

REVISTA CIENTÍFICA

HOSPITAL E MATERNIDADE

DA POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ

JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR

CIÊNCIA, CUIDADO
E COMPROMISSO COM
A VIDA.



Edição 5(1) 2024
Janeiro/ Junho
ISSN eletrônico: 29650585
ISSN Impresso: 26746956



Revista Científica

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



**HOSPITAL DA
POLÍCIA MILITAR
JOSÉ MARTINIANO
DE ALENCAR**

Equipe Editorial

Diretor 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 Gláucio 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 Gláucio 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

Conselho Editorial

Bruno Gadelha Bezerra Silva
Matthaus Rabelo da Costa
Cássia Maria Holanda Pinheiro
Brenna Magdalena Lima Nogueira
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

Juliana de Oliveira Alves - Hospital e Maternidade da Polícia Militar 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.5, n.1 (Jan./Jun. 2024) Fortaleza: Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará- José Martiniano de Alencar. HPM 2024. 62 páginas.

Semestral

ISSN eletrônico: 29650585

ISSN Impresso: 26746956

Sumário

Editorial	10
-----------------	----

Artigo Original

Marcelo Feitosa Veríssimo; Jonathan Barros Cavalcante; Maria Clara Correia Fortes; Vanessa Souza Santos; Larissa Pontes Correia; Felipe Alves Moura Cavalcanti Análise Comparativa entre histopatológicos pré e pós-operatórios de Adenocarcinoma de Próstata em pacientes submetidos à Prostatectomia Radical no Hospital Geral de Fortaleza	11
--	----

Xênia Diógenes Benfatti, Vivianny de Paula Lima Engravidei, e agora?: uma revisão bibliográfica acerca do pré-natal psicológico como forma de prevenção à depressão pós-parto.....	19
---	----

Karla Karine Freitas Felix; Larissa Pontes Correia; Luana Louise Figueiredo Da Hora; Romulo Lopes Gama Filho; Vanessa Souza Santos Colecistectomia videolaparoscópica em situs inversus: uma revisão de artigos.....	23
---	----

Thiago Matos de Freitas Prevenção vertical do HTLV e o papel do enfermeiro.....	26
--	----

Relato de Caso

Anna Giulia Meira Garcia Cabral; Jonathan Barros Cavalcante; Marcus Vinicius Vieira Torquato; João Henrique Andrade de Menezes; Diôgo Menezes Cardoso; Dielly Chaves Moreira Colecistite crônica com drenagem espontânea para o subcutâneo: um relato de caso.....	32
---	----

Anna Giulia Meira Garcia Cabral; Társo Thiago Lopes Alves Filho; Beatriz de Castro Alves Oliveira; Felipe Siqueira Teixeira; Davidson Anthony Aragão Freire; Breno Moreira Viana Mendonça Brito Diverticulite do cólon sigmoide simulando neoplasia colorretal localmente avançada: relato de caso.....	38
--	----

Antônio Augusto dos Santos Batista Filho; Carlos Eduardo Lopes Soares; Márcio Almeida de Sousa Jucá; Antônio de Pádua Freitas Magalhães; Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega; Paulo Marcos Lopes Gastroplastia vertical em paciente com situs inversus totalis: relato de caso.....	44
---	----

Anna Giulia Meira Garcia Cabral; Victor Sousa Martins de Alcantara Meireles; Társo Thiago Lopes Alves Filho; Marcus Vinicius Vieira Torquato; Renan Castro Bandeira; Antônio de Pádua freire Magalhaes Júnior O uso precoce de octreotida no tratamento de fístula quilosa pós-gastrectomia total oncológica: relato de caso.....	48
--	----

Antonio Augusto dos Santos Batista Filho, Jonathan Barros Cavalcante, Dielly Chaves Moreira, Felipe Siqueira Teixeira Reparo laparoscópico de hérnia de Spiegel: relato de caso.....	54
---	----

Marcelo Feitosa Veríssimo; Rebeca Vasconcelos de Castro; Márcio Almeida de Sousa Jucá; Wolfram Weber de Souza Amorim; Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega; Paulo Marcos Lopes Torção gástrica após gastroplastia vertical em manga: relato de caso.....	57
---	----

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Científica do Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará - José Martiniano de Alencar – Rev Cientí 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 Cientí 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 irá 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 antecidos 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 Ensaio 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 deverão 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):



Há instituições cuja história se confunde com a própria história das pessoas que delas fazem parte. O Hospital da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar é uma delas. Ao longo de mais de oito décadas, sua missão ultrapassou a assistência à saúde dos militares estaduais e de seus dependentes, deixando também uma contribuição significativa para a saúde da população cearense. Nesse percurso, consolidou-se como um espaço de formação, produção do conhecimento e desenvolvimento do ensino em saúde, fazendo da assistência e da educação pilares indissociáveis de sua identidade.

O retorno do Hospital à estrutura da Polícia Militar do Ceará representa não apenas uma mudança administrativa, mas o reencontro com suas raízes, com sua missão histórica e com a oportunidade de construir um futuro ainda mais promissor, alicerçado na excelência assistencial, na inovação e na valorização do conhecimento científico.

Este também é um momento de grande significado para o Quadro de Oficiais Complementares da Polícia Militar do Ceará. Nossa turma inaugura um novo ciclo institucional, sendo a primeira formada após a modernização da legislação que reestruturou o quadro, ampliando sua composição com novas categorias profissionais. Essa mudança representa o reconhecimento de que o cuidado em saúde exige uma abordagem cada vez mais interdisciplinar e centrada nas múltiplas dimensões que permeiam a vida dos militares estaduais e de suas famílias.

Chegamos movidos pelo entusiasmo de quem inicia uma missão, conscientes de que nenhuma transformação se constrói isoladamente. Somamos nossa disposição para servir à experiência, à sabedoria e ao legado dos nossos comandantes e dos profissionais civis que, ao longo dos anos, fizeram deste Hospital uma referência. Juntos, fortalecemos uma cultura institucional em que diferentes saberes se unem para cuidar, de forma integral e humanizada, daqueles que diariamente assumem a missão de proteger a sociedade cearense.

É nesse contexto que o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Qualidade reafirma seu compromisso de fortalecer a cultura da educação permanente, estimular a produção científica e consolidar o HPM como um verdadeiro hospital-escola, onde assistência, ensino, pesquisa e qualidade caminham de forma conjunta em benefício dos profissionais, dos nossos usuários e de toda a sociedade.

Esta nova edição da Revista Científica simboliza mais um passo nessa trajetória. Cada artigo publicado representa o esforço de profissionais e pesquisadores comprometidos com a produção de evidências, com a melhoria contínua da assistência e com a construção de uma instituição que honra sua história enquanto prepara o futuro.

Que esta revista inspire novas pesquisas, fortaleça parcerias e reafirme que o conhecimento é um dos mais importantes instrumentos para transformar o cuidado em saúde. Assim, seguimos escrevendo, juntos, mais um capítulo da história do Hospital da Polícia Militar do Ceará, honrando seu legado e construindo um futuro de excelência.

Boa leitura!

Com muita satisfação,
Maiara Reis Campos
2º Tenente QOC PM

Chefe do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Qualidade do Hospital da Polícia Militar do Ceará

Análise Comparativa entre histopatológicos pré e pós-operatórios de Adenocarcinoma de Próstata em pacientes submetidos à Prostatectomia Radical no Hospital Geral de Fortaleza

Comparative analysis between pre- and post-operative histopathological findings of prostate adenocarcinoma in patients undergoing radical prostatectomy at the General Hospital of Fortaleza

Marcelo Feitosa Veríssimo²; Jonathan Barros Cavalcante²; Maria Clara Correia Fortes²; Vanessa Souza Santos²; Larissa Pontes Correia²; Felipe Alves Moura Cavalcanti¹

1 - Médico Cirurgião Geral e Urologista do Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar, Fortaleza, Ceará, Brasil.

2 - Médico(a) Residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar, Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

O câncer de próstata (CaP) é a malignidade mais comum em homens. A piora da indiferenciação celular, ou seja, do Gleason ('upgrade') e do estadiamento clínico ('upstage') ao comparar os histopatológicos pré e pós-operatório já é bem descrita na literatura. O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados dos histopatológicos de biópsias prostáticas por ultrassonografia transretal e de peças cirúrgicas de prostatectomia radical, no período de outubro de 2022 a julho de 2024, pelo serviço de Urologia do Hospital Geral de Fortaleza. Foi avaliados fatores pré-operatórios como PSA sérico, biópsia Usg transretal, exame retal digital. Ademais, foi avaliados parâmetros histopatológicos da peça e foi observado que a extensão extraprostática e a margem focalmente acometida estava relacionada a 'upstage'. Tais dados são insuficientes para prever essas condições, assim novas ferramentas são necessárias, a fim de garantir melhor aconselhamento para o planejamento ideal do tratamento.

Palavras-chave: Câncer De Próstata; Prostatectomia Radical; Biópsias Prostáticas.

ABSTRACT

Prostate cancer (PCa) is the most common malignancy in men. The worsening of cellular undifferentiation, i.e., Gleason score ('upgrade') and clinical staging ('upstage') when comparing pre- and postoperative histopathological findings is well described in the literature. The objective of this study was to evaluate the histopathological results of prostate biopsies by transrectal ultrasound and surgical specimens from radical prostatectomy, from October 2022 to July 2024, at the Urology service of the General Hospital of Fortaleza. Preoperative factors such as serum PSA, transrectal ultrasound biopsy, and digital rectal examination were evaluated. Furthermore, histopathological parameters of the specimen were assessed, and it was observed that extraprostatic extension and focally affected margins were related to 'upstage'. These data are insufficient to predict these conditions; therefore, new tools are needed to ensure better counseling for optimal treatment planning.

Keywords: Prostate Cancer; Radical Prostatectomy; Prostate Biopsies.



Esta obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma de próstata é a forma mais comum de câncer entre os homens e uma das principais causas de mortalidade relacionada ao câncer no sexo masculino em todo o mundo[1,2]. No Brasil, é o câncer mais comum entre os homens com uma taxa de incidência que tem aumentado nas últimas décadas. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de próstata é o segundo mais frequente no país, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Dados recentes estimam que aproximadamente 70 mil novos casos são diagnosticados anualmente, com uma taxa de incidência ajustada pela idade de cerca de 50 casos por 100 mil homens [1,2]. Esse aumento na incidência pode ser parcialmente atribuído à maior conscientização sobre a doença e à ampliação dos métodos de detecção, como o exame de PSA e a biópsia da próstata. [1]

O diagnóstico de câncer de próstata é um processo multifacetado que envolve uma combinação de avaliação clínica, exames laboratoriais, biópsia e técnicas de imagem. O rastreamento e abordagem inicial se dá pelo Exame Digital Retal (EDR) associado ao Antígeno Prostático Específico (PSA). Esse, embora não seja relacionado somente ao tumor prostático, é uma ferramenta de triagem e de monitoramento durante o tratamento. Diante de alterações nessa primeira abordagem, indica-se a biópsia, a fim de obter diagnóstico histopatológico. A ressonância magnética (RNM) tem, cada vez mais, auxiliado o diagnóstico, reduzindo a relação de falsos negativos e a realização de biópsia por vezes desnecessárias. [3] Embora ainda não tenha sido incluída em classificações de risco, ajuda no planejamento tanto da biópsia quanto cirúrgico. Assim, a confirmação patológica por meio do escore de Gleason, associado ao EDR e ao PSA, são suficientes para estratificar o risco.

A classificação de risco em adenocarcinoma de próstata é fundamental para orientar o manejo clínico, incluindo decisões sobre tratamento e monitoramento. Essa classificação é baseada em uma combinação de fatores clínicos, patológicos e laboratoriais que ajudam a prever o comportamento do tumor e a resposta ao tratamento. Os sistemas de

classificação mais utilizados incluem o sistema de escore de Gleason, o estágio clínico e o PSA (antígeno prostático específico). A integração desses parâmetros fornece uma visão abrangente do risco associado ao adenocarcinoma de próstata.

Os sistemas de estratificação de risco, como os modelos de risco de D'Amico, são frequentemente utilizados para categorizar os pacientes em grupos de baixo, intermediário e alto risco. [7]

Baixo Risco: Gleason ≤ 6 , PSA < 10 ng/mL, e estadiamento clínico T1-T2a.

Risco Intermediário: Gleason 7, PSA 10-20 ng/mL, e estadiamento clínico T2b-T2c.

Alto Risco: Gleason ≥ 8 , PSA > 20 ng/mL, e estadiamento clínico T3-T4. [7]

Adenocarcinoma de próstata pode ser dividido, assim, em tumor clinicamente significativo e em, clinicamente não significativo. Quando o paciente apresenta todos os critérios de baixo risco e amostragem de fragmentos em biópsia menor que 50%, esse tumor sugere um comportamento de menor agressividade. A partir disso, tais critérios podem ser usados para determinar condutas expectantes como a vigilância ativa. [8]

A mudança do estadiamento clínico ou histopatológico pode ocorrer. Os termos usados para isso são “upgrade” e “upstage”. Esses termos são importantes para ajustar o manejo clínico. “Upgrade” refere-se a uma piora no grau de agressividade histológica do tumor, especificamente na classificação de Gleason. Já o “Upstage” ocorre quando novos exames ou avaliações mostram que o câncer progrediu para um estágio mais avançado do que o inicialmente diagnosticado. Isso pode significar que a doença inicialmente localizada evoluiu para localmente avançada e até para doença à distância. [6]

A informação a respeito de ‘upstage’ e ‘upgrade’ em um serviço ajuda a entender o grau de agressividade dessa doença em uma população específica, avaliando se há relação de intervalo de tempo diagnóstico-cirúrgico ou se há piora no prognóstico desses doentes, por exemplo.

METODOLOGIA OBJETIVOS

Comparar os resultados dos histopatológicos

de biópsias prostáticas por ultrassonografia transretal e de peças cirúrgicas de prostatectomia radical, no período de outubro de 2022 a julho de 2024, pelo serviço de Urologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

ANÁLISE DOS DADOS

Quanto às análises dos dados, elas foram executadas através do Software Statistical Package For The Social Sciences, na sua versão 26, para Windows, em 3 etapas. Primeiramente, buscou-se realizar análises de correlação de Pearson tendo em vista que as correlações foram feitas com variáveis binárias, ora correlações de phi e ora correlações ponto-bisserial (Field, 2023). Posteriormente, na segunda etapa, as variáveis que se apresentaram como significativas nas correlações com upgrade e upstage, foram adicionadas como variáveis independentes em um modelo de regressão logística. Por fim, na terceira etapa de análise, outras variáveis binárias, com o objetivo de organizar a visualização dos dados, foram relacionadas às duas variáveis principais através de testes de qui-quadrado de independência 2x2. Critérios de Inclusão: Pacientes cujo diagnóstico e tratamento ocorreram no HGF. Pacientes acima de 18 anos. Critérios de Exclusão: Pacientes operados em outros serviços com seguimento realizado no HGF, ausência de dados suficientes para o estudo, não concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não conseguido contato com o familiar ou o paciente para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS

A caracterização do perfil dos pacientes está de forma resumida na Tabela 1.

A amostra coletada foi de 101 pacientes. A média de idade dos pacientes foi de 66,09 anos. O intervalo médio entre biópsia e a cirurgia foi de 275,96 dias (64-1697 dias), sendo menos de 90 dias apenas 2 pacientes, entre 90-180 dias foi de 21 pacientes e o restante, 75 pacientes, com tempo maior que 180 dias. O PSA médio foi de 14,03 ng/ml. A média de fragmentos acometidos foi de 36%, sendo acometimento maior que 50% em 32,67% dos pacientes. 29 pacientes apresentaram reci-

diva bioquímica com média de 182,2 dias.

Upgrade teve uma taxa de 43,56% e upstage, de 57,42%. Todos os pacientes foram operados por videolaparoscopia.

Tabela 1. Perfil Clínico patológico. Autoria própria.

CARACTERÍSTICAS		VALORES
Idade		
	Média	66,09 anos
	Intervalo	48 - 81 anos
Intervalo médio entre biópsia e cirurgia:		
	Média	275,96 dias
	<90 dias:	2 pacientes
	90-180 dias:	21 pacientes
	>180 dias:	75 pacientes
PSA		
	Médio	14,03
	Intervalo	2,1-64,28
Percentual de Fragmentos Acometidos (PFA)		
	Média	36%
	<50%	33 pacientes
	>50%	67 pacientes
Recidiva Bioquímica		
	tempo médio	182,19 dias
	total	29 pacientes
	terapia adjuvante	16 pacientes
	terapia de resgate	16 pacientes

Tabela 2: Relação histopatológica e piora do estadiamento. Autoria própria.			
GLEASON	TOTAL	UPGRADE	UPSTAGE
3+3	35	28	29
3+4	41	13	20
4+3	15	3	6
4+4	7	0	3
4+5	2	0	0

Tabela3: Classificação de risco e piora no estadiamento. Autoria própria.			
CLASSIFICAÇÃO DE D'AMICO	TOTAL	UPGRADE	UPSTAGE
Baixo risco	8	7	7
Intermediário Favorável	60	28	37
Intermediário Desfavorável	10	2	6
Alto Risco	22	7	8

CORRELAÇÕES ENTRE UPGRADE E UPSTAGE COM VARIÁVEIS NUMÉRICAS E ORDINAIS

Para identificar os preditores clínicos de upgrade e upstage em câncer, foram realizadas análises de correlação entre os desfechos e diversas variáveis, incluindo o intervalo entre biópsia e cirurgia (em dias); o PSA pré-operatório; o percentual de fragmentos na biópsia transretal guiada por ultrassom (US-TR); o tamanho da próstata no pré-operatório; estadiamento conforme D'Amico; e o escore do normograma de Briganti 2012. As variáveis que apresentaram correlação significativa foram então incluídas como variáveis independentes em um modelo de regressão logística, permitindo avaliar seu poder preditivo em relação a upgrade e upstage.

Como resultado, o upstage ($r = -0,246^*$; $p = 0,010$) e o upgrade ($r = -0,255^*$; $p = 0,007$) se cor-

relacionaram negativa e significativamente com estadiamento conforme D'Amico. Esses achados indicam que pacientes com estadiamento inicial mais elevado, classificados como de maior risco, têm menor probabilidade de apresentar upstage ou upgrade, possivelmente devido à maior precisão diagnóstica e à menor margem para piora no estadiamento, já que esses pacientes frequentemente iniciam o tratamento com características tumorais mais agressivas já identificadas.

Foi realizada uma análise de regressão logística binária (método enter) com o objetivo de avaliar se o estadiamento conforme D'Amico (Baixo, Intermediário Favorável, Intermediário Desfavorável e Alto Risco) influencia a probabilidade de Upstage (Não e sim) no contexto do câncer. O modelo que incluiu essa variável independente (M_1) apresentou uma melhora significativa em relação ao modelo nulo [$\Delta X^2(3) = 7,848$, $p = 0,049$].

Os indicadores de ajuste indicaram que o modelo é adequado, com $AIC=136,210$ e $BIC=146,631$. As medidas pseudo- R^2 sugerem que o modelo explica uma proporção limitada, mas relevante da variância do desfecho ($McFaddenR^2=0,058$; $Nagelkerke R^2 = 0,102$; $Tjur R^2 = 0,074$). A acurácia do modelo com preditor foi de 64%.

Em relação ao efeito do estadiamento conforme D'Amico sobre o desfecho, os resultados de razão de chances (Odds Ratio, OR) foram os seguintes:

- Intermediário Favorável: $OR = 0,230$, o que significa que pacientes nesta categoria têm 77% menos chances de estar no grupo Upstage (Sim) em relação aos pacientes de Baixo Risco. No entanto, este resultado não foi estatisticamente significativo ($p = 0,182$).
- Intermediário Desfavorável: $OR = 0,214$, indicando uma redução de 78,6% nas chances de Upstage (Sim) em comparação com Baixo Risco, mas ressalta-se que não houve significância estatística ($p = 0,217$).
- Alto Risco: $OR = 0,082$, demonstrando uma redução de 91,8% nas chances de estar no grupo Upstage (Sim) em comparação ao Baixo Risco. Este resultado foi estatisticamente significativo ($p = 0,030$).

Em seguida, outra análise de regressão logísti-

ca binária (método enter) foi conduzida para investigar se o estadiamento conforme D'Amico (Baixo, Intermediário Favorável, Intermediário Desfavorável e Alto Risco) é um preditor relevante para o desfecho de Upgrade (Não e Sim). O modelo que incluiu o estadiamento (M_1) foi estatisticamente significativo em relação ao modelo nulo [$\Delta X^2(3) = 10,717$, $p = 0,013$].

Os indicadores de ajuste confirmaram a utilidade do modelo, com valores de AIC = 134,469 e BIC = 144,889. As medidas pseudo- R^2 sugeriram uma capacidade moderada de explicação da variância (McFadden $R^2=0,078$; Nagelkerke $R^2=0,136$; Tjur $R^2= 0,100$). A acurácia geral do modelo foi de 62%, indicando um desempenho satisfatório. Os efeitos do estadiamento conforme D'Amico sobre o desfecho foram avaliados pelas razões de chances (Odds Ratios, OR), com os seguintes resultados:

- Intermediário Favorável: OR = 0,125, indicando que pacientes nesta categoria têm 87,5% menos chances de estar no grupo Upgrade (Sim) em comparação ao grupo de Baixo Risco. O resultado foi marginalmente significativo ($p = 0,059$).
- Intermediário Desfavorável: OR = 0,036, sugerindo que esses pacientes têm 96,4% menos chances de estar no grupo Upgrade (Sim) em relação ao Baixo Risco. Este resultado foi estatisticamente significativo ($p = 0,012$).
- Alto Risco: OR = 0,067, demonstrando uma redução de 93,3% nas chances de estar no grupo Upgrade (Sim) em comparação ao Baixo Risco. Este resultado também foi estatisticamente significativo ($p = 0,020$).

ASSOCIAÇÕES ENTRE UPGRADE E UPSTAGE COM VARIÁVEIS BINÁRIAS

Nessa sessão são apresentadas as relações entre as variáveis upgrade e upstage com as variáveis que são binárias, como a presença de padrão cribriforme e padrão linfovascular na biópsia US-TR, se apresentava recidiva bioquímica e com a histologia da peça, explorando aspectos fundamentais como margem livre, margens comprometida focal, margem comprometida não-focal, extensão extra-

prostática, padrão cribriforme e padrão linfovascular. Para avaliar essas associações, utilizaremos o teste de qui-quadrado 2x2, que permitirá identificar possíveis dependências ou independências estatisticamente significativas entre as categorias analisadas, contribuindo para uma compreensão mais profunda das interações entre essas características histológicas e os desfechos clínicos.

Como resultado, verificou-se que o upgrade não apresentou correlação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis analisadas. Entretanto, o upstage mostrou associações relevantes com algumas características histológicas. Houve uma relação significativa entre margem livre e upstage ($p = 0,024$). O odds ratio encontrado foi de 0,930 (IC 95%: -1,746 a -0,113). Isso indica que pacientes com margens livres têm aproximadamente 7% menos chance de apresentar upstage quando comparados a pacientes sem margens livres.

A margem acometida focal também apresentou uma relação significativa com upstage ($p = 0,009$). O odds ratio foi de 1,478 (IC 95%: 0,306 a 2,650). Isso demonstra que pacientes com margens acometidas focalmente têm cerca de 1,5 vezes mais chance de apresentar upstage em relação àqueles sem essa característica.

Já a extensão extraprostática mostrou uma associação ainda mais expressiva, com $p < 0,001$ e um odds ratio de 2,069 (IC 95%: 1,061 a 3,078). Isso evidencia que pacientes com extensão extraprostática possuem duas vezes mais chance de apresentar upstage em comparação com aqueles sem essa condição.

O padrão cribriforme também foi significativamente associado ao upstage ($p = 0,005$), com um odds ratio de 1,186 (IC 95%: 0,353 a 2,018). Isso sugere que pacientes com padrão cribriforme têm uma chance ligeiramente maior de apresentar upstage do que aqueles sem esse padrão histológico. Por outro lado, não foram observadas associações significativas entre upstage e margem comprometida não-focal ($p = 0,312$) ou invasão linfovascular ($p = 0,195$). Esses resultados indicam que essas variáveis não impactam de maneira relevante o estágio tumoral.

Em resumo, os achados indicam que margens acometidas focalmente, extensão extraprostática e

padrão cribriforme estão associados a um aumento nas chances de upstage. Esses resultados oferecem evidências importantes para a avaliação prognóstica e para a tomada de decisões clínicas em pacientes com câncer prostático (ver tabela 4).

Tabela 4 - Análise de frequências e odds ratio das variáveis histológicas associadas ao upstage. Autoria própria.				
	Upstage		Total	Odds ratio
	Não	Sim		
Margem livre	18	24	42	0,93
Margem acometida	38	20	58	1,478
Extensão extraprostática	36	33	69	2,069
Padrão Cribriforme	28	36	64	1,186

DISCUSSÃO

O Adenocarcinoma de próstata trata-se de uma condição que dispõe de uma propedêutica ampla devido a suas características histológicas. A indiferenciação histológica juntamente com a clínica do paciente permite separarmos em doença clinicamente significativa e em doença não clinicamente significativa. A doença clinicamente não significativa que se refere a Gleason 3+3, Psa <10 e ≤T2a, conforme EUA, é uma manifestação indolente com comportamento diferente da doença clinicamente significativa, Gleason≥7. [15] Ademais, temos como opção, nestes casos de clínica mais atenuada, a vigilância ativa, na qual consiste em acompanhamento periódico com toque retal e biópsias seriadas, afim de evitar as morbidades da cirurgia. Chamar atenção para ‘upgrade’ e ‘upstage’, ou seja, a piora na indiferenciação tumoral e no estadiamento do tumor é relevante neste contexto. Embora a progressão da doença não clinicamente significativa em clinicamente significativa possa ter um maior apelo por si, o upgrade e upstage mesmo em doença já considerada clinicamente significativa é importante, devendo ser registrado e catalogado. Reflete, assim, uma piora na evolução da doença ou um subestadiamento pré-operatório.

Identificar fatores preditores para tais condi-

ções ajudaria a evitá-las e, assim, oferecer o melhor tratamento ao paciente. Isso, contudo, tem sido um desafio na literatura, devido aos diversos fatores, sejam relacionados ao paciente, à doença ou ao processo.

O upgrade consiste, basicamente, na piora do grau histológico da classificação de Gleason ou do ISUP. Já os critérios definidos para upstage se baseiam na piora do estadiamento conforme “American Cancer Society” (tabela 2). [14]

Tabela 5: texto originalmente publicado no site da American Cancer Society, em 22/11/2023 Prostate Cancer Stages Staging of Prostate Cancer American Cancer Society [14]	
Estágios do Câncer	
I	cT1, N0, M0, grupo de grau 1 (pontuação de Gleason até 6), PSA menor que 10; ou cT2a, N0, M0, grupo de grau 1 (pontuação de Gleason até 6), PSA menor do que 10; ou pT2, N0, M0, grupo de grau 1 (pontuação de Gleason até 6), PSA menor do que 10.
II	IIA. cT1, N0, M0, grupo de grau 1 (pontuação de Gleason até 6), PSA entre 10 e 20; ou cT2a ou pT2, N0, M0, grupo de grau 1 (pontuação de Gleason até 6), PSA entre 10 e 20; ou cT2b ou cT2c, N0, M0, grupo de grau 1 (pontuação de Gleason até 6), PSA até 20. IIB. T1 ou T2, N0, M0, grupo de grau 2 (pontuação de Gleason 3+4=7), PSA até 20. IIC. T1 ou T2, N0, M0, grupo de grau 3 ou 4 (pontuação de Gleason 4+3=7 ou 8), PSA até 20.
III	IIIA. T1 ou T2, N0, M0, grupo de grau 1 a 4 (pontuação de até 8), PSA até 20. IIIB. T3 ou T4, N0, M0, grupo de grau 1 a 4 (pontuação de até 8), qualquer PSA. IIIC. Qualquer T, N0, M0, grupo de grau 5 (pontuação de Gleason 9 ou 10), qualquer PSA.
IV	IVA. Qualquer T, N1, M0, qualquer grupo, qualquer PSA. IVB. Qualquer T, qualquer N, M1, qualquer grupo, qualquer PSA.

Segundo D’Elia C. et al [6], a falta de correlação entre o resultado da biópsia e do histopatológico da peça cirúrgica pode se dever à avaliação equivocada do patologista, a histopatologia tumoral limítrofe e a presença de cortes insuficientes. Capitano et al [10] avaliou uma série de casos com 301 pacientes com câncer de próstata de baixo risco de acordo com critérios de D’Amico e observou um upgrade de 38,5% em média, contudo o número de fragmentos teve influência direta nesta taxa.

Em biópsias de 10 a 12 fragmentos a taxa foi de 47,9%, enquanto que em biópsias de 13 a 18 fragmentos o upgrade foi de apenas 23,5%, o que se pôde concluir que quanto maior o número de fragmentos menor o índice de upgrade.

A taxa de 'upgrade', no nosso estudo, foi de 43,56% (44 casos). Já o de 'upstage' foi de 57,42% (58 casos). Quando se trata de doença de baixo risco em critérios de D'Amico 87,5% (7/8 casos) teve tanto upgrade quanto upstage. Em se tratando de Doença intermediário favorável, upgrade foi de 46,67% (28/60) e de upstage de 61,6% (37/60). Um resultado estatisticamente significativo foi que quanto maior o risco pré-operatório, menor a chance de upgrade e de upstage. Isso se deve a histologia e clínica já avançada com pouca margem para progressão. Os pacientes classificados como intermediário desfavorável apresentaram redução na chance de ter upgrade em 96,4% e de ter upstage em 78,6% em relação aos de baixo risco. Já os de Alto risco, tiveram redução de 93,3% de ter upgrade e de 91,8% de ter upstage comparado aos de baixo risco.

Em revisão de literatura, segundo Epstein et al [12], o índice de 'upgrade' de Gleason 6 para 7 é de em média 35% (14 a 51%) em um total de 11472 casos. Serkin et al [13] avaliou 2884 pacientes, obtendo uma taxa de 'upgrade' em Gleason 6 de 36,8%. Quando comparado, a nossa casuística apresentou valores maiores que a literatura com um upgrade para de Gleason 6 de 82, 85% (29 de 35 pacientes), contudo o número baixo de pacientes avaliados pode ter influenciado.

No nosso estudo, assim como boa parte da literatura, não foi possível identificar nenhum fator preditivo pré-operatório independente para presença de upgrade e upstage. Epstein et al [11], por sua vez, em uma série extensa de 7643 pacientes, identificou o aumento da idade, alta densidade de PSA e o percentual de fragmentos da biópsia acometidos como fatores preditores. Serkin et al [13], em sua análise, também identificou que alta densidade de PSA era fator preditor para upgrade. Em D'Elia C. et al [6], o PSA < 4 ng/ml tinha maior risco para 'upstage'. Embora a alta densidade de PSA e comprometimento de fragmentos apresentem-se com maior recorrência comoum fator de risco na

literatura, os outros preditores não se repetem em outros estudos. Esses achados foram possíveis, devido às extensas amostras estudadas.

Embora as variáveis pré-operatórias não tenham tido relevância estatística, achados do histopatológico como padrão cribiforme e margens focalmente acometidas tiveram maior associação com upstage. A extensão extraprostática, que conceitualmente já sugere piora de estadiamento, também teve associação com maior chance de upstage. Mesmo que margem acometida focalmente tenha sugerido um maior risco em 1,5 vezes de piora no estadiamento, os dados para margem acometida não focal não foram estatisticamente significativos. A margem livre apresentou um menor upgrade em cerca de 7% dos casos. Esse dado é corroborado por Serkin et al [13], o qual observou que a margem negativa, vesículas seminais e linfonodos livres aumentaram a chance de correlação entre a biópsia e a peça cirúrgica.

A Recidiva bioquímica ocorreu em 29/101 pacientes (28,71%), sendo 14 (31,8%) dos pacientes que sofreram upgrade e 21 (36,2%) dos upstage. Já naqueles que não tiveram alteração piora na indiferenciação celular, upgrade, a recidiva ocorreu em 15 pessoas (26,3%), e naqueles que não tiveram piora no estágio clínico, upstage, a recorrência foi de 8 pessoas (18,6%). Mesmo os valores sendo superiores, não se obteve significância estatística, devido à pequena casuística. Já para Serkin et al [13], observou-se relação de recorrência bioquímica e a necessidade de hormonioterapia em pacientes com upgrade.

O tempo médio para recidiva ocorreu com 182,19 dias. A terapia adjuvante foi realizada em 16 pacientes, sendo 14 devido por PSA pós-operatório > 0,20 e 2 por doença extraprostática com linfonodo positivo. Como terapia adjuvante, 16 pacientes foram submetidos.

Embora o intervalo de biópsia e cirurgia tenha sido maior que o relatado na literatura, que teve como tempo médio de 275 dias, não houve impacto significativo nas taxas de upgrade e upstage.

REFERÊNCIAS

1. INCA. Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer; 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2024.
2. INCA. Manual de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Próstata. Instituto Nacional de Câncer; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/manual-de-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-prostata>. Acesso em: 20 ago. 2024.
3. Silva AC, Almeida FA. Epidemiologia do câncer de próstata no Brasil: uma revisão. *Rev Bras Oncol*. 2022;68(1):23-31.
4. Taggart R, Dutto L, Leung HY, Salji M, Ahmad I. A contemporary analysis of disease upstaging of Gleason 3+3 prostate cancer patients after robot-assisted laparoscopic prostatectomy. *Cancer Med*. 2023 Nov;12(22):20830-7. doi: 10.1002/cam4.6651. Epub 2023 Nov 6. PMID: 37929881; PMCID: PMC10709727.
5. Leeman JE, Chen MH, Huland H, Graefen M, D'Amico AV, Tilki D. Advancing age and the odds of upgrading and upstaging at radical prostatectomy in men with Gleason score 6 prostate cancer. *Clin Genitourin Cancer*. 2019 Dec;17(6):e1116-e1121. doi: 10.1016/j.clgc.2019.07.018. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31601512.
6. D'Elia C, Cerruto MA, Cioffi A, Novella G, Cavalleri S, Artibani W. Upgrading and upstaging in prostate cancer: From prostate biopsy to radical prostatectomy. *Mol Clin Oncol*. 2014 Nov;2(6):1145-9. doi: 10.3892/mco.2014.370. Epub 2014 Aug 5. PMID: 25279213; PMCID: PMC4179778.
7. Braeckman J, Michielsen D. Prognostic factors in prostate cancer. *Recent Results Cancer Res*. 2007;175:25-32. doi: 10.1007/978-3-540-40901-4_3. PMID: 17432552.
8. Ministério da Saúde. Câncer de próstata: Diretrizes e recomendações. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 20 ago. 2024.
9. Flammia RS, Hoeh B, Hohenhorst L, Sorce G, Chierigo F, Panunzio A, Tian Z, Saad F, Leonardo C, Briganti A, Antonelli A, Terrone C, Shariat SF, Anceschi U, Graefen M, Chun FKH, Montorsi F, Gallucci M, Karakiewicz PI. Adverse upgrading and/or upstaging in contemporary low-risk prostate cancer patients. *Int J Urol Nephrol*. 2022;54(10):2521-8. doi: 10.1007/s11255-022-03250-0. Epub 15 Jul. 2022. PMID: 35838831; PMCID: PMC9463257.
10. Capitanio U, Karakiewicz PI, Valiquette L, et al. Biopsy core number represents one of foremost predictors of clinically significant Gleason sum upgrading in patients with low-risk prostate cancer. *Urology*. 2009;73:1087-91.
11. Epstein JI, Feng Z, Trock BJ, Pierorazio PM. Upgrading and downgrading of prostate cancer from biopsy to radical prostatectomy: incidence and predictive factors using the modified Gleason grading system and factoring in tertiary grades. *Eur Urol*. 2012;61:1019-24.
12. Epstein JI, Allsbrook WC Jr, et al. ISUP Grading Committee. The 2005 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma. *Am J Surg Pathol*. 2005;29:1228-42.
13. Serkin FB, Soderdahl DW, Cullen J, et al. Patient risk stratification using Gleason score concordance and upgrading among men with prostate biopsy Gleason score 6 or 7. *Urol Oncol*. 2010;28:302-7.

Engravidei, e agora?: uma revisão bibliográfica acerca do pré-natal psicológico como forma de prevenção à depressão pós-parto

I Got Pregnant, Now What?: A Literature Review on Psychological Prenatal Care as a Form of Postpartum Depression Prevention

Xênia Diógenes Benfatti¹, Vivianny de Paula Lima

1 – Universidade de Fortaleza

RESUMO

A gestação é um período que acarreta diversas mudanças na vida das mulheres, tanto corporais quanto psicológicas. O objetivo geral do ensaio científico foi avaliar por meio da bibliografia pesquisada os aspectos emocionais das gestantes na maternidade. O problema de pesquisa delineado é: como o pré-natal psicológico promove bem-estar à gestante? Os dados coletados foram de natureza qualitativa e o procedimento metodológico adotado foi a revisão bibliográfica sistemática. As evidências coletadas mostraram que o pré-natal psicológico contribui de forma a considerar a saúde integral da gestante, proporcionando não somente o bem-estar psicológico, como também o desenvolvimento do bebê. Com isso, o acompanhamento psicológico ajuda a mãe a se relacionar melhor com o seu bebê, fortalecendo, assim, o vínculo mãe/bebê. Conclui-se que é de suma importância às gestantes um acompanhamento com um profissional de psicologia durante as consultas de pré-natal obstétrico, como forma de prevenir uma depressão pós-parto.

Palavras-chave: Pré-Natal; Maternidade; Puerpério; Depressão; Mulher.

ABSTRACT

Pregnancy is a period that brings several changes to women's lives, both bodily and psychologically. The general objective of the scientific essay was to evaluate, through the literature researched, the emotional aspects of pregnant women in the maternity ward. The research problem outlined is: how does psychological prenatal care promote well-being for pregnant women? The data collected was qualitative in nature and the methodological procedure adopted was a systematic bibliographic review. The evidence collected showed that psychological prenatal care contributes to considering the pregnant woman's integral health, providing not only psychological well-being, but also the development of this baby. As a result, psychological support helps this mother to have a better relationship with her baby, thus strengthening the mother/baby bond. It can be concluded that monitoring pregnant women with a psychology professional during pre-natal consultations is extremely important. Obstetric birth, as a way to prevent postpartum depression.

Keywords: Prenatal; Maternity; Postpartum; Depression; Woman.

INTRODUÇÃO

O acompanhamento da gestante no pré-natal tem-se revelado cada vez mais necessário para a saúde da mãe e do bebê. A Psicologia tem avançado nesse contexto buscando desenvolver estratégias de promoção ao bem-estar psicológico das gestantes. Uma das estratégias de atenção oferecida é o Pré-Natal Psicológico (PNP).

O ciclo gravídico-puerperal está realacionado aos contextos de desencadeamento de transtornos mentais, os quais acarretam problemas à saúde dessa mãe, tais como: ansiedade, depressão pós-parto, ideias suicidas, dentre outros. Segundo(1), em torno de 10% das mulheres gestantes e 13% das que chegam a parir apresentam algum transtorno emocional.

Dizem que “os impactos advindos podem ser controlados e amenizados se houver no processo de cuidados em saúde, um profissional que compreenda o psiquismo humano”(2). Nessa lógica, evidencia-se a importância do profissional de Psicologia, que é dotado de experiências e conhecimentos sobre saúde mental e alterações psicológicas.

Neste artigo serão apresentadas pesquisas que abordamos aspectos emocionais de gestantes e o papel do pré-natal psicológico nesse contexto.

METODOLOGIA

Os resultados apresentados nesse estudo foram obtidos por meio da revisão sistemática. Para critério de inclusão, foram utilizados artigos nacionais de pesquisas empíricas publicadas no escopo de 2013 a 2023. Para a coleta de dados dos resultados, foram desconsiderados dissertações, teses e pesquisas bibliográficas(3).

O *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses* (PRISMA) foi instrumento que auxiliou nas revisões sistemáticas, e foi por meio dele que os artigos foram selecionados. A análise de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2024. Inicialmente foram utilizados os descritores pré-natal psicológico, gestação e puerpério. A plataforma usada foi Scielo e os artigos selecionados estão na Tabela 1 .

Tabela 1-Artigos protocolados utilizados na revisão. Elaborado pela autora.

Artigos	Autores	Plataforma	Ano
1 Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico.	Alessandra da Rocha Arrais, Teresa Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo, Rafaela de Almeida Schiavo Janaina Pereira Brasiense, Kellen Cristina Conti, Mariana Paukoski Simão,Rainete de Oliveira Santos, André Batista Magalhães.	Scielo	2018
2 Atuação da Psicologia em Obstetrícia e Perinatalidade.	Luciana Cardoso Bento, Guilherme Faquim Simão,Rodrigo César de Almeida	Scielo	2021
3 A importância do acompanhamento psicológico durante o pré-natal em hospital universitário:um relato de experiência		Scielo	2022

As evidências encontradas nos artigos relacionados foram analisadas e estruturadas nas seções Resultados e Discussão apresentadas a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO
PREFACIANDO OS RESULTADOS

O Pré-Natal Psicológico é um novo procedimento realizado no atendimento às gestantes, viabilizando uma maior humanização no período gestacional e no pós-parto. O PNP tem como objetivo preparar as gestantes para a maternidade com foco maior à sua saúde mental.

Nas últimas décadas, estudos sobre o Pré-Natal Psicológico reconheceram e identificaram nas gestantes fatores de riscos para DPP (Depressão Pós-Parto), por conseguinte, houve um aumento nos estudos de prevenção, intervenção e de uso de psicofármacos, porém as intervenções referentes ao PNP, ainda são pouco exploradas pela literatura.

O CONTEXTO DAS PESQUISAS ANALISADAS

O primeiro artigo averiguado, destaca a importância da assistência psicológica durante a gestação, através do pré-natal psicológico (PNP), em que deve ser utilizado o instrumento psicoprofilático, e implementada como política pública em saúde. A pesquisa defende que a assistência psicológica na gestação, através da PNP, é um importante instrumento psicoprofilático de política pública.

Já o segundo artigo vem apresentar que 10,64% das puérperas mostraram predisposição para Depressão pós-parto, proporção que, em GC, 44,83% apresentam tamanha propensão. Os autores consideram que o PNP é uma ação relevante na prevenção a ser desenvolvida pelo profissional de Psicologia no contexto do acompanhamento pré e pós-natal.

O terceiro artigo aborda a prática do profissional de Psicologia no âmbito hospitalar, especificamente na maternidade, apresentando os casos atendidos dentro da maternidade e UTI. O estudo mostra as limitações do trabalho em UTIs e as dificuldades relacionadas à atuação desse profissional na equipe multidisciplinar.

A quarta pesquisa aborda a Psicologia Perinatal como área de pesquisa e de profissão do psicólogo(a). O trabalho teve como objetivo compreender a definição da Psicologia Perinatal, seu campo de atuação, a importância e as dificuldades que essas gestantes enfrentam. Os resultados apontam para evidência central que é a Psicologia Perinatal é cada vez mais relevante dentro das diversas áreas da Psicologia.

O quinto estudo discorre sobre as experiências de uma acadêmica de Psicologia no ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia. A pesquisa relata que a gestação é um momento marcado por muitas transformações na vida dessas mães, havendo o contexto vulnerabilidade social associado a alterações emocionais, assim como a falta de planejamento dessa gestação.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Conforme(4), a Depressão Pós-Parto (DPP) é um estado que vem afetando mundialmente as

mulheres gestantes, que, uma vez não tratada, aumenta consideravelmente o risco de suicídio no período gestacional e pós-gestacional.

Os resultados dos estudos indicam uma relação da depressão com a falta de planejamento para engravidar(5). No entanto, “os riscos emocionais aos quais a mulher está submetida durante a gestação envolvem alteração na autoestima e a presença de ansiedade, além de riscos de desenvolverem patologias, como depressão pós-parto”(6).

O PNP vem promover bem-estar psicológico para as gestantes, englobando cuidados físicos e psicológicos durante a gestação e o puerpério. Com isso, o psicólogo perinatal contribui para bem-estar dessas futuras mães através do apoio emocional, oferecendo um espaço acolhedor para as gestantes expressarem suas emoções, como o medo, a raiva, a ansiedade, angústia e frustrações. Esse apoio psicológico ajuda a reduzir os níveis de estresse e ansiedade.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, observa-se que o acompanhamento psicológico se tornou de fundamental importância diante dos fatores de riscos de transtornos mentais de mulheres durante o período gestacional. O acompanhamento psicológico propicia um espaço mais seguro para que essas mães consigam gerenciar as suas emoções e controlar as expectativas que muitas vezes acarretam frustrações.

Portanto, é essencial que os profissionais da saúde reconheçam a relevância dos cuidados com a saúde mental das gestantes, avaliando as emoções que essa mulher está sentindo, pois esse sofrimento psíquico às vezes vem se somatizando no corpo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde. OMS. [Internet]. 2024 [citado 2024 Jun 16]. Disponível em: <https://www.who.int/pt/about>
2. Barbosa VRA. Psicologia perinatal no cuidado a mulheres internadas em situação de alto risco em leitos de saúde mental. Acervo Saúde.

- 2023; 23(1): 02-07.
3. Donato H, Donato M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. *ActaMedPort.* 2019; 32(3):227-235.
 4. Arrais A, Araujo TCCF, Schiavo RA. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2018;38(4):711-729.
 5. Bento LC, Simão GF, Almeida RC. A importância do acompanhamento psicológico durante o pré-natal em um hospital universitário: um relato de experiência. *Revista ELO – Diálogos em Extensão.* 2022;11: 2-7.
 6. Brasiliense JP, Conti KCPF, Simão MP, Santos RO, Magalhães AB. A atuação da psicologia em obstetrícia e perinatalidade. *RCBSSP–Revista Científica.* 2021;2(2):1-20.

Colecistectomia videolaparoscópica em situs inversus: uma revisão de artigos

Laparoscopic Cholecystectomy in Situs Inversus Totalis: An Article Review

Karla Karine Freitas Felix¹; Larissa Pontes Correia²; Luana Louise Figueiredo Da Hora²; Romulo Lopes Gama Filho²; Vanessa Souza Santos²

1 - Interna de Cirurgia Geral do Hospital da Polícia Militar

2 - Residente de Cirurgia Geral do Hospital da Polícia Militar

RESUMO

O situs inversus totalis é uma alteração congênita incomum caracterizada pela inversão anatômica dos órgãos torácicos e abdominais. Embora muitos indivíduos permaneçam assintomáticos durante toda a vida, a condição pode dificultar o reconhecimento de doenças abdominais agudas, especialmente em situações cirúrgicas. Esta revisão reúne estudos sobre colecistectomia videolaparoscópica em pacientes com situs inversus, enfatizando os desafios diagnósticos e técnicos encontrados durante o manejo clínico. Foram analisados artigos que abordam aspectos anatômicos, métodos de imagem, planejamento pré-operatório e adaptações ergonômicas necessárias durante o procedimento cirúrgico. A literatura demonstra que a colecistectomia laparoscópica pode ser realizada com segurança nesses pacientes, desde que haja adequado reconhecimento anatômico e experiência da equipe cirúrgica. O planejamento individualizado e a correta interpretação dos exames de imagem contribuem diretamente para redução de complicações e melhores resultados pós-operatórios.

Palavras-chave: Situs Inversus; Dextrocardia; Colecistectomia Laparoscópica; Anomalias Congênitas; Diagnóstico por Imagem.

ABSTRACT

Situs inversus totalis is an uncommon congenital condition characterized by the mirror-image arrangement of thoracic and abdominal organs. Although many individuals remain asymptomatic throughout life, the condition may complicate the recognition of acute abdominal diseases, especially in surgical settings. This review gathers studies regarding laparoscopic cholecystectomy in patients with situs inversus, emphasizing the diagnostic and technical challenges involved in clinical management. Articles discussing anatomical aspects, imaging methods, preoperative planning, and ergonomic adaptations required during surgical procedures were analyzed. Current literature demonstrates that laparoscopic cholecystectomy can be safely performed in these patients when adequate anatomical recognition and experienced surgical teams are available. Individualized planning and accurate interpretation of imaging examinations directly contribute to reduced complications and improved postoperative outcomes.

Keywords: Situs Inversus; Dextrocardia; Laparoscopic Cholecystectomy; Congenital Abnormalities; Diagnostic Imaging.

INTRODUÇÃO

O situs inversus totalis (SIT) consiste em uma condição congênita rara caracterizada pela inversão completa da disposição anatômica dos órgãos torácicos e abdominais. Essa alteração pode estar associada à dextrocardia e possui incidência aproximada de 1 para cada 10 mil nascidos vivos. Em grande parte dos casos, os indivíduos permanecem assintomáticos, sendo o diagnóstico realizado incidentalmente durante exames de imagem. Apesar disso, a condição possui elevada relevância clínica devido às alterações na apresentação de doenças abdominais e torácicas, podendo dificultar o raciocínio diagnóstico e o manejo terapêutico.[1,2]

A etiologia do situs inversus ainda não está completamente esclarecida, entretanto diversos estudos demonstram forte associação genética com alterações relacionadas ao desenvolvimento embrionário da lateralidade corporal. Entre os genes implicados destaca-se o NME7, responsável pela organização anatômica visceral durante a formação embrionária. Alterações nesse gene podem comprometer a definição do eixo esquerda-direita do corpo. Além disso, mutações no gene DNAH11 foram associadas ao desenvolvimento da condição, assim como alterações nos genes lefty, nodal, ZIC3, ACVR2B e Pitx2. A herança genética geralmente ocorre de forma autossômica recessiva, exigindo que ambos os genitores sejam portadores da mutação para manifestação clínica da anomalia.[1,3,4]

O situs inversus pode ser classificado em totalis ou parcial. Na forma total, ocorre inversão completa dos principais órgãos, incluindo coração, fígado, estômago e baço. Já a forma parcial, também denominada heterotaxia, caracteriza-se por uma disposição anatômica irregular, na qual alguns órgãos permanecem em posição habitual enquanto outros apresentam lateralidade invertida. Essa apresentação tende a estar associada a maiores complicações funcionais, principalmente devido às alterações vasculares e possíveis distúrbios da rotação intestinal, que podem favorecer quadros obstrutivos e malformações esplênicas.[1,5]

A colecistite aguda representa uma das principais causas de dor abdominal e internações relacionadas às doenças do trato biliar. Na maioria

dos casos, está associada à presença de cálculos biliares, correspondendo à forma calculosa da doença. A incidência apresenta maior prevalência em mulheres acima dos 40 anos e em indivíduos com fatores metabólicos associados, como obesidade, sedentarismo e dislipidemias. O diagnóstico baseia-se na associação entre quadro clínico, exames laboratoriais e métodos de imagem, especialmente a ultrassonografia abdominal, considerada exame inicial de escolha.[7,8]

Entretanto, em pacientes com situs inversus totalis, a apresentação clínica pode ocorrer de forma atípica, com dor localizada no hipocôndrio esquerdo em vez do direito, dificultando o reconhecimento precoce da doença e aumentando a possibilidade de atraso diagnóstico. Nessas situações, exames de imagem como tomografia computadorizada tornam-se fundamentais para avaliação anatômica adequada e identificação de possíveis complicações.[5-7]

Além das dificuldades diagnósticas, os procedimentos cirúrgicos em pacientes com SIT representam importante desafio técnico devido à anatomia em espelho, exigindo adaptações ergonômicas, reorganização da equipe cirúrgica e maior experiência do cirurgião. Apesar de a anomalia ser conhecida há séculos, sua baixa incidência faz com que muitos profissionais possuam contato limitado com a condição durante a prática clínica, tornando o planejamento pré-operatório e o reconhecimento anatômico fundamentais para segurança cirúrgica e melhores desfechos clínicos.[1,7,8]

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura baseada na análise de artigos científicos, revisões sistemáticas e relatos de caso relacionados ao situs inversus totalis. Foram incluídos estudos publicados entre 2002 e 2025, abordando aspectos clínicos, genéticos, diagnósticos e cirúrgicos da condição, com ênfase nas implicações relacionadas à colecistite e à colecistectomia laparoscópica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados demonstram que o situs inversus totalis apresenta impacto significativo na prática clínica, principalmente pela ocorrência de manifestações atípicas decorrentes da inversão anatômica. Patologias como colecistite e apendicite podem manifestar sintomas em localização contralateral à habitual, dificultando o diagnóstico precoce. Os métodos de imagem, especialmente tomografia computadorizada e ultrassonografia, desempenham papel fundamental na identificação anatômica e no planejamento terapêutico.[1,5,6]

No contexto cirúrgico, a colecistectomia laparoscópica em pacientes com SIT é considerada segura quando realizada por equipes experientes. Entretanto, a anatomia em espelho exige adaptações técnicas importantes, incluindo reposicionamento dos trocartes, reorganização da equipe cirúrgica e maior atenção à ergonomia operatória. Apesar dessas dificuldades, a literatura demonstra que os resultados clínicos são semelhantes aos observados na população geral quando há planejamento adequado e conhecimento anatômico detalhado.[7,8]

CONCLUSÃO

O situs inversus totalis é uma condição rara que apresenta importantes implicações diagnósticas e cirúrgicas. A inversão anatômica pode dificultar o reconhecimento de doenças abdominais e torácicas, especialmente em situações de urgência. Dessa forma, o reconhecimento precoce da condição, associado ao uso adequado de exames de imagem e ao planejamento cirúrgico individualizado, é essencial para garantir segurança ao paciente e melhores desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eitler K, Bibok A, Telkes G. Situs inversus totalis: a clinical review. *Int J Gen Med.* 2022;15:2437-49.
2. Devera J, Licandro F, Ramos J, Taymoorian HT, Yap LG. Situs inversus totalis in the neonatal setting. *Cureus.* 2021;13(2):e13516.
3. Reish O, Aspit L, Zouella A, Roth Y, Polak-Chardon S, Baboushkin T, et al. A homozygous Nme7 mutation is associated with situs inversus totalis. *Hum Mutat.* 2016;37(8):727-31.
4. Bartoloni L, Blouin JL, Pan Y, Gehrig C, Maiti AK, Scamuffa N, et al. Mutations in the DNAH11 (axonemal heavy chain dynein type 11) gene cause one form of situs inversus totalis and most likely primary ciliary dyskinesia. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2002;99(16):10282-6.
5. Alves JPFF, Resende ALP, Vilela AS, Araújo JF. Situs inversus totalis: relato de caso de uma anatomia espelhada. *Rev Eletr Acervo Saúde.* 2025;25(9):e21118.
6. Di Buono G, Buscemi S, Galia M, Maienza E, Amato G, Bonventre G, et al. Acute appendicitis and situs viscerum inversus: radiological and surgical approach-a systematic review. *Eur J Med Res.* 2023;28(1):85.
7. Enciu O, Toma EA, Tulin A, Georgescu DE, Miron A. Look beyond the mirror: laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis-a systematic review and meta-analysis (and report of new technique). *Diagnostics (Basel).* 2022;12(5):1265.
8. AlKhlaify O, AlMuhsin AM, Zakarneh E, Taha MY. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: case report with review of techniques. *Int J Surg Case Rep.* 2019;59:208-12.

Prevenção vertical do HTLV e o papel do enfermeiro

Vertical HTLV prevention and the nurse's role

Thiago Matos de Freitas

RESUMO

Este artigo analisa o papel do enfermeiro na prevenção da transmissão vertical do HTLV 1/2 diante das recomendações recentes do Ministério da Saúde. Trata-se de revisão de literatura, de caráter crítico e sistematizado, com base em documentos oficiais e estudos publicados entre 2021 e 2026. Foram priorizados materiais que abordam triagem pré natal, confirmação diagnóstica, suspensão da amamentação, via de nascimento, notificação compulsória e cuidado materno infantil. Os resultados indicam que a incorporação da testagem pré natal no SUS e as notas técnicas de 2025 ampliam a responsabilidade da enfermagem na identificação precoce, no aconselhamento, na vigilância epidemiológica e no acompanhamento da criança exposta. Conclui-se que o enfermeiro ocupa posição estratégica na aplicação das recomendações, pois articula cuidado clínico, educação em saúde, acolhimento e continuidade assistencial.

Palavras-chave: Infecções por HTLV; Transmissão vertical de doença infecciosa; Enfermagem; Cuidado pré natal; Aleitamento materno.

ABSTRACT

This article analyzes the nurse's role in preventing vertical transmission of HTLV 1/2 in light of recent recommendations issued by the Brazilian Ministry of Health. This is a critical and systematized literature review based on official documents and studies published between 2021 and 2026. Priority was given to materials addressing prenatal screening, diagnostic confirmation, breastfeeding cessation, mode of delivery, compulsory notification and maternal and child care. The findings indicate that the incorporation of prenatal testing into the Brazilian Unified Health System and the 2025 technical notes have expanded nursing responsibilities in early identification, counseling, epidemiological surveillance and follow up of exposed children. It is concluded that nurses occupy a strategic position in implementing these recommendations, as they connect clinical care, health education, emotional support and continuity of care.

Keywords: HTLV infections; Vertical transmission of infectious disease; Nursing; Prenatalcare; Breastfeeding.

INTRODUÇÃO

Embora a infecção pelo vírus T-linfotrópico humano permaneça historicamente menos visível que outras infecções sexualmente transmissíveis, sua relevância epidemiológica e clínica vem sendo progressivamente reconhecida, sobretudo quando se observa a possibilidade de perpetuação familiar do vírus por meio da gestação, do parto e, principalmente, da amamentação. A transmissão vertical pode ocorrer nesses três momentos, mas o aleitamento materno ocupa papel central na manutenção da cadeia de transmissão [1].

O HTLV-1/2 é uma infecção crônica, frequentemente assintomática, mas potencialmente associada a condições graves, como leucemia/linfoma de células T do adulto e mielopatia associada ao HTLV [2]. Esse aspecto produz um paradoxo assistencial. De um lado, muitas pessoas infectadas não apresentam sinais clínicos imediatos. De outro, a ausência de sintomas não reduz a importância da detecção, pois a mulher gestante pode transmitir o vírus ao filho sem jamais ter recebido diagnóstico anterior. Nesse ponto, o pré-natal deixa de ser apenas um espaço de acompanhamento gestacional e passa a ser também um território de vigilância, aconselhamento e interrupção de cadeias silenciosas de transmissão.

A mudança normativa alterou de modo expressivo o cenário da assistência. A Portaria SECTI-CS/MS nº 13, de 3 de abril de 2024, tornou pública a incorporação, no âmbito do Sistema Único de Saúde, do exame para detecção pré-natal da infecção pelo HTLV-1/2 em gestantes [3]. Tal decisão não representa simples acréscimo de exame à rotina laboratorial. Ela reposiciona o tema no interior das políticas de cuidado materno-infantil e impõe aos serviços o desafio de organizar fluxos de triagem, confirmação diagnóstica, orientação sobre alimentação do recém-nascido, notificação e seguimento.

A Nota Técnica Conjunta nº 6/2025 aprofunda esse movimento ao apresentar orientações relacionadas ao fluxo de testagem na gestação, no parto e no puerpério, além de recomendações sobre via de nascimento e amamentação. O documento recomenda que a testagem ocorra no primeiro trimestre, preferencialmente na primeira consulta de

pré-natal, quando o território dispõe de condições para executar todo o fluxo diagnóstico [1]. Esse detalhe é importante, pois a triagem isolada, sem confirmação e sem rede capaz de acolher a gestante, pode produzir ansiedade, abandono e descontinuidade do cuidado.

O enfermeiro é, em muitos serviços, o profissional que realiza a primeira escuta, solicita exames conforme protocolos locais, interpreta necessidades, orienta a gestante, reconhece vulnerabilidades e mantém vínculo com a família. Menezes et al. [4] situam a atuação do enfermeiro no pré-natal como prática que ultrapassa a dimensão técnica, pois envolve suporte emocional, educação em saúde e mediação entre diagnóstico, conduta clínica e adesão ao acompanhamento. Do mesmo modo, Schemuda e Zampier [5] reforçam que a enfermagem participa da detecção, da prevenção e do seguimento, especialmente quando há risco de transmissão vertical.

O presente artigo tem como objetivo analisar o papel do enfermeiro na prevenção da transmissão vertical do HTLV-1/2 diante das novas recomendações do Ministério da Saúde, discutindo as implicações da triagem pré-natal, da confirmação diagnóstica, da suspensão da amamentação, da escolha da via de nascimento, da notificação compulsória e do acompanhamento da criança exposta.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão de literatura de caráter crítico e sistematizado, construída a partir da análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde e de estudos científicos recentes sobre HTLV, gestação, transmissão vertical e atuação da enfermagem.

A busca considerou publicações entre 2021 e 2026, período escolhido por contemplar o guia de manejo clínico da infecção pelo HTLV, a incorporação da detecção pré-natal no SUS, as notas técnicas de 2025 e estudos recentes sobre assistência pré-natal e enfermagem [1-6]. Foram utilizados como descritores e termos de busca: HTLV, transmissão vertical, gestantes, pré-natal, enfermagem, aleitamento materno, notificação compulsória e criança exposta. Foram consultados documentos oficiais disponíveis em portais do Ministério da Saúde, Conitec, SciELO, PubMed, revistas acadêmicas de acesso aberto e bases vinculadas à

Biblioteca Virtual em Saúde.

Os critérios de inclusão foram publicações em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, que abordassem a infecção por HTLV-1/2 na gestação, a prevenção da transmissão vertical, a atuação da enfermagem, a triagem pré-natal, a amamentação ou a vigilância epidemiológica. Foram excluídos textos sem relação direta com gestação ou transmissão vertical, materiais duplicados, estudos sem acesso ao conteúdo completo e publicações que tratavam exclusivamente de outros agravos sem conexão com o HTLV.

A análise foi realizada por leitura exploratória, seletiva e interpretativa. Os achados foram organizados em quatro eixos. O primeiro reuniu recomendações sobre rastreamento e confirmação diagnóstica. O segundo abordou via de nascimento, amamentação e alimentação do recém-nascido. O terceiro discutiu notificação compulsória e vigilância. O quarto examinou a atuação do enfermeiro no cuidado clínico, educativo e emocional. Essa organização permitiu articular evidências científicas e recomendações oficiais, sem reduzir o tema a um protocolo operacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A incorporação da testagem pré-natal no SUS, recomendada pela Conitec e formalizada pela Portaria SECTICS/MS nº 13/2024, corrige uma lacuna antiga da atenção materno-infantil [3,6]. Durante muito tempo, a prevenção esteve limitada por diagnóstico tardio ou inexistente, o que impedia intervenções no momento em que seriam mais efetivas. O Relatório de Recomendação nº 880 reconhece a amamentação como desfecho central para avaliação da transmissão vertical e descreve a heterogeneidade das evidências, motivo pelo qual os resultados foram apresentados de forma descritiva, sem metanálise [6].

A triagem, contudo, não pode ser compreendida como ato isolado. A Nota Técnica Conjunta nº 6/2025 orienta que a testagem seja realizada no primeiro trimestre, de preferência na primeira consulta, mas ressalta a necessidade de que o território disponha de exames capazes de completar o fluxo diagnóstico [1]. Isso significa que um teste de triagem reagente deve ser acompanhado por confirmação, aconselhamento e encaminhamento ade-

quado. O enfermeiro, nesse processo, atua como profissional de continuidade. Ele não apenas solicita ou registra exames, mas explica o significado do resultado, evita interpretações precipitadas e contribui para que a gestante permaneça vinculada ao serviço.

A Nota Técnica Conjunta nº 6/2025 estabelece que a investigação laboratorial envolve teste de triagem sorológica e testes complementares, como ensaios sorológicos confirmatórios e teste molecular em situações específicas [1]. Essa estrutura tem implicação direta para a enfermagem. Um resultado reagente na triagem não deve ser comunicado como diagnóstico definitivo sem a devida confirmação. A comunicação inadequada pode produzir medo, culpa e ruptura do vínculo. Por isso, o enfermeiro precisa dominar o fluxo institucional e, ao mesmo tempo, empregar linguagem compreensível, preservando sigilo, acolhimento e correspondência.

Rosadas e Miranda [7] discutem os desafios da suspensão do aleitamento em políticas universais, sobretudo em um país onde a amamentação é fortemente promovida como prática protetora. A recomendação de não amamentar, quando há diagnóstico confirmado de HTLV-1/2, exige cuidado comunicacional. Não se trata de negar a importância do leite materno em termos gerais, mas de reconhecer que, nesse agravo específico, o aleitamento pode representar via importante de transmissão. A orientação precisa ser firme, mas não punitiva. A mulher não deve ser tratada como ameaça ao filho, e sim como sujeito que necessita de informação, fórmula infantil, apoio emocional e acompanhamento.

O diagnóstico confirmado de infecção por HTLV-1/2 é critério de contraindicação absoluta para a amamentação. A Nota Técnica Conjunta nº 6/2025 orienta, para gestantes, parturientes ou puérperas com diagnóstico confirmado, a inibição da lactação com cabergolina e a oferta de fórmula láctea até seis meses de vida. Também prevê conduta específica quando o diagnóstico ainda não está concluído no momento do parto, preservando a possibilidade de suspensão temporária da amamentação até a confirmação [1].

A consulta de enfermagem, no pré-natal e no puerpério, deve preparar a gestante para decisões que podem ser emocionalmente difíceis. Em muitas comunidades, amamentar é associado a boa maternidade, cuidado e vínculo. A suspensão pode gerar tristeza, julgamento familiar e dúvidas. Menezes et al. [4] observam que o suporte emocional integra a prevenção, pois a adesão às recomendações depende de compreensão e acolhimento. A prevenção vertical, portanto, não se resume à entrega de fórmula. Ela envolve reconstruir, com a mulher, formas seguras de cuidado e vínculo com o recém-nascido.

Quanto à via de nascimento, a Nota Técnica Conjunta nº 6/2025 apresenta recomendações específicas para gestantes com diagnóstico confirmado e para situações de diagnóstico não concluído no momento do parto. O documento orienta cesariana para gestantes com diagnóstico confirmado de HTLV-1/2, independentemente de manifestações compatíveis com doenças associadas, e indica que, quando o diagnóstico não estiver concluído, a decisão deve considerar resultado de triagem, teste confirmatório e presença ou ausência de manifestações associadas [1].

Embora a via de parto seja decisão obstétrica, a enfermagem participa da preparação da gestante, do registro das informações, do encaminhamento oportuno e da segurança assistencial. A recomendação sobre cesariana não pode ser comunicada de forma mecânica. Precisa ser situada na prevenção da exposição do recém-nascido, no planejamento do parto e na redução de riscos. O enfermeiro também deve reconhecer que nem sempre a gestante chega ao parto com diagnóstico concluído, especialmente em serviços com barreiras laboratoriais. Nesses casos, a qualidade do registro e a comunicação entre pré-natal, maternidade e vigilância fazem diferença.

A Nota Técnica nº 12/2025 define critérios de caso para notificação compulsória da infecção pelo HTLV, da infecção em gestante, parturiente ou puérpera e da criança exposta ao risco de transmissão vertical. O documento orienta que sejam notificados casos confirmados e crianças expostas, com uso da ficha de notificação e conclusão no e-SUS Sinan. Também informa que a notificação da gestante deve ocorrer a cada evento gestacional, o que

impede que diagnósticos anteriores fiquem invisíveis em novas gestações [8].

Essa recomendação amplia o papel do enfermeiro na vigilância. Em muitos serviços da atenção primária, a enfermagem acompanha a abertura do pré-natal, registra agravos, monitora faltas e realiza busca ativa. Assim, a notificação não é apenas obrigação burocrática, mas instrumento de cuidado coletivo. Quando o caso é notificado corretamente, a rede de saúde pode dimensionar a ocorrência do agravo, organizar insumos, acompanhar crianças expostas e avaliar a efetividade das medidas de prevenção.

Freire et al. [9], ao estudarem gestantes em região endêmica do Brasil, identificaram taxa de infecção por HTLV-1 de 4,61 por mil partos e observaram maior frequência de gestações não planejadas e não desejadas entre mulheres positivas. O dado tem relevância para a enfermagem porque aproxima o HTLV das vulnerabilidades reprodutivas. A prevenção não se limita ao exame durante a gravidez. Ela se articula ao planejamento reprodutivo, ao acesso a preservativos, à educação sexual, ao aconselhamento de parcerias e ao acompanhamento longitudinal da mulher.

Emerick et al. [10] reforçam que o diagnóstico precoce no pré-natal é estratégia segura e efetiva para prevenir a transmissão vertical. A contribuição do estudo está em relacionar evidências, desafios e perspectivas futuras, mostrando que a prevenção depende de integração entre rastreamento, confirmação diagnóstica e cuidado neonatal. Essa leitura converge com a Nota Técnica Conjunta nº 6/2025, segundo a qual o fluxo de testagem precisa ser acompanhado por orientações sobre parto, puerpério e alimentação do recém-nascido [1]. A enfermagem, por sua presença nos diferentes pontos da rede, é uma das categorias mais aptas a sustentar essa integração.

Schemuda e Zampier [5] afirmam que a enfermagem desempenha papel fundamental no rastreamento, na educação em saúde e no acompanhamento durante pré-natal e puerpério. Essa conclusão dialoga com a prática cotidiana. O enfermeiro pode identificar gestantes sem testagem registrada, solicitar a coleta quando previsto em protocolo, conferir resultados pendentes, explicar a

diferença entre triagem e confirmação, orientar sobre preservativo durante gestação e amamentação, preparar a mulher para a não amamentação quando indicado, verificar acesso à fórmula infantil e acompanhar a criança exposta.

Há, ainda, uma dimensão pouco mencionada, mas essencial: o HTLV carrega estigma por ser infecção sexualmente transmissível e por estar associada a doenças graves. A comunicação do diagnóstico pode despertar medo de adoecer, medo de transmitir, conflitos conjugais e sensação de culpa. Uma prática de enfermagem qualificada não reduz a mulher ao resultado laboratorial. Ao contrário, reconhece sua história, suas condições de vida e suas redes de apoio. Esse cuidado não enfraquece a objetividade do protocolo. Ele a torna possível, porque recomendações difíceis tendem a ser melhor compreendidas quando a pessoa se sente respeitada.

Os resultados desta revisão indicam que as novas recomendações do Ministério da Saúde deslocam a enfermagem para posição de maior protagonismo. Antes, a ausência de testagem universal dificultava a prevenção. Agora, com a incorporação do exame, a exigência se transforma. É preciso garantir que a testagem aconteça, que o resultado seja interpretado corretamente, que a gestante seja acolhida, que a maternidade receba a informação, que a amamentação seja suspensa quando indicada, que a fórmula esteja disponível, que a notificação seja realizada e que a criança exposta seja acompanhada. A novidade normativa, portanto, só terá efeito real se for traduzida em rotina assistencial.

CONCLUSÃO

A prevenção da transmissão vertical do HTLV 1/2 constitui desafio relevante para a enfermagem e para a saúde pública brasileira. As recomendações recentes do Ministério da Saúde, especialmente a incorporação da testagem pré natal no SUS e as notas técnicas de 2025, fortalecem a possibilidade de interromper a transmissão materno infantil, mas também exigem organização dos serviços e qualificação profissional.

O enfermeiro ocupa papel estratégico porque atua no primeiro contato da gestante com a rede, acompanha o pré natal, realiza educação em saú-

de, identifica exames pendentes, orienta sobre prevenção sexual, participa da comunicação de resultados, acolhe dúvidas, apoia a suspensão da amamentação quando indicada e contribui para a notificação compulsória. Sua atuação aproxima protocolo e vida concreta, evitando que a recomendação oficial permaneça apenas no plano documental.

Conclui-se que a prevenção vertical do HTLV 1/2 depende de uma enfermagem tecnicamente preparada e eticamente sensível. A triagem precoce, a confirmação diagnóstica, a escolha segura da via de nascimento, a contraindicação da amamentação nos casos confirmados e o acompanhamento da criança exposta são medidas que precisam ser articuladas em rede. Quando o enfermeiro assume esse processo com competência clínica, escuta qualificada e compromisso educativo, amplia se a proteção da criança e fortalece se o cuidado integral à mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 6/2025-CGIST/DATHI/SVSA/MS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 2026 maio 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-6-2025-cgist-dathi-svsa-ms.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia de manejo clínico da infecção pelo HTLV [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 2026 maio 14]. 104 p. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia_htlv_internet_24-11-21-2_3.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 13, de 3 de abril de 2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 2026 maio 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2024/portaria-sectics-ms-no-13-de-3-de-abril-de-2024/view>

4. Menezes KSS, et al. Enfermeiro como agente de prevenção do HTLV no pré-natal: atuação clínica e suporte emocional. Revista JRG de Estudos Acadêmicos [Internet]. 2025 [citado em 2026 maio 14];8(19):e082615. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2615> doi:10.55892/jrg.v8i19.2615
5. Schemuda RB, Zampier ACPF. A atuação da enfermagem na detecção e prevenção da transmissão vertical do HTLV em gestantes. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação [Internet]. 2026 [citado em 2026 maio 14];12(5):1-11. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/26618> doi:10.51891/rease.v12i5.26618
6. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Detecção pré-natal de infecção pelo vírus T-linfotrópico humano, HTLV-1/2, em gestantes: relatório de recomendação nº 880 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 2026 maio 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/deteccao-pre-natal-de-infeccao-pelo-virus-t-linfotropico-humano-htlv-1-2-em-gestantes/view>
7. Rosadas C, Miranda AE. HTLV infection and cessation of breastfeeding: context and challenges in implementing universal prevention policies in Brazil. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2023 [citado em 2026 maio 14];32(2):e2023565. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/RXbVc6fqMtW3ZXQbk646n3S/> doi:10.1590/S2237-96222023000200025
8. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 12/2025-CGIST/DATHI/SVSA/MS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 2026 maio 14]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica_no-12_2025_cgist_dathi_svsa_ms.pdf
9. Freire JO, et al. HTLV-1 and pregnancy: a retrospective study of maternal and neonatal health outcomes in an endemic region of Brazil. Pathogens [Internet]. 2025 [citado em 2026 maio 14];14(4):389. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-0817/14/4/389> doi:10.3390/pathogens14040389
10. Emerick ACAA, et al. HTLV-1 in pregnancy and neonatal health: evidence, challenges, and future directions. Diagnostics (Basel) [Internet]. 2025 [citado em 2026 maio 14];15(15):1886. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-4418/15/15/1886> doi:10.3390/diagnostics15151886

Colecistite crônica com drenagem espontânea para o subcutâneo: um relato de caso

Chronic Cholecystitis with Spontaneous Drainage into the Subcutaneous Tissue: A Case Report

Anna Giulia Meira Garcia Cabral¹; Jonathan Barros Cavalcante¹; Marcus Vinicius Vieira Torquato²; João Henrique Andrade de Menezes²; Diôgo Menezes Cardoso²; Dielly Chaves Moreira³

1 - Residente de Cirurgia Geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

2 - Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

3 - Preceptor de Cirurgia Geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

RESUMO

A colecistite crônica calculosa pode evoluir com complicações raras, como perfuração contida e extensão inflamatória para a parede abdominal. Relata-se o caso de uma mulher de 59 anos, hipertensa e diabética, com dor em hipocôndrio direito, aumento de volume abdominal, náuseas, vômitos, febre e perda ponderal há três meses. A tomografia computadorizada evidenciou vesícula biliar com espessamento parietal difuso, cálculos intraluminais e coleção loculada estendendo-se para a parede abdominal e tecido subcutâneo, compatível com abscesso pericolecístico complicado. A paciente foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica parcial fenestrada associada à drenagem da coleção purulenta. No intraoperatório, observaram-se intenso processo inflamatório e múltiplas aderências, impossibilitando a obtenção da janela crítica de segurança. A análise por congelação não demonstrou malignidade. O caso evidencia uma apresentação rara da colecistite crônica, ressaltando a importância da correlação clínico-radiológica e da individualização da abordagem cirúrgica em casos complexos com distorção anatômica importante.

Palavras-chave: Colecistite crônica; abscesso intra-abdominal; colecistectomia laparoscópica; relato de caso.

ABSTRACT

Chronic calculous cholecystitis may progress to rare complications, including contained perforation and inflammatory extension to the abdominal wall. We report the case of a 59-year-old woman with hypertension and diabetes mellitus presenting with right upper quadrant pain, abdominal swelling, nausea, vomiting, fever, and weight loss for three months. Computed tomography demonstrated diffuse gallbladder wall thickening, intraluminal gallstones, and a loculated collection extending to the abdominal wall and subcutaneous tissue, consistent with a complicated pericholecystic abscess. The patient underwent laparoscopic fenestrating subtotal cholecystectomy associated with drainage of the purulent collection. Intraoperatively, an intense inflammatory process and multiple adhesions were observed, preventing achievement of the critical view of safety. Frozen section analysis showed no evidence of malignancy. This case highlights a rare presentation of chronic cholecystitis and reinforces the importance of clinicoradiological correlation and individualized surgical management in complex cases with significant anatomical distortion.

Keywords: Chronic cholecystitis; intra-abdominal abscess; laparoscopic cholecystectomy; case report.

INTRODUÇÃO

A colecistite calculosa pode manifestar-se tanto de forma crônica quanto por episódios recorrentes de exacerbação inflamatória aguda, caracterizados por crises intermitentes de dor biliar sobre um processo inflamatório vesicular de longa evolução[1,2]. Nesses casos, a recorrência de episódios obstrutivos e inflamatórios pode favorecer a progressão da doença e o desenvolvimento de complicações locais, especialmente em pacientes com colelitíase sintomática prolongada[1].

A colecistite crônica geralmente está associada à colelitíase, a qual apresenta elevada prevalência global, estimada em torno de 6% da população[3]. No Brasil, estudos demonstram prevalência significativa, especialmente em mulheres e indivíduos com fatores de risco metabólicos, como obesidade e diabetes mellitus[4]. Sua fisiopatologia envolve obstrução intermitente do ducto cístico ou irritação crônica pelos cálculos, o que provoca resposta inflamatória persistente, disfunção do esvaziamento vesicular, espessamento parietal e fibrose progressiva da parede da vesícula[5].

Complicações da colecistite crônica calculosa podem incluir perfuração contida da vesícula biliar e formação de abscessos com extensão inflamatória para a parede abdominal e para o tecido subcutâneo, quadro descrito na literatura como abscesso colecistocutâneo. Geralmente associadas a um processo biliar de longa evolução, essas apresentações envolvem aderências e comunicação com planos adjacentes, podendo culminar em supuração da parede abdominal e formação de massa em hipocôndrio direito[6,7]. Essa manifestação pode corresponder a diferentes hipóteses etiológicas e dificultar a avaliação diagnóstica inicial.

Nesse contexto, a correlação clínico-radiológica torna-se fundamental para o adequado raciocínio diagnóstico e planejamento terapêutico[8,9]. Neste relato de caso, descrito de acordo com os Critérios SCARE 2023[10], apresentamos o caso de uma paciente com colecistite crônica calculosa complicada por abscesso em parede abdominal e extensão para o tecido subcutâneo, inicialmente manifestando-se como massa em hipocôndrio direito.

DESCRIÇÃO DO CASO

Uma mulher de 59 anos, com peso de 62 kg e altura de 1,66 m (Índice de Massa Corporal: 22,49 kg/m²), hipertensa e diabética, com uma indicação prévia de colecistectomia videolaparoscópica, relatou que há cerca de três meses iniciou um quadro de aumento de volume abdominal em hipocôndrio direito associado à dor, irradiando para o dorso, desencadeada por alimentações copiosas ou por esforço físico. Em associação com o quadro, a paciente também apresentava náuseas e vômitos, além de episódios de febre com calafrios. Além disso, evoluiu no período com perda ponderal não intencional de 9 kg.

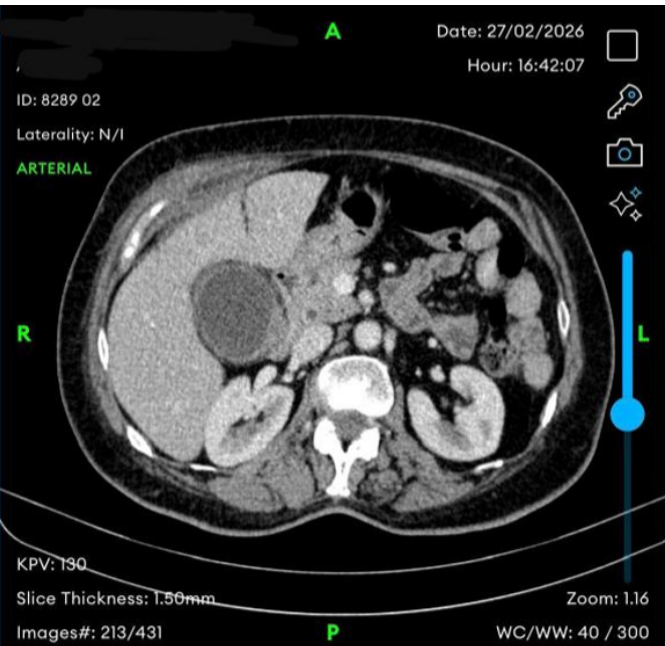
Ao exame físico inicial, encontrava-se em bom estado geral, consciente, lúcida e orientada, porém hipocorada (+/4+), hidratada e hemodinamicamente estável, com os sinais vitais dentro da normalidade. O abdome, embora estivesse plano, apresentava apenas uma nodulação em hipocôndrio direito. A paciente não apresentava outras massas palpáveis e os demais sistemas não apresentavam alterações relevantes.

Foram realizados exames laboratoriais iniciais, que revelaram alterações, incluindo hemoglobina de 10,5 g/dL, plaquetas de 424.000/mm³, proteína C reativa de 15,5 mg/L, gama-glutamil-transferase de 230 U/L, fosfatase alcalina de 118 U/L e transaminase glutâmico-pirúvica de 52 U/L. Os demais parâmetros encontravam-se dentro dos limites da normalidade, incluindo leucócitos de 9.150/mm³, bilirrubina total de 0,3 mg/dL e transaminase glutâmico-oxalacética de 25 U/L.

Em relação aos exames de imagem, foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) do abdome, que evidenciou vesícula biliar com espessamento parietal difuso, associada à heterogeneidade dos planos adjacentes e presença de líquido livre. Observou-se, ainda, a presença de cálculos em seu interior, além de uma coleção loculada no fundo vesicular, estendendo-se para a parede abdominal e para o tecido subcutâneo, medindo aproximadamente 8,6 × 7,7 × 7,0 cm e com um volume estimado de 242 mL. A representação da TC do abdome realizada está demonstrada na Figura 1

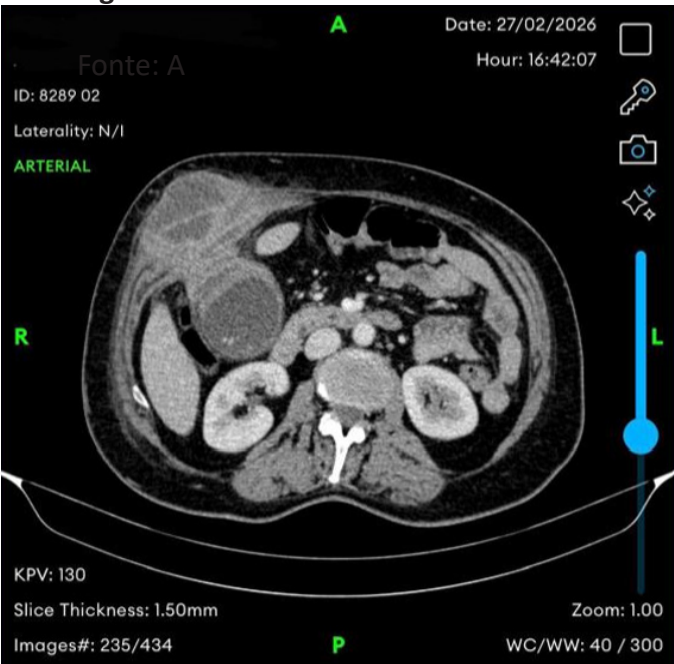
e na Figura 2.

Figura 1



Fonte: Autoria Própria

Figura 2

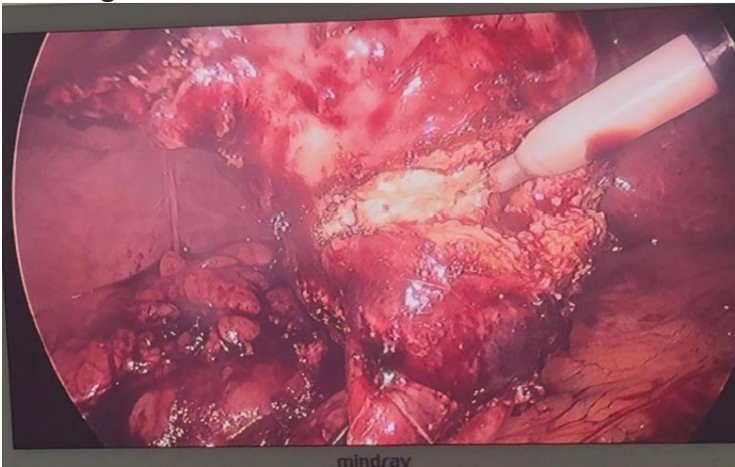


Fonte: Autoria própria

Durante o seguimento do caso, a paciente foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica parcial fenestrada sob anestesia geral, com estabelecimento de pneumoperitônio e posicionamento de trocartes. À exploração, evidenciou-se intenso processo inflamatório com múltiplas aderências en-

volvendo a vesícula biliar e estruturas adjacentes, sendo realizada a lise aderencial para uma adequada dissecação da região. Observou-se vesícula túrgida e endurecida, com saída de conteúdo purulento após perfuração acidental, seguida de aspiração e retirada de cálculos. Devido à impossibilidade de obtenção da janela crítica de segurança, foi mantida a abordagem parcial, com posicionamento de dreno no leito vesicular. Realizou-se ainda drenagem de coleção purulenta em hipocôndrio direito, seguida de lavagem da cavidade e revisão de hemostasia. O material obtido foi enviado para análise por congelação, sem evidência de malignidade, sendo o procedimento encerrado sem intercorrências adicionais.

Figura 3



Fonte: Autoria Própria

Figura 4



Fonte: Autoria Própria

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A colecistite crônica é um processo inflamatório duradouro da vesícula biliar, geralmente associado à colelitíase, caracterizado por espessamento parietal fibrótico e eventos recorrentes agudizantes de inflamação[11]. Quando a forma aguda não é tratada da maneira adequada, essa doença pode progredir através de fases edematosas (2-4 dias), necrotizantes (3-5 dias) e purulentas (7-10 dias), eventualmente evoluindo para colecistite crônica[5]. A exacerbação de forma aguda, a infecção fulminante e inflamação podem progredir para necrose isquêmica e, conseqüentemente, perfurar e apresentar mortalidade relatada entre 12 e 16%[12] quadro clínico típico inclui dor abdominal persistente em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, febre e, ocasionalmente, icterícia leve[13].

No caso apresentado, a paciente manifestou sintomas característicos durante três meses, incluindo aumento de volume abdominal, dor irradiada para o dorso, náuseas, vômitos, episódios febris e perda ponderal não intencional de 9 kg, achados compatíveis com processo inflamatório crônico complicado. Os exames laboratoriais revelaram anemia, elevação de marcadores inflamatórios e enzimas canaliculares, sem hiperbilirrubinemia ou leucocitose significativa, padrão que pode ser observado em processos inflamatórios crônicos da vesícula biliar. A TC demonstrou espessamento parietal difuso, heterogeneidade dos planos adjacentes, líquido livre e coleção loculada volumosa (242 mL) estendendo-se do fundo vesicular para a parede abdominal e tecido subcutâneo, achados consistentes com colecistite complicada por abscesso pericolecístico[6]. A distensão vesicular resultou do processo inflamatório crônico com formação de abscesso volumoso.

Do ponto de vista clínico, a massa em hipocôndrio direito associada à perda ponderal, dor abdominal prolongada e sintomas sistêmicos pode representar importante desafio diagnóstico[14]. Lesões inflamatórias complexas da vesícula biliar podem simular diferentes condições abdominais, incluindo tumores hepatobiliares, abscessos primários da parede abdominal, hérnias complicadas e outras causas de massas intra-abdominais[15].

Nesse contexto, a TC desempenha papel central na avaliação diagnóstica, permitindo identificar espessamento parietal vesicular, coleções adjacentes, presença de cálculos e extensão do processo inflamatório para estruturas vizinhas, bem como excluir diagnósticos diferenciais[8]. No presente relato, a TC foi fundamental para caracterizar a continuidade entre a coleção loculada e o fundo vesicular, contribuindo para o adequado planejamento terapêutico.

Abscessos assépticos da vesícula biliar, embora raros (5-10% das colecistites agudas), são uma complicação grave de colecistite e representam outra entidade que pode se confundir com outros diagnósticos diferenciais. Estes abscessos podem resultar de perfuração contida com formação de coleção pericolecística em área de gangrena ou infarto na parede[16]. O caso apresentado ressalta a necessidade de abordagem diagnóstica multimodal para diferenciar condições inflamatórias benignas de malignidade vesicular. A integração de parâmetros clínicos (idade $\geq 65,5$ anos, anemia, trombocitopenia), laboratoriais (leucocitose, elevação de enzimas canaliculares) e radiológicos (nódulos hipotenuados intramurais, linha mucosa contínua, espessamento difuso versus focal) pode melhorar a acurácia diagnóstica pré-operatória[9].

Em relação ao tratamento, a colecistectomia permanece a abordagem definitiva para a colecistite complicada, associada à drenagem adequada das coleções infectadas[17]. Entretanto, o intenso processo inflamatório local pode dificultar significativamente a dissecação do triângulo hepatocístico e impedir a obtenção da janela crítica de segurança. Nesses cenários, técnicas cirúrgicas modificadas, incluindo colecistectomia parcial fenestrada ou reconstituente, representam estratégias seguras para vesículas “difíceis” com inflamação severa, minimizando o risco de lesão iatrogênica da via biliar principal, embora associadas a maior morbidade pós-operatória, como vazamento biliar e cálculos retidos[18]. Essa opção cirúrgica, adotada neste caso, mostrou-se apropriada diante da importante distorção anatômica observada intraoperatoriamente, permitindo controle do foco infeccioso e resolução da doença sem intercorrências adicionais.

O relato descrito demonstra uma apresentação complexa e rara da colecistite crônica, compli-

cada pela formação de um abscesso com extensão para a parede abdominal e tecido subcutâneo, manifestando-se clinicamente como uma massa na região do hipocôndrio direito. A evolução prolongada do processo infeccioso contribuiu para um quadro de difícil diagnóstico diferencial, sendo a tomografia computadorizada uma ferramenta essencial para a adequada caracterização anatômica da doença e para o planejamento terapêutico. Devido às extensas aderências e à importante distorção anatômica observadas durante o intraoperatório, foi realizada a colecistectomia parcial associada à drenagem da coleção purulenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jones MW, Gnanapandithan K, Panneerselvam D, Ferguson T. Chronic Cholecystitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [cited 2026 May 9]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470236/> PubMed PMID: 29261986.
2. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018 Jan;25(1):41–54. doi:10.1002/jhbp.515 PubMed PMID: 29032636.
3. Wang X, Yu W, Jiang G, Li H, Li S, Xie L, et al. Global Epidemiology of Gallstones in the 21st Century: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024 Aug;22(8):1586–95. doi:10.1016/j.cgh.2024.01.051 PubMed PMID: 38382725.
4. Coelho JC, Bonilha R, Pitaki SA, Cordeiro RM, Salvalaggio PR, Bonin EA, et al. Prevalence of gallstones in a Brazilian population. *Int Surg*. 1999;84(1):25–8. PubMed PMID: 10421013.
5. Adachi T, Eguchi S, Muto Y. Pathophysiology and pathology of acute cholecystitis: A secondary publication of the Japanese version from 1992. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2022 Feb;29(2):212–6. doi:10.1002/jhbp.912 PubMed PMID: 33570821.
6. Cruz RJ, Nahas J, de Figueiredo LFP. Spontaneous cholecystocutaneous fistula: a rare complication of gallbladder disease. *Sao Paulo Med J*. 2006 Jul 6;124(4):234–6. doi:10.1590/s1516-31802006000400012 PubMed PMID: 17086307; PubMed Central PMCID: PMC11065372.
7. Puglisi M, Peter M, Egger B. Perforated Gallbladder into the Abdominal Wall. *Case Rep Surg*. 2022;2022:4782539. doi:10.1155/2022/4782539 PubMed PMID: 36275925; PubMed Central PMCID: PMC9584729.
8. Shakespear JS, Shaaban AM, Rezvani M. CT findings of acute cholecystitis and its complications. *AJR Am J Roentgenol*. 2010 Jun;194(6):1523–9. doi:10.2214/AJR.09.3640 PubMed PMID: 20489092.
9. Rammohan A, Cherukuri SD, Sathyanesan J, Palaniappan R, Govindan M. Xanthogranulomatous cholecystitis masquerading as gallbladder cancer: can it be diagnosed preoperatively? *Gastroenterol Res Pract*. 2014;2014:253645. doi:10.1155/2014/253645 PubMed PMID: 25404941; PubMed Central PMCID: PMC4227324.
10. Sohrabi C, Mathew G, Maria N, Kerwan A, Franchi T, Agha RA, et al. The SCARE 2023 guideline: updating consensus Surgical CAse REport (SCARE) guidelines. *Int J Surg*. 2023 May 1;109(5):1136–40. doi:10.1097/JS9.0000000000000373 PubMed PMID: 37013953; PubMed Central PMCID: PMC10389401.
11. Kishore R, Nundy S, Mehrotra S, Metha N, Mangla V, Lalwani S. Strategies for Differentiating Gallbladder Carcinoma from Xanthogranulomatous Cholecystitis—a Tertiary Care Centre Experience. *Indian J Surg Oncol*. 2017 Dec;8(4):554–9. doi:10.1007/s13193-017-0677-7 PubMed PMID: 29203989; PubMed Central PMCID: PMC5705511.
12. Misir AP, Vahora I, Unbehaun G, Patel C, Tiesenga F. Perforated Emphysematous Cholecystitis: A Race Against Time. *Cureus*. 2015(2):e35123. doi:10.7759/cureus.35123 PubMed PMID: 36945264; PubMed Central PMCID: PMC10024972.
13. Gallaher JR, Charles A. Acute Cholecystitis: A Review. *JAMA*. 2022 Mar 8;327(10):965–75. doi:10.1001/jama.2022.2350 PubMed PMID: 35258527.
14. Trujillo-Guerrero L, Aguirre-Salamanca EJ, Ramírez

- rez-Giraldo C. Gallbladder empyema: An atypical manifestation of acute cholecystitis. *Int J Surg Case Rep.* 2023 Aug;109:108530. doi:10.1016/j.ijscr.2023.108530 PubMed PMID: 37481968; PubMed Central PMCID: PMC10369463.
15. Karaosmanoglu AD, Uysal A, Karcaaltincaba M, Akata D, Ozmen MN, Kraeft J, et al. Non-neoplastic hepatopancreatobiliary lesions simulating malignancy: can we differentiate? *Insights Imaging.* 2020 Feb 10;11:21. doi:10.1186/s13244-019-0813-8 PubMed PMID: 32040641; PubMed Central PMCID: PMC7010905.
16. Morgan MA, DePietro DM, Whorms DS, Pantel AR, Ganeshan D, Goldman IA, et al. Acalculous cholecystitis— an imaging and therapeutic update. *Abdom Radiol.* 2025 Jul 1;50(7):2881–91. doi:10.1007/s00261-024-04691-0
17. Lee SO, Yim SK. Management of Acute Cholecystitis. *Korean J Gastroenterol.* 2018 May 25;71(5):264–8. doi:10.4166/kjg.2018.71.5.264 PubMed PMID: 29791985.
18. Elshaer M, Gravante G, Thomas K, Sorge R, Al-Hamali S, Ebdewi H. Subtotal cholecystectomy for ‘difficult gallbladders’: systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg.* 2015 Feb;150(2):159–68. doi:10.1001/jamasurg.2014.1219 PubMed PMID: 25548894.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer interesses financeiros ou relações pessoais que possam ter influenciado o trabalho apresentado neste artigo.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que o presente estudo não recebeu qualquer tipo de financiamento ou apoio financeiro para sua realização.

Diverticulite do cólon sigmoide simulando neoplasia colorretal localmente avançada: relato de caso

Sigmoid Colon Diverticulitis Mimicking Locally Advanced Colorectal Cancer: A Case Report

Anna Giulia Meira Garcia Cabral¹; Társio Thiago Lopes Alves Filho²; Beatriz de Castro Alves Oliveira²; Felipe Siqueira Teixeira³; Davidson Anthony Aragão Freire³; Breno Moreira Viana Mendonça Brito³

1 - Residente de Cirurgia Geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

2 - Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

3 - Preceptor de Cirurgia Geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

RESUMO

A diverticulite complicada subaguda pode mimetizar neoplasia colorretal, representando um desafio diagnóstico relevante na prática cirúrgica. Relata-se o caso de uma mulher de 69 anos com história de diarreia crônica, perda ponderal superior a 10 kg e dor abdominal difusa, submetida à investigação que evidenciou estenose retossigmoide com aspecto infiltrativo à colonoscopia e espessamento parietal circunferencial com distensão de alças a montante na tomografia computadorizada, levantando forte suspeita de neoplasia colorretal localmente avançada. As biópsias endoscópicas foram inconclusivas, demonstrando apenas tecido de granulação, e o CEA encontrava-se dentro da normalidade. Diante da incerteza diagnóstica, optou-se por abordagem cirúrgica com princípios oncológicos, sendo realizada retossigmoidectomia a Hartmann. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou diverticulite aguda associada à doença diverticular dos cólons, sem evidência de malignidade. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no oitavo dia. O caso evidencia as limitações dos métodos diagnósticos na diferenciação entre diverticulite complicada e carcinoma colorretal, reforçando a necessidade de abordagem cirúrgica adequada diante da suspeita de malignidade.

Palavras-chave: Diverticulite colônica; neoplasia de cólon; relato de caso.

ABSTRACT

Complicated subacute diverticulitis may mimic colorectal cancer, representing a significant diagnostic challenge in surgical practice. We report the case of a 69-year-old woman with a history of chronic diarrhea, unintentional weight loss exceeding 10 kg, and diffuse abdominal pain. Diagnostic investigation revealed a rectosigmoid stricture with an infiltrative appearance on colonoscopy and circumferential wall thickening with upstream bowel dilation on computed tomography, raising strong suspicion of locally advanced colorectal cancer. Endoscopic biopsies were inconclusive, showing only granulation tissue, and carcinoembryonic antigen levels were within normal limits. Given the diagnostic uncertainty, an oncologic surgical approach was adopted, and the patient underwent rectosigmoid resection with Hartmann's procedure. Histopathological analysis of the surgical specimen demonstrated acute diverticulitis associated with diverticular disease, with no evidence of malignancy. The patient had an uneventful postoperative recovery and was discharged on the eighth postoperative day. This case highlights the limitations of current diagnostic methods in differentiating complicated diverticulitis from colorectal cancer and reinforces the importance of an appropriate surgical approach when malignancy cannot be excluded.

Keywords: Colonic diverticulitis; colon cancer; case report.

INTRODUÇÃO

A diverticulite aguda é uma das principais complicações da diverticulose ou doença diverticular dos cólons, caracterizada por inflamação e microperfuração dos divertículos colônicos[1]. Aproximadamente 4% dos pacientes com diverticulose evoluem para a forma aguda, cuja incidência é crescente com a idade[2]. Nas últimas décadas, acompanhada do envelhecimento populacional e das mudanças nos hábitos alimentares, a incidência dessa doença tem aumentado progressivamente e configura-se como importante causa de morbidade em países ocidentais, incluindo o Brasil.

Clinicamente, a forma aguda clássica manifesta-se por dor abdominal, tipicamente em fossa ilíaca esquerda, associada a febre e elevação de marcadores inflamatórios, podendo coexistir com alterações do hábito intestinal, como constipação ou diarreia[3]. Entretanto, formas complicadas da doença podem apresentar manifestações atípicas, incluindo espessamento parietal circunferencial, estenose luminal e formação de massas inflamatórias, podendo evoluir com estreitamento luminal e até quadro de obstrução intestinal[4]. Tais apresentações atípicas da diverticulite, especialmente quando cursam com estenose luminal e obstrução, podem reproduzir achados clínicos semelhantes a neoplasias colorretais. Nesses casos, sintomas como dor abdominal, alteração do hábito intestinal, perda ponderal e até sangramento digestivo podem sobrepor-se às manifestações típicas e dificultar a distinção clínica entre essas entidades[5]. Estima-se que em cerca de 1% a 5% dos casos, quadros inicialmente sugestivos de diverticulite correspondam, na realidade, a neoplasias colorretais localmente avançadas, ou vice-versa, evidenciando a sobreposição entre essas entidades[3].

Na maioria dos casos, o diagnóstico da diverticulite é estabelecido por meio de achados clínicos associados à tomografia computadorizada, que apresenta alta sensibilidade e especificidade para a identificação do processo inflamatório e suas complicações[5]. Entretanto, tal exame apresenta limitações importantes em cenários atípicos e apesar dos avanços nos métodos diagnósticos, permanece uma zona de sobreposição significativa entre diverticulite

complicada e câncer colorretal, na qual os exames de imagem, isoladamente, podem induzir a uma falsa impressão de neoplasia[5].

Neste relato de caso, descrito de acordo com os Critérios SCARE[6], apresentamos um caso de diverticulite do cólon sigmoide com apresentação atípica, simulando neoplasia colorretal localmente avançada, evidenciando as limitações diagnósticas dos métodos complementares e a necessidade de abordagem cirúrgica com princípios oncológicos diante da incerteza diagnóstica.

DESCRIÇÃO DO CASO

Uma mulher de 69 anos, com peso de 69,2 kg e altura de 1,55 m (Índice de Massa Corporal: 28,8 kg/m²), apresentou-se ao serviço para realização de colonoscopia após múltiplas tentativas frustradas de preparo intestinal em domicílio. Referia história de diarreia crônica há aproximadamente um ano, com frequência de cinco a dez evacuações diárias, de caráter contínuo, associada a distensão e dor abdominal difusa. As fezes apresentavam consistência variável entre líquida e pastosa, frequentemente acompanhadas de muco e aspecto em fita, sem relato de hematoquezia ou esteatorréia. Evoluiu no período com perda ponderal não intencional superior a 10 kg, associada à hiporexia persistente, cursando com dificuldade para ingestão alimentar e piora progressiva da constipação. Negava febre, náuseas ou vômitos, bem como outras queixas associadas. Como antecedentes pessoais relevantes, apresentava hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana 50 mg/dia e histórico de histerectomia total por miomatose uterina e hemorroidectomia realizadas há mais de dez anos. Negava tabagismo, etilismo e alergias medicamentosas.

Ao exame físico inicial, encontrava-se em bom estado geral, consciente e orientada, porém hipocorada (2+/4+), hidratada e hemodinamicamente estável. O abdome apresentava-se globoso e distendido, doloroso à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal, com ruídos hidroaéreos presentes e normoativos, sem massas palpáveis ou visceromegalias. Os demais sistemas não apresentavam alterações relevantes.

Foram solicitados exames laboratoriais, que evidenciaram hemoglobina de 10,3 g/dL, leucócitos de 7.520/mm³, plaquetas de 423.000/mm³ e albumina de 2,9 g/dL. A colonoscopia (05/03) evidenciou, na transição retossigmoide, a aproximadamente 18 cm da borda anal, estreitamento luminal associado a mucosa de aspecto pálido com áreas discretamente violáceas, estendendo-se por cerca de 8 a 10 cm. A progressão do colonoscópio foi possível, porém com dificuldade. Observou-se área com aspecto sugestivo de lesão infiltrativa, apresentando friabilidade ao toque da pinça de biópsia. O resultado anatomopatológico (16/03) evidenciou apenas tecido de granulação, e o antígeno carcinoembrionário (CEA) sérico foi de 3,3 ng/mL.

Pós-colonoscopia, a paciente evoluiu com piora progressiva da distensão abdominal, apresentando quadro compatível com suboclusão intestinal com eliminação de fezes líquidas em pequena quantidade associada à incontinência fecal, cuja conduta consistiu em medidas conservadoras pré-operatórias, incluindo dieta zero, suporte nutricional com nutrição parenteral total e correção de distúrbios hidroeletrólíticos, associada à reposição de ferro.

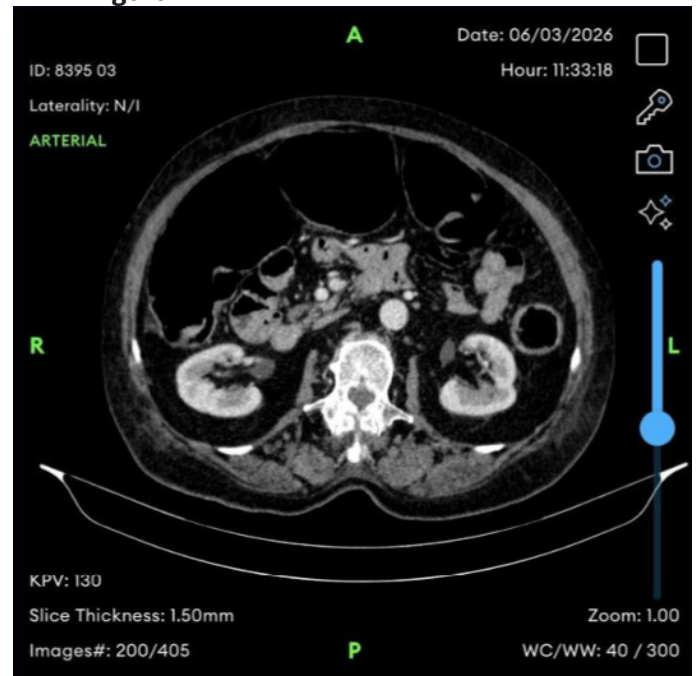
A radiografia de abdome (05/03) evidenciou distensão de alças intestinais (Figura 1), de forma semelhante à Tomografia Computadorizada (TC) de tórax e abdome (06/03), a qual revelou espessamento parietal circunferencial do retossigmoide com extensão aproximada de 8 cm, determinando estreitamento luminal e distensão gasosa moderada a acentuada das alças colônicas e delgadas a montante, além de íntimo contato com alça de intestino delgado adjacente e pequena quantidade de líquido livre na cavidade pélvica, conforme consta na Figura 2. Adicionalmente, radiografias seriadas de abdome continuaram evidenciando distensão difusa de alças colônicas até a data do procedimento.

Figura 1



Fonte: Autoria Própria

Figura 2



Fonte: Autoria própria

Durante a internação, a paciente apresentou resultado positivo para influenza e a programação cirúrgica foi temporariamente postergada até a conclusão do tratamento e estabilização clínica da

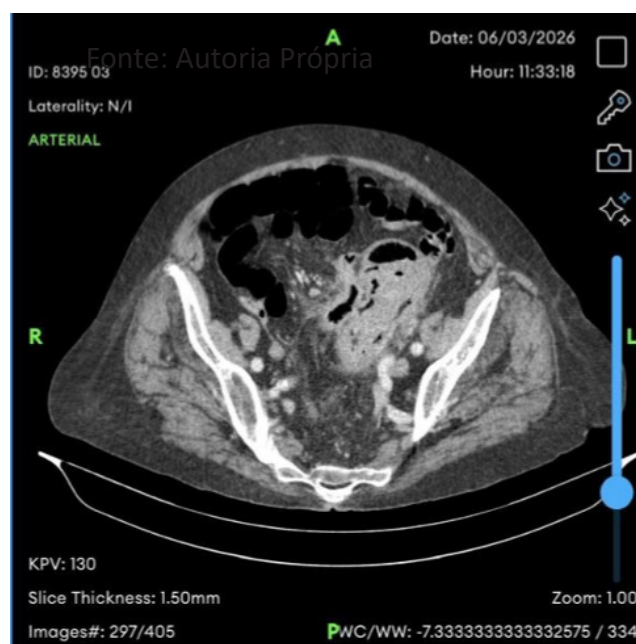
paciente.

Diante do quadro clínico, radiológico e endoscópico, visando manter a segurança e o melhor tratamento possível da paciente foi indicada a retossigmoidectomia a Hartmann com princípios oncológicos. Aos achados intraoperatórios, notou-se distensão importante do cólon transverso e volumosa massa em retossigmoide com aderência firme de alças de delgado e fístula de delgado com cólon sigmoide a nível da massa identificada e intenso processo inflamatório de contiguidade da parede abdominal próxima aos vasos ilíacos e ureter esquerdo, sem plano de clivagem inicialmente identificável. Realizou-se lise de aderência de alças de delgado seguido de enterectomia de alça de delgado fistulizada com anastomose enteroentérica laterolateral com grampeador 75 mm, manobra de Mattox com ressecção de peritoneo adjacente a massa em cólon sigmoide, ureterólise à esquerda, ligadura da veia mesenterica inferior e artéria mesenterica inferior em suas origens para realização de Linfadenectomia e retossigmoidectomia a 14 cm da borda anal com grampeador linear 75 mm; Em seguida, confecção de colostomia terminal em alça de cólon descendente em fossa ilíaca esquerda, com posicionamento de dreno de Blake em pelve.

O exame anatomopatológico da peça cirúrgica (Figura 3) revelou o diagnóstico definitivo de diverticulite aguda, com doença diverticular dos cólons, lesão ulcerada de 3,5 x 3,5 cm associada a múltiplos divertículos de até 1,5 cm, parede intestinal espessada com espessura média de 2,3 cm, 24 linfonodos de padrão reacional (0/24) e ausência de critérios histológicos de malignidade. As margens de ressecção estavam livres.

A paciente recebeu alta hospitalar no oitavo dia de pós-operatório, consciente, orientada, deambulando com auxílio, com colostomia funcionando, aceitando dieta branda e clinicamente estável, com orientações sobre cuidados com a ostomia e encaminhamento ao centro de ostomizados.

Figura 3



Fonte: Autoria Própria

Figura 4



Fonte: Autoria Própria

DISCUSSÃO

A diverticulite aguda complicada pode mimetizar carcinoma colorretal, representando um dos maiores desafios diagnósticos em cirurgia coloproctológica.[5,7] A estenose colônica inflamatória, o espessamento parietal circunferencial e a obstrução a montante constituem achados compartilhados pelas duas condições, tornando frequentemente impossível a distinção definitiva por métodos não invasivos.[8,9] No presente caso, a paciente apresentou quadro clínico com diarreia crônica, perda ponderal superior a 10 kg, anemia, hipoalbuminemia e massa em retossigmoide com aderência a estruturas adjacentes, conjunto que, aliado aos achados endoscópicos e tomográficos, levou à hipótese operatória de neoplasia.

A biópsia endoscópica é limitada em segmentos com intensa reação fibrótica e inflamatória transmural.[8,10] Nishiyama et al.[10] descreveram dois casos de estenose sigmoide por diverticulite em que colonoscopia, enema opaco e PET-CT não permitiram afastar carcinoma, mas o resultado anatomopatológico pós-operatório confirmou processo inflamatório benigno. Shumarova et al.[8] relataram três séries de biópsias endoscópicas negativas para malignidade antes da ressecção cirúrgica que confirmou diverticulose estenosante. No presente caso, o mesmo padrão foi observado, já que biópsias indicaram apenas tecido de granulação. O CEA sérico de 3,3 ng/mL, embora dentro dos limites normais, não permitiu excluir neoplasia, visto que valores normais ocorrem em até 30–40% dos carcinomas colorretais.[11]

A TC de abdome, padrão ouro para estadiamento e avaliação de complicações da diverticulite segundo as diretrizes da WSES (2020)[7] e da AGA (2021),[12] apresenta sensibilidade e especificidade em torno de 95% para o diagnóstico de diverticulite, porém sem critério tomográfico validado para distingui-la do carcinoma quando há espessamento parietal circunferencial, estreitamento luminal e linfonodomegalia regional.[11,12] No caso descrito, os achados de espessamento de 8 cm com distensão a montante e contato com alça de delgado se enquadram tanto no estágio WSES 2B quanto em

neoplasia T4.11 Yoshida et al.[9] e Nkenguye et al.[5] confirmaram essa limitação ao relatar casos em que a TC não demonstrou achados típicos de câncer, mas não permitiu afastá-lo antes da cirurgia.

Diante da impossibilidade de diagnóstico definitivo pré-operatório, a indicação cirúrgica seguiu conforme o preconizado pelas diretrizes para casos de estenose colônica com suspeita de malignidade.[5,7] Ikebata et al.[7] ressaltam que, mesmo após investigação extensa, a intervenção cirúrgica segundo protocolo oncológico deve ser considerada na diverticulite refratária, pois a coexistência com adenocarcinoma foi confirmada histologicamente apenas na peça operatória de seu caso. Os achados intra-operatórios justificaram a enterectomia segmentar, a linfadenectomia e a confecção da colostomia de Hartmann, abordagem indicada nas diretrizes WSES para diverticulite complicada em paciente com instabilidade ou complexidade técnica aumentada.[5]

A associação entre diverticulite e risco aumentado de carcinoma colorretal foi demonstrada por Mortensen et al.[13] em coorte de 29.173 adultos: o risco de diagnóstico de CCR foi significativamente elevado nos primeiros seis meses após o episódio de diverticulite, especialmente nos casos complicados. Propõe-se que tal associação venha da detecção de neoplasias preexistentes durante a investigação, hipótese diretamente pertinente ao presente caso. Em contrapartida, Völkerer et al.[14] em banco de dados austríaco de 6.154 indivíduos, não identificaram associação entre diverticulose e neoplasia avançada. Quanto à colonoscopia de seguimento, Rivero-Sánchez et al.[15] identificaram taxa global de CCR de apenas 1,0% após colonoscopia pós-diverticulite aguda, restrita aos casos complicados, o que apoia a indicação seletiva desse procedimento. No presente caso, a colonoscopia de vigilância do cólon remanescente após recuperação da colostomia é recomendada pela associação entre diverticulite complicada e risco de neoplasia metacrônica.[12,13]

O presente relato reafirma que a diverticulite aguda complicada pode reproduzir aspectos do carcinoma colorretal localmente avançado, tornando indefinido o diagnóstico pré-operatório. A conduta cirúrgica com princípios oncológicos, nesse contexto de incerteza diagnóstica, mostra-se tecnicamente correta e clinicamente segura. O acompanhamento

pós-operatório com colonoscopia do cólon remanescente permanece indicado diante do risco de neoplasia associada à doença diverticular complicada. [12,13]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tursi A, Scarpignato C, Strate LL, Lanis A, Kruis W, Lahat A, et al. Colonic diverticular disease. *Nature Reviews Disease Primers* [Internet]. 2020 Mar 26;6(1):1–23. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41572-020-0153-5>
2. Strate, L. A.; Weiser, M.; Chen W.; Colonic diverticulosis and diverticular disease: Epidemiology, risk factors, and pathogenesis . In: UpToDate, 2026. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-intestinal-ischemia-in-adults>.
3. Hanna MH, Kaiser AM. Update on the management of sigmoid diverticulitis. *World Journal of Gastroenterology* [Internet]. 2021 Mar 7;27(9):760–81. Available from: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC7941864&blobtype=pdf>
4. Inoue T. Colonic Diverticulitis Complicated by Stenosis Causing Bowel Obstruction. *Cureus*. 2022 Nov 1;
5. Nkenguye W, Amsi P, Lodhia J. Sigmoid diverticulitis mimicking colorectal cancer: A case report. *Radiology Case Reports*. 2026 May;21(5):1936–41.
6. SOHRABI, Catrin et al. The SCARE 2023 guideline: updating consensus Surgical CAse REport (SCARE) guidelines. *International Journal of Surgery*, v. 109, n. 5, p. 1136-1140, 2023.
7. Ikebata A, Mikami S, Yoo JH, Tsuwano S, Hayatsu S. Sigmoid colon cancer masked by refractory diverticulitis with abscess. *Cureus*. 2023;15(11):e48326.
8. Shumarova S, Koichev A, Sokolov M. Sigmoid stenosis caused by diverticulosis mimicking advanced colorectal cancer. *J Surg Case Rep*. 2024;2024(4):rjae255.
9. Yoshida S, Hiyama K, Kirino I, Fukui Y, Terashima H. Ascending colon stenosis caused by repeated diverticulitis that clinically mimicked advanced colon cancer: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2022;95:107184.
10. Nishiyama N, Mori H, Kobara H, Rafiq K, Fujihara S, Kobayashi M, et al. Difficulty in differentiating two cases of sigmoid stenosis by diverticulitis from cancer. *World J Gastroenterol*. 2012;18(27):3623–6.
11. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg*. 2020;15:32.
12. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA clinical practice update on medical management of colonic diverticulitis: expert review. *Gastroenterology*. 2021;160(3):906–911.
13. Mortensen LQ, Andresen K, Thygesen L, Pommergaard HC, Rosenberg J. Diverticulitis is associated with increased risk of colon cancer — a nationwide register-based cohort study. *J Clin Med*. 2024;13(9):2503.
14. Völkerer A, Wernly S, Semmler G, Flamm M, Ausserwinkler M, Datz L, et al. Association between diverticulosis and colorectal neoplasia: analysis from a large Austrian database. *J Clin Med*. 2024;13(20):6078.
15. Rivero-Sánchez L, Figueras-Bordoy M, Lanis Á, et al. Yield of post-acute diverticulitis colonoscopy for ruling out colorectal cancer. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022;21(4):976–984.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer interesses financeiros ou relações pessoais que possam ter influenciado o trabalho apresentado neste artigo.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que o presente estudo não recebeu qualquer tipo de financiamento ou apoio financeiro para sua realização.

Gastroplastia vertical em paciente com situs inversus totalis: relato de caso

Vertical gastroplasty in a patient with situs inversus totalis: case report

Antônio Augusto dos Santos Batista Filho¹; Carlos Eduardo Lopes Soares¹; Márcio Almeida de Sousa Jucá²; Antônio de Pádua Freitas Magalhães²; Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega²; Paulo Marcos Lopes²

1 - Médico residente em Cirurgia Geral, Hospital da Polícia Militar José Martiniano de Alencar (HPMJMA), Fortaleza, CE, Brasil.

2 - Médico preceptor do Serviço de Cirurgia Geral, Hospital da Polícia Militar José Martiniano de Alencar (HPMJMA), Fortaleza, CE, Brasil.

RESUMO

O situs inversus totalis é uma condição congênita caracterizada pela disposição em espelho dos órgãos torácicos e abdominais. Embora geralmente não comprometa a expectativa de vida, pode representar desafio técnico em procedimentos cirúrgicos. Este estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com obesidade grau III e diagnóstico de situs inversus totalis submetida à gastrectomia vertical laparoscópica. Trata-se de paciente do sexo feminino, 33 anos, com índice de massa corporal de 48 kg/m², comorbidades associadas e indicação de cirurgia bariátrica. O diagnóstico dessa condição foi realizado durante avaliação pré-operatória por exames de imagem. O procedimento foi realizado com adaptação da técnica laparoscópica, incluindo posicionamento espelhado dos trocárteres. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, sem intercorrências, com alta precoce e adequada evolução clínica no seguimento ambulatorial. O caso reforça a viabilidade e segurança da abordagem laparoscópica nesses pacientes, desde que haja adequado planejamento cirúrgico e experiência da equipe.

Palavras-chave: Situs inversus totalis; cirurgia bariátrica; gastrectomia vertical; laparoscopia; obesidade.

ABSTRACT

Situs inversus totalis is a congenital condition characterized by a mirror-image arrangement of the thoracic and abdominal organs. Although it generally does not affect life expectancy, it may pose technical challenges in surgical procedures. This study aims to report the case of a patient with class III obesity and a diagnosis of situs inversus totalis who underwent laparoscopic sleeve gastrectomy. The patient was a 33-year-old female with a body mass index of 48 kg/m², associated comorbidities, and an indication for bariatric surgery. The diagnosis was established during preoperative evaluation through imaging studies. The procedure was performed with adaptations to the laparoscopic technique, including mirrored trocar placement. The patient had a satisfactory postoperative course, without complications, early discharge, and appropriate clinical progression during outpatient follow-up, demonstrating the safety and feasibility of this approach.

Keywords: Situs inversus totalis; bariatric surgery; sleeve gastrectomy; laparoscopy; obesity.

INTRODUÇÃO

O situs inversustotalis (SIT) é uma anomalia congênita genética autossômica recessiva rara, caracterizada pela disposição em imagem espelhada dos órgãos intratorácicos e intra-abdominais. Estima-se que sua incidência seja de aproximadamente 0,01% da população. A maioria dos indivíduos afetados apresenta bom estado de saúde e expectativa de vida normal, embora a condição possa estar associada a anomalias respiratórias, cardiovasculares e digestivas [1].

O aumento global da obesidade, aliado à crescente indicação de cirurgia bariátrica devido aos seus resultados eficazes, eleva a probabilidade de cirurgiões se depararem com condições anatômicas raras, como o SIT [2].

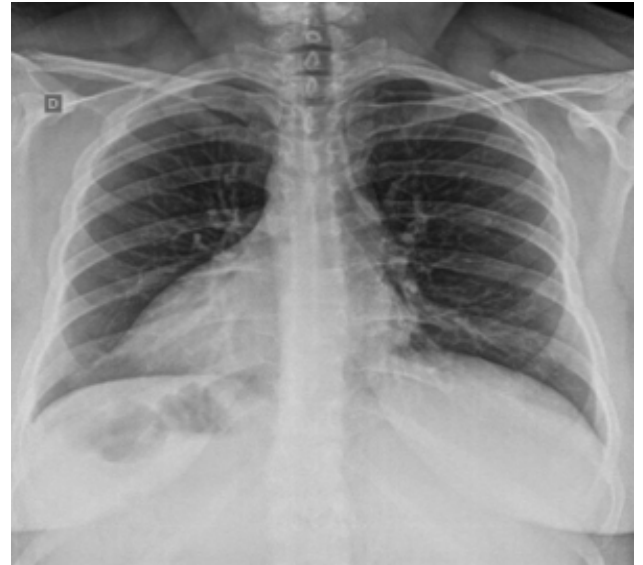
Diante disso, o presente estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com SIT submetida à gastrectomia vertical (sleeve gástrico) no serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Polícia Militar José Martiniano de Alencar (HPMJMA).

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 33 anos, com diagnóstico de obesidade grau III (IMC: 48 kg/m²), foi admitida no serviço de cirurgia bariátrica para programação de cirurgia metabólica. Apresentava como comorbidades apneia obstrutiva do sono e síndrome dos ovários policísticos.

Durante a realização dos exames pré-operatórios, incluindo radiografia de tórax (Figura 1) e ecocardiograma, foi diagnosticada com situs inversustotalis. O caso foi discutido com equipe multidisciplinar, sendo planejada a adaptação da técnica cirúrgica laparoscópica.

Figura 1 - Radiografia de tórax com Dextrocardia

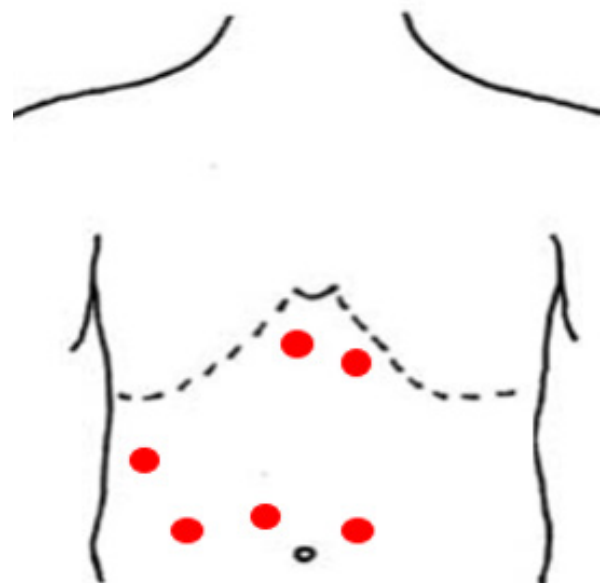


Fonte: Autoria Própria

Os exames pré-operatórios não evidenciaram outras alterações relevantes, incluindo ausência de esofagite, sendo indicada a realização de gastrectomia vertical laparoscópica.

O procedimento foi realizado com posicionamento dos trocárteres em configuração espelhada à técnica convencional: dois trocárteres de 5 mm em região epigástrica, dois trocárteres de 12 mm em região paraumbilical direita e esquerda, e dois trocárteres de 5 mm em flanco direito (Figura 2).

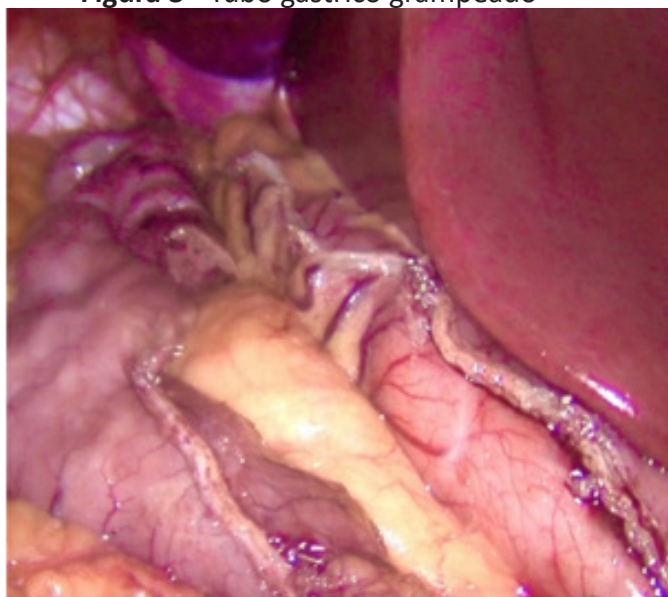
Figura 2 - Posicionamento dos trocartes



Fonte: Autoria própria

Durante o procedimento, foi realizada a confecção da gastrectomia vertical com adequada calibração do tubo gástrico. A linha de grampeamento gástrico foi confeccionada sem intercorrências (Figura 3). Em seguida, procedeu-se à realização de sutura de reforço sobre a linha de grampos, com o objetivo de reduzir o risco de complicações, como sangramento e fístula.

Figura 3 - Tubo gástrico grampeado



Fonte: Autoria própria

A paciente apresentou evolução pós-operatória satisfatória, com início de dieta líquida restrita e fracionada no terceiro dia pós-operatório, recebendo alta hospitalar no mesmo dia. No retorno ambulatorial no 15º dia pós-operatório, encontrava-se assintomática, em uso de inibidor de bomba de prótons, com perda ponderal inicial adequada. Segue em acompanhamento ambulatorial regular.

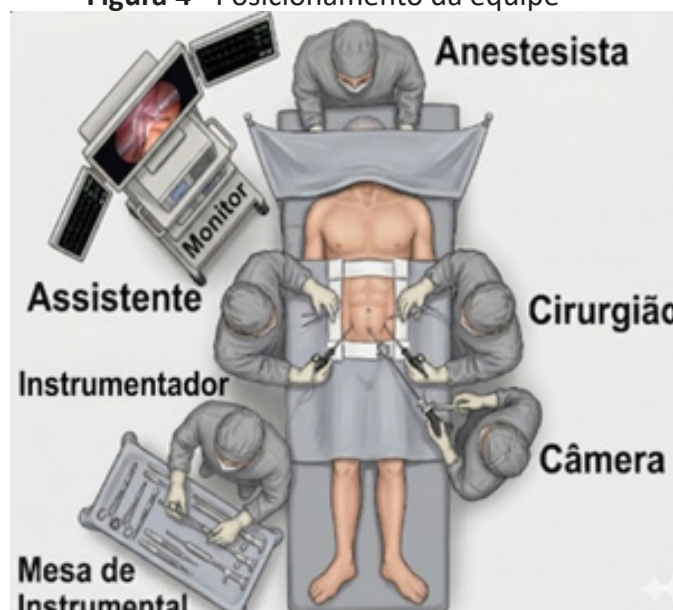
DISCUSSÃO

O situs inversus totalis (SIT) representa um desafio técnico potencial em procedimentos laparoscópicos devido à inversão anatômica dos órgãos, exigindo adaptação da orientação espacial pelo cirurgião. Embora seja uma condição rara, seu reconhecimento pré-operatório é fundamental para o adequado planejamento cirúrgico e para a redução de complicações intraoperatórias.

No contexto da cirurgia bariátrica, a literatura

demonstra que a gastrectomia vertical laparoscópica é frequentemente preferida em pacientes com SIT, possivelmente devido à sua relativa padronização técnica e menor complexidade quando comparada a outros procedimentos, como o bypass gástrico em Y de Roux. No entanto, independentemente da técnica escolhida, a principal dificuldade relatada está relacionada à necessidade de reconfiguração da ergonomia cirúrgica, incluindo o posicionamento da equipe (Figura 4) e dos trocárteres [3, 4].

Figura 4 - Posicionamento da equipe



Fonte: Autoria Própria

Estudos prévios descrevem maior tempo operatório e, ocasionalmente, a necessidade de trocárteres adicionais, refletindo a curva de adaptação à anatomia invertida. Entretanto, no presente caso, tais dificuldades não foram evidenciadas, uma vez que o tempo cirúrgico e o número de trocárteres utilizados foram semelhantes aos observados em pacientes com anatomia habitual. Esse achado sugere que a experiência da equipe cirúrgica e o planejamento pré-operatório adequado podem mitigar os desafios técnicos associados ao SIT.

Além disso, a escolha pela posição americana, em contraste com a preferência pela posição francesa descrita em parte da literatura, demonstrou-se igualmente eficaz, reforçando que diferentes abordagens podem ser empregadas com segurança, desde que adaptadas à familiaridade da equipe [5].

Dessa forma, o presente relato corrobora evidências de que o SIT, embora imponha particularidades técnicas, não constitui um impeditivo para a realização de cirurgia bariátrica laparoscópica, desde que conduzida por equipe experiente e com adequado planejamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORTIZ GÓMEZ, J. E.; ARELLANES HERRERA, P. S.; GUZMÁN BARBA, J. A.; ESPARZA ESTRADA, I.; OROZCO ÁLVAREZ MALO, J. O. Laparoscopic sleeve gastrectomy in situs inversus totalis: a case report. *Annals of Medicine and Surgery (London)*, v. 85, n. 2, p. 276–279, 2023. DOI: 10.1097/MS9.000000000000185.
2. MUÑOZ-LEIJA, M. A.; ÁLVAREZ-VALDÉS, G.; ROSALES-PÉREZ, G. Situs inversus totalis in laparoscopic sleeve gastrectomy: a case report. *Cureus*, v. 15, n. 10, e46539, 2023. DOI: 10.7759/cureus.46539.
3. ALSUBAIE, H. S.; ALOTAIBI, W. S. Laparoscopic sleeve gastrectomy in situs inversus totalis: a case report. *Cureus*, v. 16, n. 6, e62610, 2024. DOI: 10.7759/cureus.62610.
4. PÉREZ CORZO, H. J.; VERBOONEN SOTELO, J. S.; ROMERO MANZANO, J.; SALGADO SALAS, R. E.; ESPARZA, I. SR. Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) in a patient with situs inversus totalis (SIT): a case report. *Cureus*, v. 15, n. 6, e40873, 2023. DOI: 10.7759/cureus.40873.
5. BURVILL, A.; BLACKHAM, R.; HAMDORF, J. Laparoscopic sleeve gastrectomy in a patient with situs inversus totalis and Kartagener syndrome: an unusual surgical conundrum. *BMJ Case Reports*, v. 12, n. 7, e229550, 2019. DOI: 10.1136/bcr-2019-229550.

O uso precoce de octreotíde no tratamento de fístula quilosa pós-gastrectomia total oncológica: relato de caso

Early Use of Octreotide in the Treatment of Chylous Fistula Following Total Oncologic Gastrectomy: A Case Report

Anna Giulia Meira Garcia Cabral¹; Victor Sousa Martins de Alcantara Meireles¹; Társio Thiago Lopes Alves Filho²; Marcus Vinicius Vieira Torquato²; Renan Castro Bandeira²; Antônio de Pádua freire Magalhaes Júnior³

1 - Residente de Cirurgia Geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

2 - Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

3 - Preceptor de Cirurgia Geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

RESUMO

A fístula quilosa é uma rara complicação pós-operatória de gastrectomia total com linfadenectomia D1/D2. Relata-se uma mulher de 50 anos submetida à gastrectomia total oncológica com linfadenectomia D2 e reconstrução em Y de Roux. No sétimo dia pós-operatório, observou-se no dreno de Blake secreção leitosa sugestiva de quilo, confirmada laboratorialmente. Instituiu-se terapia precoce com octreotida por três dias, com rápida redução do débito e conversão para drenagem serosa. A paciente recebeu alta no 11º dia, sem necessidade de reintervenção. Trata-se de complicação incomum e associada à dissecação linfática extensa no câncer gástrico, inexistindo protocolos terapêuticos padronizados e persistindo desafio no manejo. O tratamento conservador inclui jejum e nutrição parenteral total, com ou sem farmacoterapia. A octreotida, análogo da somatostatina, associa-se à redução do débito quiloso e do tempo de internação. O reconhecimento precoce e o manejo multidisciplinar são fundamentais, sendo a terapia farmacológica precoce potencial adjuvante no controle das complicações.

Palavras-chave: Octreotíde; fístula quilosa; gastrectomia total; relato de caso.

ABSTRACT

A chyle fistula is a rare postoperative complication of total gastrectomy with D1/D2 lymphadenectomy. We report the case of a 50-year-old woman who underwent oncological total gastrectomy with D2 lymphadenectomy and Rouxen-Y reconstruction. On the seventh postoperative day, a milky discharge suggestive of chyle was observed in the Blake drain, which was confirmed by laboratory tests. Early therapy with octreotide was initiated for three days, resulting in a rapid reduction in output and conversion to serous drainage. The patient was discharged on the 11th day without the need for reoperation. This is an uncommon complication associated with extensive lymph node dissection in gastric cancer; there are no standardized treatment protocols, and management remains challenging. Conservative treatment includes fasting and total parenteral nutrition, with or without pharmacotherapy. Octreotide, a somatostatin analog, is associated with reduced chyle output and shorter hospital stay. Early recognition and multidisciplinary management are essential, and early pharmacological therapy is a potential adjunct in controlling complications.

Keywords: Octreotide; chylous fistula; total gastrectomy; case report.

INTRODUÇÃO

A Fístula Quilosa (FQ) é definida como o extravasamento de líquido linfático, com predomínio de triglicerídeos, para fora da cavidade abdominal por meio de um dreno[1]. Dentre as principais causas, a manipulação cirúrgica do sistema linfático merece destaque[2]. Tal condição é uma rara complicação em pacientes submetidos a Gastrectomia Total (GT) com linfadenectomia em D1 ou D2, com taxas de incidência entre 0,3% a 0,7%[3].

O aparecimento da FQ geralmente se dá em aproximadamente 7 dias de pós-operatório, com resolução espontânea na maioria dos pacientes[4]. O manejo da FQ pode ser realizado de forma conservativa pela adoção de jejum associado à Nutrição Parenteral Total (NPT) ou com uma dieta à base de Triglicerídeos de Cadeia Média (TCM), com ou sem a utilização de terapias farmacológicas[3]. O Octreotíde, um análogo da somatostatina, pode reduzir o volume e a duração da drenagem da FQ quando associado à NPT, diminuindo o tempo de permanência hospitalar[5,6].

Inexistem padrões unificados atuais para o tratamento e manejo de pacientes com tal complicação após gastrectomia[4]. Neste relato de caso, descrito de acordo com os Critérios SCARE[7], apresentamos a história de uma paciente submetida ao uso precoce de octreotíde no tratamento de fístula quilosa pós-gastrectomia total por câncer gástrico.

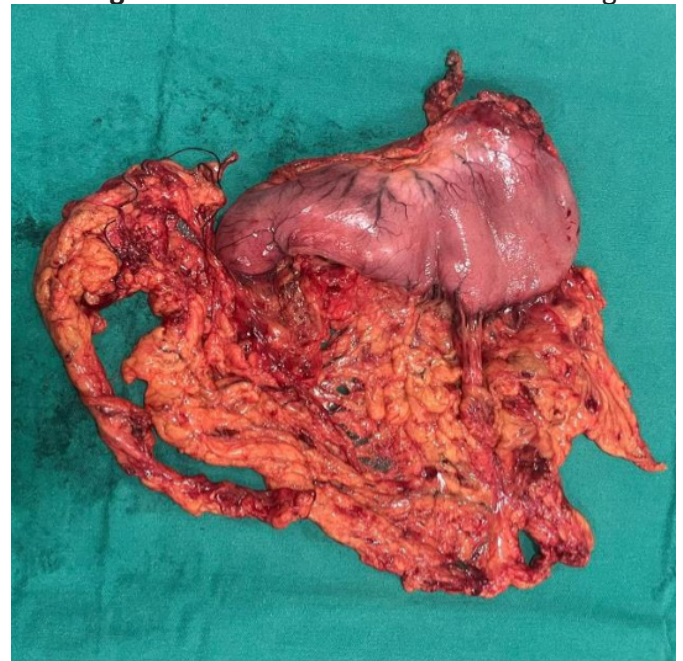
DESCRIÇÃO DO CASO

Uma mulher de 50 anos, com peso de 50kg e altura de 1,45m (Índice de Massa Corporal: 23,78 Kg/m²), relatou que, há 3 meses, iniciou-se um quadro de dor epigástrica pós-prandial que irradiava para a região do dorso, associada à perda ponderal de 3kg não intencional no período. Durante o período de investigação do quadro, a paciente realizou uma endoscopia digestiva alta, que constatou uma lesão ulceroinfiltrativa em corpo gástrico distal. A biópsia gástrica confirmou um adenocarcinoma gástrico de células pouco coesas (tipo difuso de Lauren) em anel de sinete na região do antro gástrico.

No seguimento do caso, a paciente precisou ser submetida à gastrectomia total em oncologia (Fi-

gura 1), com tumor de antro distal se estendendo ao longo da pequena curvatura, com linfadenectomia em D2, realizando reconstrução em Y de Roux com aposição de sonda nasoenteral (SNE) após enteroanastomose. Nos primeiros dias de pós-operatório, a paciente evoluiu hemodinamicamente estável, consciente e orientada, com abdome flácido e doloroso à palpação profunda e superficial, mas sem sinais de peritonite, realizando o uso de antibióticos, analgésicos e antieméticos. Inicialmente, o dreno se apresentou com aspecto serossanguinolento nos dois primeiros dias de pós-operatório, sendo iniciada a dieta enteral via sonda nasoenteral (SNE) pós anastomótica no 2º dia de PO. No terceiro dia de pós-operatório, o dreno de Blake apresentou alteração de aspecto e apresentou-se com um conteúdo de coloração esbranquiçada e de aspecto serohemático espesso, no qual foi solicitado estudo do líquido drenado, demonstrado na figura 2, e constatou-se a presença de amilase (41 UI/L), lipase (71 UI/L) e triglicerídeos (711 mg/dl).

Figura 1 - Gastrectomia total em oncologia



Fonte: Autoria Própria

Figura 2 - Fluido de coloração esbranquiçada com um aspecto serohemático espesso, 2º dia de PO



Fonte: Autoria própria

No sétimo dia de pós-operatório, constatou-se um fluido de aspecto leitoso espesso, sugestivo de conteúdo quiloso, no dreno de Blake (Figura 3), em que foi prescrito Octreotíde 0,1mg/ml de 8/8h, de forma precoce, e mantido por um período de três dias, quando o líquido voltou ao aspecto seroso. No décimo primeiro dia de pós-operatório a paciente recebeu alta hospitalar com necessidade de retorno ambulatorial após uma semana. A quantidade de volume drenada no dreno de Blake e seu aspecto por dia de pós-operatório está registrada na tabela 1.

Figura 3 - Fluido de coloração esbranquiçada, com um aspecto leitoso espesso, sugestivo de conteúdo quiloso.



Fonte: Autoria própria

Tabela 1 - Quantidade de volume drenado no dreno de Blake e seu aspecto por dia de pós-operatório. Autoria Própria.		
Dia do pós-operatório	Volume drenado no dreno de Blake	Aspecto
1º dia	44 mL/12 h	Serossanguinolento
2º dia	125 mL/24 h	Serossanguinolento
3º dia	245 mL/24 h	Seroso
4º dia	485 mL/24 h	Serohemático
5º dia	470 mL/24 h	Serohemático
6º dia	755 mL/24 h	Serohemático
7º dia	1.040 mL/24 h	Quiloso
8º dia	500 mL/24 h	Quiloso
9º dia	352 mL/24 h	Seroso
10º dia	325 mL/24 h	Seroso
11º dia	110 mL/24 h	Seroso
12º dia	193 mL/24 h	Seroso

Figura 4 - Décimo Dia de Pós-Operatório



Fonte: Autoria Própria

DISCUSSÃO

O câncer gástrico é uma neoplasia maligna comum de reservado prognóstico, sendo um problema de saúde global que permanece entre as principais causas de mortalidade por neoplasia em todo o mundo[8,9]. O tratamento cirúrgico, por meio da gastrectomia oncológica, é considerado a abordagem de escolha para essa malignidade, principalmente nos casos localmente avançados ou com comprometimento extenso, em que muitas vezes faz-se necessária a ressecção total do estômago com reconstrução em Y de Roux[9,10].

Dentre as possíveis complicações, a fístula quilosa é um evento clínico raro de crescente importância, resultante de lesões de vasos linfáticos ou linfonodos durante a dissecação cirúrgica. Esta intercorrência é comumente caracterizada pelo extravasamento pós-operatório de quilo rico em triglicerídeos, com uma coloração esbranquiçada e aspecto leitoso, para a cavidade abdominal ou para o exterior, por meio de um dreno, sendo capaz de prolongar o tempo de internação hospitalar[3].

Inicialmente, o manejo da fístula quilosa é realizado de forma conservadora, incluindo drenagem adequada, dieta com triglicerídeos de cadeia média, nutrição parenteral total e o uso de fármacos adjuvantes, especialmente os análogos de so-

matostatina, como a octreotida[5], que tem emergido como estratégia terapêutica eficaz, com um potencial de reduzir o débito quiloso e o tempo de internação hospitalar[11].

O octreotida é um análogo sintético da somatostatina de longa duração que atua por múltiplos mecanismos, como a redução da produção do fluxo sanguíneo no leito vascular esplâncnico, diminuição das secreções gástricas, pancreáticas e intestinais, prejudicando a absorção no trato gastrointestinal e, coletivamente, reduzindo o fluxo de quilo[12-14].

No presente caso analisado, a introdução do octreotida de forma precoce foi associada a uma rápida redução do fluxo quiloso com a resolução da fístula e à evolução do quadro clínico de forma conservadora, dispensando a realização de reabordagem cirúrgica. Ademais, o seu uso possibilitou a continuidade da dieta via enteral sem a necessidade de nutrição parenteral total, sendo esse fato determinante para evitar complicações metabólicas prolongadas mediante uma nutrição adequada da paciente. Evidências científicas recentes sugerem que a instituição do tratamento farmacológico com octreotida nas fases iniciais pode diminuir a duração da fístula quilosa, quando comparada à conduta exclusivamente dietética[15].

A ausência na redução significativa do débito quiloso indica possível falha terapêutica e necessidade de avaliação para a reabordagem cirúrgica, esta que permanece reservada apenas para os casos refratários ao tratamento conservador, especialmente quando há um fluxo elevado persistente do conteúdo. Técnicas como ligadura do vaso linfático identificado ou embolização linfática vêm sendo descritas como alternativas eficazes nos cenários selecionados[16].

A condução com reconhecimento oportuno da complicação e introdução precoce do tratamento conservador sustenta o octreotida como uma estratégia terapêutica adjuvante da fístula quilosa, particularmente em cirurgias oncológicas com dissecação linfonodal ampliada, em que o risco de lesão linfática é mais elevado[3].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTRO, B. et al. CHYLOPERITONEUM AFTER GASTRECTOMY: IS IT A MANAGEABLE NIGHTMARE? *Revista Portuguesa de Cirurgia*, v. 56, n. 1646-6918, p. 1012, dez. 25DC.
2. Yokokawa H, Katsube T, Miyazawa M, Nishiguchi R, Asaka S, Yamaguchi K, et al. First successful case of percutaneous transabdominal thoracic duct embolization (PTTDE) for chylous ascites resulting from laparoscopic gastric cancer surgery. *International Cancer Conference Journal*. 2021 Jan 23;10(2):149–53.
3. Weniger M, D'Haese JG, Angele MK, Kleespies A, Werner J, Hartwig W. Treatment options for chylous ascites after major abdominal surgery: a systematic review. *The American Journal of Surgery* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2022 Feb 20];211(1):206–13. Available from: 9610(15)00327-X/pdf <https://www.american-journalofsurgery.com/article/S0002>
4. Kakinuma D, Kanazawa Y, Matsuno K, Masuda Y, Ando F, Hagiwara N, et al. Ligation and Fibrin Glue Spraying for Intractable Chylous Ascites after Radical Gastrectomy for Gastric Cancer: Case Report and Literature Review. *Journal of Nippon Medical School*. 2021 Jun 25;88(3):242–7.
5. Lin S, Tong H, Qin Y, Ni Z, Zhang W. Prevention and treatment of lymphorrhoea following surgery for gastric cancer. *ANZ Journal of Surgery*. 2010 Jul;80(7-8):515–8.
6. Song W. Effect of somatostatin in advanced gastric cancer after D2 radical gastrectomy. *World Journal of Gastroenterology*. 2014 Jan 1;20(40):14927–7.
7. Sohrabi C, Mathew G, Maria N, Kerwan A, Franchi T, Agha RA. The Scare 2023 guideline: Updating consensus surgical case report (SCARE) guidelines. *International Journal of Surgery*. 2023 Apr 5; Publish Ahead of Print.
8. Thrift AP, El-Serag HB. Burden of Gastric Cancer. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2020 Mar;18(3):534–42.
9. Tan Z. Recent Advances in the Surgical Treatment of Advanced Gastric Cancer: A Review. *Medical Science Monitor*. 2019 May 13;25:3537–41.
10. Sweigert PJ, Eguia E, Nelson MH, Nassoij SP, Knab LM, Abood G, et al. Total gastrectomy in patients with gastric adenocarcinoma: Is there an advantage to the minimally invasive approach? *Surgery*. 2019 Oct;166(4):623–31.
11. Lau ACW, Hsu PYH, Ng D, Luecke K, Nayar S. Management of Malignant Chylothorax with Subcutaneous Octreotide Treatment. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2021 Jan 2;35(1):48–51.
12. Chandran S, Agarwal A, Genevieve Villablanca Llanora, Mei Chien Chua. Necrotising enterocolitis in a newborn infant treated with octreotide for chylous effusion: is octreotide safe? *BMJ case reports*. 2020 Feb 1;13(2):e232062–2.
13. Dunn B, Foxe M, Sprott KH, Hook JE, Jump C. The use of octreotide in pediatric patients: Practical applications for gastrointestinal disorders and beyond: A narrative review. *Nutrition in Clinical Practice*. 2025 Jul 9;40(5):1040–52.
14. Martini S, Aceti A, Lima M, Maffi M, Faldella G, Corvaglia L. Octreotide in a Critically Ill Extremely Preterm Infant With Perforated Necrotizing Enterocolitis. *Pediatrics*. 2016 Jul 12;138(2):e20160467.
15. Molena E, King E, Davies-Husband C. Octreotide versus oral dietary modification for the treatment of chylous fistula following neck dissection: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Otolaryngology*. 2021 Jan 22;46(3):474–84.
16. Soliman S, Khoury J, Kocharyan H, Yeisley C, Salloum E, Al-Roubaie M. Selective Lymphatic Duct Embolization in Patients With Chylothorax and Thoracic Duct SideBranch Injury. *Cureus*. 2025 May 24;

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer interesses financeiros ou relações pessoais que possam ter influenciado o trabalho apresentado neste artigo.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que o presente estudo não recebeu qualquer tipo de financiamento ou apoio financeiro para sua realização.

Reparo laparoscópico de hérnia de Spiegel: relato de caso

Laparoscopic Repair of Spigelian Hernia: Case Report

Antonio Augusto dos Santos Batista Filho¹, Jonathan Barros Cavalcante¹, Dielly Chaves Moreira², Felipe Siqueira Teixeira²

1 - Médico residente em Cirurgia Geral, Hospital da Polícia Militar José Martiniano de Alencar (HPMJMA), Fortaleza, CE, Brasil.

2 - Médico preceptor do Serviço de Cirurgia Geral, Hospital da Polícia Militar José Martiniano de Alencar (HPMJMA), Fortaleza, CE, Brasil.

RESUMO

A hérnia de Spiegel é um raro defeito da parede abdominal que ocorre através da aponeurose spigeliana. Devido à sua natureza intersticial, o diagnóstico clínico é frequentemente complexo. Este trabalho relata o caso de um paciente do sexo masculino, 58 anos, com queixa de dor em fossa ilíaca direita, diagnosticado via tomografia computadorizada e submetido à correção cirúrgica por videolaparoscopia. O procedimento transcorreu sem intercorrências, com alta hospitalar precoce. A abordagem minimamente invasiva demonstrou ser eficaz para o diagnóstico definitivo e o tratamento anatômico.

Palavras-chave: Hérnia de Spiegel; Laparoscopia; Hernioplastia; Parede Abdominal.

ABSTRACT

Spigelian hernia is a rare abdominal wall defect occurring through the Spigelian aponeurosis. Due to its interstitial nature, clinical diagnosis is often complex. This paper reports the case of a 58-year-old male patient with a complaint of pain in the right iliac fossa, diagnosed via computed tomography and submitted to surgical correction by videolaparoscopy. The procedure was uneventful, with early hospital discharge. The minimally invasive approach proved effective for definitive diagnosis and anatomical treatment.

Keywords: Spigelian Hernia; Laparoscopy; Hernioplasty; Abdominal Wall.

INTRODUÇÃO

Adrian Van Der Spiegel, anatomista belga (1578–1625) e catedrático de cirurgia e anatomia da Universidade de Pádua, foi o pioneiro no reconhecimento da linha semilunar da parede anterior do abdome. Contudo, foi apenas em 1764 que Klinklosch descreveu a herniação nessa região como uma entidade clínica distinta, denominando-a hérnia da linha Spiegeliana [1].

A hérnia de Spiegel desenvolve-se através da fáscia homônima, situada ao longo da extremidade lateral do músculo reto abdominal, entre a linha semilunar e a borda lateral do referido músculo. Sua ocorrência é mais frequente na porção inferior da linha arqueada de Douglas, visto que a ausência da lamela posterior da bainha do reto nessa zona contribui para a fragilidade anatômica local [2].

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo relatar o caso de um paciente com hérnia de Spiegel submetido à hernioplastia no serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Polícia Militar José Martiniano de Alencar (HPMJMA).

DESCRIÇÃO DO CASO

L.P.B., sexo masculino, 58 anos, buscou atendimento referindo dor persistente em região de fossa ilíaca direita, iniciada cinco anos após a realização de hernioplastia inguinal ipsilateral.

Ao exame físico, o paciente apresentava-se em bom estado geral. No exame abdominal, observou-se leve distensão e dor de moderada intensidade à palpação, com presença de abaulamento redutível em região de fossa ilíaca direita, na borda lateral do músculo retoabdominal. Foi solicitada tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou a presença de hérnia da parede abdominal anterolateral à direita (Figura 1).

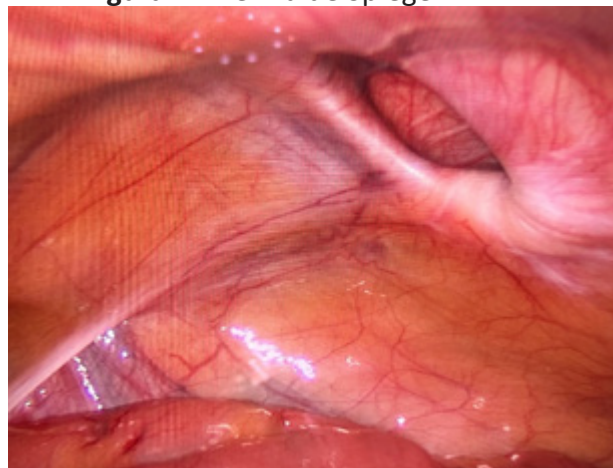
Figura 1 - TC de abdome sem contraste



Fonte: Autoria Própria

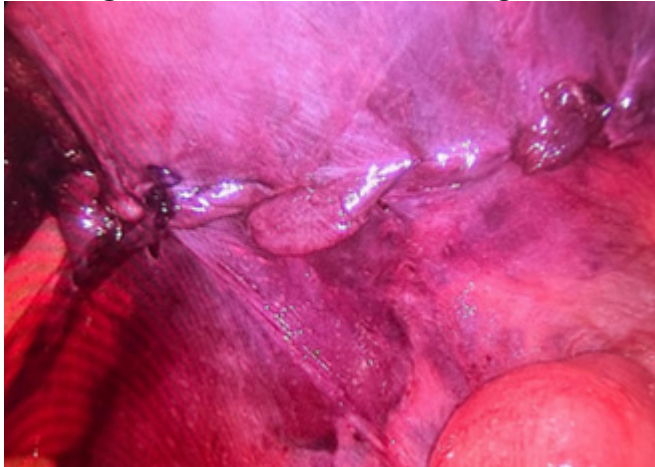
Devido ao quadro clínico, o paciente foi submetido à videolaparoscopia. Durante o ato cirúrgico, constatou-se a presença de uma hérnia de Spiegel sem conteúdo encarcerado no saco herniário (Figura 2). Optou-se pelo fechamento do defeito herniário, seguido da fixação de tela de polipropileno (Figuras 3 e 4). No período pós-operatório, o paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no primeiro dia após o procedimento.

Figura 2 - Hérnia de Spiegel



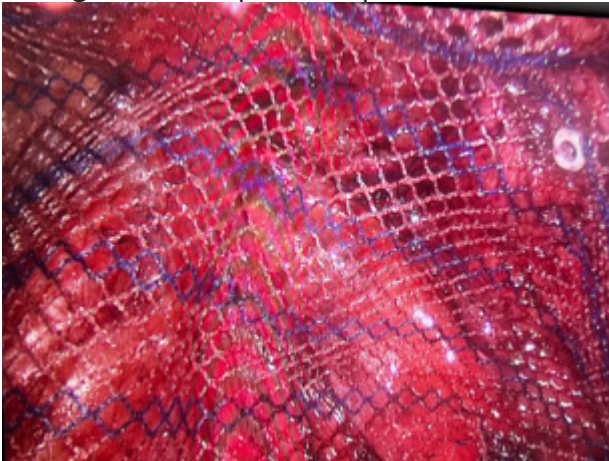
Fonte: Autoria própria

Figura 3 - Defeito herniário corrigido



Fonte: Autoria própria

Figura 4 - Tela protética posicionada



Fonte: Autoria Própria

DISCUSSÃO

A hérnia de Spiegel constitui uma condição rara, representando entre 0,12% e 2% de todas as hérnias da parede abdominal [3]. O diagnóstico é frequentemente dificultado por sua apresentação infrequente e localização intersticial, na qual o saco herniário penetra através da aponeurose do músculo transverso e do músculo oblíquo interno, permanecendo muitas vezes sob a aponeurose do oblíquo externo [1].

Embora possam ser congênitas, a maioria das hérnias de Spiegel é adquirida. Teorias sugerem que a fragilidade músculo-aponeurótica abaixo da cicatriz umbilical, onde as fibras musculares correm paralelas e apresentam fendas vasculares, predispõe à herniação. Fatores como obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica, multiparidade e procedimentos laparoscópicos prévios também são apontados como contribuintes [4].

Dentre as opções terapêuticas, a reparação laparoscópica permite a confirmação diagnóstica e a correção anatômica precisa, apresentando resultados superiores em termos de recuperação pós-operatória e redução de complicações, justificando sua recomendação como abordagem de escolha [5].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PINNA, A. et al. Spigelian Hernia: A Series of Cases and Literature Review. *Annali Italiani di Chirurgia*, [s. l.], v. 87, n. 4, p. 306-311, jul. 2016. Disponível em: <https://annaliitalianidichirurgia.it/index.php/aic/article/view/1680>. Acesso em: 28 abr. 2026.
2. LARSON, D. W.; FARLEY, D. R. Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. *World Journal of Surgery*, [s. l.], v. 26, n. 10, p. 1277-1281, out. 2002.
3. VOS, D. I.; SCHELTINGA, M. R. M. Incidence and outcome of surgical repair of spigelian hernia. *British Journal of Surgery*, [s. l.], v. 91, n. 5, p. 640-644, maio 2004.
4. HENRIKSEN, N. A. et al. EHS and AHS guidelines for treatment of primary ventral hernias in rare locations or special circumstances. *BJS Open*, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 342-353, abr. 2020.
5. MORENO-EGEA, A. et al. Open vs laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. *Archives of Surgery*, [s. l.], v. 137, n. 11, p. 1266-1268, nov. 2002.

Torção gástrica após gastroplastia vertical em manga: relato de caso

Gastric Torsion after Vertical Sleeve Gastropasty: A Case Report

Marcelo Feitosa Veríssimo⁴; Rebeca Vasconcelos de Castro⁵; Márcio Almeida de Sousa Jucá³; Wolfram Weber de Souza Amorim²; Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega¹; Paulo Marcos Lopes¹

1 - Médico Cirurgião Geral e Especialista em Cirurgia Bariátrica, Supervisor e Preceptor do Serviço de Residência Médica em Cirurgia Geral e Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar, Fortaleza, Ceará, Brasil.

2 - Médico Cirurgião Geral e Endoscopista Digestivo do Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar, Fortaleza, Ceará, Brasil.

3 - Médico Cirurgião Geral e Especialista em Cirurgia Bariátrica do Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar, Fortaleza, Ceará, Brasil.

4 - Médico Residente do Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar, Fortaleza, Ceará, Brasil.

5 - Discente do Curso de Medicina. Centro Universitário Christus – Unichristus, Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

A gastrectomia vertical é um dos procedimentos bariátricos mais realizados atualmente e, embora seja considerada segura, pode cursar com complicações mecânicas como estenose funcional por torção do tubo gástrico. Relatamos o caso de uma paciente submetida à gastrectomia vertical que evoluiu com sintomas obstrutivos persistentes, caracterizados por náuseas, vômitos pós-prandiais e intolerância alimentar. A investigação com endoscopia digestiva alta e estudo contrastado evidenciou torção do estômago ao nível da incisura angular, configurando estenose gástrica funcional pós-sleeve. A paciente foi tratada por meio de duas sessões de dilatação endoscópica, com resolução progressiva dos sintomas, sem complicações relacionadas ao procedimento e sem necessidade de cirurgia revisional. Este relato reforça a importância do reconhecimento precoce da torção gástrica como causa de estenose funcional após gastrectomia vertical e destaca a dilatação endoscópica com balão como opção terapêutica eficaz e minimamente invasiva em casos selecionados.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica; gastrectomia vertical; torção gástrica; dilatação endoscópica.

ABSTRACT

Sleeve gastrectomy is currently one of the most frequently performed bariatric procedures and, although considered safe, may be complicated by mechanical problems such as functional stenosis due to gastric tube torsion. We report the case of a patient who underwent sleeve gastrectomy and developed persistent obstructive symptoms, including nausea, postprandial vomiting and food intolerance. Upper endoscopy and contrast radiography demonstrated torsion of the gastric sleeve at the incisura angularis, consistent with functional gastric stenosis after sleeve gastrectomy. The patient was treated with two sessions of endoscopic balloon dilation, with progressive resolution of symptoms, no procedure-related complications and no need for revisional surgery. This case highlights the importance of early recognition of gastric torsion as a cause of functional stenosis after sleeve gastrectomy and supports endoscopic balloon dilation as an effective, minimally invasive therapeutic option in selected patients.

Keywords: Bariatric surgery; sleeve gastrectomy; gastric twist; endoscopic dilation.

INTRODUÇÃO

A obesidade mórbida é uma doença crônica, multifatorial e de caráter epidêmico, associada a elevada morbimortalidade e importante impacto socioeconômico. Seu manejo exige uma abordagem multidisciplinar que inclui modificações do estilo de vida, tratamento farmacológico e intervenções cirúrgicas em casos selecionados [1,3,5]. Entre as opções terapêuticas disponíveis, a cirurgia bariátrica se destaca como a intervenção mais eficaz para promover perda de peso sustentada e melhora a longo prazo das comorbidades relacionadas ao excesso de peso, especialmente em pacientes com obesidade grave [3,5].

Nesse contexto, a gastrectomia vertical laparoscópica (GVL) consolidou-se, nas últimas décadas, como uma das técnicas bariátricas mais praticadas em todo o mundo, inicialmente descrita como primeira etapa da derivação duodenal em pacientes superobesos e posteriormente adotada como procedimento primário isolado [3,4]. A GVL apresenta eficácia comparável ao bypass gástrico em Y de Roux (RYGB) na perda ponderal e controle de comorbidades, particularmente no curto prazo, ao mesmo tempo em que oferece menor complexidade técnica e perfil de segurança cirúrgica e metabólica potencialmente mais favorável [3–5]. Esses fatores contribuíram para que a gastrectomia vertical se tornasse, em muitos centros, o procedimento bariátrico mais realizado [1–5].

Apesar do bom perfil de segurança, a gastrectomia vertical não está isenta de complicações. Entre as mais relevantes, destacam-se o sangramento e os vazamentos na linha de grampeamento, bem como as estenoses do tubo gástrico, geralmente localizadas na porção média ou distal do estômago remanescente [1,2,4,5]. A incidência de hematoma/sangramento situa-se em torno de 1–5%, enquanto os vazamentos e as estenoses são descritos em aproximadamente 1–4% e 0,5–5% dos casos, respectivamente [2,4]. Embora relativamente raros, esses eventos podem acarretar importante comprometimento da qualidade de vida, necessidade de reintervenções e risco de desnutrição e distúrbios metabólicos [2,5].

A estenose pós-gastrectomia vertical pode ser classificada em orgânica, quando há estreitamento anatômico verdadeiro do lúmen gástrico, ou funcio-

nal, na qual não se observa constrição estrutural, mas sim torção ou rotação axial do tubo gástrico ao longo de seu eixo longitudinal [2–4]. Diversos mecanismos têm sido implicados na gênese da torção do estômago na gastrectomia vertical, incluindo a liberação dos ligamentos de sustentação da grande curvatura, que torna o estômago mais móvel, a tração assimétrica das paredes anterior e posterior durante o disparo dos grampeadores — resultando em um padrão espiral de grampeamento — e a formação de cicatrizes e aderências na linha de grampeamento, em especial na região da incisura angularis [1–3]. Essa alteração morfológica pode ocorrer em 1 a 10% dos pacientes submetidos à gastrectomia vertical e leva a uma estenose funcional, com bloqueio parcial do fluxo alimentar, aumento da pressão intragástrica e redução da complacência do estômago remanescente [3,4]. Clinicamente, a estenose funcional decorrente de torção do tubo gástrico manifesta-se com sintomas de obstrução gástrica, tais como náuseas, vômitos repetidos, regurgitação, dor abdominal pós-prandial e, em alguns casos, piora ou aparecimento de doença do refluxo gastroesofágico [2,4,5]. Se não reconhecida e tratada adequadamente, essa condição pode evoluir com desnutrição, distúrbios eletrolíticos, deficiências vitamínicas e internações hospitalares recorrentes [2,5]. O diagnóstico envolve, em geral, exames contrastados do trato gastrointestinal superior, que permitem avaliar o trânsito e identificar áreas de estreitamento, e a endoscopia digestiva alta, que possibilita a caracterização de estenoses orgânicas e funcionais, incluindo a identificação da torção helicoidal no sleeve gástrico [3,5]. O manejo da estenose funcional pós-gastrectomia vertical permanece motivo de debate, uma vez que não há consenso claro sobre a melhor estratégia terapêutica [2–5]. Abordagens conservadoras, intervenções endoscópicas e revisões cirúrgicas têm sido propostas como opções possíveis, com resultados variáveis. Entre as técnicas endoscópicas, a dilatação com balão tem surgido como alternativa minimamente invasiva promissora para o tratamento da estenose funcional sintomática, podendo alcançar altas taxas de sucesso clínico e evitar a necessidade de cirurgia de revisão em parcela significativa dos pacientes. [2,5] Quando a terapia endoscópica

falha, contudo, a cirurgia de revisão — frequentemente com conversão da gastrectomia vertical em bypass gástrico em Y de Roux — torna-se necessária, embora ainda não exista consenso definitivo sobre o procedimento ideal [4,5]. Além disso, a literatura disponível sobre torção gástrica após gastrectomia vertical é escassa, composta majoritariamente por séries pequenas e relatos com desfechos heterogêneos, e carece de classificações padronizadas que auxiliem na caracterização morfológica e no direcionamento terapêutico desses casos [3]. Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo descrever a experiência de tratamento da estenose funcional por torção do estômago após gastrectomia vertical por meio de dilatação endoscópica com balão, avaliando sua eficácia e segurança à luz das evidências disponíveis na literatura [1–5].

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher de 47 anos, com IMC de 41 kg/m², foi submetida a uma gastrectomia vertical em Manga em Hospital da Polícia Militar (HPM). O período pós-operatório imediato transcorreu sem intercorrências, recebendo alta 3 dias após o procedimento cirúrgico. Evoluiu na manhã seguinte a alta com disfagia, odinofagia e náuseas após alimentação líquida restrita (nega alimentos sólidos ou com grumos), apresentando múltiplos vômitos volumosos avermelhados sugestivo de hematemese. Paciente retorna ao HPM, sendo admitida estável clínica e hemodinamicamente, sem dor abdominal em má aceitação da dieta via oral devido a episódios de vômitos. Paciente seguiu internada e foi realizada uma endoscopia digestiva alta (EDA), evidenciando estado pós-gastroplastia vertical (sleeve) com área de torção na transição corpo-antra com moderada dificuldade na passagem do aparelho. Discutido o caso com equipe da endoscopia e da cirurgia digestiva, foi orientado tratamento com dilatação endoscópica. A 1ª sessão foi realizada com uso de balão hidrostático do tipo T até 20mm, com resultado insatisfatório, apresentando recorrência de náuseas e vômitos cerca de uma semana após o procedimento. Paciente apresentou-se à nova admissão clinicamente estável, em dieta líquida sem atingir a meta diária devido aos sintomas de náuseas e vômitos. A

2ª sessão de dilatação endoscópica pneumática foi realizada após 15 dias, evidenciando área de torção subestenotante na transição corpo-antra, sendo utilizada dilatação com balão pneumático de até 30mm. A paciente evoluiu clinicamente e hemodinamicamente estável, sem intercorrências, aceitando adequadamente dieta oral ofertada, sem náuseas ou vômitos, regurgitação ou sintomas de entalo.

DISCUSSÃO

A gastrectomia vertical (GV) consolidou-se como procedimento bariátrico eficaz e reproduzível para perda de peso sustentada e melhora das comorbidades, embora não esteja isenta de complicações mecânicas como obstrução e estenose do tubo gástrico [1]. A obstrução pós-GV é descrita como evento raro, porém associado a aumento significativo de morbidade e, portanto, requer reconhecimento e tratamento precoces [1]. A incidência de estenose ou obstrução pós-operatória varia entre 0,1 e 3,9% nas diferentes séries, refletindo tanto diferenças técnicas quanto possível subdiagnóstico, sobretudo dos casos funcionais [4, 7].

Diversos autores distinguem a estenose orgânica, decorrente de estreitamento anatômico por fibrose, da estenose funcional, resultante de torção ou angulação do tubo gástrico ao longo de seu eixo longitudinal [1,2,4,7]. Na estenose funcional, não há estreitamento fixo da luz, mas sim um mecanismo semelhante a “válvula” ou vólculo, frequentemente relacionado ao desalinhamento das linhas de grampeamento, indentação na incisura e perda dos ligamentos de sustentação gástricos durante a GV [1]. Essa torção axial é favorecida pela secção dos ligamentos gastroesplênico e gastrocólico e das fixações posteriores, que deixam o tubo remanescente mais móvel, além da eventual tração desigual nas paredes anterior e posterior durante a contração gástrica e durante o disparo dos grampeadores [1]. A maioria das séries concorda em apontar a incisura angularis como o local mais frequentemente acometido, embora a junção gastroesofágica também possa ser envolvida [3, 4, 7].

Do ponto de vista clínico, os pacientes com estenose funcional por torção apresentam, em geral, um quadro de sintomas obstrutivos — náu-

seas, vômitos pós-prandiais, regurgitação, disfagia e dor epigástrica — muitas vezes acompanhados de piora ou surgimento de DRGE de novo[2, 3, 4, 5, 7]. Esse padrão foi compatível com o observado no caso apresentado, em que a paciente procurou atendimento com queixas típicas de obstrução gástrica após GV. A literatura reforça que tais sintomas costumam ser refratários a procinéticos e mesmo a tratamento medicamentoso otimizado, exigindo investigação estrutural[2,7]. Além disso, a torção pode contribuir para elevação da pressão intragástrica a montante, predispondo não só à disfunção de esvaziamento, mas também à ocorrência ou persistência de fístulas gástricas[3,5]. Quanto ao diagnóstico, há consenso de que a endoscopia digestiva alta e os estudos radiológicos com contraste são complementares[2,3,4,7]. A endoscopia permite visualizar a rotação no sentido horário da linha de grampeamento, com diferentes graus de estreitamento e necessidade de manobras para transposição do endoscópio, caracterizando a estenose funcional por torção[2,3]. Entretanto, como enfatizado por alguns autores, a simples passagem do endoscópio ao antro não exclui a presença de torção significativa, o que torna a avaliação radiológica imprescindível para documentar áreas de estreitamento/torção com dilatação proximal do remanescente gástrico[7]. No presente caso, a combinação de achados endoscópicos e radiológicos corroborou o diagnóstico de torção funcional pós-GV, em linha com a abordagem proposta pela literatura[2,3,7].

Em relação ao tratamento, as referências analisadas convergem ao reconhecer que a estenose funcional é, em princípio, uma alteração potencialmente reversível por via endoscópica, especialmente quando não há fibrose anatômica importante[2,4,6]. A dilatação endoscópica com balão tem se destacado como opção minimamente invasiva e com resultados favoráveis. No estudo de coorte retrospectivo com 22 pacientes, a dilatação com balão de acalasia resultou em sucesso clínico em 86,36% dos casos em seis meses, com predominância de necessidade de duas sessões de dilatação por paciente e ausência de eventos adversos maiores.² A escolha do balão de acalasia foi justificada por sua rigidez e maior diâmetro, permitindo não só a dilatação do segmento estreitado, mas também a retificação

do tubo torcido, com taxas de sucesso superiores às relatadas com balões balão de expansão radial controlada (CRE)[2].

Resultados semelhantes são descritos em outra série, na qual a dilatação endoscópica com balão — muitas vezes também associada à colocação de stent — alcançou taxa de sucesso de 95% (43/45) no tratamento de torção axial do sleeve, e a dilatação com balão mostrou-se tão eficaz quanto o stent, porém mais barata[4]. De forma consistente, na classificação endoscópica proposta para torção gástrica pós-GV, a qual propõe classificação endoscópica em 3 graus: Grau I: rotação leve, sem redução relevante do lúmen. Grau II: rotação moderada, com estreitamento focal fixo que requer manobras adicionais para transpor. Grau III: rotação grave, com estenose importante e difícil transposição ou bloqueio completo. Propõe-se ainda o tratamento de acordo com a classificação. Maioria assintomática, segue sem tratamento. Grau I sintomáticos, segue manejo clínico com IBP. Paciente com grau II + fístula refratária, realizar conversão para RYGB e paciente com grau III realizar dilatação com balão de acalasia, com melhora precoce dos vômitos, sem complicações[3]. Esses achados suportam a endoscopia terapêutica com balão como primeira linha em muitos casos de estenose funcional, especialmente na ausência de fístulas complexas ou outras complicações graves[2-4].

Os estudos corroboram com a terapêutica utilizada no relato de caso, corrigida com duas sessões de dilatação com balão endoscópico, com resolução dos sintomas e sem eventos adversos significativo. De acordo com a literatura, em particular o número de sessões necessário (duas) reproduz exatamente o padrão observado na coorte de 22 pacientes, na qual a grande maioria atingiu sucesso clínico com duas dilatações[2]. Além disso, o desfecho favorável sem necessidade de cirurgia revisional reforça a noção de que, em estenoses puramente funcionais, a dilatação progressiva com balão pode ser suficiente, evitando intervenções de maior porte, como conversão para bypass[2-4].

Por outro lado, algumas referências enfatizam que, embora a dilatação com balão e/ou a colocação de stent frequentemente garantam recuperação completa e alívio dos sintomas, a cirurgia

revisional permanece opção necessária em casos de falha endoscópica ou diante de fístulas, DRGE grave ou preferência do paciente.³⁵ Em um relato, por exemplo, optou-se por um bypass gastrojejunal com preservação do trânsito gastroduodenal para tratar sintomas obstrutivos e refluxo pós-GV, destacando o papel da revisão cirúrgica quando o tratamento endoscópico é insuficiente ou quando se deseja corrigir simultaneamente a DRGE refratária.⁵ Outro trabalho descreve tratamento conservador com stent longo por sete dias, sem uso de balão, reforçando que a torção, por ser obstrução funcional, pode ser manejada com diferentes modalidades endoscópicas, não havendo ainda consenso definitivo sobre a técnica ideal[6].

Há, portanto, uma divergência parcial nas condutas terapêuticas relatadas: algumas séries e coortes apoiam firmemente a dilatação com balão (especialmente de acalasia) como método de escolha inicial, com alta taxa de sucesso e bom perfil de segurança em estenoses funcionais puras[2-4]; Outros relatos priorizam stents endoscópicos isoladamente⁶ ou cirurgia revisional (bypass) como solução definitiva, sobretudo quando há DRGE grave associada ou falha de métodos menos invasivos[5].

Quando se contrapõem essas abordagens, o caso relatado adiciona evidência prática ao grupo de estudos que defendem a estratégia endoscópica com balão como tratamento de primeira linha na torção gástrica pós-GV sem fístula e sem DRGE intratável, mostrando que duas sessões de dilatação foram suficientes para restaurar o esvaziamento gástrico e abolir os sintomas, sem necessidade de stent ou revisão cirúrgica[2-4]. Ao mesmo tempo, a literatura reforça que a decisão terapêutica deve ser individualizada, levando em conta o grau de torção, a presença de fístula, a gravidade da DRGE e a resposta às primeiras sessões de dilatação[3,5,6].

Por fim, vários autores destacam a importância de medidas preventivas no ato cirúrgico, como o alinhamento adequado das linhas de grampeamento, divisão simétrica das paredes gástricas e, em alguns casos, fixação do tubo remanescente à fáscia pancreática ou ao omento, a fim de reduzir o risco de torção axial[1,4,6]. Embora tais medidas não sejam capazes de eliminar completamente a ocorrência de torção, a sua adoção pode contribuir para diminuir a incidência dessa complicação, cuja

abordagem, como ilustra o presente caso, pode demandar múltiplas intervenções endoscópicas ou mesmo revisões cirúrgicas complexas[2,6].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa MN, Capela T, Seves I, Ribeiro R, Rio-Tinto R. Endoscopic Treatment of Early Gastric Obstruction After Sleeve Gastrectomy: Report of Two Cases. *GE Portuguese Journal of Gastroenterology*. 2015 Sep 12;23(1):46–9. DOI: 10.1016/j.jpge.2015.07.008
2. Elsebaey MA, Enaba ME, Elashry H, Elrefaey W, Hagag RY, Shalaby NA, et al. The Efficacy and Safety of Endoscopic Balloon Dilatation in the Treatment of Functional Post-Sleeve-Gastrectomy Stenosis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 2024;60(5):833. DOI: 10.3390/medicina60050833.
3. Siqueira LT, Santa-Cruz F, Pontual JP, Aquino MAR, Dompieri LT, Kreimer F, et al. Bariatric twist after sleeve gastrectomy: a proposal for endoscopic classification. *Arq bras cir dig*. 2022 jun 24;35:e1665. doi: 10.1590/0102-672020210002e1665.
4. Abd Ellatif ME, Abbas A, El Nakeeb A, Magdy A, Salama AF, Bashah MM, et al. Management Options for Twisted Gastric Tube after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg*. 2017 Sep;27(9):2404-2409. doi:10.1007/s11695-017-2649-y.
5. Sarno G, Calabrese P, Tramontano S, Schiavo L, Pilone V. Twisted Gastric Tube after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy-An Unusual but Effective Surgical Approach to Achieve Full Recovery. *J Clin Med*. 2022 Apr 20;11(9):2304. doi: 10.3390/jcm11092304.
6. Subhas G, Gupta A, Sabir M, Mittal VK. Gastric remnant twist in the immediate post-operative period following laparoscopic sleeve gastrectomy. *World J Gastrointest Surg*. 2015 Nov 27;7(11):345-8. doi: 10.4240/wjgs.v7.i11.345
7. Ogra R, Kini GP. Evolving endoscopic management options for symptomatic stenosis post-laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity: experience at a large bariatric surgery unit in New Zealand. *Obes Surg*. 2015 Feb; 25(2):242-8. doi:10.1007/s11695-014-1383-y.



POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ

Raça de Fortes, Povo de Bravos!

