos de tratamento (redução do tamanho do tumor vs. alívio de sintomas).

Ainda no contexto das possibilidades de abordagens intervencionistas, convém citar também a ressecção hepática do segmento acometido pelo tumor, haja vista ser um tratamento com uma baixa taxa de complicações cirúrgicas e pós-cirúrgicas[7], especialmente se realizada por intermédio de cirurgia videolaparoscopica (VLP) em comparação à cirurgia aberta[6], mostrando até mesmo, em alguns estudos limitados pelo viés do desenho retrospectivo, não haver mortalidade pós-operatória[1]. Não obstante, apesar das terapias intervencionistas, não se pode descartar também o manejo conservador das hemorragias em Adenomas Hepáticos, especialmente se as mesmas forem autolimitadas ao tumor[4].

Em linhas gerais, as opções terapêuticas giram em torno do controle conservador dos adenomas, da ETA e da ressecção cirúrgica, tanto VLP como por cirurgia aberta, com menores chances de

complicações, especialmente se forem realizadas de forma eletiva[7]. A tabela 1 sumariza os principais achados em cada um dos estudos evidenciados nesta revisão e os desfechos clínicos mais relevantes.

Tabela 01. Fichamento com os principais achados evidenciados na revisão no que tange a características dos pacientes e dos adenomas, bem como as abordagens utilizadas e os desfechos clínicos relevantes.

Autor/Ano	Características dos Pacientes:	Características do Adenoma Hepático:	Abordagens Terapêuticas:	Desfechos Clínicos Relevantes:
ASHBY, 2017.	Paciente do sexo feminino, 31 anos, em uso de contraceptivos orais há 6 anos. Hipertensa.	Adenoma de 15.3 cm x 12.5 cm x 14.1 cm, localizado no lobo direito do fígado, com hemorragia intra-tumoral.	Hepatectomia laparoscópica estendida, incluindo segmentos do lobo direito do fígado.	Recuperou-se bem, sem complicações perioperatórias ou pós-operatórias, com alta hospitalar no quarto dia pós-operatório.
DOKMAK, 2018.	Dados específicos de idade, sexo, e comorbidades não detalhados.	Hemorragia intratumoral foi um fator comum. Tamanho e localização exatos dos adenomas não especificados.	Manejo conservador foi eficaz em muitos casos, com a ETA utilizada em alguns casos para controle da hemorragia.	A maioria dos pacientes evitou cirurgia com sucesso; a embolização transarterial foi eficaz para controlar hemorragias.
LAURENT, 2016.	Incluiu 573 pacientes com adenoma hepatocelular, com predominância de pacientes do sexo feminino em idade fértil, alguns casos em homens com adenomas maiores (>10 cm).	Adenomas variaram em tamanho e estavam localizados principalmente no lobo direito do fígado. Adenomas >10 cm foram associados a risco aumentado de carcinoma hepatocelular (HCC).	Ressecção hepática foi realizada, incluindo abordagens laparoscópicas e abertas.	Taxa de complicações maiores foi de 9%. Não houve mortalidade pós-operatória relatada. A ressecção laparoscópica associou-se a menos complicações e menor tempo de internação.
ADDEO, 2016.	Pacientes com adenoma hepatocelular hemorrágico, sem detalhes específicos de idade, sexo e comorbidades.	Adenomas eram hemorrágicos, com tamanhos e localizações variadas, mas não especificadas.	Ressecção hepática foi realizada em todos os casos.	Maior morbidade pós-operatória em adenomas hemorrágicos, com taxa de sucesso elevada e poucos casos necessitando de nova intervenção.
MCKAY, 2020.	Pacientes com adenomas hepatocelulares grandes (≥10 cm) ou hemorrágicos; detalhes exatos de idade, sexo, e comorbidades não foram especificados.	Adenomas de grande tamanho (≥10 cm) e com casos de hemorragia, localizados principalmente no fígado, sem especificação exata da localização.	Ressecção laparoscópica foi realizada, comparada com a ressecção aberta.	A ressecção laparoscópica mostrou menos complicações e menor tempo de internação, com sucesso na recuperação dos pacientes.

Fonte: Autor

COMENTÁRIOS FINAIS

Este trabalho traz impacto relevante à literatura científica, tendo em vista que fornece uma visão abrangente e atualizada sobre o tema, realizando um apanhado geral nas principais bases de pesquisa científica com enfoque em pontos de apresentação clínica, diagnóstico, manejo e tratamento da condição exposta. Bem como, de forma inédita no cenário de um hospital terciário do Ceará, expõe um caso de Adenoma Hepático Roto com a realização de uma abordagem terapêutica sistemática e objetiva para a resolução do caso. Fator esse que traz repercussões positivas para os sistemas de saúde de uma forma geral.

O HAC com ruptura, embora raro, representa uma condição clínica com potencial significativo de complicações graves, especialmente o choque hemorrágico. O presente estudo serve para reforçar a importância de uma abordagem individualizada para o manejo desses pacientes, considerando o risco elevado de mortalidade e a necessidade de intervenções cirúrgicas de urgência em casos de rotura. A embolização transarterial (ETA) e a ressecção hepática continuam sendo pilares no tratamento, com resultados geralmente positivos, conforme revisado na literatura. Opta-se, conforme os estudos mais recentes, diante da estabilidade clínica do paciente e da disponibilidade do arsenal terapêutico, por terapias mais minimamente invasivas, sendo a ETA a mais indicada como observado na revisão sistemática de Van Rosmalen e

col. No entanto, complicações hemorrágicas, como as observadas no caso relatado, demonstram a necessidade de um monitoramento rigoroso e o uso criterioso de intervenções mais invasivas.

Apesar dos avanços nas abordagens terapêuticas, existem limitações quanto à evidência disponível, uma vez que muitos estudos são retrospectivos e apresentam viés de seleção. Estudos prospectivos e randomizados são necessários para estabelecer critérios mais sólidos sobre o manejo de HAC, especialmente no contexto da rotura. Finalmente, este trabalho destaca a importância de um acompanhamento de longo prazo para pacientes com adenomas hepáticos, visando minimizar o risco de recidivas e novas complicações hemorrágicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Laurent A, Dokmak S, Nuzzo G, et al. European experience of 573 liver resections for hepatocellular adenoma: a cross-sectional study by the AFC-HCA-2013 study group. *HPB (Oxford)*. 2016;18(9):748–55.
2. Ashby PF, Dilhoff M, Pawlik TM. Spontaneous rupture of a hepatic adenoma: diagnostic nuances and the necessity of follow-up. *Cureus*. 2017;9(12):e1966.
3. Van Rosmalen BV, de Meijer VE, Ijzermans JNM, Terkivatan T. Systematic review of transarterial embolization for hepatocellular adenomas. *Br J Surg*. 2017;104(7):823–35.
4. Dokmak S, Farges O, Sibert A, Vilgrain V, Bedossa P, Paradis V, et al. Hemorrhage of hepatocellular adenoma: a complication that can be treated by conservative management without surgery. *HPB (Oxford)*. 2018;20(12):1198–205.
5. Addeo P, Cesaretti M, Faitot F, et al. Outcomes of liver resection for haemorrhagic hepatocellular adenoma. *Int J Surg*. 2016;27:34–8.
6. McKay B, Gayet B, Cherqui D, et al. Large size and haemorrhage are not contraindications to laparoscopic resection of hepatocellular adenoma. *ANZ J Surg*. 2020;90(6):1099–103.
7. Colli A, Fraquelli M, Casazza G, Massironi S, Conte D, Duca P, et al. Elective surgery for benign liver tumours. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD005399.

https://doi.org/10.54257/2965-0585.v4.i2.82

Relato de Caso

Intussuscepção ileocólica por lipoma: relato de caso e revisão da literatura

Ileocolic intussusception caused by lipoma: case report and literature review

Cid Gerardo Paracampos Liberato Neto[1]; Davidson Anthony Aragão Freire[1]; Lorena Cavalcante de Lemos[1]; Andreza Alves de Sousa[2]; Ana Cecília de Souza Fernandes[3]; Márcio Almeida de Sousa Jucá[4]

1 – Cirurgião geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.
2 – Residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo.
3 – Médica pelo Centro Universitário Christus e Extensionista do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.
4 – Preceptor de cirurgia geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

RESUMO

A intussuscepção intestinal é uma causa rara de obstrução intestinal em adultos, representando menos de 1% dos casos de obstrução mecânica. Os lipomas intestinais são lesões benignas incomuns que podem ter apresentação assintomática, mas podem funcionar raramente como ponto de invaginação intestinal. Esse artigo relata o caso de uma paciente de 58 anos, com quadro de obstrução intestinal íleo-cólica com diagnóstico pós operatório de lipoma intestinal e reforça a importância de um diagnóstico precoce por imagem seguida de abordagem cirúrgica adequada para manejo do paciente.

Palavras-chave: Intussuscepção; Lipoma; Obstrução intestinal.

ABSTRACT

Intestinal intussusception is a rare cause of intestinal obstruction in adults, accounting for less than 1% of cases of mechanical obstruction. Intestinal lipomas are uncommon benign lesions that can present asymptomatically but may rarely act as a point of intestinal invagination. This article reports the case of a 58-year-old patient with ileocolic intestinal obstruction and a postoperative diagnosis of intestinal lipoma, highlighting the importance of early imaging diagnosis followed by appropriate surgical management for patient care.

Keywords: Intussusception; Lipoma; Intestinal obstruction.

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal é uma entidade clínica rara em adultos, responsável por menos de 1% das obstruções intestinais mecânicas cuja sintomatologia inespecífica pode dificultar o diagnóstico pré-operatório.

Essa condição ocorre devido ao impulsionamento peristáltico de uma lesão intraluminal, usualmente maligna, que ocasiona a invaginação de um segmento de alça intestinal proximal sob um segmento distal. Esse ponto de intussuscepção pode ser identificado por imagem ou em peça cirúrgica em até 90% dos casos e é definida como idiopática ou primária nos casos nos quais não se consegue identificar essas lesões.[1,2,3]

Os lipomas intestinais, primeiramente descritos em 1757 por Bauer, são as lesões mesenquimais benignas de células adiposas mais comuns do trato gastrointestinal, que se originam da submucosa em 90% dos casos e que podem servir como ponto de intussuscepção.[4,5,6]

Neste artigo apresentamos um relato de caso sobre um paciente com obstrução intestinal por intussuscepção íleo-cólica por lipoma intestinal.

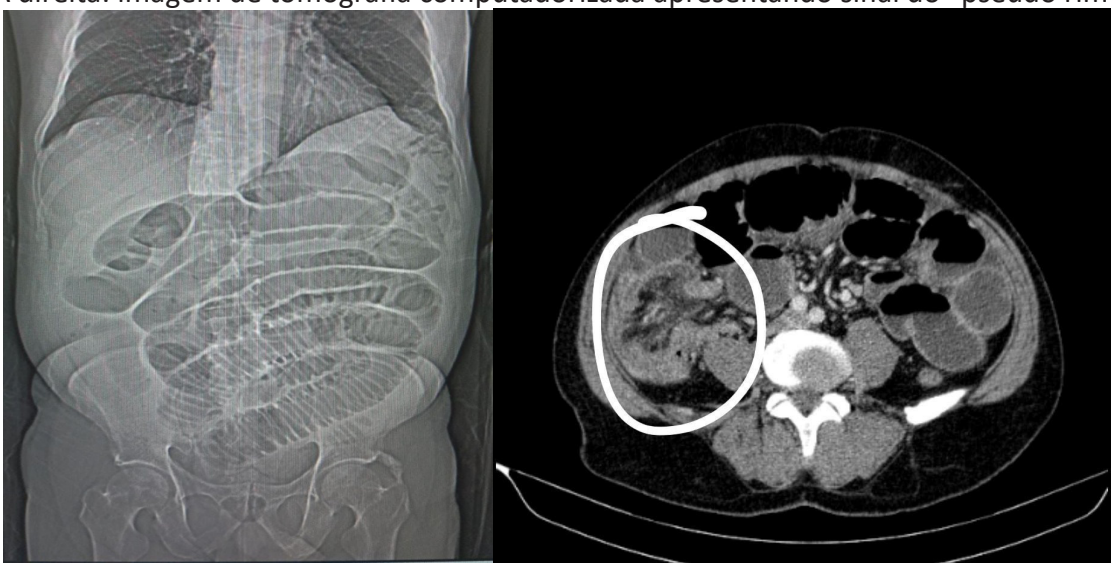
RELATO DO CASO

Paciente masculino de 58 anos, relatou história de 3 dias de dor abdominal em cólica, localizada em fossa ilíaca direita com irradiação para hipogastro, associado a náuseas, vômitos, hiporexia, diminuição da eliminação de flatos além de alteração do hábito intestinal. História patológica pregressa sem comorbidades, alergias nem cirurgias. Nega história de câncer em familiares de primeiro grau.

Ao exame físico da admissão, o paciente se apresentou em regular estado geral, abdome globoso, distendido, hipertimpânico à percussão, doloroso à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite. Sem outras alterações dignas de nota. Exames laboratoriais apresentavam leucocitose de 18.500/mm³ sem desvio à esquerda, sem alterações de PCR, função renal ou hepática.

Realizou radiografia pelo protocolo de abdome agudo, que evidenciou dilatação de alças delgadas sem pneumoperitônio. Foi, então, realizada TC de abdome com contraste que evidenciou mínima quantidade de líquido livre em cavidade abdominal, extensa dilatação de alças delgadas e foi visualizado, em topografia de fossa ilíaca direita, formação expansiva com atenuação de partes moles (complexo intussuscepto-intussescepiente/sinal pseudorim) com centro adiposo em continuidade com a gordura mesentérica em topografia íleocólica. (Figura 1)

Figura 1. À esquerda: imagem de radiografia apresentando sinais sugestivos de obstrução de intestino delgado. À direita: imagem de tomografia computadorizada apresentando sinal do "pseudo rim"



Fonte: Autoria própria

O paciente foi submetido a uma laparotomia, com achado de lesão de intussuscepção íleo-cólica e palpação de lesão intraluminal em íleo distal, sendo realizada íleocolectomia direita com íleo-transverso anastomose. (Figura 2)

Figura 2. À esquerda: achado intraoperatório de obstrução intestinal.
À direita: produto de íleocolectomia direita.

Fonte: Autoria própria

O estudo anatomopatológico mostrou 33 linfonodos na peça cirúrgica com a conclusão de que a lesão se tratava de um lipoma submucoso.

DISCUSSÃO

Os lipomas intestinais comumente são assintomáticos, mas lesões maiores que 2cm de diâmetro podem causar sintomas inespecíficos, obstrução intestinal diretamente pela lesão ou ainda funcionarem como ponto de intussuscepção. Nessas situações, ocorre síndrome de obstrução intestinal, enquanto a tríade clássica de dor abdominal, massa palpável e hematoquezia está presente em apenas 10% dos adultos. [1,7,8]

A localização de um lipoma é mais frequente no intestino grosso (65-75%), seguido do intestino delgado (20-25%) e, neste caso, está mais comumente localizado no íleo. Seu pico de incidência é entre a 6ª e 7ª décadas de vida e são mais comuns em mulheres. Não se tem relato de degeneração maligna.[8]

O diagnóstico da intussuscepção intestinal pode ser auxiliado por exames de imagem como USG de abdome ou ainda a tomografia computadorizada de abdome, método de escolha, no qual se visualiza o sinal do alvo ou massa em salsicha, que apresenta especificidade de quase 100% e sensibilidade de até 87,5% em adultos.[1] A ressonância magnética é útil para lesões benignas de tecido adiposo por apresentar hipersinal em T1, similarmente ao tecido celular subcutâneo.

Muitos autores recomendam ressecção endoscópica de lesões suspeitas de lipomas maiores que 2cm, mesmo em pacientes assintomáticos, especialmente em idosos, uma vez que há maior chance de diagnósticos diferenciais com lesões malignas.[1]

Em casos de obstrução por intussuscepção intestinal, o tratamento quase sempre é cirúrgico e leva em consideração o tamanho do lipoma, localização, confirmação pré-operatória ou ainda presença de complicações. A técnica cirúrgica consiste em ressecção do segmento intestinal acometido e reconstrução primária do trânsito intestinal.

A necessidade de redução é controversa, mas há consenso de que a redução não deve ser tentada em casos de sinais de isquemia irreversível, inflamação ou ainda suspeita de neoplasia, mas que pode ser possível para preservação duodenal ou para evitar amputação abdominoperineal em casos de duodeno e reto, respectivamente.[8]

REFERÊNCIAS

1. O. Mouaqit, H. Hasnai, L. Chbani, A. Oussaden, K. Maazaz, A. Amarti, et al., Pedunculated lipoma causing colo-colonic intussusception: a rare case report, BMC Surg. 13 (2013) 51.

2. M. Mohamed, K. Elghawy, D. Scholten, K. Wilson, M. McCann, Adult sigmoidorectal intussusception related to colonic lipoma: a rare case report with an atypical presentation, Int. J. Surg. Case Rep. 10 (2015) 134–137
3. A. Marinis, A. Yiallourou, L. Yiallourou, N. Dafnios, G. Anastasopoulos, I. Vassiliou, et al., Intussusception of the bowel in adults: a review, World J. Gastroenterol. 15 (January (4)) (2009) 407–411.
4. Geraci G, Pisello F, Arnone E, Sciuto A, Modica G, Sciumè C. Endoscopic Resection of a Large Colonic Lipoma: Case Report and Review of Literature. Case Rep Gastroenterol. 2010 Feb 3;4(1):6-11. doi: 10.1159/000260053. PMID: 21103220; PMCID: PMC2988890.
5. Minaya Bravo AM, Vera Mansilla C, Noguerales Fraguas F, Granell Vicent FJ. Ileocolic intussusception due to giant ileal lipoma: Review of literature and report of a case. Int J Surg Case Rep. 2012;3(8):382-4. doi: 10.1016/j.ijscr.2012.03.035. Epub 2012 Apr 17. PMID: 22622130; PMCID: PMC3376677.
6. Kenneth W. Warren, Frederick H. Brandenburg, Lipomas of the Gastrointestinal Tract, Surgical Clinics of North America, Volume 31, Issue 3, 1951, Pages 743-752, ISSN 0039-6109,
7. Andrew Waack, Swamroop Nandwani, Karthik Kolisetty, Venkatramana Vattipally, Lipoma lead point intussusception in an adult: A case report, Radiology Case Reports, Volume 17, Issue 12, 2022, Pages 4907-4910, ISSN 1930-0433,
8. Manouras A, Lagoudianakis EE, Dardamanis D, Tsekouras DK, Markogiannakis H, Genetzakis M, Pararas N, Papadima A, Triantafillou C, Katergiannakis V. Lipoma induced jejunojejunal intussusception. World J Gastroenterol. 2007 Jul 14;13(26):3641-4. doi: 10.3748/wjg.v13.i26.3641. PMID: 17659719; PMCID: PMC4146808.

https://doi.org/10.54257/2965-0585.v4.i2.91

Relato de Caso

Mutirão de pequenas cirurgias para pacientes da zona rural

Minor Surgery Process for Rural Patients

Raíra Marques Oliveira[1]; Kalyne Saraiva Fontenele de Araújo[1]; Isabella Siqueira Oliveira[1]; Helen Blanche Oliveira de Assis Silva[1]; Sarah Mombach de Arruda[1]; Francisco Julimar Correia de Menezes[2]

1 – Discente de Medicina da Universidade de Fortaleza - Fortaleza, Ceará, Brasil.
2 – Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo. Docente de Medicina da Universidade de Fortaleza - Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

As cirurgias ambulatoriais são procedimentos de curta duração e com baixo risco de complicações, essenciais para o tratamento de condições médicas eletivas que afetam a qualidade de vida dos pacientes. Contudo, a alta demanda na rede pública e a limitação de recursos resultam em longas filas de espera, dificultando o acesso a esses serviços. Os mutirões de pequenas cirurgias surgem como uma estratégia eficaz para oferecer um atendimento rápido e seguro. Este estudo relata um mutirão promovido pela Liga Acadêmica de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza, no qual foram atendidos 39 pacientes e realizados 51 procedimentos, reduzindo a demanda na rede pública de saúde e proporcionando aprendizado prático aos acadêmicos. Apesar dos desafios relacionados à triagem e à obtenção de recursos, a elevada satisfação dos pacientes evidencia a efetividade e o impacto positivo do mutirão.

Palavras-chave: Cirurgia Ambulatorial; Zona Rural; Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Ambulatory surgeries are short-duration procedures with a low risk of complications, essential for treating elective medical conditions that affect patient's quality of life. However, the high demand in the public healthcare system and limited resources result in long waiting lists, making access to these services difficult. Small surgery campaigns emerge as an effective strategy to provide fast and safe care. This study reports on a campaign organized by the Academic League of General Surgery at the University of Fortaleza, during which 39 patients were treated and 51 procedures were performed, reducing the demand on the public healthcare system and providing practical learning opportunities for students. Despite challenges related to patient screening and resource acquisition, the high patient satisfaction highlights the campaign's effectiveness and positive impact.

Keywords: Ambulatory Surgical Procedures; Rural Areas; Effective Access to Health Services.

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

As cirurgias ambulatoriais são descritas como procedimentos de curta duração, realizadas em tecidos superficiais, sob anestesia local e com um risco reduzido de complicações[1]. São fundamentais na resolução de condições médicas eletivas, mas que podem impactar significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Procedimentos como excisão de lesões cutâneas, remoção de cistos sebáceos ou lipomas e drenagem de pequenos abscessos são frequentemente adiados devido à alta demanda na rede de saúde pública, sendo ainda mais acentuada em regiões rurais, onde o acesso é mais restrito. A demora na fila para conseguir atendimento pode gerar desconforto crônico e impactos psicológicos aos pacientes, além de complicações pela evolução das lesões[2].

Nesse contexto, os mutirões de pequenas cirurgias surgem como uma alternativa para suprir essa carência, proporcionando um atendimento viável e seguro para os pacientes que aguardam na fila da rede pública. Essas iniciativas permitem que um grande número de procedimentos seja realizado em um curto período de tempo, minimizando o impacto da espera prolongada na qualidade de vida dos pacientes e contribuindo para o descongestionamento da demanda na saúde pública[3].

Além dos benefícios diretos para os pacientes, os mutirões de pequenas cirurgias também traduzem uma oportunidade de aprimoramento dos conhecimentos práticos e de aperfeiçoamento técnico para profissionais e estudantes da área da saúde. A participação em tais iniciativas permite o desenvolvimento de habilidades cirúrgicas sob supervisão de especialistas, proporcionando um ambiente seguro e controlado para o aprendizado. Ademais, conforme as diretrizes curriculares, o conhecimento básico em cirurgia é considerado um componente essencial para formação de profissionais de saúde, reforçando a importância de experiências práticas estruturadas durante a formação acadêmica[1,4].

Este estudo tem como objetivo descrever a experiência da Liga de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza na organização e execução de um mutirão de pequenas cirurgias destinado a pacientes residentes em áreas rurais do estado do Ceará, com o intuito de melhorar o acesso a cuidados cirúrgicos e oferecer uma abordagem acessível para a população local.

RELATO

A Liga Acadêmica de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza organizou uma ação social em formato de mutirão de pequenas cirurgias no atendimento a pacientes provenientes da zona rural. O projeto foi realizado no período de 02 a 20 de dezembro de 2024, com atendimentos de segunda-feira a sexta-feira, no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), serviço de atenção secundária, contando com a supervisão de 4 médicos cirurgiões preceptores e a participação ativa de onze acadêmicos da liga. A iniciativa atendeu aos municípios de Aratuba, Mulungu, São Gonçalo do Amarantes e Paracuru.

Os acadêmicos atuaram sob supervisão direta dos cirurgiões, sendo divididos conforme a disponibilidade individual, de modo que cada médico supervisionava em média quatro acadêmicos por turno.

Os pacientes foram previamente triados pela prefeitura de cada município, de acordo com a ordem na fila de espera e o tipo de procedimento, identificando aqueles que eram possíveis de serem realizados ambulatorialmente. A locomoção dos pacientes até o local de atendimento também foi realizada pelas respectivas prefeituras, que forneciam o transporte coletivo dos pacientes agendados para o dia, ou estes poderiam optar pela locomoção por meios próprios.

Os materiais e insumos utilizados nos procedimentos foram fornecidos pela Universidade de Fortaleza, e não houve registro de escassez de insumos, garantindo a qualidade dos atendimentos.

Durante os atendimentos, foram realizados procedimentos como excisão de lesões cutâneas benignas, cistos sebáceos e lipomas, além de drenagens de abscessos e reparação de ferimentos. Após o procedimento, os pacientes receberam orientação adequada sobre os cuidados pós-operatórios.

A iniciativa resultou no atendimento de 39 pacientes, totalizando a realização de 51 procedimentos.

Foram atendidos pacientes de 15 a 84 anos, sendo que o perfil predominante foi de mulheres, com idades entre 60 a 70 anos. Os procedimentos mais realizados foram exérese de cisto sebáceo e exérese de nevus.

Figura 1. Cisto sebáceo, de cerca de 4 cm em seu maior eixo, extraído do membro superior esquerdo de paciente do sexo feminino.

Fonte: Acervo dos autores.

Tabela 1. Quantidade de procedimentos realizados durante a ação

Tipo de Procedimento	Número de Procedimentos
Exérese de cisto sebáceo	16
Exérese de lipoma	9
Biópsia de pele	5
Exérese / eletrocauterização de nevos	16
Exérese / eletrocauterização de acrocordons	2
Exérese de fibroma	2
Retirada de Implanon	1

A iniciativa proporcionou alívio para diversas condições que requeriam intervenções cirúrgicas simples, mas que estavam sem resolução devido à espera na fila para acesso ao serviço pela rede pública. A média de tempo de espera na fila pelo procedimento relatada foi de 11 meses, sendo a espera mais longa de 3 anos.

Os pacientes relataram satisfação com o atendimento recebido e demonstraram interesse em futuras iniciativas semelhantes. Ao final de cada atendimento, foi solicitada ao paciente que atribuísse uma nota de 0 a 10 ao serviço, sendo a nota média obtida de 10.

A experiência contribuiu para a formação acadêmica ao possibilitar um contato direto com a prática cirúrgica, tendo cada um realizado em média 4 procedimentos. Os acadêmicos desenvolveram habilidades relacionadas a técnicas cirúrgicas, à tomada de decisões clínicas e à comunicação com os pacientes. A orientação dos médicos preceptores foi essencial para garantir segurança nos procedimentos e aprofundamento técnico.

Figura 2. Aluna realizando procedimento sob orientação do cirurgião orientador.

Fonte: Acervo dos autores.

Apesar da triagem prévia, alguns pacientes que compareceram aos atendimentos, não puderam realizar o procedimento almejado, por se tratarem de cirurgias de grande porte, incompatíveis com a estrutura oferecida pelo serviço, ou por não estarem em condições clínicas seguras para a realização de procedimentos ambulatoriais, como níveis pressóricos alterados.

DISCUSSÃO

Apesar do SUS promover para a população brasileira acesso à saúde de forma gratuita e universal, a utilização desse serviço, na realidade, ainda hoje, é um agravante para a saúde pública, uma vez que, com a demanda para procedimentos cirúrgicos, a fila de espera, em geral, é extensa. Esta problemática afeta diretamente a saúde dos pacientes no aguardo dos procedimentos, de maneira a atrasar o atendimento e, com a demora, pode ocasionar uma diminuição da eficácia[2]. Dessa maneira, a realização de mutirões de pequenas cirurgias, como o promovido pela Liga Acadêmica de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza, representa uma estratégia relevante para a ampliação do acesso a procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade, especialmente para populações de áreas rurais. O longo tempo de espera relatado pelos pacientes (média de 11 meses) evidencia a dificuldade de acesso a esse tipo de atendimento na rede pública, tornando essa iniciativa uma alternativa eficaz para reduzir a demanda reprimida e proporcionar alívio a condições que, embora não urgentes, afetam significativamente a qualidade de vida, funcionalidade e autoestima dos indivíduos. As cirurgias em ambulatórios, como as realizadas nessa situação, possuem vantagens relacionadas, principalmente, à diminuição de custos, uma vez que, a cirurgia hospitalar, em comparação, gera despesas médicas, tal qual os gastos com internações, por exemplo. Além disso, o pós-operatório desses pacientes, em geral, se apresenta com menores riscos de infecções e dores, de maneira a ser possível, dessa forma, o retorno antecipado à rotina[5].

O impacto positivo da ação pode ser observado na alta taxa de satisfação dos pacientes, que atribuíram nota média de 10 ao serviço recebido. Esse resultado sugere que, além da efetividade clínica dos procedimentos realizados, houve um atendimento humanizado e de qualidade, o que corrobora com o fato da relação médico-paciente ser importante para criar um vínculo de confiança mútua, a partir da comunicação, com o objetivo de atender as necessidades do paciente. O acolhimento a partir de ver o paciente com empatia e solidariedade, de maneira a englobar os aspectos da sua vida, não somente a doença, impulsiona uma recuperação bem sucedida. Visto isso, a prática direta é essencial para que os acadêmicos sejam expostos às situações que pratiquem a humanização[6].

Para os acadêmicos participantes, a experiência foi uma oportunidade valiosa de aprendizado prático, permitindo o desenvolvimento de habilidades técnicas e aprimoramento na tomada de decisões clínicas sob supervisão médica. O modelo adotado, com divisão dos alunos por turno e supervisão de cirurgiões experientes, garantiu segurança no aprendizado e nos procedimentos realizados.

Entretanto, algumas limitações foram identificadas durante a execução da iniciativa. Apesar da triagem prévia, alguns pacientes não puderam ser atendidos devido à complexidade das cirurgias solicitadas ou a condições clínicas inadequadas para o procedimento ambulatorial, como hipertensão descompensada. Isso ressalta a importância de um protocolo de triagem mais rigoroso para otimizar o encaminhamento dos pacientes e evitar deslocamentos desnecessários, já que a maioria deles vinham de outras cidades. Além disso, a realização desses mutirões dependem de apoio logístico e disponibilidade de recursos, exigindo parcerias eficientes entre instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestores públicos.

Dessa forma, o mutirão demonstrou-se uma estratégia viável e bem-sucedida, beneficiando tanto a população atendida quanto os acadêmicos envolvidos. A continuidade e ampliação de iniciativas desse tipo podem representar uma solução parcial para a demanda reprimida por pequenas cirurgias na rede pública, especialmente em regiões carentes. Além disso, visto essa ser a primeira edição da experiência, outros pontos, como aprimorar a triagem dos pacientes, a partir de uma monitorização aprofundada, em especial para os paciente que já possuem, por exemplo, hipertensão arterial descompensada, e garantir a sustentabilidade do projeto, são desafios a serem considerados para futuras edições, a fim de, cada vez mais, otimizar a experiência para os pacientes e capacitar os alunos para os procedimentos mais frequentes.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira AP, Santos AP. Ambulatório de pequenos procedimentos na atenção primária: reflexão. Fortaleza: Cadernos ESP [Internet]. 2022 [citado 25mar.2025]. v. 16, n. 3, p. 75-80. Disponível em: https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/download/719/363/6627.
2. Sousa Neto A da C, Peres A de R, Araújo GA, Linhares LM, Costa M de F da S, Nunes VS, Rosa ALS, Alves M de S, Nogueira LT. Gestão pública em saúde: desafios operacionais na realização de cirurgias eletivas no Brasil. REAC [Internet]. 20 dez.2024 [citado 20mar.2025];47:e18351. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/18351
3. Gib MC, Bellini LP, Pimentel M, Almeida HC de. Projeto de Complementação do Ensino Médico em Cirurgias Ambulatoriais. Rev bras educ med [Internet]. 2001Sep;25(3):64–7. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v25.3-008
4. Purim KSM, Skinovsky J, Fernandes JW. Basic skills for outpatient surgery in medical graduation. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2015Sep;42(5):341–4. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0100-69912015005013
5. Batista GTCS, Lima C da R, de Aquino FHT, Campos GLF, Ramos SRF. As vantagens e desvantagens da cirurgia ambulatorial para saúde pública: uma análise de casos da literatura para a atualidade. CLCS [Internet]. 19º de setembro de 2023 [citado 20º de março de 2025];16(9):15809-1. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2099
6. Freitas FG, Viana ML, Medeiros AM de B, Oliveira RC. Relação médico-paciente: a importância de um atendimento humanizado: Medical-patient relationship: the importance of humanized care. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2022 Dec. 27 [cited 2025 Mar. 21];5(6):25301-10. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/55743

https://doi.org/10.54257/2965-0585.v4.i2.81

Relato de Caso

Neoplasia cística mucinosa do fígado: relato de caso e revisão da literatura

Mucinous cystic neoplasm of the liver: case report and literature review

Davidson Anthony Aragão Freire[1]; Carlos Eduardo Lopes Soares[2]; Anna Giulia Meira Garcia Cabral[2] ; Andreza Alves de Sousa[3]; Liana Carvalho Lopes Ribeiro[4]; Rodrigo Martins Sales[5]

1 – Cirurgião geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.
2 – Residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.
3 – Residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo.
4 – Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Christus e Extensionista do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.
5 – Preceptor de cirurgia geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

RESUMO

A neoplasia cística mucinosa do fígado e da via biliar representam uma entidade rara, caracterizada por morfologia peculiar, encontrada mais comumente em adultos e principalmente mulheres dos 40 a 50 anos. Clinicamente, esses tumores podem ser causa de dor abdominal, sintomas compressivos e icterícia. Em 85% dos casos a lesão se desenvolve no fígado, enquanto o acometimento dos ductos biliares extra-hepáticos e da vesícula biliar é ainda mais raro. O diagnóstico diferencial entre cistadenoma e cistadenocarcinoma é difícil no pré-operatório, portanto, a ressecção cirúrgica com margens é recomendada pelo risco de malignidade.

Palavras-chave: Cistoadenoma mucinoso; Neoplasias hepáticas; Câncer de fígado.

ABSTRACT

Mucinous cystic neoplasia of the liver and biliary tract represents a rare entity characterized by peculiar morphology, most commonly found in adults, particularly women between 40 and 50 years of age. Clinically, these tumors may cause abdominal pain, compressive symptoms, and jaundice. In 85% of cases, the lesion develops in the liver, while involvement of the extrahepatic bile ducts and gallbladder is even rarer. The differential diagnosis between cystadenoma and cystadenocarcinoma is challenging in the preoperative setting; therefore, surgical resection with margins is recommended due to the risk of malignancy.

Keywords: Mucinous cystadenoma; Hepatic neoplasms; Liver cancer.

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

As lesões císticas do fígado afetam aproximadamente 20% da população mundial e são mais comumente cistos simples e de curso benigno.[1] Primeiramente descrita em 1887 por Heuter como cistoadenoma hepático, a neoplasia cística mucinosa (NCM), classificada pela OMS como "neoplasia epitelial usualmente sem comunicação com ducto biliar, produtora de mucina e associado estroma ovariano", é uma lesão cística rara com 20% de risco de malignização[2] e que acomete mais comumente mulheres entre 40 e 50 anos de idade.[3]

Neste artigo apresentamos um relato de caso sobre um paciente com diagnóstico pós operatório de neoplasia cística mucinosa do fígado.

RELATO DO CASO

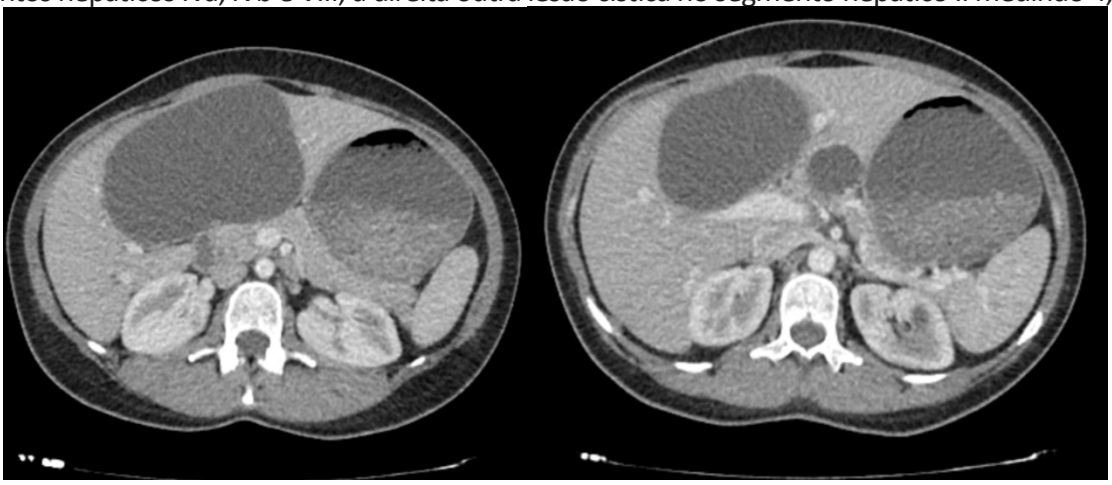
Paciente feminina de 43 anos, com história de abaulamento epigástrico associada a dispepsia e plenitude abdominal há 2 anos. História patológica pregressa sem comorbidades, alergias, cirurgias nem uso de anticoncepcionais orais combinados.

Ao exame físico apresentava bom estado geral, com abdome semi-globoso com abaulamento em região epigástrica, maciço à percussão e massa palpável mal delimitada e indolor, sem outras alterações dignas de nota. Exames laboratoriais iniciais apresentavam alfafetoproteína de 1,35, CA 19,9 de 41,65 e CEA 2,2 sem outras alterações.

Foi submetida a ultrassonografia abdominal, onde foi evidenciado hepatomegalia secundária a três lesões císticas, sendo a maior de 12,6 x 7,9 cm contendo debris e ocupando parte significativa do lobo direito. Não apresentava litíase biliar ou dilatação das vias biliares.

Realizou tomografia de abdome com contraste que apresentou parênquima hepático com atenuação preservada, exceto por formações císticas de paredes finas e regulares, sendo a maior no segmento II, medindo 3,5 x 2,7 cm, destacando formação de aspecto cístico multilocular com paredes difusamente espessadas. (Figura 1)

Figura 1. TC de abdome de contraste evidenciando os seguintes achados : A esquerda lesão de 12x8,x10,1cm ocupando segmentos hepáticos IVa, IVb e VIII; à direita outra lesão cística no segmento hepático II medindo 4,4x3,3x2,2



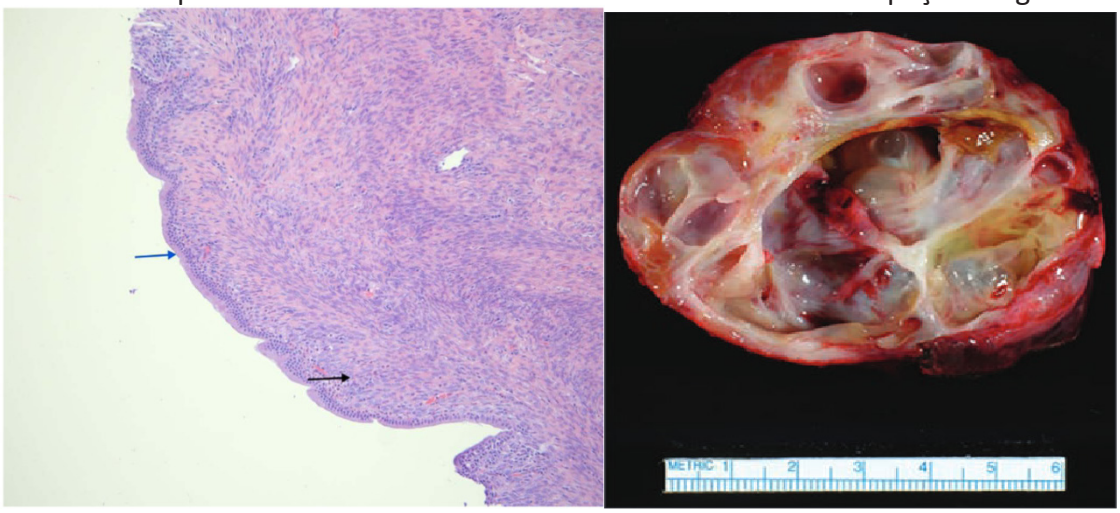
Autoria própria

A paciente foi submetida a videolaparoscopia com achado de volumoso cisto hepático em segmento V e outro de menor volume no segmento III. Foi realizado destelhamento hepático de ambas lesões que apresentavam loculações e líquido 'achocolatado'. O estudo histopatológico foi conclusivo com neoplasia cística mucinosa hepática com displasia de baixo grau.

A paciente submetida a novo estudo com imagem com colangiorressonância sem achados significativos, não apresentava comunicação com árvore biliar. TC de tórax normal e TC de abdome com formação cística com 3,9 X 2,6cm no segmento IV e outras formações ovaladas hipoatenuantes hipoatenuantes.

Em novo procedimento cirúrgico foi realizada colangiografia intra-operatória, sem alterações significativas, colecistectomia e excisão do cisto remanescente com margens (Figura 2)

Figura 2. À esquerda: Imagem de lâmina de histologia de neoplasia cística mucinosa do fígado. Seta azul na camada epitelial interna com epitélio mucinoso colunar sem atipia nuclear. Seta preta no estroma celular consistindo de estroma do tipo ovariano de células ovoides e fusiformes. À Direita: peça cirúrgica de enucleação



Fonte: Hutchens e Boyum

DISCUSSÃO

Os sintomas mais comuns relacionados são dor abdominal (57.3%), plenitude gástrica (20%), saciedade precoce (12.5%) e icterícia (11.3%) segundo um estudo coorte de 248 pacientes. Todavia, a maioria dos pacientes são assintomáticos e os cistos são encontrados acidentalmente em exames de imagens.[4]

Exames de imagem como a ultrassonografia (USG) ou tomografia computadorizada (TC) de abdome revelam lesão tipicamente hipoecoica/hipoatenuante de paredes irregulares e finas, ocasionalmente com nodularidade de parede, debris ou septações. A colangiorressonância pode ser útil por demonstrar se há comunicação com vias biliares.

Importantes diagnósticos diferenciais são o cisto hepático simples, lesões que não apresentam comunicação com a árvore biliar, e fundamental a avaliação de invasão da lesão.[5] A NCM tipicamente apresenta loculações (84.2%), septações (63,2%) e paredes finas,[6] enquanto sinais de NCM invasiva são multiloculação (56,9%), nódulos murais (16,5%) ou dilatação de vias biliares (17,7%)[7].

Devido a escassez dos estudos envolvendo essas lesões, os aspectos de malignidade apresentam sensibilidade de 81% e especificidade de 21%[7], e a discrepância entre diagnóstico pré-operatório e confirmação patológica de NCM invasiva é de até 30.9%. Portanto, está indicada ressecção cirúrgica completa na primeira intervenção[2,8].

Devido seu potencial de malignização, o manejo das neoplasias císticas mucinosas envolve ressecção hepática ou enucleação completa da lesão, uma vez que há recorrência em até 45.6% dos casos tratados apenas com destelhamento hepático com tempo livre de doença de apenas 15 semanas [4,8]. Em casos de ressecção com margens, a recorrência é de apenas 10% das NCM e a sobrevida média é de 8,4 anos nos casos em que há diagnóstico de neoplasia invasiva[9]. Diferentemente de outras neoplasias hepáticas primárias, não há terapia sistêmica efetiva no tratamento da NCM hepática invasiva.

O melhor momento do tratamento cirúrgico é logo após a otimização clínica do paciente, uma vez que há dificuldade de confirmação clínica-radiológica do comportamento da lesão. Diferente de outras neoplasias hepáticas primárias, não há terapia sistêmica efetiva no tratamento da NCM hepática invasiva.

REFERÊNCIAS

1. Rawla P, Sunkara T, Muralidharan P, Raj JP. An updated review of cystic hepatic lesions. Clin Exp Hepatol 2019; 5:22–29
2. Budkule DP, Desai GS, Pande P, Kulkarni DR. Infrequent intrahepatic cystic neoplasm: dilemmas in diagnosis and management. BMJ Case Rep 2019; 12:e229058
3. Valasek M, Yeh M. Mucinous Cystic Neoplasm of the Liver: Clinicopathologic Features and Differential Diagnosis case review. Pathology Case Reviews. 2014;19:293-296.
4. Arnaoutakis DJ, Kim Y, Pulitano C, et al. Management of biliary cystic tumors: a multi-institutional analysis of a rare liver tumor. Ann Surg. 2015;261(2):361–367. doi:10.1097/SLA.0000000000000543
5. Boyum JH, Sheedy SP, Graham RP, Olson JT, Babcock AT, Bolan CW, Menias CO, Venkatesh SK. Hepatic Mucinous Cystic Neoplasm Versus Simple Biliary Cyst: Assessment of Distinguishing Imaging Features Using CT and MRI. AJR Am J Roentgenol. 2021 Feb;216(2):403-411. doi: 10.2214/AJR.20.22768. Epub 2020 Dec 23. PMID: 33356432.
6. Lee CW, Tsai HI, Lin YS, Wu TH, Yu MC, Chen MF. Intrahepatic biliary mucinous cystic neoplasms: clinicoradiological characteristics and surgical results. BMC Gastroenterol. 2015;15:67. doi:10.1186/s12876-015-0293-3
7. Arnaoutakis DJ, Kim Y, Pulitano C, et al. Management of biliary cystic tumors: a multi-institutional analysis of a rare liver tumor. Ann Surg. 2015;261(2):361–367. doi:10.1097/SLA.0000000000000543
8. Doussot A, Gluskin J, Groot-Koerkamp B, et al. The accuracy of pre-operative imaging in the management of hepatic cysts. HPB (Oxford) 2015; 17:889–895
9. Hutchens JA, Lopez KJ, Ceppa EP. Mucinous Cystic Neoplasms of the Liver: Epidemiology, Diagnosis, and Management. Hepat Med. 2023 Mar 29;15:33-41. doi: 10.2147/HMER.S284842. PMID: 37016682; PMCID: PMC10066895.

https://doi.org/10.54257/2965-0585.v4.i2.68

Relato de Caso

Nervo laríngeo não recorrente: um relato de caso

Non-recurrent laryngeal nerve: a case report

Marcos Vinicius Farias[1]; Raphael Augusto Conzatti Capaz[2]; Andre Pires Cortez[2]; Ana Davila Carneiro da Silva[3]; Marcelo Kervin Reis Frota[1]; Carlos Eduardo Soares Lopes[1]; Geraldo de Azevedo Souza[1]; Ingrid Sarmento Guedes[3]

1 – Médico(a) residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Fortaleza, CE, Brasil.
2 – Médico preceptor de Cirurgia Cabeça e Pescoço do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Fortaleza, CE, Brasil.
3 – Graduanda em medicina pela Universidade de Fortaleza – Fortaleza, CE, Brasil.

RESUMO

Introdução: Um dos passos fundamentais enfrentados pelos cirurgiões durante a tireoidectomia reside na identificação e preservação dos nervos laríngeos, em particular o nervo laríngeo recorrente (NLR), e sua variação anatômica, o nervo não recorrente. Relato de caso: Mulher, 39 anos, que apresentou disfagia, dispneia aos esforços físicos e disfonia. Na USG de tireoide foi detectado nódulo sólido. Foi submetida, então, à tireoidectomia e, durante a dissecção para identificação do nervo laríngeo recorrente direito, foi observado que estava emergindo diretamente do nervo vago à laringe. Discussão: Embora a presença de variantes anatômicas do NLI tenha sido associada a um aumento do risco de lesões iatrogênicas durante cirurgias na região da cabeça e tórax superior, ainda não foi comprovado que a aplicação sistemática de estudos de imagem pré-operatórios pode efetivamente reduzir esse risco. Conclusão: A presença do não recorrente destaca a importância da dissecção sistemática do nervo laríngeo inferior durante cirurgias.

Palavras-chave: nervos laríngeos; disfonia; glândula tireoide.

ABSTRACT

Introduction: One of the fundamental steps faced by surgeons during thyroidectomy lies in the identification and preservation of the laryngeal nerves, in particular the recurrent laryngeal nerve (RLN), and its anatomical variation, the non-recurrent nerve. Case report: Woman, 39 years old, who presented with dysphagia, dyspnea on physical exertion and dysphonia. A solid nodule was detected on thyroid USG. She then underwent thyroidectomy and, during the dissection to identify the right recurrent laryngeal nerve, it was observed that it was emerging directly from the vagus nerve to the larynx. Discussion: Although the presence of anatomical variants of NLI has been associated with an increased risk of iatrogenic injuries during surgeries in the head and upper chest region, it has not yet been proven that the systematic application of preoperative imaging studies can effectively reduce this risk. Conclusion: The presence of non-recurrent highlights the importance of systematic dissection of the inferior laryngeal nerve during surgery.

Keywords: laryngeal nerves; dysphonia; thyroid gland.

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

A tireoidectomia é uma intervenção cirúrgica comum e crucial para o tratamento de diversas condições da glândula tireoide. No entanto, um dos passos fundamentais enfrentados pelos cirurgiões durante esse procedimento reside na identificação e preservação dos nervos laríngeos, em particular o nervo laríngeo recorrente (NLR), e sua variação anatômica, o nervo não recorrente. A importância da identificação precisa desses nervos transcende a simples execução técnica da cirurgia, impactando diretamente a qualidade de vida pós-operatória do paciente.

A literatura médica tem destacado consistentemente que a lesão ou dano aos nervos laríngeos durante a tireoidectomia pode resultar em complicações significativas, incluindo disfonia, disartria e até mesmo comprometimento respiratório. A preservação da função destes nervos é, portanto, crucial para mitigar tais complicações. Estudos como os de Randolph et al. (2011) e Dralle et al (2016) sublinham a relação entre a competência na identificação anatômica e a habilidade técnica na preservação dos nervos laríngeos e os desfechos bem sucedidos.

Os nervos laríngeos recorrentes têm sua origem nos nervos vagos na parte inferior do pescoço, onde seguem em direção ao tórax até se curvarem, daí o nome "recorrente". Os nervos dos dois lados têm na prática a mesma distribuição, contudo, formam uma alça ao redor de diversas estruturas e em vários níveis nos dois lados. Após fazer uma alça, os nervos laríngeos recorrentes sobem superiormente até a face posteromedial da glândula tireóide onde descem no sulco traqueoesofágico, inervando a traqueia e o esôfago e todos os músculos intrínsecos da laringe, a não ser do músculo cricotireóideo[1].

O nervo laríngeo inferior (NLI) não recorrente é uma rara variação anatômica associada a anomalias também anatômicas das artérias subclávias. Em certos indivíduos a artéria subclávia direita, devido a alterações de origem embriológicas, é retroesofageana, explicando assim a ausência de recorrência do nervo deste mesmo lado. A presença do NLI, segundo a maioria dos autores, é estimada em torno de 1%. [2,3]

Neste relato de caso, discute-se uma tireoidectomia parcial por bócio tireoideano unilateral que teve como achado incidental, um nervo laríngeo não recorrente.

Ressalta-se que esta pesquisa atende a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RELATO DO CASO

E.F.S., feminino, 39 anos, parda, dona de casa, natural e procedente de Quixeramobim, com queixas de início de disfagia por alimentos sólidos há três anos, progredindo com dispneia aos esforços físicos e disfonia. Relata que devido ao quadro, procurou serviço de Equipe de Saúde da Família da região, onde foi detectado nódulo em região cervical à direita, sendo encaminhada ao ambulatóro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

No exame físico, foi detectado bócio volumoso a direita, medindo aproximadamente 4 cm, de superfície lisa, consistência fibroelástica, não aderido a planos profundos, sendo solicitado na ocasião exames laboratoriais, ultrassonografia da tireoide com doppler e PAAF.

Na USG de tireoide foi detectado nódulo sólido hipoecogênico, de contornos regulares localizado no terço médio do lobo direito, medindo 2,0x3,0x3,0cm, com vascularização periférica e central com TIRADS 4. Biópsia de PAAF com sistema BETHESDA categoria III. Os hormônios tireoideanos estavam dentro dos limites de normalidade. Foi indicado tireoidectomia parcial à direita.

O procedimento cirúrgico (fotos 1 e 2) transcorreu sem intercorrências, no entanto, durante a dissecção para identificação do nervo laríngeo recorrente direito, foi observado que se tratava de uma variação anatômica, pois o nervo estava emergindo diretamente do nervo vago à laringe.

Foto 1. Procedimento cirúrgico

Fonte: autoria própria (2023)

Foto 2. Peça cirúrgica

Fonte: autoria própria (2023)

DISCUSSÃO

A incidência relatada de NLI não recorrente é variável. Em algumas séries, a proporção dessa variação é nula [4] enquanto em outras chega a 3,9%[5]. Na maior série relatada, incluindo 6637 observações do NLI durante cirurgia no pescoço, a frequência do NLI não recorrente foi de 0,54% a direita e 0,07% a esquerda, com uma prevalência global de 0,32%.[6]

A origem do NLI não recorrente advém de uma discrepância formada durante a embriogênese no tronco do nervo vago cervical, tanto no antímero esquerdo quanto no direito, apresentando um risco durante cirurgias, uma vez que o nervo derivado da variação passeia ao redor da artéria carótida[7]. Neste processo, o nervo laríngeo não recorrente se ramifica do tronco vagal cervical, em que pode ser variável, dentro da bainha carotídea, antes de surgir diretamente para a laringe[8].

O nervo laríngeo não-recorrente pode ser classificado em tipos de acordo com a localização da formação do ramo pelo nervo vago. O tipo I surge diretamente do vago cervical e corre junto com os vasos do pedúnculo tireoideano superior. O tipo II, faz seu percurso através de um trajeto transversal na artéria tireoidiana inferior. Este tipo é subdividido no tipo IIa que percorre acima o tronco da artéria tireoidiana inferior e o tipo IIb que percorre entre os ramos da artéria tireoidiana e sobe até a laringe[9].

De acordo com pesquisas realizadas,[10] o nervo laríngeo não recorrente é considerado um achado em comum a outras variações anatômicas, como por exemplo, a artéria subclávia direita aberrante (ASDA) ou artéria lusória, em até 86,7% dos estudos analisados. Verificou-se ainda que seu trajeto incomum, não identificado previamente, pode levar a complicações iatrogênicas cirúrgicas e pós-cirúrgicas, como a paralisia das cordas vocais[11]

A tentativa de realizar o diagnóstico pré-operatório de um NLI não recorrente pode ser feita por meio de estudos de imagem, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética (RM), com o objetivo de visualizar a artéria lusória[12]. Contudo, embora a presença de

variantes anatômicas do NLI tenha sido associada a um aumento do risco de lesões iatrogênicas durante cirurgias na região da cabeça e tórax superior [13], ainda não foi comprovado que a aplicação sistemática de estudos de imagem pré-operatórios pode efetivamente reduzir esse risco.

CONCLUSÃO

A prevenção é a abordagem mais eficaz para evitar complicações, Portanto a exposição e proteção rotineira dos nervos laríngeos é crucial para evitar lesões inadvertidas Devemos estar atentos a todas as possíveis variações, incluindo o nervo laríngeo não recorrente, uma condição rara e de difícil diagnóstico pré operatório, suscetível a lesões. A presença do não recorrente destaca a importância da dissecção sistemática do nervo laríngeo inferior durante cirurgias de tireóide e paratireoides realizadas de maneira ordenada e com técnica cirúrgica apropriada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moore KL: O Pescoço. In: Moore KL. Anatomia Orientada Para a Clínica. 7a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
2. Leite WP, Castro Júnior FM, Ferreira LAA, Holanda ME, Fernandes E, Silva V, Farias JF, Lima SB, Surimã WS, Mesquita Neto JWB, Santos BGR, Muniz VV, Figueiredo LL. Nervo laríngeo inferior não-recorrente: relato de 3 casos e revisão da literatura. Anais do 10ª Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço; 2005 Set 3 - 6; Salvador, Brasil.
3. Lages L: Nervo laríngeo inferior não-recurrente e artéria subclávia direita retroesofageana (Importância desta anomalia do ponto de vista clínico-cirúrgico). Rev Bras Otorrinolaringol,1946, 14 (6): 486 - 522.
4. Lee MS, Lee UY, Lee JH, Han SH. Direção relativa e posição do nervo laríngeo recorrente para configuração anatômica. Surg Radiol Anat. 2009; 31 :649–655. doi: 10.1007/s00276-009-0494-y
5. Página C, Monet P, Peltier J, Bonnaire B, Strunski V. Nervo laríngeo não recorrente relacionado à cirurgia da tireoide: relato de três casos. J Laringol Otol. 2008; 122 :757–761. doi: 10.1017/S002221510700838
6. Henry JF, Audiffrit J, Plano M. O nervo laríngeo inferior não recorrente. Uma proposta de 19 casos incluindo 2 no lado esquerdo. J Chir (Paris) 1985; 122 :
7. Gomes F. S. et al. Principais variações anatômicas do nervo vago: revisão narrativa. Revista Variações Anatômicas: o avanço da ciência no Brasil- ISBN 978-65-5360-310-3 - Vol. 1 - Ano 2023. Editora Científica Digital. www.editoracientifica.com.br
8. Jason JL, Niels H, Duplicated Vagus Nerve in Adolescence: Case Report and Review of Literature, World Neurosurgery, Volume 131,2019,Pages 180-185, ISSN 1878-8750, https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.08.014.
9. Polednak AP. Anatomical variation in the right non-recurrent laryngeal nerve reported from studies using pre-operative arterial imaging. Surg Radiol Anat. 2019 Aug;41(8):943-949. doi: 10.1007/s00276-019-02252-5. Epub 2019 May 13. PMID: 31087139.
10. Henry BM, Sanna S, Graves MJ, et al. The non-recurrent laryngeal nerve: a meta-analysis and clinical considerations. Peer J. 2017;5:e3012. http://dx.doi.org/10.7717/peerj.3012. PMid:28344898.
11. Xiong S, Wang D, Li J. Endovascular repair of type A aortic intramural hematoma accompanied by aberrant right subclavian artery and Kommerell's diverticulum: a case report. BMC Cardiovasc Disord. 2020;20(1):220. http://dx.doi.org/10.1186/s12872-020-01504-2. PMid:32404054.
12. Geraci G, Lo Nigro C, Sciuto A, Arone E, Modica G, Sciumè C. Nervo laríngeo não recorrente coexistindo com nervo recorrente ipsilateral: experiência pessoal e revisão da literatura. G Chir. Maio de 2011; 32 (5):251–254
13. Abboud B, Aouad R. Nervo laríngeo inferior não recorrente em cirurgia da tireoide: relato de três casos e revisão da literatura. J Laringol Otol. Fevereiro de 2004; 118 (2):139–142.

https://doi.org/10.54257/2965-0585.v4.i2.92

Relato de Experiência

Peer-based learning: aplicação no ensino cirúrgico de acadêmicos

Peer-based learning: application in the surgical education of students

Isabela Franco Freire[1]; Anik Moraes Marangoni[1]; Kalyne Saraiva Fontenele de Araújo[1]; Maria Eduarda Lima Lobão Maia[1]; Mabilly Nunes Cruz[1]; Francisco Julimar Correia de Menezes[2]

1 – Discente de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
2 – Docente de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

RESUMO

A aprendizagem baseada em pares promove a troca de conhecimentos e o aperfeiçoamento da formação médica. No ensino de cirurgia, as ligas acadêmicas ajudam a suprir lacunas da graduação, integrando teoria e prática. O "Mês de Imersão em Cirurgia e Emergência" (MICE), organizado por uma liga acadêmica, ofereceu 40 horas de aulas teóricas e práticas com especialistas e alunos capacitados. O evento teve ampla adesão e recebeu feedback positivo, destacando a importância da abordagem prática no aprendizado dessa especialidade. A experiência reforça o impacto do ensino entre pares na formação de médicos mais preparados, incentivando iniciativas semelhantes na educação cirúrgica.

Palavras-chave: Educação Médica; Treinamento por Simulação; Cirurgia Geral.

ABSTRACT

Peer-based learning promotes knowledge exchange and enhances medical education. In surgical training, student organizations help fill gaps in undergraduate education by integrating theory and practice. The "Surgery and Emergency Immersion Month" (MICE), organized by a student organization, offered 40 hours of theoretical and practical classes with specialists and trained students. The event had strong participation and received positive feedback, highlighting the importance of practical learning. This experience reinforces the impact of peer-based learning in preparing better-trained doctors, encouraging similar initiatives in surgical education.

Keywords: Education, Medical; Simulation Training; General Surgery.

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

A aprendizagem baseada em pares (peerbased learning) é uma metodologia de ensino pautada na produção do conhecimento ativo, tendo como objetivo engajar os alunos em uma proposta de ensino colaborativa, estimulando a análise, reflexão e discussão do assunto abordado. Essa metodologia ativa constitui uma forma de avançar além do aprendizado independente para um aprendizado interdependente ou mútuo entre pares, permitindo uma troca de conhecimentos entre os alunos. Entre os principais benefícios da utilização desse método, cabe destacar a possibilidade de proporcionar a obtenção de novas perspectivas, o aumento das conexões sociais e o aprimoramento do aprendizado pessoal. Nesse sentido, a aprendizagem baseada em pares tem se mostrado uma alternativa inovadora e eficaz no âmbito educacional, especialmente nas áreas da saúde[1,2].

No ensino cirúrgico, a aplicação dessa metodologia se revela como uma alternativa eficaz e relevante, uma vez que o treinamento sobre as habilidades técnicas necessárias e a construção do conhecimento em torno desse assunto não costumam ser abordados com profundidade e atenção nas universidadesde Medicina brasileiras. A insuficiência das abordagens teóricas e treinamentos de técnicas e habilidades cirúrgicas causam limitações curriculares e profissionais não somente para os futuros cirurgiões, como também para outros profissionais que se dedicarão a outras especialidades, uma vez que a formação integral é essencial para o exercício da medicina[3].

Nesse contexto, as ligas acadêmicas surgem com o propósito de reduzir as lacunas existentes na grade curricular convencional. Essas associações são compostas por alunos da universidade que buscam aprofundar seus conhecimentos em um tema específico, contando com o auxílio de um professor orientador especializado no assunto. O grande propósito dessas organizações é atuar no espaço de aprendizado prático, permitindo o desenvolvimento de habilidades técnicas, integração da teoria e prática, promoção da pesquisa e extensão, proporcionando uma aprimoração da habilidade médica e um aprendizado mais dinâmico, conectando as realidades do campo de atuação dos futuros profissionais de saúde[3,4,5].

A aplicação da metodologia de aprendizado entre pares e a colaboração das ligas acadêmicas constituem importantes alternativas para dinamização e aprimoração do ensino nas universidades de medicina, reduzindo as lacunas existentes na grade curricular convencional. Essas abordagens, no cenário do ensino cirúrgico, se tornam essenciais para o desenvolvimento de habilidades e aprimoramento das técnicas,permitindo uma formação mais integral para os futuros médicos, sobretudo aqueles que visam formação cirúrgica. O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de medicina da Liga de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza em uma realização de um curso com o tema “Mês de Imersão em Cirurgia e Emergência”, voltado para uma aprendizagem teórica-prática dos universitários.

RELATO

Nesse cenário, uma liga acadêmica de cirurgia geral de uma das mais prestigiadas universidades do estado do Ceará idealizou um projeto voltado ao fomento do ensino cirúrgico na graduação em Medicina. O projeto consistiu em um curso extracurricular de carga horária de 40 horas, distribuídas em 4 semanas. O evento foi intitulado “Mês de Imersão em Cirurgia e Emergência” (MICE), ocorrido em outubro de 2023 na universidade à qual a liga é associada. Para realização, os estudantes precisaram recorrer ao apoio institucional da universidade e ao patrocínio de empresas privadas, de modo a suprir a necessidade de materiais.

A ideia por trás da promoção do evento foi trazer, de forma descomplicada, aulas sobre os principais temas que concernem à Cirurgia Geral e à Emergência para o médico generalista. Preconizou-se a realização de aulas teóricas seguidas de práticas handson de procedimentos associados aos temas das aulas. Assim, foram realizados entre 2 e 3 encontros semanais, sendo pelo menos um deles o momento das palestras. A estrutura do curso funcionava de forma que a aula teórica e a prática relacionada a ela ocorressem preferencialmente na mesma semana. O fato de os alunos serem munidos de uma apostila auxiliava que mantivessem anotações sobre as aulas e pudessem acompanhar o passo a passo dos procedimentos nas aulas práticas.

Figura 1. Membro da Liga de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleleza (LICIG) ensinando o procedimento de drenagem torácica em modelo sintético.

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
02/10	03/10	04/10	05/10	06/10	07/10	08/10
	Aula Teórica: Trauma Abdominal + Introdução ao Abdome Agudo					
09/10	10/10	11/10	12/10	13/10	14/10	15/10
	Aula Teórica: Choque + Sepse	Aula Prática: Instrumentação + Paramentação + Ponto Simples + Nó Cirúrgico				
16/10	17/10	18/10	19/10	20/10	21/10	22/10
	Aula Teórica: TEP e TVP + Trauma Torácico		Aula Prática: Ponto Simples + Sondagem Vesical + Toracocentese + Cricotireoidostomia		Aula Prática: ATLS	
23/10	24/10	25/10	26/10	27/10	28/10	29/10
	Aula Teórica: Hemorragia Digestiva Alta + Hemorragia Digestiva Baixa		Aula Prática: Nó Cirúrgico + Nó Bailarina + Drenagem Torácica		Aula Prática: Paracentese + Toracocentese + Drenagem + Nó Cirúrgico	
30/10	31/10	01/11				
	Aula Teórica: Trauma Craniofacial + Trauma Cranioecefálico	Introdução a Videolaparoscopia + Toracocentese + Cricotireoidostomia				

Fonte: Acervo dos autores.

Além disso, as aulas teóricas eram ministradas por professores proeminentes nas respectivas áreas do conhecimento e o corpo docente contou com cirurgiões gerais, digestivos, cardíacos, maxilofaciais, coloproctologistas e vasculares, neurocirurgiões, endoscopistas, emergencistas e generalistas. Desse modo, a visão sobre as temáticas abordadas foi ampla e os alunos puderam receber ensinamentos de várias áreas e estágios do conhecimento médico. As palestras foram ministradas em auditórios que comportassem os 30 alunos e os 20 ligantes, de modo que as palestras contaram com cerca de 45 a 50 pessoas.

Já as aulas práticas eram ministradas em pequenos grupos de 5 ou 6 alunos com um tutor, no ambiente de simulação cirúrgica da universidade. A figura do tutor era representada por um dos ligantes que foi capacitado naquela temática, utilizando um modelo de simulação do procedimento. Antes de cada dia de treinamento prático, um dos ligantes fez uma pequena aula para explicitar os pontos principais de indicação, contraindicação, passo a passo e recomendações para os procedimentos abordados. Todos os tutores foram capacitados por cirurgiões e emergencistas para ensinar o passo a

passo dos procedimentos e guiar os alunos em seu treinamento. Os modelos utilizados eram de fabricação própria da liga ou pertencentes à universidade.

Figura 1. Membro da Liga de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza (LICIG) ensinando o procedimento de drenagem torácica em modelo sintético

Fonte: Acervo dos autores.

Figura 2. Modelos sintéticos de baixo custo desenvolvidos por acadêmicos membros da Liga de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza (LICIG)

Fonte: Acervo dos autores.

Após divulgação em mídias sociais, as inscrições foram abertas com vagas para 30 pessoas. A escolha do número de participantes foi um ponto importante da filosofia do evento, que priorizava a atenção individualizada para aprendizado efetivo e duradouro dos assuntos abordados no curso. Apesar de ser pago, o valor era razoável e compreendia custos com materiais adicionais que foram necessários, além de incluir uma apostila sobre os assuntos do curso e um lanche nos intervalos das aulas. Em poucas horas, esgotaram-se as vagas e a lista de espera foi iniciada, tendo ainda 16 alunos.

O perfil de participantes era de acadêmicos de Medicina, cursando entre o primeiro e o sétimo semestre. Todos conheceram o evento através de colegas e mídias sociais, sinalizando o fato de que 50% dos inscritos eram alunos provenientes de outra instituição de ensino superior. Para estudantes que já haviam participado de outros cursos da liga, foi oferecido um cupom 10% de desconto e, para estudantes que queriam fazer o curso com amigos, foi oferecida uma promoção de inscrição em trio com abatimento de 5% do valor original da inscrição.

Durante o curso, foi necessária intensa organização logística para que todos os colaboradores realizassem suas tarefas e para que os alunos tivessem suas necessidades devidamente supridas. Em consequência da excelente organização obtida com ajuda do orientador, os dias de curso ocorreram com gratificante fluidez.

Ao final, foi disponibilizado um formulário de *feedback* para que os alunos expusessem suas opiniões sobre o evento. As respostas eram anônimas e a liga não teve qualquer acesso à identidade dos inscritos que responderam às perguntas. Citações dignas de nota foram: “A junção da aula teórica às práticas foi ótima para facilitar o aprendizado”, “Os ligantes foram muito prestativos, atenciosos e didáticos. Foi muito proveitoso.”, “Aulas de ótima compreensão e de forma organizada”, “apostila sintetiza bem o conteúdo do que será lecionado durante o curso”, “A inserção em um ambiente hospitalar que tenha sala de palestra é muito proveitosa.”, “Principalmente a prática faz com fixemos o conteúdode forma robusta e também faz entender a importância do estudo teórico para uma aplicabilidade efetiva.”, “Aula prática acrescentou demais com a aula teórica. Extremamente elucidativas.”.

Todas elas ressaltam a importância de se associar teoria e prática com uma didática adequada. A inserção precoce dos alunos a um ambiente de práticas torna mais fluida a adaptação do futuro médico às suas responsabilidades.

DISCUSSÃO

A importância de promover o ensino cirúrgico desde a graduação consiste em expor os estudantes precocemente a técnicas e a procedimentos favorecendo uma adaptação mais eficiente ao ambiente hospitalar. Em formações mais antigas a metodologia halstediana "seeone, do one, teachone" era amplamente utilizada na educação médica, mas com a complexidade dos procedimentos atuais e a necessidade de segurança do paciente, essa abordagem tornou-se obsoleta. Hoje, é indispensável que os alunos passem por um treinamento teórico e prático estruturado antes de se encontrarem no ambiente real de assistência. Métodos que integram teoria e prática em ambientes simulados garantem um aprendizado mais seguro e efetivo, permitindo que os estudantes desenvolvam confiança e habilidades técnicas antes de aplicá-las em pacientes[6].

A aprendizagem baseada em pares tem se mostrado uma ferramenta essencial para o aprimoramento do ensino cirúrgico nas universidades. A participação da comunidade acadêmica nesse processo traz um diferencial, pois estimula o protagonismo estudantil e fortalece o aprendizado por meio da colaboração e troca de experiências. O ensino da cirurgia na graduação, muitas vezes, é baseado majoritariamente em aspectos teóricos e há uma exposição reduzida às práticas cirúrgicas. Dessa forma, iniciativas como a promovida pela liga de Cirurgia Geral citada preenchem essa lacuna e promovem uma formação mais completa e qualificada[7,8].

Além do aprimoramento técnico, a participação dos membros da liga na organização e execução do evento possibilitou o desenvolvimento de habilidades interpessoais e de gestão, que são indispensáveis para sua futura prática médica. A comunicação eficaz, a liderança, o trabalho em equipe e a gestão de recursos são competências essenciais para médicos, pois impactam diretamente na qualidade do atendimento prestado e na interação com os demais membros da equipe. Durante a realização do curso, os ligantes precisaram planejar a logística do evento, interagir com professores e colegas, gerenciar eventualidades e garantir que os participantes tivessem uma experiência de aprendizado enriquecedor. Essas habilidades, quando adquiridas precocemente, tornam-se um diferencial importante para a vida profissional, auxiliando na atuação médica tanto em ambientes clínicos quanto em funções administrativas e acadêmicas[3,8,9].

Dessa maneira, a experiência demonstra o impacto positivo que o ensino baseado em pares pode ter na formação de futuros médicos. A combinação de aprendizado teórico-prático, suporte institucional e engajamento estudantil cria um ambiente propício para o desenvolvimento de profissionais mais preparados, tanto tecnicamente quanto em termos de habilidades interpessoais. O sucesso do "Mês de Imersão em Cirurgia e Emergência" reforça a necessidade de expandir e fortalecer iniciativas semelhantes, garantindo uma educação médica mais robusta e alinhada às exigências do mundo real.

REFERÊNCIAS

1. Ahammad F. An overview of peer-based learning. *Int J Res Acad Sci.* 2023 Jun 12;6(2):795–802. Available from: https://www.researchgate.net/publication/373379868_An_Overview_of_Peer-Based_Learning
2. Azevedo KL, Azevedo Filho FM, Araújo KM. Instrução entre pares como método de ensino superior na área da saúde: uma revisão integrativa. *RevBrasEduc Med.* 2022;46(3).
3. Rocha M, Mirian B, Silva RB, Macêdo G, Lima LB, Rodrigues FC, et al. A importância da liga acadêmica de cirurgia para acadêmicos de medicina. *RevEletr Acervo Saúde* [Internet]. 2024 Feb 17 [cited 2025 Mar 25];24(2):e15173–3. Availablefrom: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/15173

4. Suelen A, Cavalcante P, Lucia R, Henriques M, Napoleão I, Albuquerque M, et al. O impacto das ligas acadêmicas na formação dos discentes: reconhecimento da importância e benefícios para a comunidade acadêmica. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(1):199. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n1/0100-5502-rbem-42-01-0199.pdf
5. Pereira EL, Sousa IC, Isaias R, Lemes L, Akazaki JS, Florêncio PV, et al. O impacto das ligas acadêmicas na formação dos discentes: reconhecimento da importância e benefícios para a comunidade acadêmica. *Res Soc Dev.* 2024 Aug 31;13(8):e13013846634.
6. Diebolt JH, et al. Implementation of a near-peer surgical anatomy teaching program into the surgery clerkship. *J Surg Educ.* 2022 Oct.
7. Ayub S. "See one, do one, teach one": balancing patient care and surgical training in an emergency trauma department. *J Glob Health.* 2022 Jul 6;12(12).
8. Boecker AH, et al. Video-assisted peer teaching for surgical skills training – innovative potential for the medical curriculum and beyond: a randomized controlled trial. *J Surg Educ.* 2022 Mar;79(2):441–51.
9. Pintér Z, et al. Effectivity of near-peer teaching in training of basic surgical skills – a randomized controlled trial. *BMC Med Educ.* 2021 Mar 12;21(1).

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL