



Caso Clínico

Guilherme Brugiolo Muniz

Vinícius Reis Batista

4º período de Medicina

FAME/JF

18/05/2012

ANAMNESE

- **ID:** M.A.S.A, sexo feminino, 55 anos (25/09/1956), negra, casada, naturalidade e residência em Leopoldina-MG, funcionária pública, católica.
- **Fonte da história e confiabilidade da informações:** própria paciente, boa confiabilidade.
- **QP:** “dor na barriga há 1 ano”

ANAMNESE

- **HMA:** Paciente relatou dor na região do hipocôndrio direito há aproximadamente 1 ano acompanhada de dispepsia, náuseas, vômito e diarreia; sentia piora dos sintomas relatados após ingestão de alimentos gordurosos. Apresentava também dor abdominal em cicatrizes cirúrgicas, geralmente relacionada com esforço físico.

ANAMNESE

- **AP:** Relatou caxumba e catopora na infância. Nega diabetes e doenças cardiovasculares, hipertensa. Realizou histerectomia abdominal total, hemicolectomia (exerese de lipoma de IG), e 3 cesarianas. Faz uso de omeprazol 20mg. e atenolol 25 mg. Apresentou alergia de contrastes utilizados em ultrassonografias. G3P3A0.
- **Hábitos e vícios:** Tabagista (10 maços/ano), nega etilismo, sedentária e dieta pobre em verduras e frutas.

ANAMNESE

- **Antecedentes familiares:** Pai hipertenso, falecido aos 58 anos em decorrência de Ca. de pulmão, mãe hipertensa e cardiopata, irmãos hipertensos.
- **História pessoal, familiar e social:** aparentava-se bastante ansiosa para retornar à sua cidade, para junto da sua família.
- **Revisão de sistemas:** Urina normal, diarreia intensa, sono preservado.

EXAME FÍSICO

- BEG, fácies atípica , consciente, orientada no tempo e no espaço, bem nutrida, corada, hidratada, acianótica, anictérica, eupnéica. PA: 160x95 mm/Hg em MSD sentada. FP: 80 ppm. pulso radial esquerdo, cheio e rítmico. FR: 18 rpm. FC: 81 bpm em repouso. Temperatura axilar: 36,5º C. Peso: 90 kg Altura: 1,65cm. IMC: 33 Kg/m². Circunferência abdominal: 112 cm.

EXAME FÍSICO

- **Pulmonar:** Inspeção: tórax simétrico, ritmo respiratório normal, FR: 18 rpm, eupnéica. Palpação: Expansibilidade preservada, FTV preservado. Percussão: atimpânica. Ausculta: MV preservado, ARA.
- **Cardiovascular:** Inspeção e palpação de precórdio: ictus invisível, palpável e localizado no quinto EIE, linha hemiclavicular esquerda com intensidade normal. Ausculta: RCR em 2T, BNF, ARA. PA: 160x95 mm/Hg em MSD sentada. FP: 80 ppm. pulso radial esquerdo, cheio e rítmico. FC: 81 bpm em repouso. TVJP invisível deitada.

EXAME FÍSICO

- **Abdome:** cicatrizes cirúrgicas na região abdominal com aspecto granulomatoso. Dor a palpação profunda do hipocôndrio direito no ponto cístico. Sinal de Murphy +
- **MMII:** sem edema, panturrilhas livres.
- **Exames complementares:** ultrassonografia de abdome com contraste

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS...?



Diagnóstico

- Litíase biliar, hérnia incisional e cicatrização hipertrófica com aspecto granulomatoso.

Procedimentos cirúrgicos

- Cirurgias múltiplas:
 - 1.Exérese de granuloma de corpo estranho
 2. Omentectomia parcial
 - 3.Herniorrafia incisional
 - 4.Colecistectomia por laparotomia

Evolução clínica pós-cirúrgica

- Internada dia 08/05 no Hospital Oncológico, a paciente M.A.S.A, foi submetida a cirurgia no dia 09/05, com início às 13:15 e término às 15:15, pelo Dr. Wanderson Tassi de Paula; a cirurgia ocorreu sem intercorrências e a paciente foi encaminhada para quarto na clínica cirúrgica com dreno nasogástrico e curativo na incisão cirúrgica sob os cuidados da enfermagem.

Evolução clínica pós-cirúrgica

- Período de internação pós-cirúrgica:

Fármacos: dipirona, plasil, omeprazol, atenolol, tramadol, soro fisiológico para reposição de hidrólitos.

Dieta: zero ➡ livre

Dispneia, oxigenoterapia por cateter nasal ➡
dispneia aos esforços.

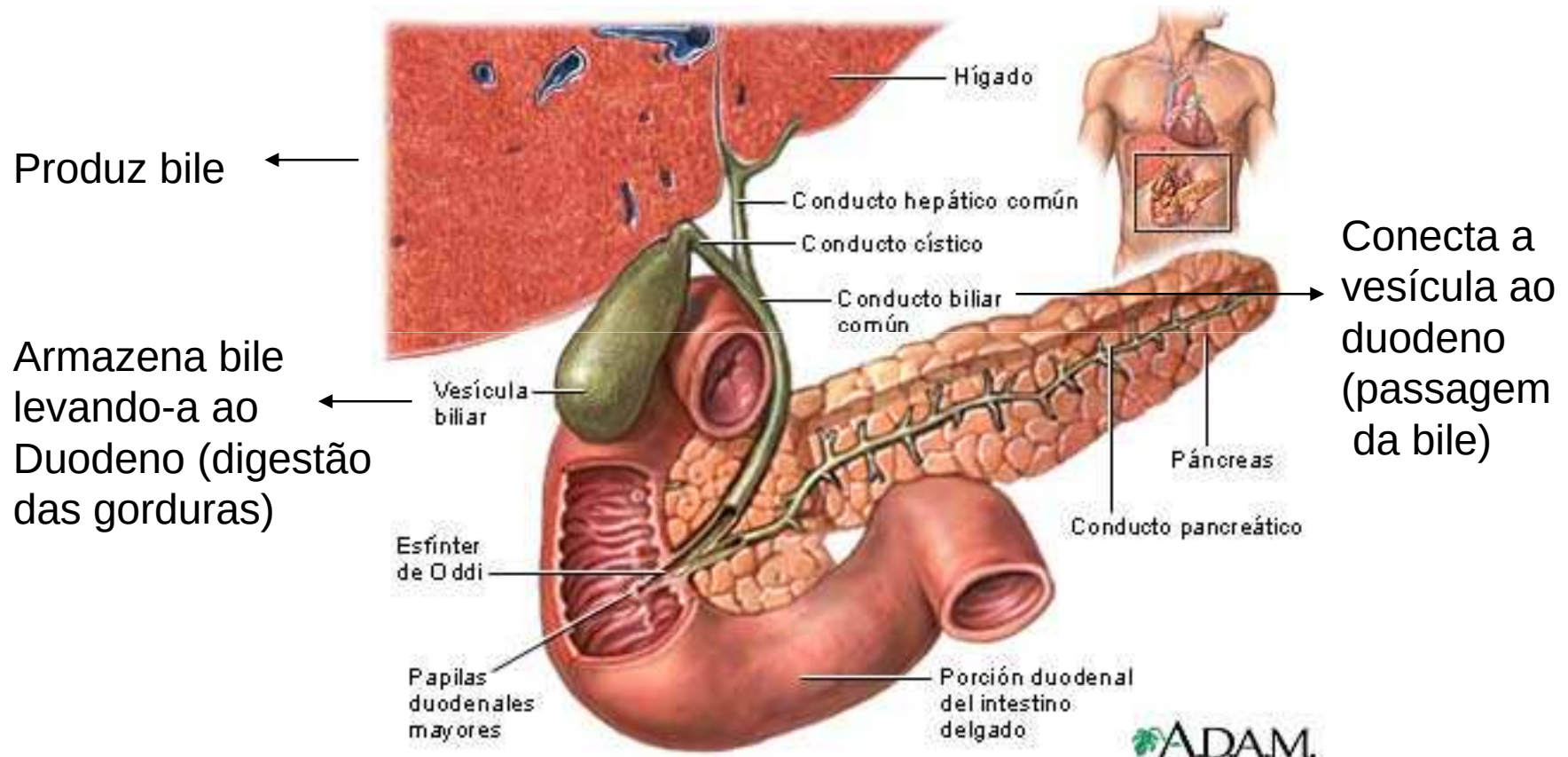
Retenção urinária ➡ Diurese espontânea

Diarréia (13/05), porém tem tolerado bem a dieta.

Cicatriz em bom estado.

- Dia 15/05 obteve alta hospitalar.

Sistema Biliar



Litíase Biliar

- A bile é composta por três substâncias: o colesterol, os sais biliares e lecitina. Quando há um desequilíbrio físico-químico dessas substâncias há precipitação com formação de pequenos grânulos. Estes grânulos são o início das pedras.
- Cerca de 90% das pedras são formadas de colesterol. O restante é composto de sais biliares (bilirrubina)

Litíase Biliar



Cálculos de bilirrubina



Cálculos de colesterol

Litíase Biliar: fatores de risco

- Dieta rica em gorduras e carboidratos e pobre em fibras ;
- Vida sedentária que eleva o LDL e diminui o HDL;
- Diabetes;
- Obesidade;
- Hipertensão (pressão alta);
- Fumo;
- Uso prolongado de anticoncepcionais;
- Elevação do nível de estrogênio o que explica a incidência maior de cálculos biliares nas mulheres;
- Predisposição genética.



Litíase Biliar: sintomas

- Dores abdominais do lado direito em cólica, podendo irradiar para a escápula.
- Sinal de Murphy.
- O indivíduo pode apresentar náuseas e vômito.
- Icterícia.
- Se houver infecção observa-se febre e calafrios.



Litíase Biliar: complicações

- A **cólica biliar** que ocorre quando uma das pedras fica presa na saída da vesícula impedindo o fluxo de bile, levando a uma distensão importante da vesícula. Há então um esforço da mesma para expelir a pedra. O resultado é uma dor tipo cólica.
- Se a pedra permanece na saída vesícula por um período prolongado ocorre a **colecistite aguda**. É uma inflamação aguda da vesícula biliar com dor intensa, constante geralmente acompanhada de febre.

Litíase Biliar: complicações

- A **coledocolitíase** é o resultado da migração de uma pedra de dentro da vesícula biliar para o canal da bile. Nestes casos o paciente fica icteríco, pois a bile fica impedida de chegar ao intestino, acumulando-se no fígado e sangue.
- Se obstruir o ducto colédoco a bile não passa para o intestino e flui através das células hepáticas para a corrente sanguínea. Essa bile retida pode infectar e causar uma **Colangite aguda** (infecção das vias biliares).



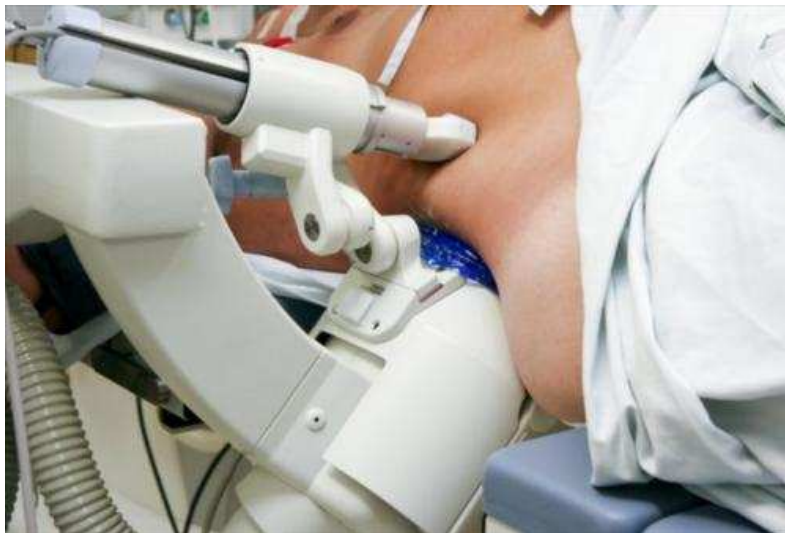
Litíase Biliar: Diagnóstico

- Ecografia (ultra-sonografia);
- Colecistografia oral;
- Análises ao sangue: fosfatase alcalina.



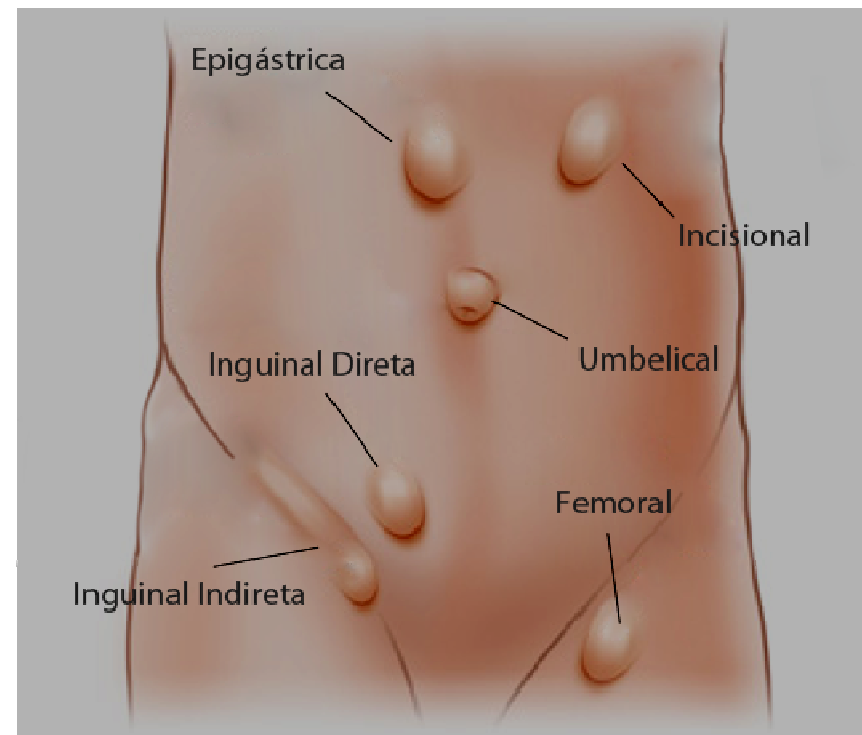
Litíase Biliar: tratamento

- Cirúrgico.
- Outros métodos incluem a dissolução com éter de metilterbutilo e a fragmentação com ondas sonoras de choque (litotripsia).
- Há também a dissolução dos cálculos biliares com um tratamento crônico com ácidos biliares (quenodiol e ácido ursodesoxicólico).



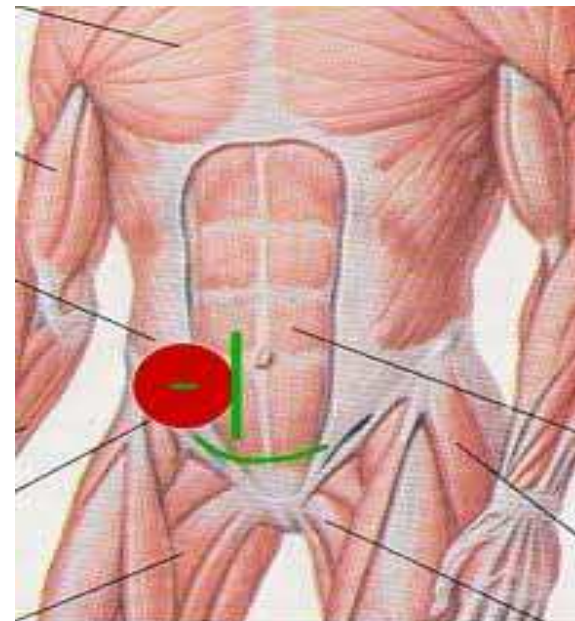
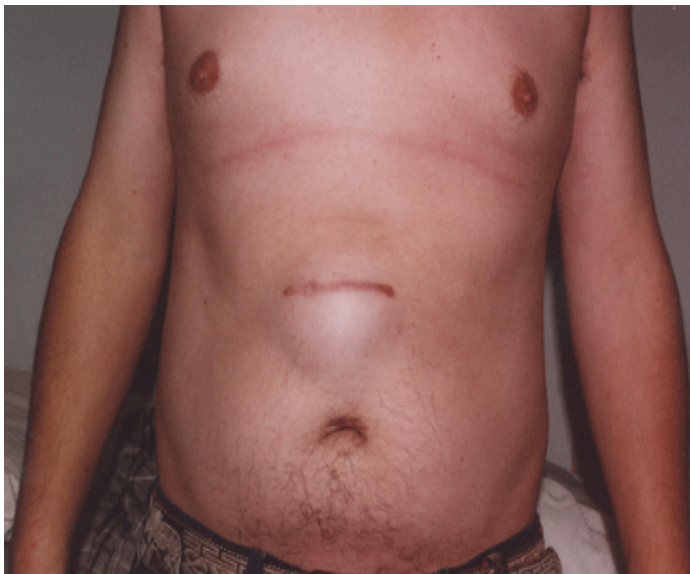
Hérnia incisional

- A hérnia incisional é o abaulamento, acompanhado ou não de dor, que ocorre na região de uma incisão(cicatriz) de cirurgia anterior.



Hérnia incisional: causas

- A hérnia incisional é causada por uma fraqueza da parede abdominal (musculatura) no local de uma cirurgia prévia. Está relacionada à fatores que aumentam a pressão abdominal como: sobrepeso e obesidade; tabagismo e tosse crônica; e esforço físico intenso e repetido.



Hérnia incisional: sintomas

- O principal sintoma da hérnia incisional é o abaulamento na região da cicatriz. Esse abaulamento que aparece na região é o conteúdo abdominal se exteriorizando pelo buraco na parede abdominal(anel herniário). Podem fazer parte do conteúdo herniário gordura intra-abdominal e alças intestinais.
- Em hérnias menores o sintoma pode ser somente dor ou desconforto geralmente relacionados com esforço físico.

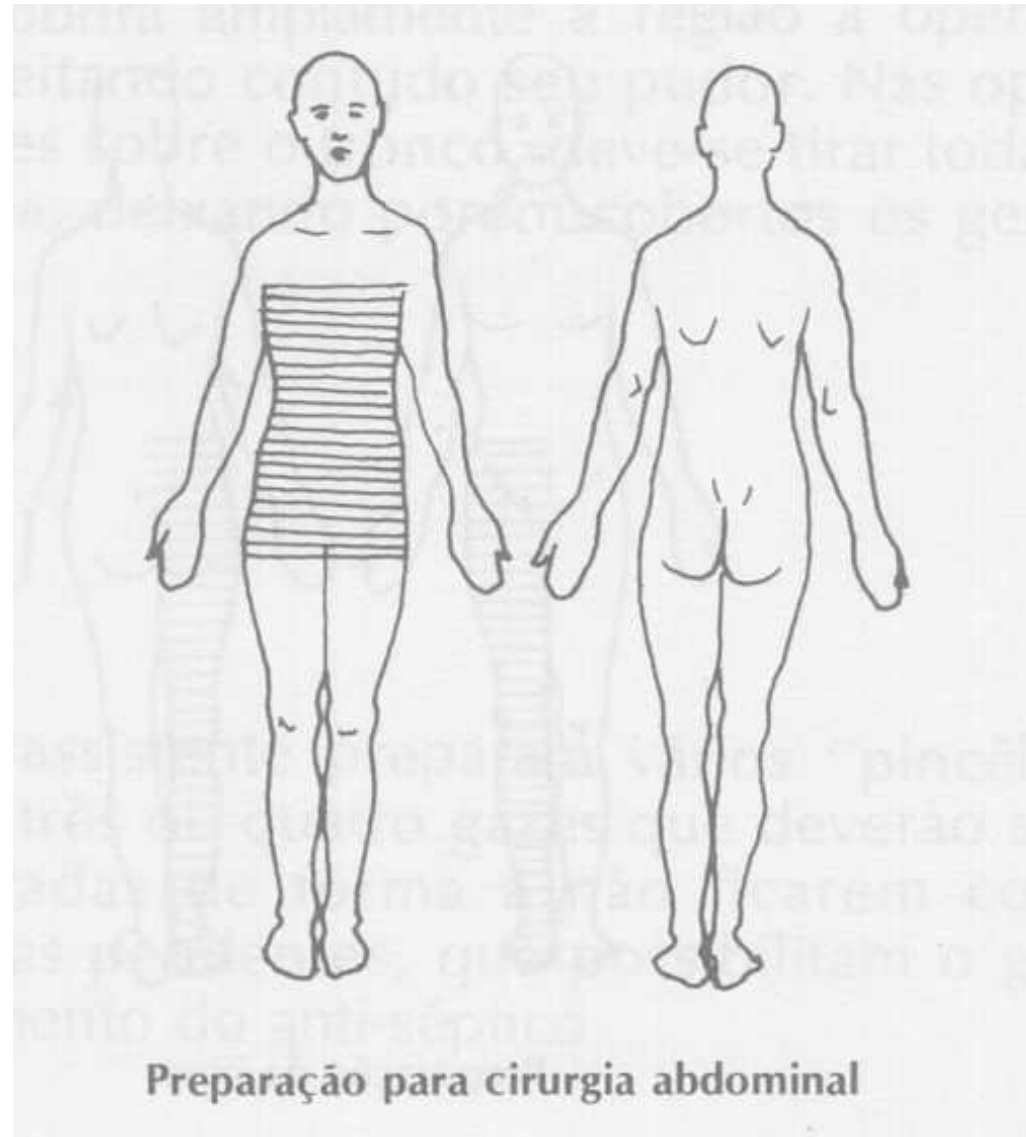


Hérnia incisional: complicações e tratamento

- As principais complicações da hérnia incisional são o encarceramento e o estrangulamento. No primeiro caso o conteúdo da hérnia fica “preso” e não é possível recolocá-lo dentro da cavidade abdominal. No segundo também há isquemia do intestino. Nesses casos é necessária uma cirurgia de emergência.
- O tratamento da hérnia incisional sintomática é sempre cirúrgico. A cirurgia pode ser realizada por método aberto ou laparoscópico.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Anti-sepsia



TÉCNICA CIRÚRGICA

Anti-sepsia



TÉCNICA CIRÚRGICA

Anti-sepsia



TÉCNICA CIRÚRGICA

Diérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Hemostasia



TÉCNICA CIRÚRGICA

Afastamento das estruturas



Exérese

TÉCNICA CIRÚRGICA

Síntese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Exérese do granuloma de corpo estranho

- Segura-se a área a ser ressecada com uma pinça dente-de-rato;
- Faz-se uma incisão em fuso contornando o granuloma;
- O corte deve ser profundo, transpassando todas as camadas acometidas pelo granuloma, podendo chegar ao músculo. No caso, o músculo reto abdominal;
- Retira-se a peça anatômica contendo o granuloma;
- Finaliza-se com a síntese.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Colecistectomia por laparotomia

- Afasta-se o fígado, o duodeno e a flexura hepática para permitir a visualização da vesícula biliar;
- Traciona-se o fundo da vesícula utilizando uma pinça forte. Caso esteja cheia pode-se esvaziá-la utilizando um Gelco ou fazendo-se um corte para drenagem da bile;
- Traciona-se o infundíbulo da vesícula para a direita para visualização do colédoco;
- Identifica-se o ducto cístico e o ligamento hepatoduodenal;

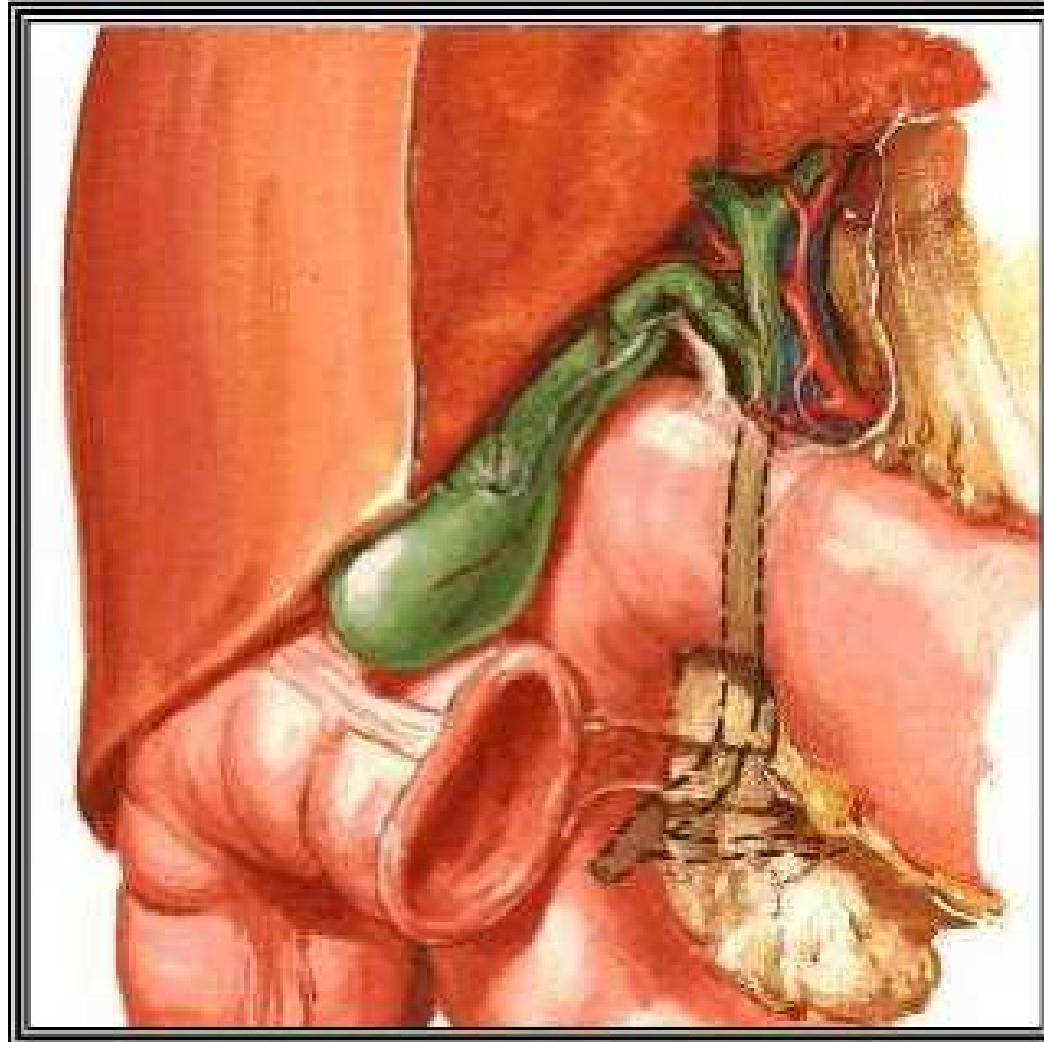
TÉCNICA CIRÚRGICA

Colecistectomia por laparotomia

- Liga-se a artéria cística utilizando fio seda 0 sem agulha;
- Liga-se e secciona-se o ducto cístico;
- Caso necessário utiliza-se o eletrocautério para hemostasia de vasos de menor calibre;
- Retira-se a vesícula biliar;
- Verifica-se possíveis focos de hemorragia antes de passa à síntese;
- Na síntese, sutura-se os planos profundos com Nylon 3-0 e sutura-se a pele com Nylon 2-0 ou 3-0, utilizando a pinça dente-de-rato e o porta-agulhas.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Colecistectomia por laparotomia



TÉCNICA CIRÚRGICA

Colecistectomia por laparotomia



TÉCNICA CIRÚRGICA

Herniorrafia incisional ou ventral

- O tratamento da hérnia incisional deve começar com o correto fechamento da ferida cirúrgica na cirurgia abdominal;
- Uma das principais causas de hérnia incisional é infecção da ferida operatória, para tanto deve-se ter cuidado em feridas contaminadas;
- Incisões verticais têm incidência maior do que incisões transversais;
- As linhas de força das camadas musculares da parede abdominal são horizontais;
- As linhas de força das suturas verticais são orientadas na horizontal, fato que leva a ruptura de pontos originando as hérnias incisionais.

TÉCNICA CIRÚRGICA

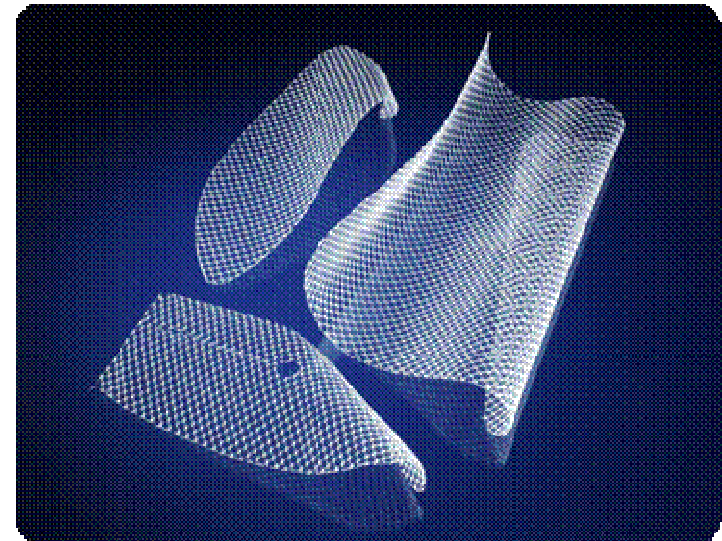
Herniorrafia incisional ou ventral

- Esforço físico → aumento da pressão intrabdominal pode levar à ruptura de pontos da ferida cirúrgica podendo evoluir para hérnia;
- A obesidade é fator contrbuinte importante para o aparecimento das hérnias incisionais;
- Traumas na região da ferida operatória podem evoluir com hérnias;
- Em casos mais graves pode haver evisceração do conteúdo do saco herniário.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Herniorrafia incisional ou ventral

- A hérnia incisional é decorrente da deiscência da ferida operatória;
- Existem três tipos de tratamento cirúrgico:
 - Fechamento simples;
 - Reforço da ferida com materiais autógenos como fáscias musculares;
 - Reforço da ferida com materiais de prótese: tela de propileno, poliéster, polietileno, dácron ou PTFE.



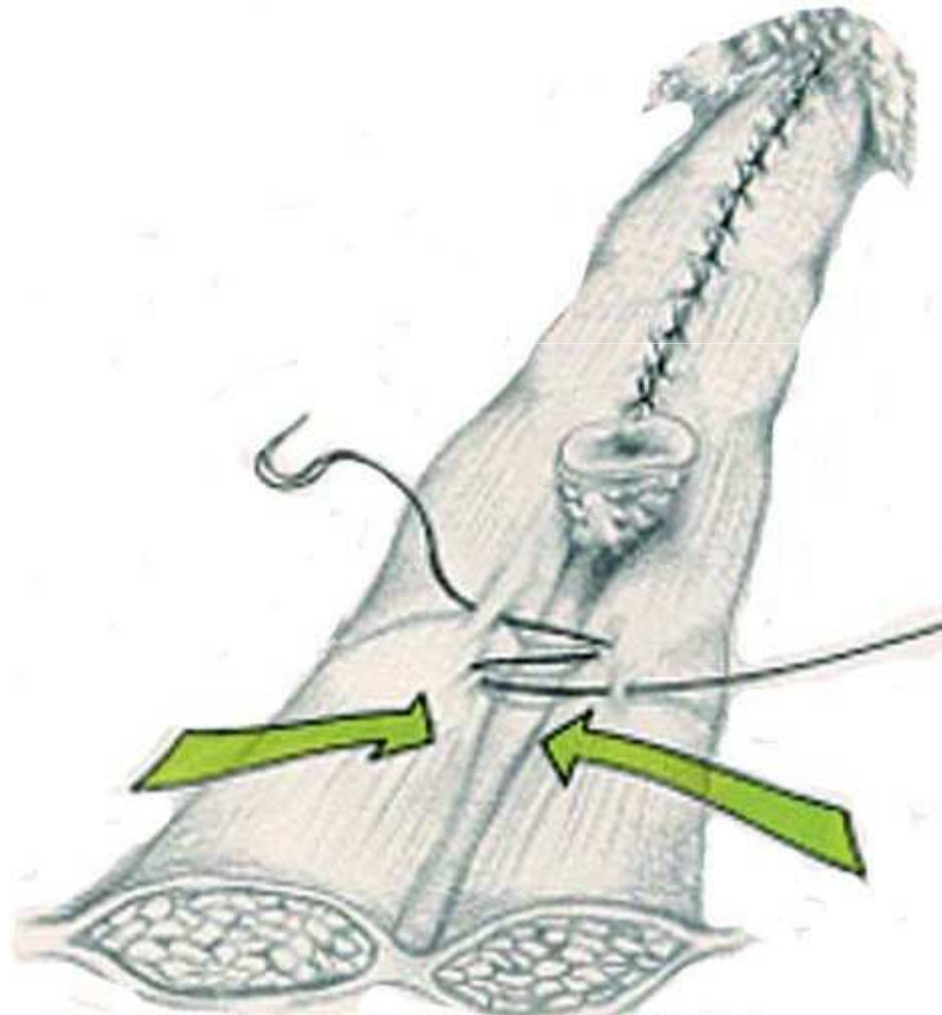
TÉCNICA CIRÚRGICA

Herniorrafia incisional ou ventral

- Dentre várias técnicas de tratamento cirúrgico, uma das mais utilizadas:
 - Correção por simples aproximação:
 - Aproximam-se as bordas do músculo reto abdominal e suturam-se uma à outra.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Herniorrafia incisional ou ventral



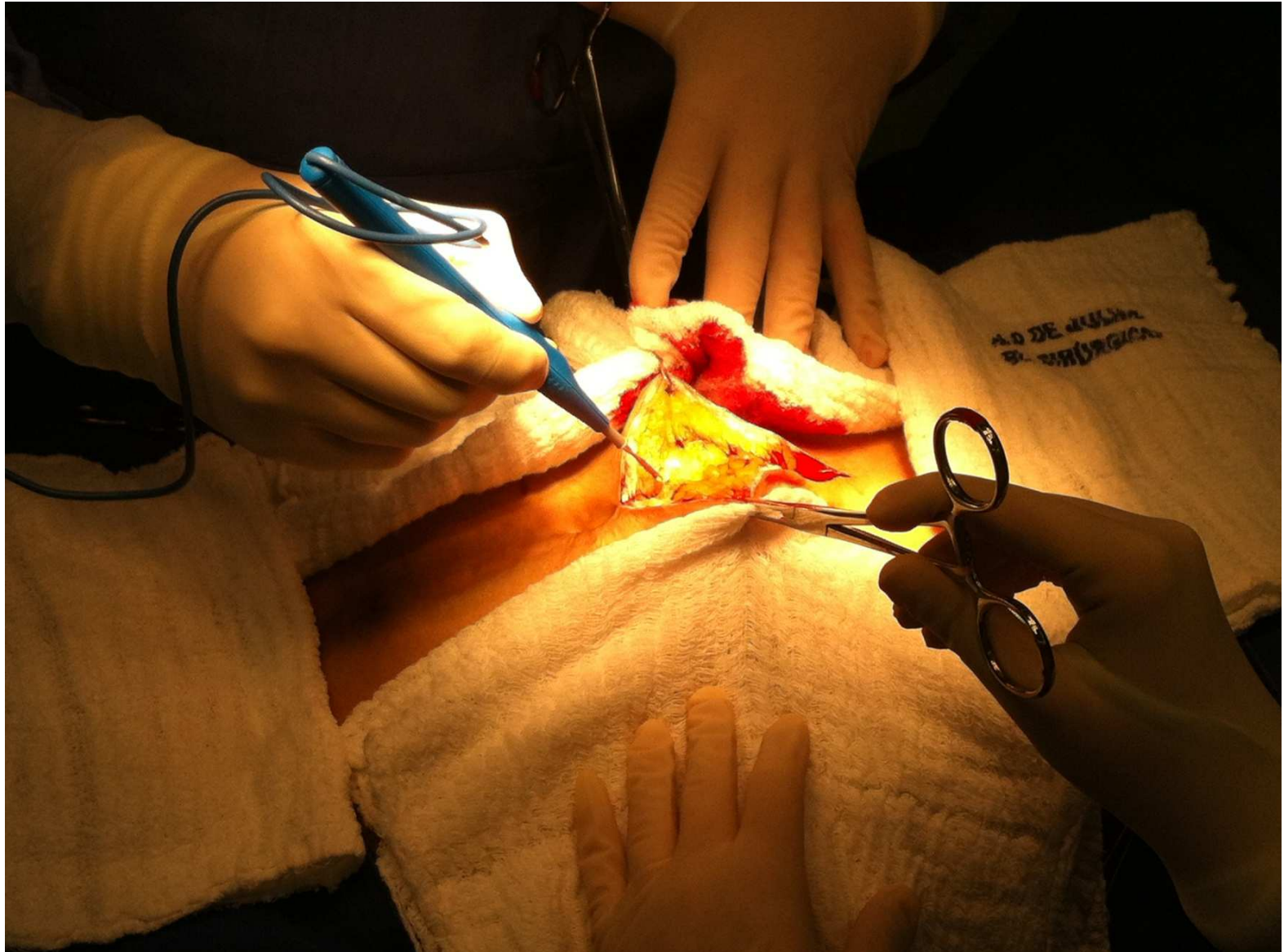
TÉCNICA CIRÚRGICA

Diérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Diérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Diérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Diérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Diérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Diérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Exérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Exérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Exérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Exérese



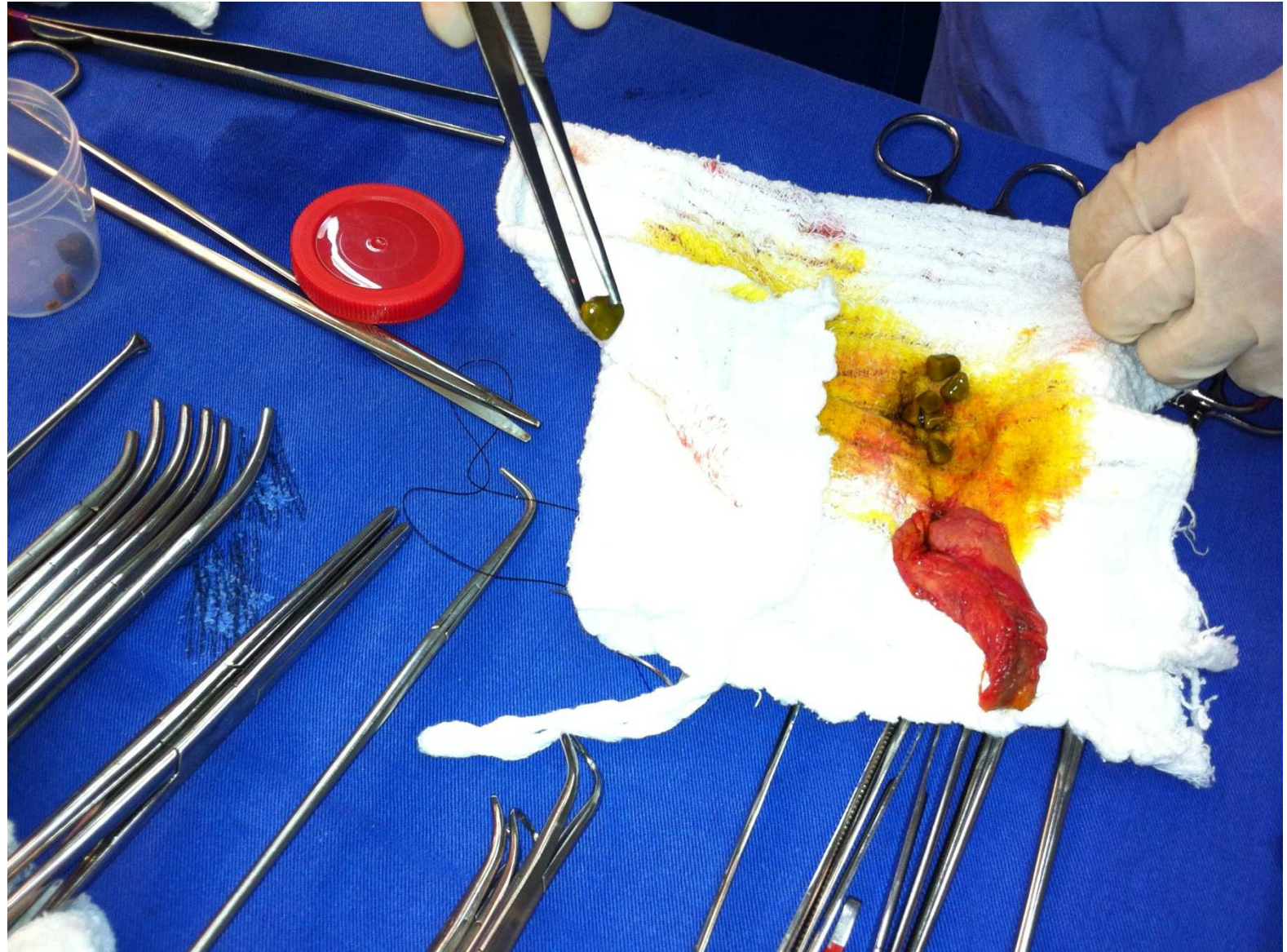
TÉCNICA CIRÚRGICA

Exérese



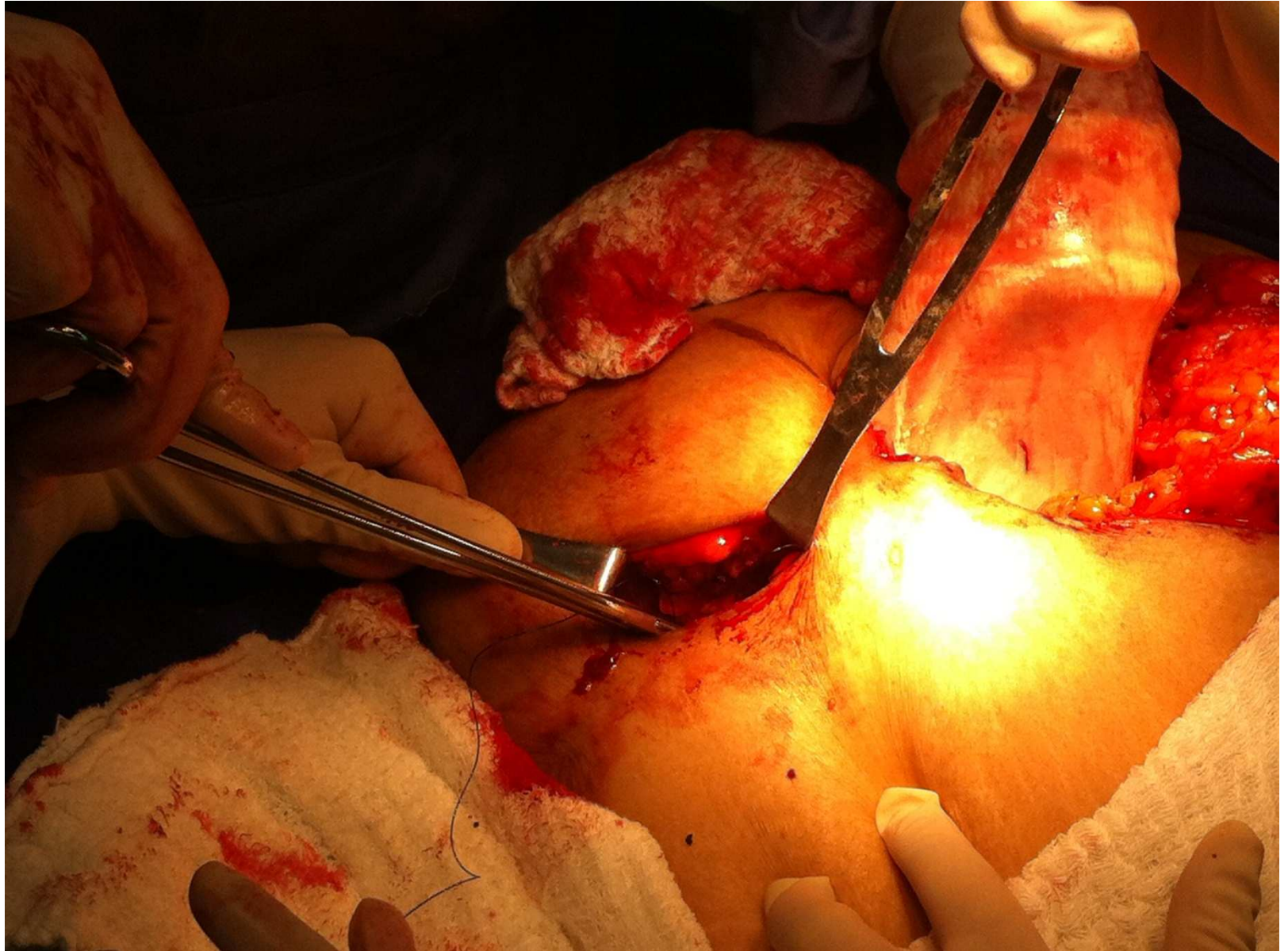
TÉCNICA CIRÚRGICA

Exérese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Síntese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Síntese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Síntese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Síntese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Síntese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Síntese



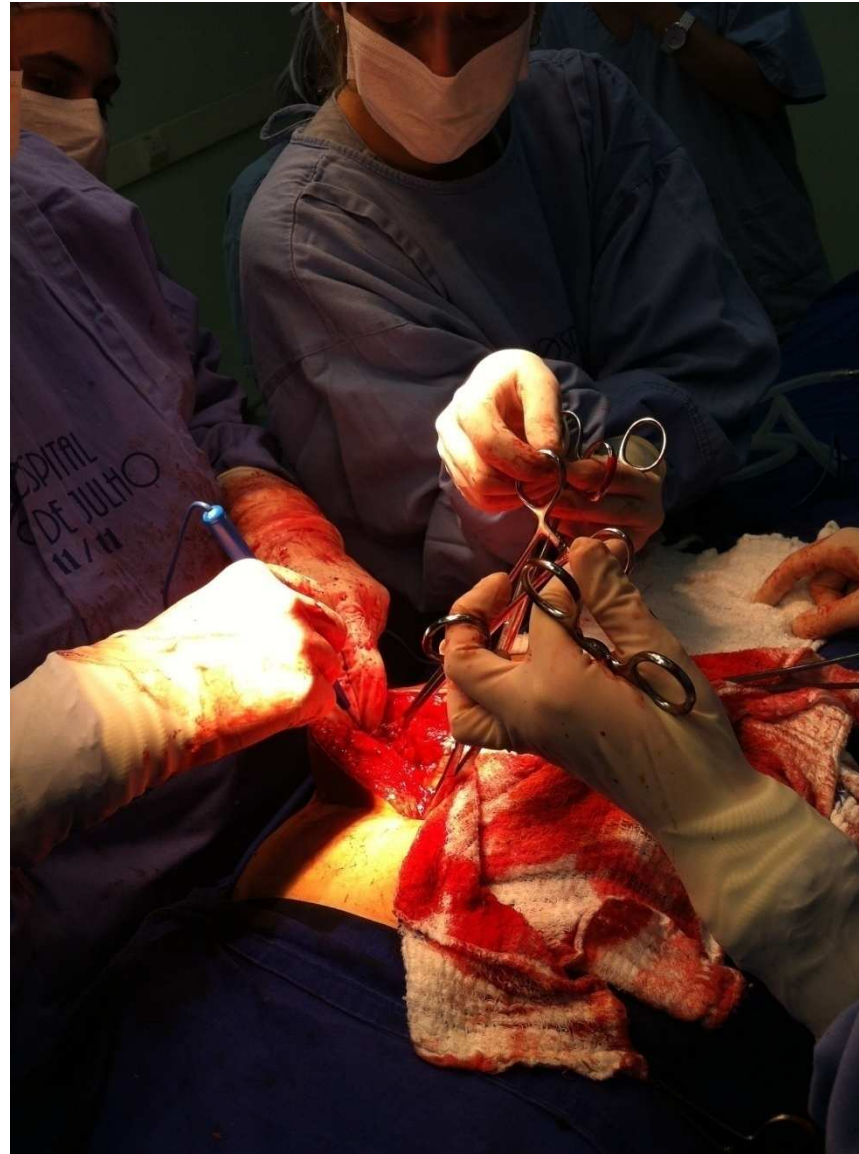
TÉCNICA CIRÚRGICA

Síntese



TÉCNICA CIRÚRGICA

Auxiliar



IMPORTANTE!!!!

O cirurgião e a equipe **sempre** devem realizar os procedimentos de **biossegurança**, como escovação das mãos e utilizar vestimenta adequada, como roupa do centro cirúrgico, capote, máscara, gorro e luvas.

REFERÊNCIAS

- LÁZARO, Alcino. **Hérnias**. Rio de Janeiro; Rocca, 1992.
- PARRA & SAAD. **Instrumentação Cirúrgica**. Rio de Janeiro; Atheneu, 1988.
- PETROIANU, Andy. **Terapêutica Cirúrgica – indicações, decisões, tática, técnica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- PETROIANU, Andy. **Blackbook - Cirurgia**. Belo Horizonte: Blackbook, 2008.
- SABISTON, **Tratado de Cirurgia**. Rio de Janeiro: 2010. Editora Elsevier, 18ª edição, v.2
- Professor Orientador **Dr. Wanderson Tassi de Paula**.

OBRIGADO!