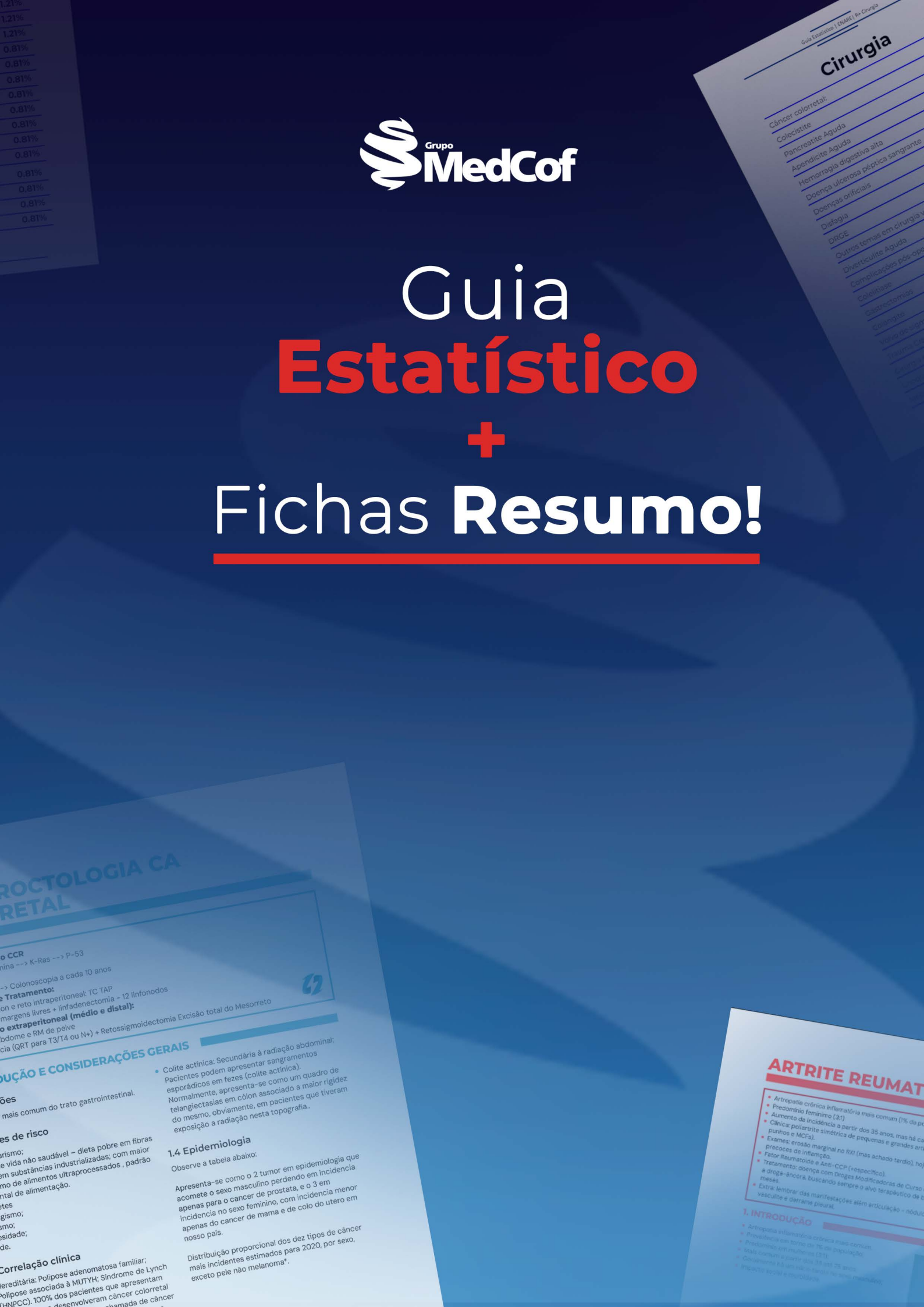




Guia Estatístico + Fichas Resumo!



Cirurgia

Câncer colorretal:	5.26%
Colecistite	4.05%
Pancreatite Aguda	3.64%
Apendicite Aguda	3.64%
Hemorragia digestiva alta	3.64%
Doença ulcerosa péptica sangrante	2.43%
Doenças orificiais	2.43%
Disfagia	2.02%
DRGE	2.02%
Outros temas em cirurgia vascular	2.02%
Diverticulite Aguda	2.02%
Complicações pós-operatórias gerais	2.02%
Colelitíase	2.02%
Gastrectomias	2.02%
Colangite	1.62%
Volvo de sigmóide	1.62%
Trauma Cranioencefálico	1.62%
Cirurgia de hernia inguinal	1.62%
Choque	1.21%
Melanoma	1.21%

Adenocarcinoma de estômago	1.21%
Tumores periampulares	1.21%
Vias aéreas	1.21%
Cuidados pós operatórios	1.21%
Doenças do intestino delgado	1.21%
Abdome Agudo Obstrutivo	1.21%
Hemorragia digestiva baixa	1.21%
Anestesia	1.21%
Abscesso Hepático	1.21%
Miscelânea	0.81%
Doenças do baço	0.81%
Hernia femoral	0.81%
Endoscopia	0.81%
Derrame pleural	0.81%
Miscelânea	0.81%
complicações pós bariátrica	0.81%
Hernia inguinal	0.81%
Síndromes associadas ao CCR	0.81%
Abdome Agudo Vascular	0.81%
Trauma Raquimedular	0.81%
Ressuscitação hemostática	0.81%

Adenoma hepático	0.81%
Atendimento inicial aos queimados	0.81%
Trombose venosa profunda	0.81%
Orifício miopectineo de Frouchard	0.81%
Pneumotórax	0.81%
Síndrome compartimental abdominal	0.81%
Atendimento inicial	0.81%
Bridas	0.81%
Antibioticoprofilaxia cirúrgica	0.81%
Trauma abdominal penetrante	0.81%
Torção testicular	0.4%
Esôfago	0.4%
Tireoidectomia	0.4%
Trauma de esofago	0.4%
Pneumomediastino	0.4%
Enxertos	0.4%
Adenocarcinoma de pulmão	0.4%
Abdome Agudo Hemorrágico	0.4%
Monitorização em anestesia	0.4%
Neoplasia colorretal obstruída	0.4%
Videolaparoscopia	0.4%

Síndrome compartimental ortopedica	0.4%
Parede abdominal infantil	0.4%
Câncer de esôfago	0.4%
Fios de sutura	0.4%
Doenças inflamatórias intestinais	0.4%
Câncer de pele não melanoma	0.4%
Hernia incisional	0.4%
Trauma esplênico	0.4%
Populações especiais	0.4%
Acessos vasculares	0.4%
Trauma de Tórax	0.4%
Doença arterial obstrutiva periférica	0.4%
Técnica cirúrgica	0.4%
Procedimentos cirúrgicos (bariátrica)	0.4%
Ingestão de corpo estranho	0.4%
POCUS	0.4%
Lesões por pressão	0.4%
Trauma osteomuscular	0.4%
Trauma infantil	0.4%
Anestesia local	0.4%
Coledocolitíase	0.4%

Pâncreas e vias biliares:	0.4%
Obstrução arterial aguda	0.4%
Trauma hepático	0.4%
Hiperplasia nodular focal	0.4%
Trauma de Pelve	0.4%
Pre-operatório	0.4%
Câncer de pulmão	0.4%
Divertículo de Meckel	0.4%
Hernia diafragmática	0.4%
Princípios gerais (bariátrica)	0.4%
Fraturas de face	0.4%
Polipo de vesícula biliar	0.4%
Outras causas de HDA	0.4%
Trauma pancreático	0.4%
Varizes de esôfago	0.4%
Neoplasias císticas pancreáticas	0.4%
Metástases hepáticas de CCR	0.4%
Lesão iatrogênica de via biliar	0.4%
GIST	0.4%
Abdome Agudo Perfurativo	0.4%
Anatomia da Região Inguinal	0.4%

Carcinoma diferenciado de tireoide	0.4%
Câncer de próstata	0.4%
Trauma de uretra	0.4%
Litíase no PS	0.4%

Pediatria

Bronquiolite	100.0%
--------------	---------------

Preventiva e Saúde Pública

Ética Médica	100.0%
--------------	---------------

Ginecologia

Classificação de endometriose	50.0%
Propedêutica mamária	50.0%



Ficha Resumo!

Câncer colorretal

PROCTOLOGIA COLORRETAL

o CCR

nina --> K-Ras --> P-53

--> Colonoscopia a cada 10 anos

Tratamento:

on e reto intraperitoneal: TC TAP

margens livres + linfadenectomia - 12 linfonodos

o extraperitoneal (médio e distal):

bdome e RM de pelve

Excisão total do Mesorreto

Retossigmoidectomia + Retossigmoidectomia

Excisão total do Mesorreto

Retossigmoidectomia + Retossigmoidectomia

Excisão total do Mesorreto

Retossigmoidectomia + Retossigmoidectomia

Excisão total do Mesorreto

Retossigmoidectomia + Retossigmoidectomia

Excisão total do Mesorreto

Retossigmoidectomia + Retossigmoidectomia

Excisão total do Mesorreto

Retossigmoidectomia + Retossigmoidectomia

Excisão total do Mesorreto

Retossigmoidectomia + Retossigmoidectomia

Excisão total do Mesorreto

Retossigmoidectomia + Retossigmoidectomia

Excisão total do Mesorreto

DUÇÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS

maior incidência do trato gastrointestinal.

es de risco

arismo;

e vida não saudável - dieta pobre em fibras

em substâncias industrializadas; com maior

mo de alimentos ultraprocessados, padrão

de alimentação.

tes

gismo;

ismo;

esidade;

de.

Correlação clínica

ereditária: Polipose adenomatosa familiar;

ereditária: Polipose associada à MUTYH; Síndrome de Lynch

Polipose associada à MUTYH; que apresentam

- Colite actínica: Secundária à radiação abdominal; Pacientes podem apresentar sangramentos esporádicos em fezes (colite actínica). Normalmente, apresenta-se como um quadro de telangiectasias em cólon associado a maior rigidez do mesmo, obviamente, em pacientes que tiveram exposição a radiação nesta topografia.

1.4 Epidemiologia

Observe a tabela abaixo:

Apresenta-se como o 2º tumor em epidemiologia acomete o sexo masculino perdendo em incidência apenas para o câncer de próstata, e o 3º em incidência no sexo feminino, com incidência menor apenas do câncer de mama e de colo do útero em nosso país.

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020, por sexo, exceto pele não melanoma*.

Cirurgia

Câncer colorretal:

Colecistite

Pancreatite Aguda

Apêndicite Aguda

Hemorragia digestiva alta

Doença ulcerosa péptica sangrante

Doenças cirúrgicas

Disfagia

DRGE

Outros temas em cirurgia

Diverticulite Aguda

Complicações pós-op

Colelitase

Colecistomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

Colelitomias

ARTRITE REUMAT

- Artrite crônica inflamatória mais comum (1% da população)
- Prevalência em homens (3%)
- Aumento da incidência a partir dos 35 anos, mas há casos em crianças
- Clínica: poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações (MCPs)
- Exames: erosão marginal no RX (mas achado tardio), hipoalbuminemia
- Fator Reumatoide e Anti-CCP (específico)
- Tratamento: doença com drogas Modificadoras de Curso a longo prazo, buscando sempre o alívio terapêutico de 6 meses
- Extra: lembrar das manifestações além articulação - nódulos, vasculite e derrame pleural.

1. INTRODUÇÃO

- Artrite inflamatória crônica mais comum
- Prevalência em homens (3%)
- Aumento da incidência a partir dos 35 anos, mas há casos em crianças
- Clínica: poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações (MCPs)
- Exames: erosão marginal no RX (mas achado tardio), hipoalbuminemia
- Fator Reumatoide e Anti-CCP (específico)
- Tratamento: doença com drogas Modificadoras de Curso a longo prazo, buscando sempre o alívio terapêutico de 6 meses
- Extra: lembrar das manifestações além articulação - nódulos, vasculite e derrame pleural.

COLOPROCTOLOGIA CA COLORRETAL

Carcinogênese do CCR

- APC --> B-catenina --> K-Ras --> P-53

Rastreamento:

- 45 – 85 anos --> Colonoscopia a cada 10 anos

Estadiamento e Tratamento:

- Câncer de cólon e reto intraperitoneal: TC TAP
- Cirurgia com margens livres + linfadenectomia – 12 linfonodos

Câncer de reto extraperitoneal (médio e distal):

- TC Tórax e Abdome e RM de pelve
- Neoadjuvância (QRT para T3/T4 ou N+) + Retossigmoidectomia Excisão total do Mesorreto



1. INTRODUÇÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS

1.1 Definições

- É o tumor mais comum do trato gastrointestinal.

1.2 Fatores de risco

- Sedentarismo;
- Estilo de vida não saudável – dieta pobre em fibras e rica em substâncias industrializadas; com maior consumo de alimentos ultraprocessados, padrão ocidental de alimentação.
- Diabetes
- Tabagismo;
- Etilismo;
- Obesidade;
- Idade.

1.3 Correlação clínica

- Hereditária: Polipose adenomatosa familiar; Polipose associada à MUTYH; Síndrome de Lynch (HNPCC). 100% dos pacientes que apresentam essa síndrome desenvolveram câncer colorretal
- Síndrome de Lynch: Também chamada de câncer colorretal hereditário não poliposo. Deve-se a mutação no MLH1, MSH2 E MSH6, obtém esse nome devido a maior facilidade de disseminação antes de atingir o estágio completo da formação polipoide
- Doença inflamatória intestinal: Retocolite ulcerativa; Doença de Crohn – eleva em 10 – 20x o risco de câncer colorretal. Tem maior risco de CCR devido ao grau de inflamação colônica associado ao tempo de atividade de doença apresentada, esses pacientes podem apresentar CCR com pior prognóstico e mais agressivos

- Colite actínica: Secundária à radiação abdominal; Pacientes podem apresentar sangramentos esporádicos em fezes (colite actínica). Normalmente, apresenta-se como um quadro de telangiectasias em cólon associado a maior rigidez do mesmo, obviamente, em pacientes que tiveram exposição a radiação nesta topografia..

1.4 Epidemiologia

Observe a tabela abaixo:

Apresenta-se como o 2 tumor em epidemiologia que acomete o sexo masculino perdendo em incidência apenas para o câncer de próstata, e o 3 em incidência no sexo feminino, com incidência menor apenas do câncer de mama e de colo do útero em nosso país.

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020, por sexo, exceto pele não melanoma*.

Localização primária	Casos	%	Homens Mulheres	Localização primária	Casos	%
Próstata	65.840	29,2		Mama feminina	66.280	29,7
Cólon e reto	20.540	9,1		Cólon e reto	20.470	9,2
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	7,9		Colo de útero	16.710	7,5
Estômago	13.360	5,9		Traqueia, brônquio e pulmão	12.440	5,6
Cavidade oral	11.200	5,0		Glândula tireóide	11.950	5,4
Esôfago	8.690	3,9		Estômago	7.870	3,5
Bexiga	7.590	3,4		Ovário	6.650	3,0
Linfoma não-Hodgkin	6.580	2,9		Corpo de útero	6.540	2,9
Laringe	6.470	2,9		Linfoma não-Hodgkin	5.450	2,4
Leucemias	5.920	2,6		SNC	5.230	2,3

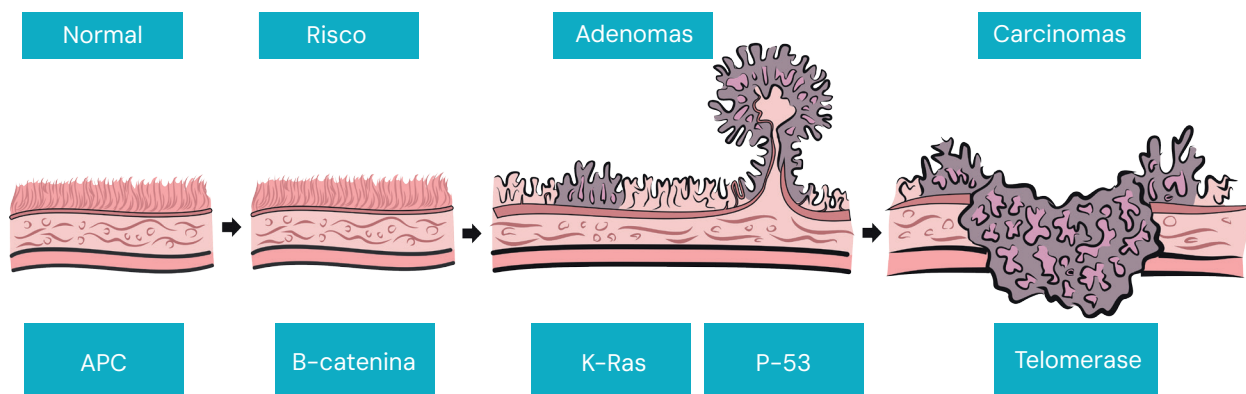
Fonte: <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>
 *Números arredondados para múltiplos de 10.

2. CARCINOGENESE DO CÂNCER COLORRETAL

2.1 Existe uma sequência carcinogênica bem estabelecida

- O processo leva, em média, 10 anos, na população geral.

OBS.: Tal fato se correlaciona com o tempo de rastreio por colonoscopia. O tempo entre um exame e o seguinte (em média, de 5 – 10 anos) da-se por esse motivo.



- Sequência: (1) Epitélio normal, sem alterações; (2) Agressão epitelial – tabagismo, sedentarismo e demais fatores de risco; (3) Mutação do gene **APC** (gene supressor tumoral) – predispõe à formação de pólipos; (4) Mutação da beta-catenina – demonstra potencial displásico; (5) Mutação do gene **K-Ras** (proto-oncogene) – evolui com aumento do potencial displásico, de baixo para alto grau; (6) Mutação do gene **p53** – origem de tumor com potencial invasivo da membrana basal; (7) Evolução carcinomatosa – com mutações finais da telomerase.

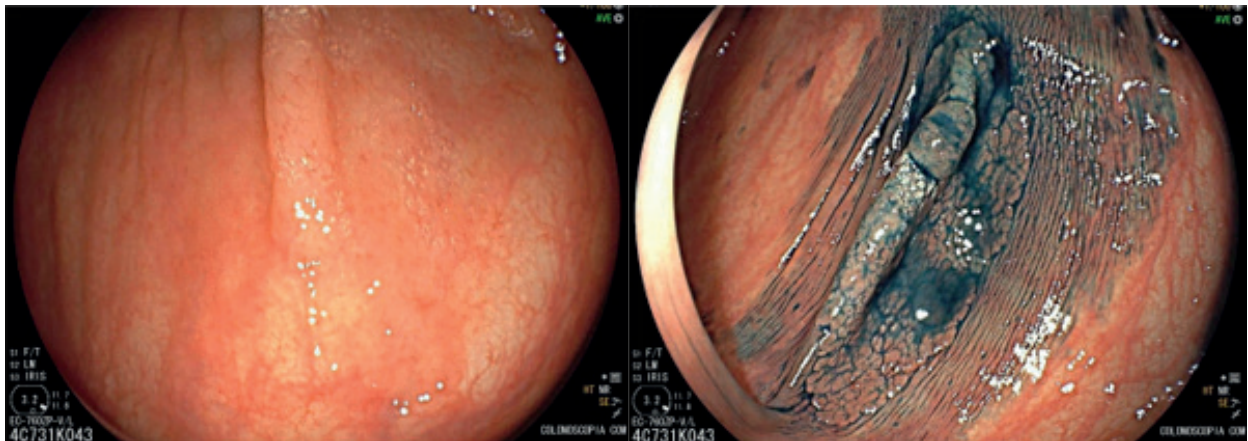
OBS: A origem da mutação do gene p53 marca a origem do carcinoma!!! Essa alteração fornece capacidade da neoplasia em estágio inicial invadir a submucosa e dessa forma ganhar a circulação hematogênica, assim como a linfática, tendo maior possibilidade de disseminação da mesma através de metástase

3. PÓLIPOS

3.1 Pólipos neoplásicos

- Apresentam displasia, isto é, risco de malignização;
- A maioria dos pacientes que consomem uma dieta ocidental, terão pólipos após os 50 anos de idade, quanto mais displasia ou atipias, crescimento e comportamento viloso, maior capacidade de malignização e transformação neoplásica
- Subtipos: Adenomas: Tubular – possui melhor prognóstico; Viloso – pior prognóstico; Tubuloviloso – prognóstico intermediário. Serrilhados: Tais lesões apresentam morfologia plana, principalmente durante a insuflação do cólon; Ainda, evidenciam coloração semelhante à da mucosa normal, o que prejudica o diagnóstico e o tratamento endoscópico.

DICA! Adenomas “viloso... vilão” → apresenta pior prognóstico!



Fonte: <https://endoscopiaterapeutica.com.br/assuntosgerais/lesoes-sesseis-serrilhadas/>

3.2 Pólipos não-neoplásicos

- Não apresentam displasia;
- Subtipos: Hamartomas: Essas lesões são compostas de elementos que, normalmente, são encontrados no tecido local com crescimento desorganizado; Entretanto, acima do pólipos hamartomatoso, pode surgir um pólipos adenomatoso. Inflamatórios: Antigamente, era denominados “pseudo-pólipos”, sendo relacionados com etiologias inflamatórias; São áreas de cicatrização da mucosa. Hiperplásicos: São áreas com proliferações pequenas da mucosa.

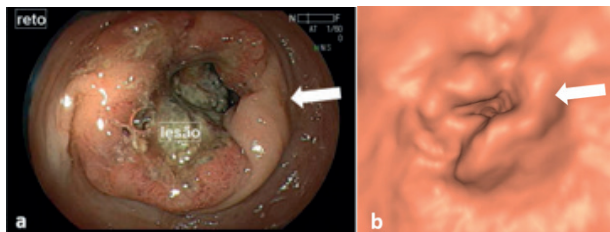
4. RASTREAMENTO

4.1 Rastreamento: 45 – 85 anos

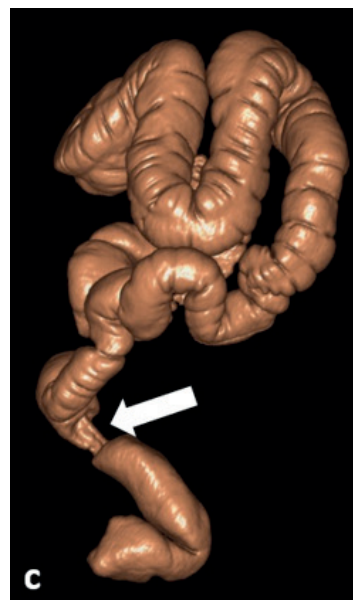
- Populacional: a partir dos 45 anos – Exames: Colonoscopia a cada 10 anos; Demonstra bom custo benefício, com capacidade de identificação de pequenos pólipos, e pela possibilidade de polipectomia. Teste imunoquímico fecal (TIF) para sangue oculto, anualmente; Sigmoidoscopia, a cada 10 anos associado ao TIF, anualmente; Sigmoidoscopia, a cada 5 anos; Colonografia por tomografia computadorizada (CTC), ou Colono virtual, a cada 5 anos; Teste de DNA de fezes multita refas com DNA-FIT (DNA-DTM-MT; Também conhecido como teste imunoquímico DNA fecal), a cada 3 anos. Teste de sangue oculto nas fezes baseado em Guaiac, anualmente;
- Até 85 anos (75 – 85 anos – rastreamento individualizado); Levar em consideração expectativa de vida e *performance status*; Individualizar cada paciente e garantir que o procedimento cirúrgico trará mais benefícios que malefícios
- Familiares de primeiro grau com câncer colorretal: A partir de 40 anos de idade ou, pelo menos, 10 anos antes da idade que o familiar apresentou câncer colorretal; O rastreamento é sempre realizado com colonoscopia, o que vier antes (Se uma paciente apresenta histórico de um familiar com CCR aos 45 anos deve-se realizar o rastreio aos 35 anos da mesma) ;
- Alto risco (PAF, Lynch, RCU, Doença de Crohn): a depender do protocolo.

4.2 Colonoscopia virtual

- Indicação: Lesões intraspônáveis em colonoscopia convencional, mas em cólon com capacidade de preparo; Em geral, a impossibilidade é dada pela visualização de tumor obstrutivo. Tem caráter principalmente para avaliar localização assim como averiguar novos tumores sincrônicos do cólon, dessa forma garantindo melhor proposta terapêutica para o paciente;



<https://endoscopiaterapeutica.com.br/>



<https://endoscopiaterapeutica.com.br/>

- Demonstra eficácia semelhante à da colonoscopia óptica para a detecção de pólipos clinicamente pequenos e de câncer colorretal.

ATENÇÃO: as fezes podem simular lesões ou pólipos.

5. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Atente-se ao seguinte: em geral, as afecções do cólon direito são menos sintomáticas!!! Neoplasias do cólon direito apresentam-se principalmente com quadro de anemia assintomático, tendo fator obstrutivo na progressão da doença, muitas vezes um paciente com esse quadro tem uma neoplasia em estágio mais avançado devido ao maior crescimento do tumor e necrose, o que favorece a hematoquezia e a anemia já citada. Já os tumores do colon esquerdo apresentam-se inicialmente com maior facilidade de obstrução devido a menor dimensão do retossigmoide. Neoplasias no reto, tem como sintomatologia principal quadro de obstipação tenesmo e alteração no formato das fezes.

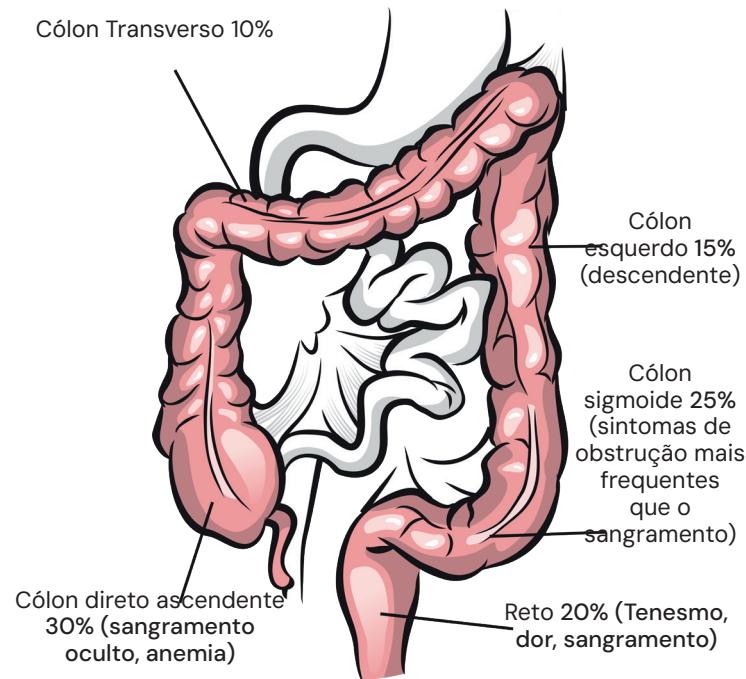
5.1 Prognóstico

- Tumores de cólon direito demonstram pior prognóstico em comparação àqueles do cólon esquerdo e reto; Primeiramente, pelo diagnóstico em estágios mais avançados e, também, pela maior associação com a síndrome de Lynch; (1) A síndrome de Lynch cursa com instabilidade de microssatélites, O que favorece a implantação ou então invasão da submucosa sem desenvolver o processo neoplásico de forma contígua, favorecendo o pior prognóstico.

5.2 Tumores de cólon esquerdo

- Os tumores do cólon esquerdo costumam evidenciar sintomas precocemente, principalmente pela presença de sangue vivo nas fezes (hematoquezia), além de apresentar maior sensibilidade aos quadros obstrutivos devido ao menor lumen apresentado e maior crescimento intraluminal concêntrico constrictivo. .

Localização	Manifestações clínicas
Cólon direito	Anemia Fadiga Massa palpável Difícilmente evolui com obstrução intestinal, sangue oculto nas fezes
Cólon esquerdo	Hematoquezia Alteração do hábito intestinal e consistência fecal Obstrução
Retos	Tenesmo Dor Calibre fecal reduzido Obstrução

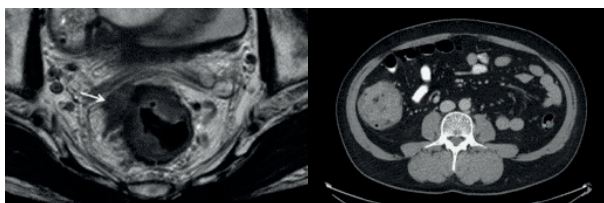


6. ESTADIAMENTO

6.1 Câncer de reto x câncer de cólon:

Retos	Cólon
Tomografia de tórax e de abdome superior	Tomografia de tórax e de abdome superior
Ressonância magnética de pelve	Tomografia de pelve
CEA (antígeno carcinoembrionário)	CEA (antígeno carcinoembrionário)
Colonoscopia completa (exclusão de outras lesões sincrônicas)	Colonoscopia completa (exclusão de outras lesões sincrônicas)

OBS.: O CEA é um bom marcador prognóstico e para acompanhamento.

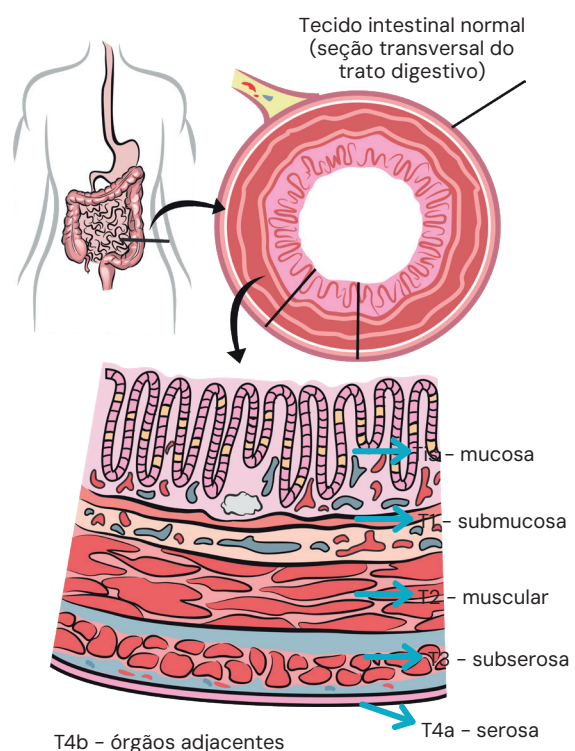


6.2 Ressonância magnética de Pelve – para estadiar os tumores de reto.

- Devido a maior quantidade de tecido adiposo, favorece uma melhor visualização das estruturas, assim como invasão do músculo elevador do anus
- Consegue identificar melhor invasão extramural, e disseminação angiolinfática;

- Ainda, há possibilidade de localizar o tumor de reto acima (tumores altos; intraperitoneais) ou abaixo (tumores médios ou baixos; extraperitoneais) da reflexão peritoneal.

6.3 Estadiamento TNM:



Nx	Linfonodos não avaliados
N0	Sem linfonodos comprometidos
N1	1 – 3 linfonodos positivos
N2	4 ou + linfonodos positivos
M0	Sem metástase
M1	Metástases à distância
O	Tis NOMO (in situ)
I	T1-T2 NOMO
II	T3-T4 NOMO
III	Tx N+M0
IV	TxNx M1

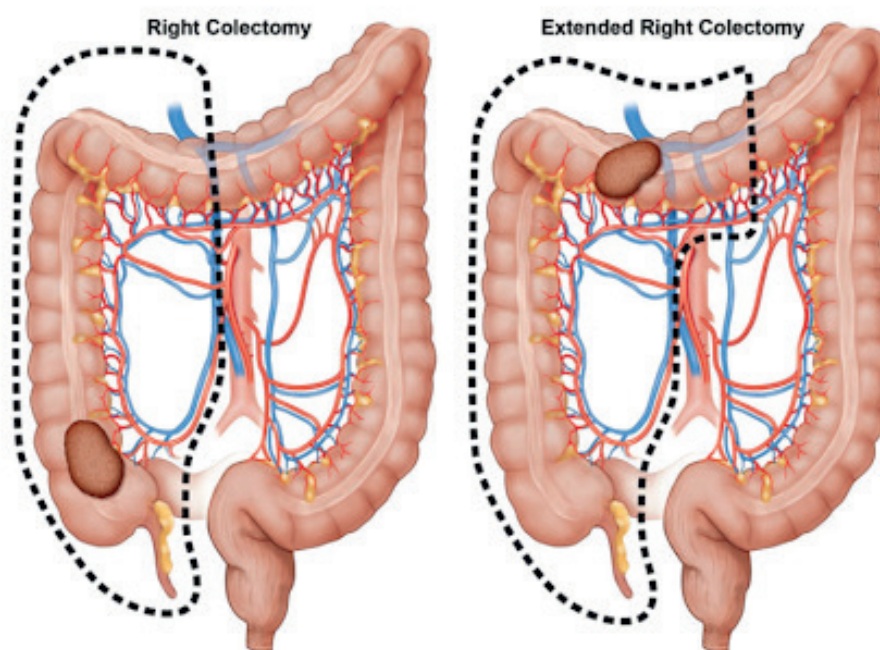
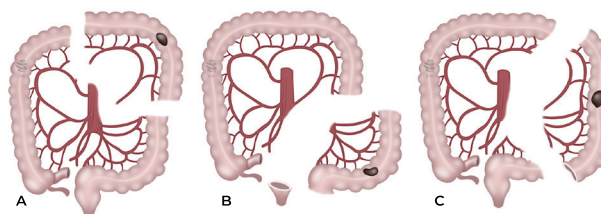
OBS: Neoplasias do Cólon apresentam um estadiamento diferente do apresentado por neoplasias do TGI, T1 são tumores que acabam invadindo a submucosa, sem apresentar diferenciação entre T1a e T1b normalmente observado, Já o T2 envolve a muscular da mucosa, pior prognóstico e consequentemente maior disseminação angiolinfática

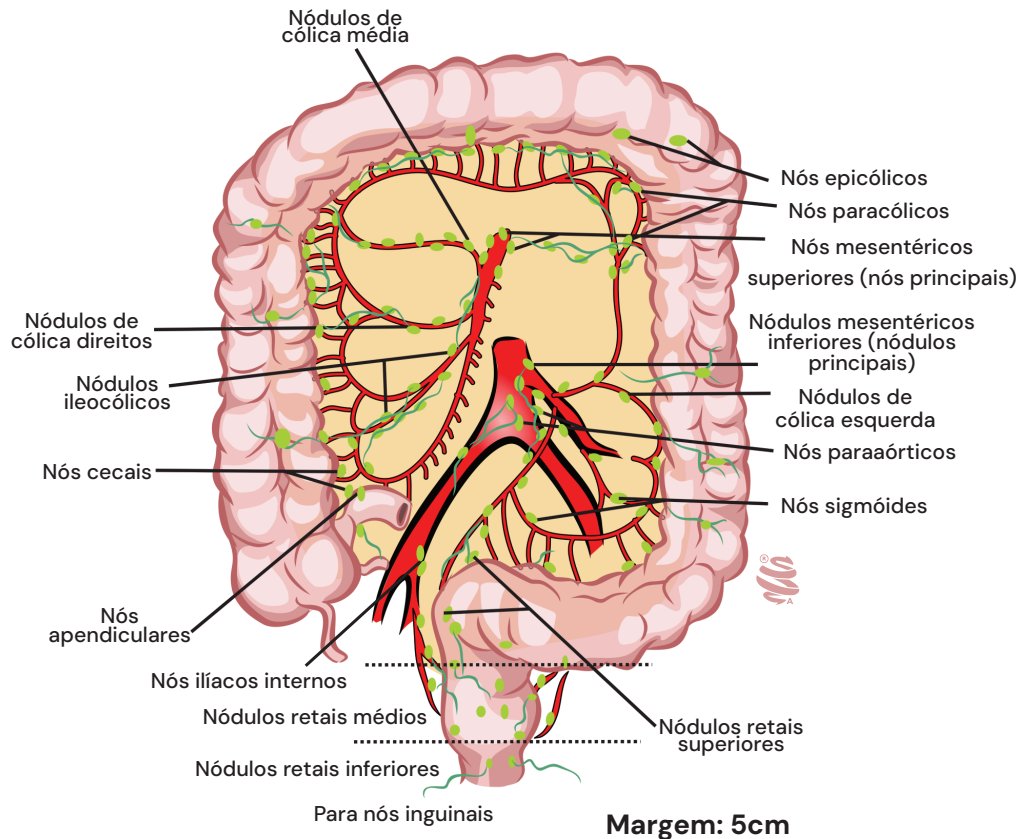
7. TRATAMENTO

7.1 Câncer de cólon ou reto (intraperitoneal):

- À princípio, não existe neoadjuvância para tais tipos; Dessa, forma pensar em quimioterapia apenas em caráter adjuvante, ou seja após o tratamento cirúrgico
- Cirurgia; O procedimento depende da localização neoplásica: Cólon direito: colectomia direita; Cólon esquerdo: colectomia esquerda; Colon transverso: transversectomia; Sigmoides: retossigmoidectomia. Em alguns casos, deve-se realizar ressecção em bloco com exérese multivisceral de focos acometidos pela neoplasia. Pode ser necessário ressecção de parte da bexiga, ureterectomia e em alguns casos até nefrectomia para controle do foco.

- Ainda, associa-se à uma linfadenectomia – com ligadura dos vasos na origem – com retirada de, pelo menos, 12 linfonodos: Cólon direito: artéria ileocecoapendicocólica em sua base com a mesentérica superior, assim como o ramo direito da cólica média, podendo ainda estender para a cólica média dependendo da localização do tumor (Flexura hepática); Cólon transverso: artéria cólica média; Cólon esquerdo: artéria mesentérica inferior. (1) Ramos retal superior, sigmoideana, cólica esquerda.





Fonte: Fischer Mastery of surgery 8ed.

OBS.: A retirada de menos de 12 linfonodos na peça cirúrgica pressupõe a realização de procedimento cirúrgico "não oncológico", isto é, sem o estadiamento adequado. Ainda, nesses casos, o paciente deve ser encaminhado à quimioterapia sistêmica, mesmo que não existam mais linfonodos comprometidos. Dessa forma a retirada incompleta de linfonodos nos dará na patologia um TNM com a avaliação do status linfonodal NX (Sem possibilidade de avaliação), impedindo estadiamento correto do paciente

ATENÇÃO!!! A margem cirúrgica colônica deve ser de, pelo menos, 5 cm!

7.2 Câncer de reto (extraperitoneal)

- Localizam-se há, aproximadamente, 7 cm da borda anal, estando abaixo da reflexão peritoneal;
- A ressonância magnética é o exame mais adequado para estadiamento de lesões na região pélvica; Identifica: Invasão de estruturas adjacentes; Lesões extramurais; Situação do mesorreto;



www.radiopaedia.org

- Neoadjuvância; Indicações: Lesões T3 ou T4; Linfonodo positivo; Tumores distais que envolvem o esfíncter anal (pela tentativa de preservação esfinteriana); Envolvimento da fásia mesorretal (pela tentativa de melhor da margem comprometida);

- Esquema terapêutico: Quimiorradioterapia → 5-fluorouracil + Leucovorin, associado à 5040cG de radioterapia;
- Benefícios: *Downstaging* tumoral; Eleva a taxa de preservação esfinteriana; Redução das taxas de recidiva local do tumor; Em 15 – 30% dos pacientes, ocorre o desenvolvimento de resposta patológica completa (o tumor desaparece clinicamente) – proceder com *Watch and wait*;

OBS.: A quimiorradioterapia convencional demonstra capacidade de reduzir a taxa de recidiva local, contudo não altera a taxa sistêmica.

ATENÇÃO: O esquema padrão-ouro é dado por: neoadjuvância – aguardo de 12 semanas – cirurgia.

- TNT – Terapia neoadjuvante total: Esquema terapêutico é um pouco diferente, com outros quimioterápicos (por exemplo folfirinix ou mflox) + radioterapia; Benefícios: Melhor resposta clínica completa; Demonstra maior sobrevida;
- Terapia Alvo e Imunoterapia: São tratamentos sistêmicos utilizados em condições específicas que favorecem a resposta tumoral ao tratamento e promovem diminuição de foco tumoral assim como melhor estadiamento e proposta cirúrgica curativa
- Bevacizumab: Fármaco que promove inibição do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) dessa forma, inibe angiogênese e suprimento tumoral

- Nivolumab ou Pembrolizumab: Terapia alvo para mutações do MSH1, principalmente utilizado em pacientes que possuam instabilidade de microssatélites e Síndrome de Lynch

- Excisão total do mesorreto – reto extraperitoneal: É a retirada do reto acompanhado de toda a gordura adjacente que o cerca; O mesorreto é composto de diversos linfonodos e vasos sanguíneos com potencial metastático; Assim, a excisão total é associada com melhora das taxas de recidiva local e sistêmica;

- O guia são as fâscias de Denovellier e Waldeyer: Fâscia anterior (Septo Retroprostático) – Denovellier; Fâscia posterior (Pre-sacral) – Waldeyer;

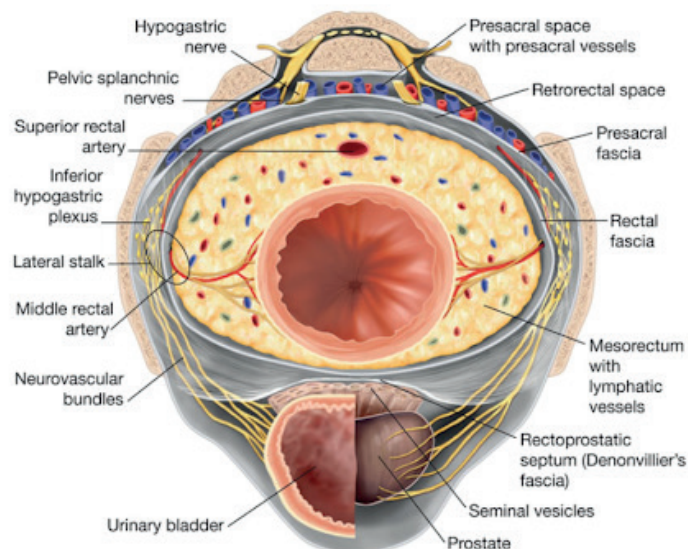
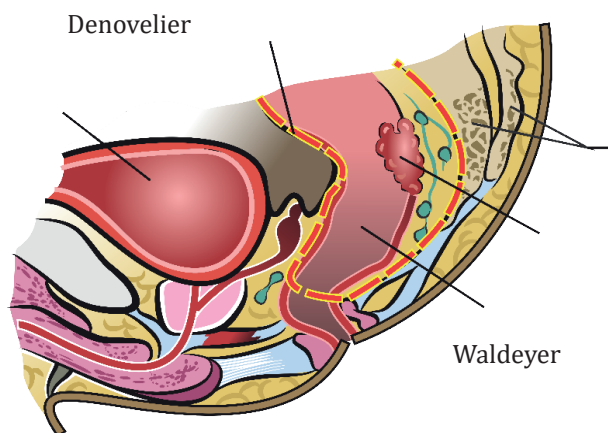


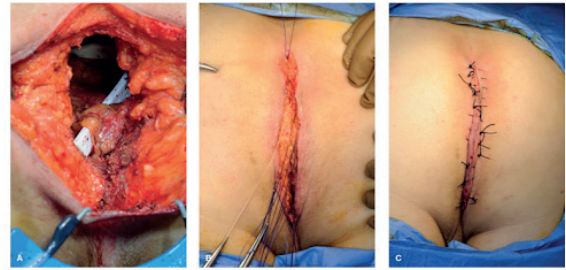
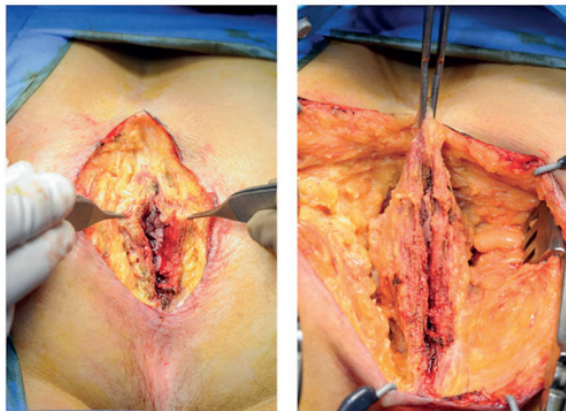
FIGURE 154a.3 Transverse section through the male pelvis highlighting the relationship of the mesorectum to the pelvic structures. Note the relationship of the middle rectal vessels to the inferior hypogastric plexus.

Fonte: Fischer Mastery Of Surgery 8ed

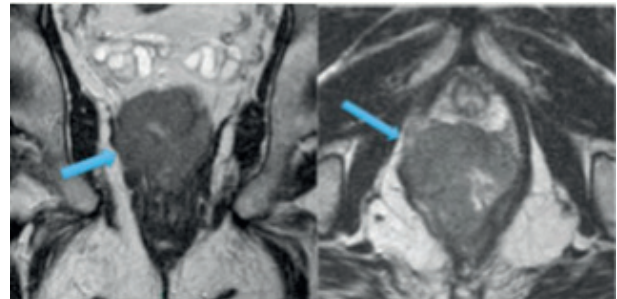
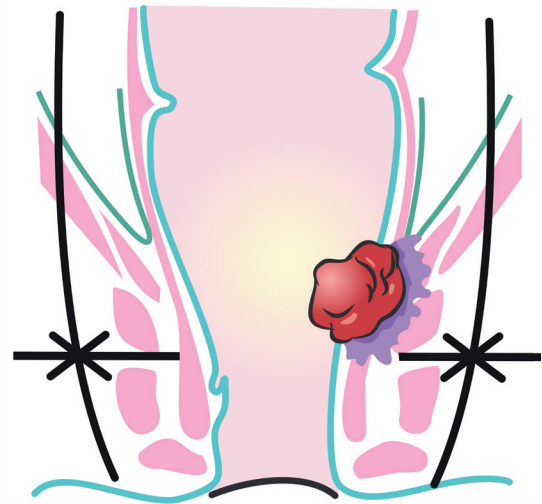
- Em relação ao reto, a presença de margem distal, desde que livre (se extraperitoneal), de neoplasia é suficiente para ressecção RO! A indicação da amputação de reto depende do acometimento do esfíncter; Normalmente as margens de segurança situam-se 2cm distal e 5 cm distal do canal anal (ou linha pectinea)

OBS: Em provas gostam de causar confusão, ao diferenciar a distancia da linha pectinea (2cm) da borda anal (5cm)

- Amputação abdominoperineal do reto; A cirurgia é realizada, ou não, após o resultado obtido pela neoadjuvância; Indicação: Ressonância magnética com evidência de invasão da musculatura elevadora do ânus. Essa cirurgia, também chamada de procedimento de Miles, é uma abordagem abdominal e perineal na qual envolve a retirada do espécime cirúrgico através da dissecação perineal, com ressecção dos músculo elevador do anus associado a retirada do reto distal com seu mesorreto e sigmóide e confecção de uma colostomia definitiva.



Fonte: Fischer mastery Of surgery 8ed. Foto ilustrativa do procedimento de Miles

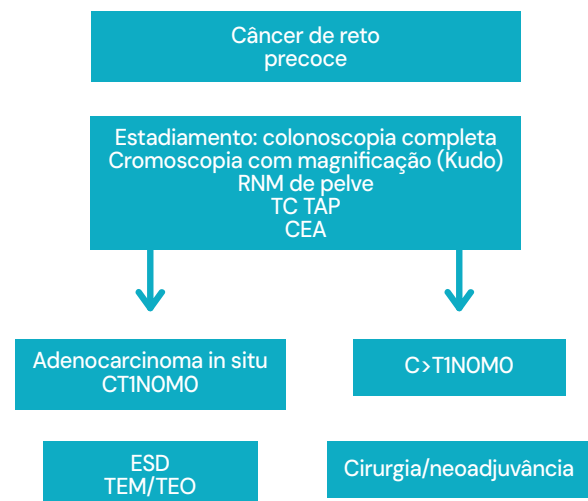


www.radiopaedia.org

8. CÂNCER DE RETO PRECOCE

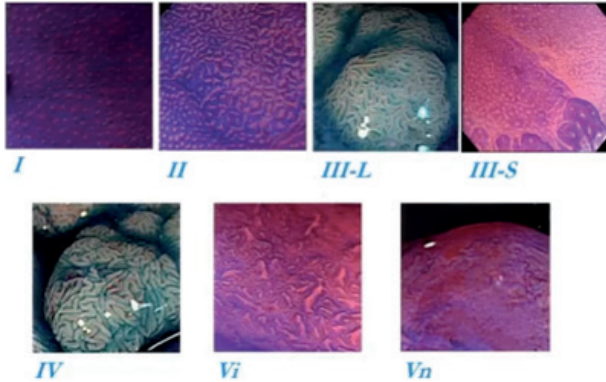
- É definido como uma lesão precoce que alcança, no máximo, a camada mucosa.

8.1 Fluxograma geral de atendimento:



8.2 Padrões de Cripta de Kudo

- Chance de Câncer (Sm) no Vi aprox. 30% e Vn 90%; I – IV – Ressecção endoscópica; Vi – 30% de probabilidade de invasão submucosa – Ressecção endoscópica ou Cirurgia; Vn – invasão grosseira da camada submucosa – Cirurgia;



- Tratamento do câncer de reto precoce:
Ressecção endoscópica do câncer de reto precoce; Requisitos: SM1; Menor de 4 cm de

diâmetro; Margens livres após a ressecção; Menos de 30 – 40% da circunferência; < 6 cm de distância da margem anal; Ausência de sinais de comprometimento linfonodal; Ausência de metástase; Histologia bem diferenciada. TEO/TEM apresenta-se como método de ressecção nessas neoplasias que apresentam-se na magnificação de imagem de I-IV assim como ressecção colonoscópica, a vantagem seria a maior possibilidade de ressecção de neoplasias que invadem a submucosa com excisão total da parede retal. Cuidado ao realizar após 6 cm da linha pectínea pois poderá ser o reto intraperitoneal e dessa forma contaminar a cavidade desnecessariamente.

- Quimioterapia adjuvante (Principalmente para CCR intraperitoneal) – indicações: Presença de linfonodos positivos (III); Configura indicação principal. Presença de menos de 12 linfonodos ressecados com a peça cirúrgica ; Tumor T4; Cirurgia de urgência em tumores obstruídos e perfurados; Tumores pouco diferenciados; Invasão angiolinfática e perineural.



Colecistite

CCR P-53

...nina --> K-Ras --> ...

Tratamento:
 on e reto intraperitoneal: TC TAP
 margens livres + linfadenectomia - 12 linfonodos
o extraperitoneal (médio e distal):
 Retossigmoidectomia

RECOMENDAÇÕES GERAIS

ões
mais comum do trato gastrointestinal.

es de risco

Correlação clínica

Hereditária: Polipose adenomatosa familiar; Polipose associada à MUTYH; Síndrome de Lynch (MNPCC). 100% dos pacientes que apresentaram desenvolveram câncer colorretal

- **Colite actínica:** Secundária à radiação abdominal; Pacientes podem apresentar sangramentos esporádicos em fezes (colite actínica). Normalmente, apresenta-se como um quadro de telangiectasias em cólon associado a maior rigidez do mesmo, obviamente, em pacientes que tiveram exposição a radiação nesta topografia..

1.4 Epidemiologia

1.4 Epidemiologia
Observe a tabela abaixo:

1.4 Epidemiologia

Observe a tabela abaixo:

Apresenta-se como o 2º tumor em epidemiologia que acomete o sexo masculino perdendo em incidência apenas para o câncer de próstata, e o 3º em incidência no sexo feminino, com incidência menor apenas do câncer de mama e de colo do útero em nosso país.

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020, por sexo, exceto pele não melanoma*.

ARTRITE REUMAT

- Artrite crônica inflamatória mais comum (1% da população)
- Prevalência feminino (3:1)
- Aumento de incidência a partir dos 35 anos, mas há casos em crianças
- Causa: poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações (MCPs)
- Exames: erosão marginal no RXI (mas achado tardio); hipoalbuminemia
- Fator Reumatoide e Anti-CCP (específico)
- Tratamento: doença com Doenças Modificadoras de Curso a longo-prazo, buscando sempre o alívio terapêutico de 6 meses
- Extra-limbar: das manifestações além articular: anemia, vasculite e derrame pleural

ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO - COLECISTITE

Colecistite aguda = Inflamação da vesícula biliar

Diagnóstico:

- A – Sinais locais de inflamação
- B – Sinais sistêmicos de inflamação
- C – Imagem compatível

Classificação e Tratamento:

- **Leve:** sem nenhum critério +
- **Moderada:**
 - Leucocitose > 18.000
 - Massa palpável
 - Duração > 72h

- Complicações locais
- **Grave:**
 - Disfunção orgânica
 - Hipotensão, IRA, RNC
 - Coagulopatia, Irpa

O ideal é operar sempre que possível

- Pacientes de alto risco, que respondem ao tratamento → Tardia
- Pacientes de alto risco, sem condições cirúrgicas → Drenagem



1. COLECISTITE AGUDA = OBSTRUÇÃO DO DUCTO CÍSTICO COM INFLAMAÇÃO LOCAL

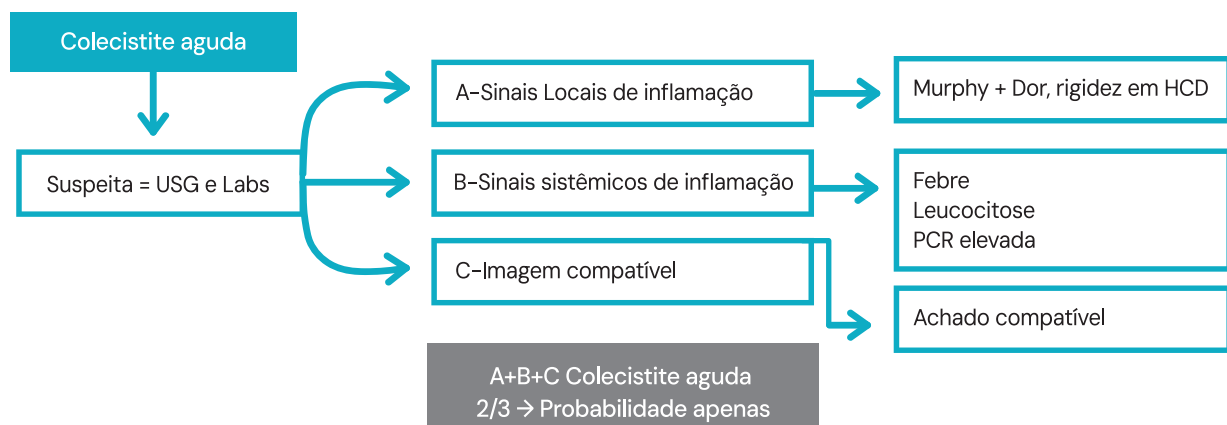
1.1 Fisiopatologia:

- Obstrução do ducto cístico = liberação de mediadores inflamatórios
- Estase da bile = edema > distensão > inflamação > necrose. Proliferação bacteriana e infecção:
 - Aeróbios: E. Coli, Klebsiella, Proteus, Faecalis
 - Anaeróbios: peptostrepto, Clostridium, bacterioides
- Colecistite crônica calculosa = agudizações recorrentes com inflamação subaguda-crônica

1.2 Quadro clínico:

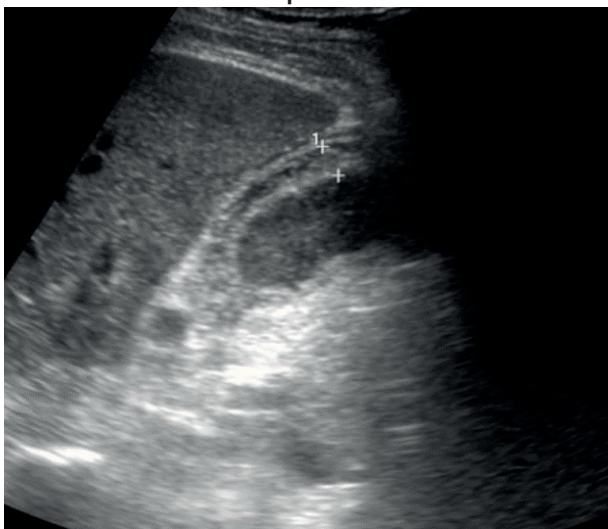
- Dor abdominal em HCD (hipocôndrio direito) > 6 horas
- Sinais de defesa abdominal

- Sinal de Murphy +
 - Parada abrupta da inspiração quando realizada a palpação profunda no ponto de Murphy (rebordo costal direito)
 - NÃO É SINÔNIMO DE DESCOMPRESSÃO BRUSCA POSITIVA
- Aumento de provas inflamatórias e leucocitose
- Suspeita de complicações:
 - Dor intensa
 - Febre alta
 - Associação com náuseas e vômitos;
 - Leucocitose > 15.000 cels/mm³;
 - Plaço palpável.
- Diferenciais: coledocolitíase, síndrome de Mirizzi, colangite
 - Avaliar presença de icterícia, TGO, TGP, FA, GGT...



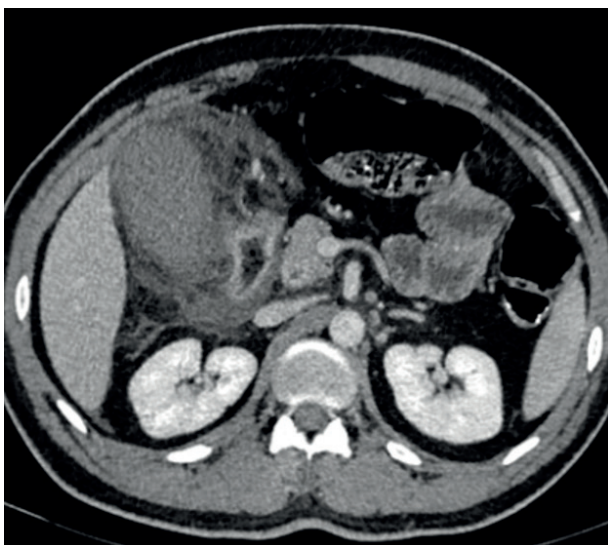
1.3 Diagnóstico (Tokyo 2018)

- A – sinais locais de inflamação;
 - Murphy +;
 - Dor, rigidez em HCD.
- B – sinais sistêmicos de inflamação;
 - Febre;
 - Leucocitose;
 - PCR elevado.
- C – imagem compatível
 - **USG de abdome superior = MELHOR EXAME**

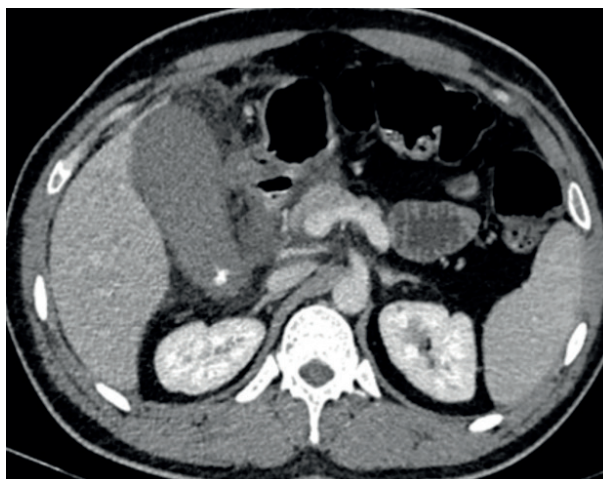


Case courtesy of Luu Hanh, Radiopaedia.org, rID: 81591

- Espessamento (> 4 mm); edema de parede; Murphy ultrassonográfico; cálculo impactado; parede delaminada; edema e líquido perivesicular.
- TC de abdome = avaliar complicações e diferenciais. Espessamento (> 4 mm); edema de parede; cálculo impactado; parede delaminada; Edema e líquido perivesicular.

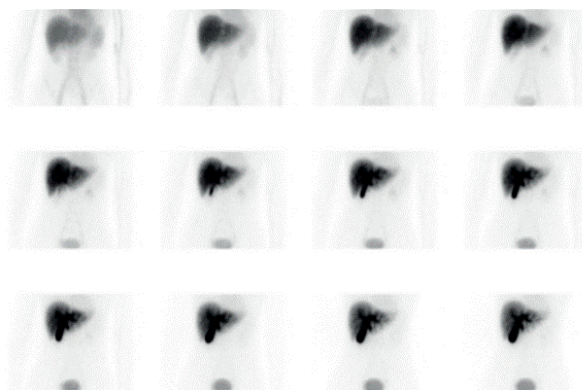


www.radiopaedia.org



www.radiopaedia.org

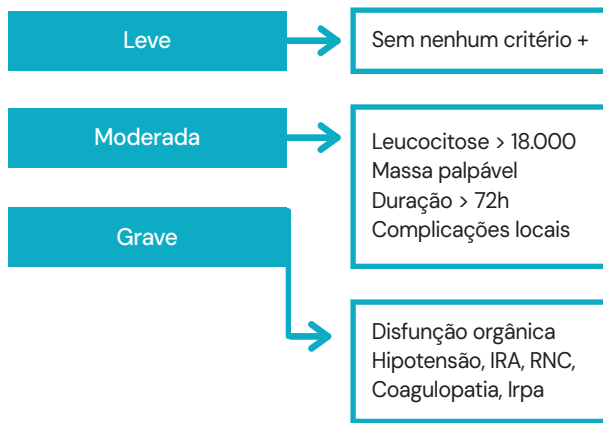
- DISIDA/Colecistografia = padrão-ouro (especialmente quando há dúvida em USG e TC). O exame é positivo quando não há enchimento da vesícula. Falso-positivos: Jejum prolongado; Cirrose; NPT; Pancreatite. Usar colecistoquinina para esvaziar vesícula; Usar morfina para aumentar o tônus do esfíncter de Oddi e evitar vazamento rápido.



<https://radiologykey.com/120-normal-hepatobiliary-scan/>

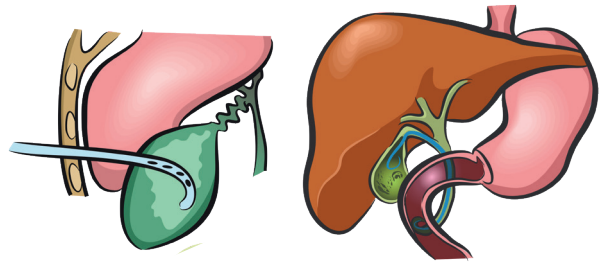
1.4 Classificação

- Leve:
 - Sem nenhum critério positivo.
- Moderada:
 - Leucócitos > 18.000 células/mm³;
 - Massa palpável;
 - Duração > 72 horas;
 - Complicações locais.
- Grave:
 - Disfunção orgânica;
 - Hipotensão;
 - IRA;
 - RNC;
 - Coagulopatia;
 - Irpa.

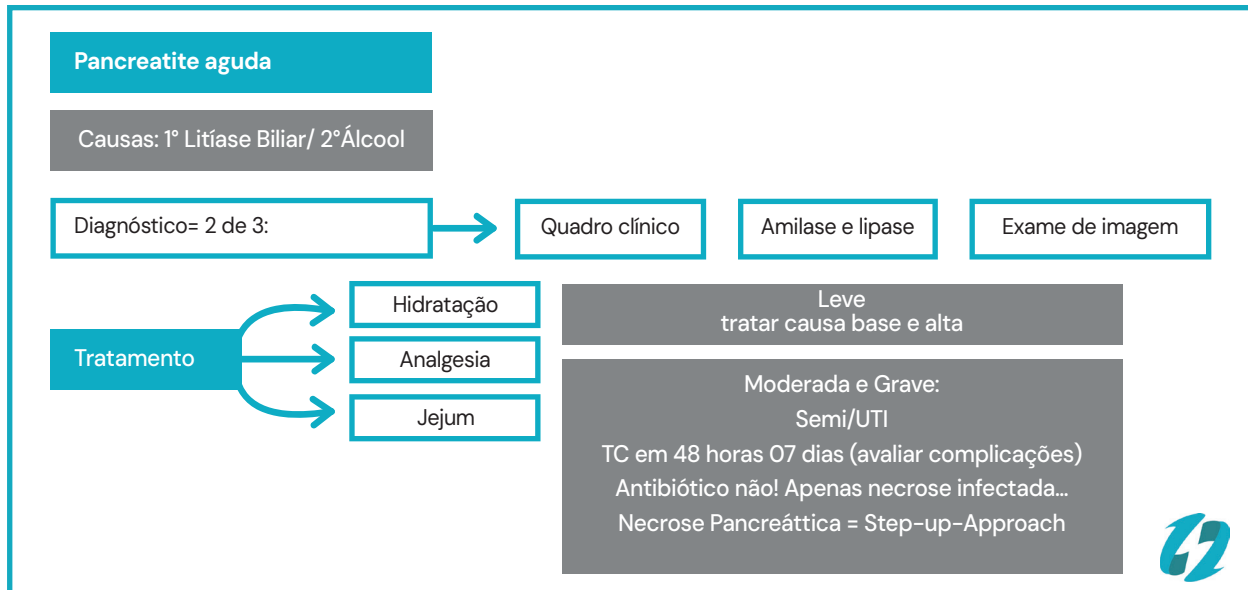


1.5 Tratamento

- Conforme a classificação: colecistectomia precoce ou Colecistectomia tardia ou Colecistostomia (drenagem).
- Fatores para decisão
 - ASA
 - Charlson comorbidity index
 - Resposta ao suporte inicial
 - Capacidade do pronto-socorro
- LEVE
 - ASA < III/CCI < 6 (= paciente BOM). Padrão-ouro = colecistectomia por videolaparoscopia. ATB pode ser suspenso após cirurgia
 - ASA > III/CCI > 6 (=paciente RUIM). ATB + terapia de suporte (jejum, analgesia, hidratação venosa) e cirurgia tardia. ATB: Ceftriaxone + metronidazol; Alternativa □ meropenem, tazocin.
- MODERADA
 - Medidas iniciais: analgesia, ATB (cef+metro), jejum, hidratação
 - Resposta inicial boa. ASA < III/CCI < 6 (= paciente BOM). Padrão-ouro = colecistectomia por videolaparoscopia; ASA > III/CCI > 6 (=paciente RUIM). ATB e cirurgia tardia após melhora clínica
 - Resposta inicial ruim ou piora clínica: ATB + DRENAR = COLECISTOSTOMIA
- GRAVE
 - Suporte INTENSIVO = UTI, jejum, hidratação, analgesia, DVA, IOT
 - Paciente bom = colecistectomia (mesma lógica da moderada)
 - Paciente ruim = drenagem
- Colecistostomia (drenagem):
 - Controle de foco infeccioso = esvaziar a vesícula biliar inflamada
 - Métodos: Colecistostomia percutânea; drenagem endoscópica; cirúrgica.
 - Quanto mais grave o paciente (não tolera um procedimento cirúrgico) mais indicamos a drenagem percutânea



ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO - PANCREATITE AGUDA



1. INTRODUÇÃO

- Possui incidência anual de 4 a 35 casos / 100.000 na população geral;
 - 20% dos casos são graves;
- Nos casos leves, a mortalidade é baixa (1,5%) / Casos graves é alta (17%);

2. FISIOPATOLOGIA:

- Ativação de enzimas pancreáticas intra-tecidual → Autolesão pancreática, pancreatite aguda → causa lesão na microcirculação → liberação de mediadores inflamatórios → inflamação sistêmica.

3. CAUSAS DE PANCREATITE AGUDA:

- Litíase Biliar – principal causa;
- Álcool – segunda principal causa;
Aqui temos o paciente que bebe muito agudamente, o etilista crônico vai causar inflamação crônica, pancreatite crônica.
- Outras:
 - Mecânicas: Lama biliar, tumor, divertículos, áscaris;
 - Tóxicas: Etanol, metanol, organofosforado, veneno de escorpião;
- Metabólicas: Hipertrigliceridemia, hipercalcemia;
- Medicamentosa: metronidazol, azatioprina, sulfa, tiazídicos;
- Infecçiosa: vírus, bacteriana, fúngica, parasitas;
- Trauma / – Pâncreas divisum / – Pós-CPRE / – Vasculares / – Genéticas;

4. DIAGNÓSTICO

Inicialmente deve-se avaliar: antecedentes (litíase, alcoolismo);

4.1 Quadro clínico típico

- Dor abdominal em faixa;
- Irradiando para dorso;
- Prece maometana;
- Náuseas e vômitos;

4.2 Exames laboratoriais:

- Amilase:
 - Pico precoce, meia vida menor;
 - É menos específico – precisamos de uma amilase 3x o LSN para suspeitarmos de pancreatite aguda;
- Lipase:
 - Pico tardio, meia vida maior;
 - É mais específico;

4.3 Exames de imagem:

- Não é necessário no início;
- Pode-se fazer TC para estimar gravidade/diagnóstico diferencial;
- USG para identificar etiologia;

Se o paciente possuir 2 critérios positivos dos 3 (Quadro clínico, exames laboratoriais e exames de imagem), já confirmo pancreatite aguda!!!

- Sinais compatíveis com pancreatite aguda grave (necro-hemorrágica retroperitoneal):
 - Sinal de Cullen (equimose periumbilical)



https://pt.wikipedia.org/wiki/Sinal_de_Cullen

- Sinal de Grey-Turner (equimose em flancos)



<https://medizny.com/feed/29777240>

- Sinal de Fox: equimose na bolsa escrotal

5. CLASSIFICAÇÃO

- Leve:
 - Sem disfunção orgânica;
 - Sem complicação local;
 - A mais comum;
- Moderada:
 - Disfunção orgânica < 48h;
 - Complicação local;
- Grave:
 - Disfunção orgânica persistente;

6. ESCORES DE PROGNÓSTICO:

6.1 Ranson

- Pouco específico, pouco usado, não muda conduta. Na admissão:
 - L - Leucócitos
 - E - Enzima - TGO
 - G - Glicose
 - A - Age
 - L - LDH
- Após 48 h
 - F - Fluídos
 - E - Excesso de base
 - C - Cálcio
 - H - Hematócrito
 - O - Oxigênio (PaO2)
 - U - Ureia
- → Se o paciente tiver > 3 pontos no Ranson ele tem um pior prognóstico.

6.2 Bisap

- Bun < 25 (ureia)
- Rebaixamento do nível de consciência
- SIRS
- Idade > 60
- Derrame pleural

6.3 Apache - II:

- Avalia 12 itens, idade, comorbidades;
- > 8 = grave;

6.4 Balthazar

- Escore tomográfico, feito para avaliar complicações da pancreatite aguda.
- Tomografia é feita depois de 48h se o paciente evolui com pancreatite aguda grave;
- Quanto mais necrose e inflamação, mais grave e mais alta a morbimortalidade

Obs: lembrar que o contraste não chega na necrose

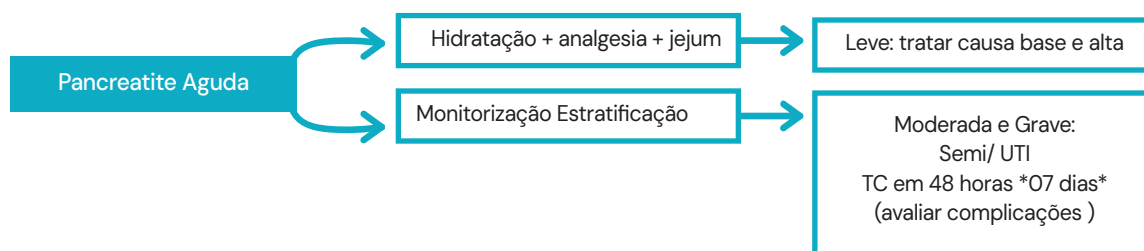
6.5 Atlanta

BOX 56-3 Atlanta's Criteria for Acute Pancreatitis	
Organ Failure As Defined	
Shock (systolic blood pressure <90 mm Hg)	
Pulmonary insufficiency (P_{aO_2} <60 mm Hg)	
Renal failure (creatinine level >2 mg/dL after fluid resuscitation)	
GI bleeding (>500 mL/24 hr)	
Systemic Complications	
Disseminated intravascular coagulation (platelet count $\leq 100,000$)	
Fibrinogen <1 gr/L	
Fibrin split products >80 μ g/dL	
Metabolic disturbance (calcium level ≤ 7.5 mg/dL)	
Local Complications	
Necrosis	
Abscess	
Pseudocyst	
Severe pancreatitis is defined by the presence of any evidence of organ failure or a local complication.	

- Se tiver qualquer falência orgânica ou complicação = é grave!

7. TRATAMENTO

- Hidratação;
 - Feita com ringer lactato
 - Hidratação adequada, avaliando sempre diurese, hematócrito e função renal
- Analgesia;
 - Analgésicos potentes + sintomáticos
- Jejum;
- Devemos ainda:
 - Monitorização;
 - Classificação;
 - Descobrir a etiologia;



8. CONDUTA:

Pancreatite aguda grave ou moderada:

- Se paciente possui uma pancreatite aguda intersticial edematosa
 - Possui edema e mais nada = suporte;
- Se paciente possui coleção peripancreática aguda com líquido homogêneo difuso
 - Suporte;
- Se paciente possui coleção necrótica aguda com líquido homogêneo difuso
 - Suporte;
- Walled-off necrosis (coleção heterogênea bem delimitada), após 04 semanas
 - Observação ou drenagem;

9. PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

9.1 Pseudocisto:

- Corresponde a uma coleção encapsulada homogênea, parede inflamatória bem definida e ausência de necrose após 4 semanas do quadro inicial;
- Conduta:
 - Drenagem, se sintomas;
 - Derivação definitiva com TGI é melhor;
 - Pode puncionar por radiointervenção;

9.2 Necrose pancreática:

- **Step-up-approach**
- Os estudos apontam que operar a pancreatite aguda é catástrofe, no entanto a mortalidade é de 97%;
- O que vamos fazer com pacientes que apresentam pancreatite aguda grave arrastada:
 - 1º → Suporte clínico intensivo;
 - 2º → Drenagem de coleções por radiointervenção (principalmente quando infectado);

- 3º → + drenos, endoscopia;
- 4º → VLP retroperitoneal;
- Última → necrosectomia aberta (melhor após 4 semanas);
- Dieta
 - Pancreatite aguda leve: Paciente com fome, RHA +, com melhora clínica e flatos → dieta oral precoce
 - Pancreatite aguda moderada ou grave: Paciente com pancreatite moderada ou grave → dieta enteral precoce (72h)
- Antibiótico
 - Nunca realizar no quadro inicial
 - Não puncionar para cultura
- Pancreatite aguda grave com íleo prolongado: NPT

10. QUANDO OPERAR A VESÍCULA? SEMPRE!!

- Casos leves → operar na mesma internação;
- Casos moderados / graves → após resolução total (6 semanas);
- Em casos de cálculo impactados no colédoco → muito raro → CPRE! Se possível colecistectomia tardia.
 - Primeiro deve-se tratar a pancreatite.
 - Após melhora, CPRE, tira-se o cálculo e opera-se a vesícula;
- Só não posso esperar se o paciente apresentar colangite (CPRE na urgência);
- Se não operar a vesícula → A pancreatite vai voltar e ele vai morrer.

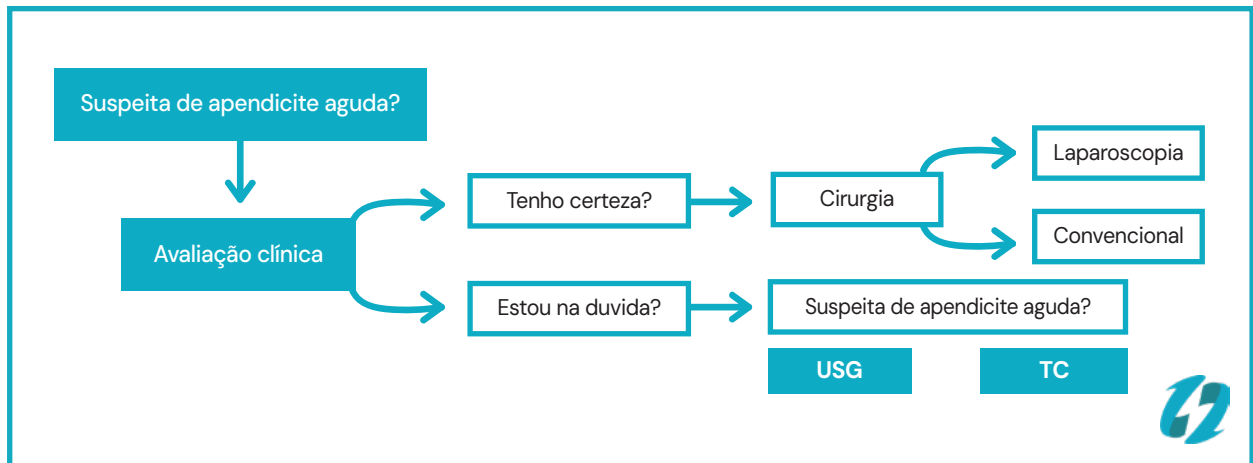


Apendicite Aguda

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020, por sexo, exceto pele não melanoma*.

Correlação clínica

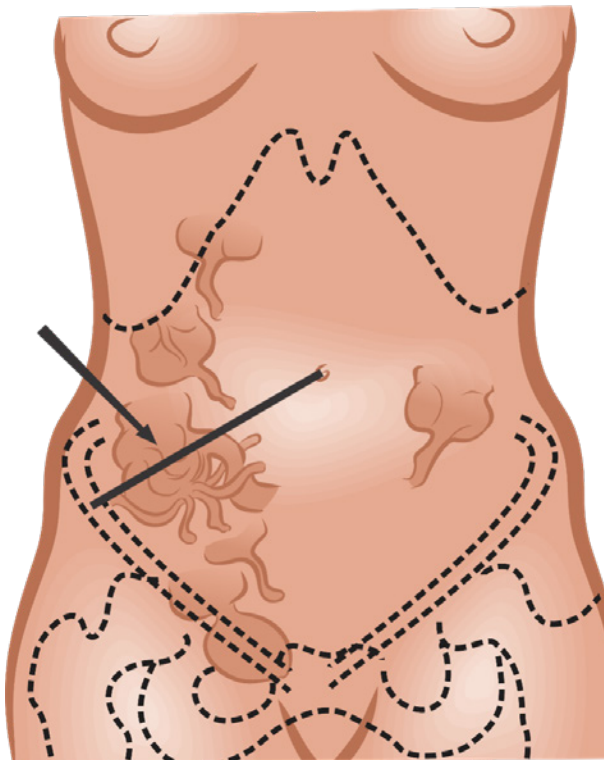
ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO - APENDICITE AGUDA



1. EPIDEMIOLOGIA

- É o abdome agudo cirúrgico mais comum, cerca de 8% da população irá evoluir com o quadro.
- Existem 3 picos de incidência:
 - Idade escolar;
 - Jovens – 2ª e 3ª década de vida;
 - Idosos.
- A prevalência é maior nos homens do que nas mulheres 2:1.
- Mortalidade baixa – 0,5%;
- Quando é uma apendicite complicada (que ocorre em 25% dos casos), pode evoluir para óbito em 15% desses – principalmente idosos.

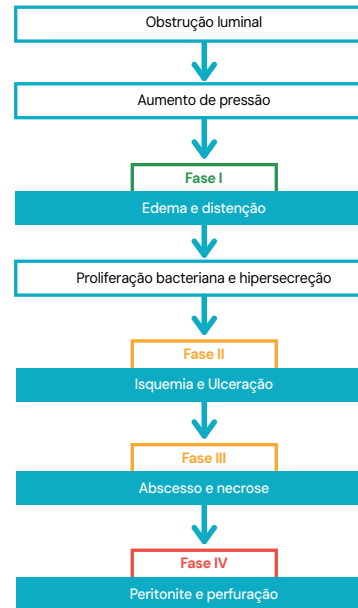
2. ANATOMIA



- O apêndice cecal fica na confluência das tênias, no final do cólon direito (ponta do ceco), normalmente na fossa ílica direita – 1/3 distal entre o umbigo e EIAS.
- Ele pode estar em outros locais, devido a variações anatômicas.
 - Ex.: pélvica, retroperitoneal etc.
- Irrigação: artéria apendicular (ramo da artéria ileocecólica).
- Função do órgão:
 - Rico em linfócitos – IgA e imunidade intestinal;
 - Rico em flora bacteriana – reposição intestinal.
 - Há divergências na literatura no que tange ao tema, portanto, é muito relativo.

3. FISIOPATOLOGIA

- Causas da obstrução luminal: hiperplasia linfóide (60% – crianças); fecalito (adultos), estase, parasitas, tumores (complicadas, idosos).



4. QUADRO CLÍNICO

- Dor epigástrica e periumbilical – difusa → Migra para FID;
- Associado aos sintomas anteriores, o paciente apresenta: anorexia, inapetência, vômitos, disúria, febre;
- A dor é progressiva.
- Pode ser em local diferente (devido às variações anatômicas);
 - Idosos, diabéticos e gestantes (dor em flanco direito) – quadro clínico atípico.
 - Idosos, diabéticos e gestantes podem apresentar quadro clínico atípico.

4.1 Sinais Clínicos

- Os principais sinais clínicos são:
 - Blumberg: descompressão brusca dolorosa em FID;
 - Rovsing: dor referida à palpação de FIE; → Os dois são os mais utilizados e os mais cobrados nas provas, entretanto existem alguns outros.
 - Dunphy: Dor à percussão ou ao tossir
 - Lenander: Diferença de temperatura axilar e retal > 1 C
 - Psoas: Em decúbito lateral esquerdo, dor à extensão + abdução do MID

5. DIAGNÓSTICO

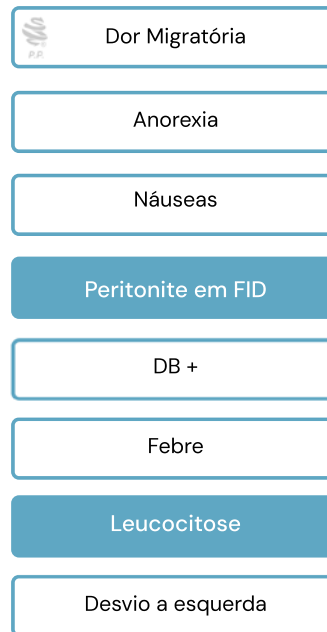
- É clínico, baseado no quadro clínico e história compatível;
- Fazer avaliação clínica e exame físico;
 - Se tiver certeza = indicação de CIRURGIA!
- Se tiver dúvida = Escore de Alvarado e Exames complementares.
- Score/Escala de Alvarado

Escala de Alvarado

Sinais e sintomas	Ponto	Condição
Tudo o que aponta com o dedo é 1 ponto Comida não entra (anorexia) Comida sai (náusea) Migração da dor Dói quando tira 1 dedo (descompressão dolorosa) Termômetro é o dedo (febre) Apontando o desvio à esquerda com o dedo	1 ponto cada	1 – 4 pontos ALTA
Tudo o que entra são dois pontos Dói quando os 2 dedos entram no QID Agulha entrando para coletar o sangue (leucocitose)	2 pontos cada	5 – 6 pontos Observar/USG
		7 – 10 pontos Cirurgia

- Mesmo com o Score de Alvarado > 7, 1 a cada 4 pacientes operados não apresentam apendicite aguda;
- Levando isso em conta, elaboraram o Score de Alvarado Modificado.

Alvarado modificado	
Atributo	Pontuação
Dor migratória no quadrante inferior direito	1
Anorexia	1
Náusea ou vômito	1
Dor no quadrante inferior direito	2
Descompressão brusca positiva no quadrante inferior direito	1
Temperatura > 38 °C	1
Leucocitose 10000 a 18000	2
Total	9

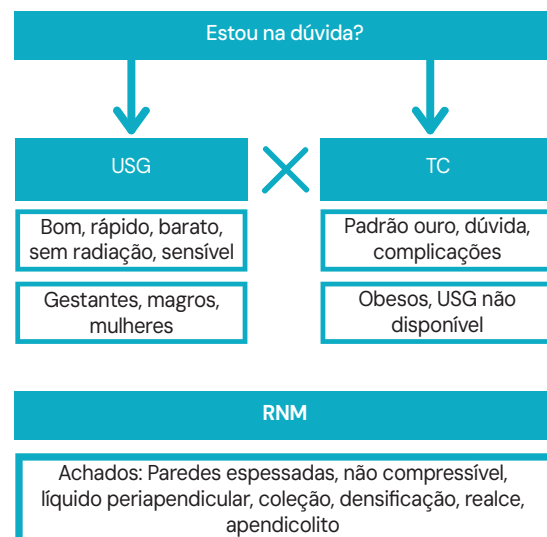


Manpeld

0 - 9

< 3 = procurar outros diagnósticos

> 4 = investigar



6. TRATAMENTO

6.1 Convencional (principal incisão – McBurney):

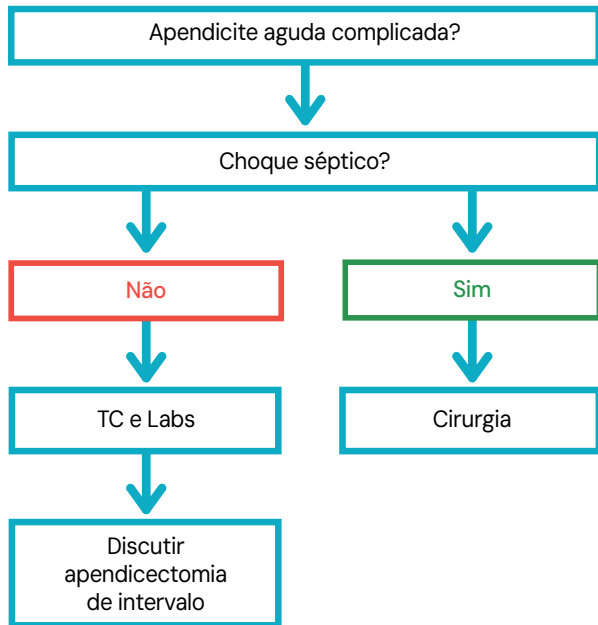
- A mais realizada, fácil e rápida;
- Alto índice de sucesso.

6.2 Laparoscopia

- Melhor visualização da cavidade;
- Dúvida diagnóstica;
- "padrão-ouro" – se disponível;

A técnica cirúrgica é a mesma em ambas as formas, tendo como ponto mais importante ligar a base do apêndice.

7. COMPLICAÇÕES



7.1 Apendicectomia de intervalo (tratamento de exceção):

Premissas:

- Apendicectomias realizadas na urgência; quando complicadas, aumentam taxas de colectomia direita;
- Apendicites agudas complicadas têm maior taxa de neoplasia envolvida.

Solução

- Drenagem e ATB; colonoscopia; cirurgia programada.
- Condições (para solucionar):
 - Paciente estável; coleção punçãoável ou pequena (4 cm);
 - Paciente tem condições de tratamento clínico e observação;
 - Melhora com o tratamento

- Por fim, o que fazer (solucionar)?
 - Drenagem guiada;
 - ATB por 14 dias; TC de controle;
 - Colonoscopia 3 semanas;
 - Cirurgia em 6 semanas.

7.2 Tratamento não operatório

Premissa:

- Antibioticoterapia isolada em pacientes com apêndice aguda inicial resolve o problema e evita cirurgia;

Resultados:

- 30% de recidiva em menos de 1 ano;

Quando fazer?

- Dúvida;
- Altíssimo risco cirúrgico;
- Locais isolados.

7.3 Antibioticoterapia

- Apêndice aguda não complicada/Apêndice aguda inicial – FASE I e II:
 - Antibioticoterapia profilática (até o momento cirúrgico);
- Apêndice aguda complicada ou perfurada – FASE III e IV:
 - Antibioticoterapia terapêutica.
- Na dúvida, coletar culturas/líquido peritoneal (sugerido).

7.4 Gestação

- Cirurgia não obstétrica mais realizada na gestante;
- Conforme a gestação evolui, o quadro clínico varia;
 - No terceiro trimestre há maior risco de complicações
 - Leucocitose fisiológica confunde o médico;
 - Laparoscopia pode ser feita – melhor momento é o segundo trimestre;
- RNM – exame de imagem de escolha.

8. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

8.1 Apendagite epiplóica;

- Trombose espontânea de veia central do apêndice epiplóico;
 - Necrose asséptica;
- TC – Massa paracólica com borramento; o tratamento: AINEs e analgésicos por 07 dias.

8.2 Divertículo de Meckel;

- Malformação congênita do TGI mais comum; → 4% de complicações durante a vida;
- Diagnóstico intraoperatório;
- Ressecar e anastomosar, se houver sintomas;
- Achado incidental = deixar lá e não mexer;
- Se ele foi a causa: fazer enterectomia segmentar e anastomose!

- Regra dos "2":
 - 2% da população tem;
 - Homens 2/1;
 - "2 pés" (60cm) da Válvula Ileocecal;
 - Tamanho médio de +/- 2cm; 2% dos pacientes tem sintomas;
 - Antes dos 02 anos de idade (ou seja, mais comum em crianças); 02 tipos de mucosas = normal e heterotópica.

8.3 Operou e não é apêndice. Fazer ou não apendicectomia?

- Tem sinais de inflamação? TIRA;
- Achou o diagnóstico diferencial? NÃO TIRA;
- Não achou nada? TIRA;



Ficha Resumo!

Hemorragia digestiva alta não varicosa

PROCTOLOGIA COLORRETAL

CCR

Colite -> K-Ras -> P-53

Colonoscopia a cada 10 anos

Tratamento: TC TAP

on e reto intraperitoneal: 12 linfonodos

margens livres + linfadenectomia - 12 linfonodos

o extraperitoneal (médio e distal):

abdomen e RM de pelve

Excisão total do Mesorreto

Retossigmoidectomia + Retossigmoidectomia

exposição a radiação nesta topografia.

Colite actínica: Secundária à radiação abdominal;

Pacientes podem apresentar sangramentos

espontâneos em fezes (colite actínica).

Normalmente, apresenta-se como um quadro de

telangiectasias em cólon associado a maior rigidez

do mesmo, obviamente, em pacientes que tiveram

exposição a radiação nesta topografia.

1.4 Epidemiologia

Observe a tabela abaixo:

Apresenta-se como o 2º tumor em epidemiologia que

acomete o sexo masculino perdendo em incidência

apenas para o câncer de próstata, e o 3º em

incidência no sexo feminino, com incidência menor

apenas do câncer de mama e de colo do útero em

nosso país.

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer

mais incidentes estimados para 2020, por sexo,

exceto pele não melanoma*.

Correlação clínica

Hereditária: Polipose adenomatosa familiar;

Polipose associada à MUTYH; Síndrome de Lynch

Polipose associada à MUTYH; que apresentam

(HNPCC). 100% dos pacientes com câncer colorretal

desenvolveram câncer colorretal

família de câncer

Cirurgia

Câncer colorretal:

Colecistite

Pancreatite Aguda

Apendicite Aguda

Hemorragia digestiva alta

Doença ulcerosa péptica sangrante

Doenças cirúrgicas

Disfagia

DRGE

Outros temas em cirurgia

Diverticulite Aguda

Complicações pós-op

Colelitase

Colecistomias

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

Colelitase

URGÊNCIAS ENDOSCÓPICAS: HDA NÃO VARICOSA

Fast Track

- **Definição:** Sangramento proveniente do TGI proximal à papila duodenal (antes era proximal ao Treitz)
- **Etiologias:** 1° **Úlceras gastro-duodenais** / 2° Gastrite e Duodenite severas / 3° Esofagite severa / 4° Angiodisplasia / 5° Mallory-Weiss / 6° Lesões em massa (tumores/pólipos) / 7° Causas não identificadas
- **Tratamento:**
- Pré-endoscópico:
- Ressuscitação hemodinâmica precoce (cristalóides) + Hemotransfusão (CH se Hb < 7 / Plaquetas se < 50000) + Medicamentos (IBP / Eritromicina / Transamin NÃO) + Avaliar suspensão de antiagregante plaquetário e anticoagulante
- Endoscópico:
- EDA em 24h (refratários à ressuscitação volêmica – realizar em 12h? / Não antes de 6h) / Forrest I e IIa: terapia combinada (Injeção + método térmico e/ou mecânico)
- Pós-endoscópico:
 - Ressangramento: Realizar nova EDA (mudar o tratamento / considerar clipe montado – Over-the-Scope), se refratário, angioembolização e, caso ainda refratário, cirurgia
 - IBP (alto risco: EV de 12/12h por 3d) / H. pylori (pesquisar e tratar) / Alto risco: internar por 3d
- **Dieulafoy:** Lesão arterial, muitas vezes com foco não identificado, tratado com métodos mecânicos



1. DEFINIÇÃO

- Atualmente, a hemorragia digestiva alta é dita como o sangramento proximal à papila duodenal maior;
 - Tal conceito é observado, principalmente, nas bibliografias da especialidade de Endoscopia.
- A antiga definição se referia ao sangramento como de caráter proximal ao ângulo de Treitz.

2. ETIOLOGIA

- Não varicosa (HDA nV);
 - Normalmente, advém de uma úlcera péptica, representando cerca de 80 – 85% dos casos; Mediante alguns exemplos, podem ser citadas a úlcera duodenal, úlcera gástrica e a esofagite erosiva intensa.
 - Contudo, ainda pode ser resultado de: Laceração – como, por exemplo, a síndrome de Mallory-Weiss; Malformações vasculares – Dieulafoy, angiectasia; Biliopancreático.
- Etiologias em ordem decrescente de frequência: úlceras gastroduodenais, gastrite e duodenite severas, esofagite severa, angiodisplasia, Mallory-Weiss, lesão em massa (tumores/pólipos) e causas não identificadas.
- Varicosa (HDA v).

OBS.: A conduta, dependendo da etiologia, é totalmente diferente!

3. TRATAMENTO DA HDA NÃO VARICOSA

- Na hemorragia digestiva alta, o tratamento pode ser dividido em 3 fases: pré-endoscópico, endoscópico e pós-endoscópico;
- Pré-endoscópico:
 - Exame físico (ABC): Guardadas as devidas proporções, o paciente com hemorragia digestiva deve ser manejado de acordo com o protocolo do trauma, seguindo o esquema ABC; Nos casos de rebaixamento do nível de consciência, ou de hematêmese volumosa, normalmente é indicada a intubação orotraqueal, em face de proteger a via aérea. No tópico C, um dos principais pontos a se lembrar é sobre a ressuscitação hemodinâmica.
- Estratificação de risco → Escore de Glasgow-Blatchford: É o mais utilizado e recomendado pelas diretrizes; Baixo risco: 0 – 1 ponto → proceder com endoscopia ambulatorialmente; Alto risco: >1 ponto → proceder com endoscopia, com paciente internado.

OBS.: Ainda, existe uma alta probabilidade de intervenção endoscópica, caso o escore apresente resultado > 7 pontos. Da mesma forma, caso pontue >12 pontos, há elevada mortalidade durante a internação, bem como a elevada probabilidade de ressangramento.

Escore Glasgow-Blatchford		
Ureia (mg/dL)		Pontuação
≥ 39 – < 48		2
≥ 48 – < 60		3
≥ 60 – < 150		4
≥ 150		6
Hemoglobina (g/dL)		
Homem	≥ 12 – < 13	1
	≥ 10 – < 12	3
	< 10	6
Mulher	≥ 10 – < 12	1
	< 10	9
PAS (mmHg)		
100 – 109		1
90 – 99		2
< 90		3
Outros		
FC ≥ 100 bpm		1
Melena		1
Síncope		2
Hepatopatia		2
Insuficiência cardíaca		2

- Escore de Rockall: Requer avaliação clínica e **endoscópica**; Nesse sentido, por não fazer uso somente de variáveis clínicas e laboratoriais, tal escore perde em relação à acessibilidade.
- AMIS65: pontuação que prediz mortalidade durante a internação e custos, ainda pouco utilizada. Até 1: baixo risco; 2 ou mais pontos: alto risco.
- Ressuscitação hemodinâmica: Atenção especial deve ser dada ao fato de que: **instabilidade hemodinâmica = ressuscitação precoce**; Deve ser manejada com uso de soluções cristaloides; A prioridade é minimizar a disfunção cardiovascular.
- Terapia medicamentosa → Objetivos: O principal objetivo é o de reduzir a mortalidade, o ressangramento, a necessidade de hemotransfusão, a duração da internação e a necessidade de intervenções.
 - Inibidores de bomba de prótons – IBP: sempre. A administração deve ser realizada dose endovenosa (EV), de ataque, de algum IBP → Exemplo: 80 mg de omeprazol; (1) A dose varia de acordo com a bioequivalência de cada medicamento; (2) O exemplo citado acima é o mais comumente visto na prática clínica. Seguidamente, procede-se com a dose de manutenção → Exemplo: 40 mg de omeprazol, EV, de 12 em 12 horas.
 - Eritromicina: É recomendada, pela maioria dos consensos, a administração da dose de 250 mg,

EV, na ausência de contraindicações; (1) Deve ser administrada em cerca de 20 – 120 minutos anteriormente ao exame; (2) A contraindicação mais comum é o alargamento do intervalo QT, no eletrocardiograma. É importante mencionar que a administração deste medicamento não demonstrou impacto no tempo de internação, na mortalidade e na necessidade de cirurgia. O benefício do uso está no estímulo ao esvaziamento gástrico, visto que a Eritromicina é um agonista da motilina: (1) Sendo assim, há redução da necessidade de realização de um 2º exame de endoscopia, poupando gastos e novas intervenções desnecessárias.

- Ácido tranexâmico: **Não tem seu uso recomendado nos quadros de hemorragia digestiva alta**; Inclusive, apresenta malefício em pacientes com hepatopatia avançada crônica, aumentando a mortalidade.
- Outras terapias: Não é recomendado o uso do receptor H2 de histamina, somatostatina e seus análogos.
- Hemotransfusão: O uso de concentrado de hemácias é recomendado aos casos que: Hb < 7 g/dL; A estratégia restritiva demonstra melhores desfechos; Aos quadros com doença cardiovascular associada, o alvo de Hb deve ser individualizado (de preferência, manter entre Hb 8 – 10 g/dL).
- Plaquetas: Pacientes em uso de antiplaquetários não devem receber transfusão de plaquetas!!! Indicação: contexto de HDA + contagem plaquetária < 50.000 céls/mm3.
- Antiagregantes e anticoagulantes: AAS: observe as considerações feitas abaixo; Monoterapia em profilaxia primária → suspender; Monoterapia em profilaxia secundária → manter; Dupla antiagregação → manter uso do AAS, e suspender o uso do 2º antiagregante (retorna após 5 dias).
- Varfarina: observe as considerações feitas abaixo: Caso **RNI > 2 + HDAnv + instabilidade hemodinâmica** → proceder com uso de vitamina K, EV associada ao concentrado de complexo protrombínico (CCP), EV; (1) Alternativa ao CCP, em caso de indisponibilidade: plasma fresco congelado (PFC). A endoscopia poderá ser realizada quando o valor do RNI < 2,5.
- NOACs (novos anticoagulantes): Suspeita de HDAnv = suspender temporariamente; Deve ser solicitada a avaliação de hematologista ou do cardiologista.

Endoscópico:

- Tempo para realização da endoscopia: Os guidelines mais recentes preconizam, para HDAnv, que seja realizada a EDA precoce, ou seja, em até 24 horas; Caso exista instabilidade hemodinâmica refratárias às medidas iniciais

→ proceder com EDA urgente, ou seja, em até 12 horas (não tem consenso!)

- A etiologia é o principal guia para o tratamento endoscópico!!! (Observar a classificação de Forrest)
- Métodos: Mecânico; Térmico; Injetor: Adrenalina; Tópico: Hemospray® Endoscopic Hemostat.

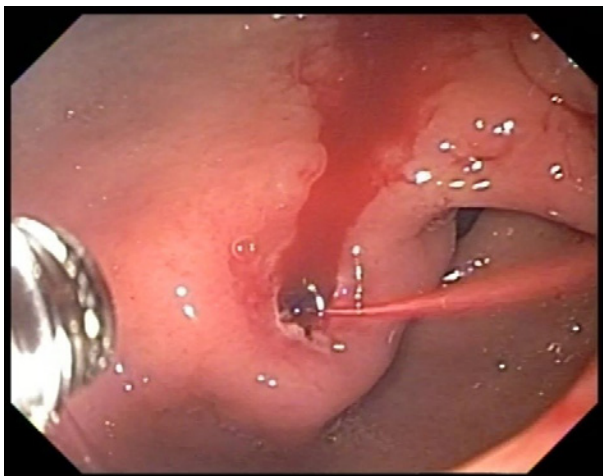
Importante!! A terapia combinada é a terapia de escolha para úlceras de alto risco: Forrest Ia e Ib: método injetor (epinefrina), em combinação com o método térmico OU mecânico; Ainda, não existem evidências que suportem a ideia de que a terapia combinada é superior aos métodos térmico e mecânico, usados isoladamente e adequadamente empregados em Forrest Ia; Não obstante, o uso do método injetor, em monoterapia, não tem recomendação para uso.

- NUNCA realizar injeção de adrenalina como monoterapia.
- Não realizar terapia hemostática endoscópica em IIC e III (IIb pode ser tratada apenas com IBP).
- Classificação de Forrest: Úlceras de alto risco = tratar!!! Quais são? Forrest Ia, Ib, IIa. Define-se como "alto risco" em virtude da elevada probabilidade de ressangramento.
- Refratários: Hemospray (sangramento difuso) OU Over-the-Scope Clipes (Ex: OVESCO).

Sangramento ATIVO			Ressangramento
I	a	Sangramento arterial em jato	100%
	b	Sangramento em porejamento	55%
Sangramento RECENTE			
II	a	Vaso visível	43%
	b	Coágulo aderido	22%
	c	Base com hematina	10%
Sem sinais de sangramento			
III	Base clara ou com fibrina		5%

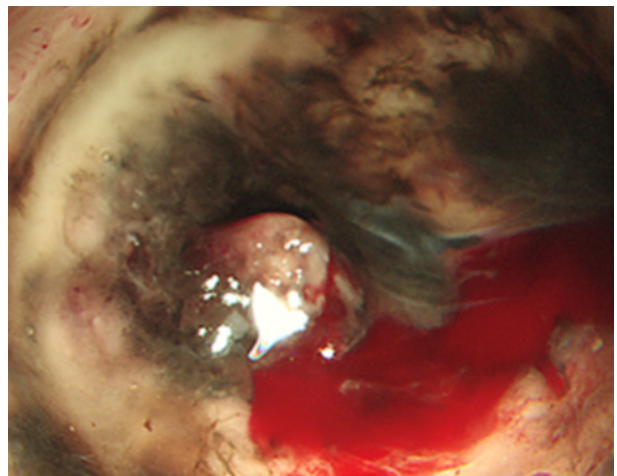
Observe as imagens abaixo, para uma exemplificação mais didática!

Úlcera Ia – segundo a Classificação de Forrest;



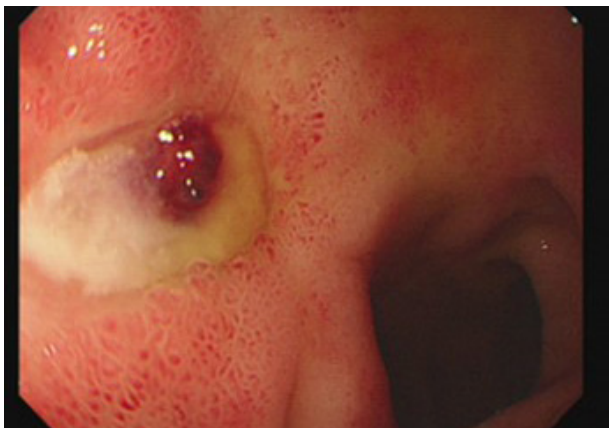
<https://endoscopiaterapeutica.com.br/>

Úlcera Ib – segundo a Classificação de Forrest;



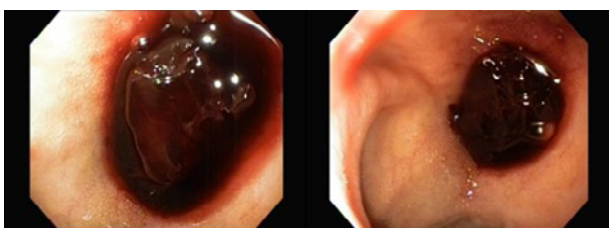
<https://endoscopiaterapeutica.com.br/>

Úlcera IIa – segundo a Classificação de Forrest;



<https://endoscopiaterapeutica.com.br/>

Úlcera IIb – segundo a Classificação de Forrest;



<https://endoscopiaterapeutica.com.br/>

Úlcera IIc – segundo a Classificação de Forrest;



<https://endoscopiaterapeutica.com.br/>

Úlcera III – segundo a Classificação de Forrest;



<https://endoscopiaterapeutica.com.br/>

Pós-endoscópico:

- Ressangramento: É indicada uma nova endoscopia para o paciente que apresenta ressangramento (utilizar método hemostático diferente do inicial – considerar uso de Clipe Montado – Over-the-Scope – também utilizado em sangramentos refratários). Aos casos que cursarem com falha na hemostasia após a segunda endoscopia, deve ser considerada a embolização transarterial. O procedimento cirúrgico somente é considerado quando houver falha da hemostasia endoscópica, bem como a indisponibilidade de intervenção radiológica.
- Second-look: **Não é recomendado de rotina!** É o conceito de uma endoscopia programada. Ou seja, já foi realizado um primeiro exame, com avaliação e tratamento da úlcera anteriormente. E, em um novo momento, é realizado esse novo exame, para reavaliação.
 - Indicações: 1) suspeita de tratamento inadequado ou 2) não identificada a origem do sangramento.
- Tempo de internação: Para os pacientes com úlceras de alto risco (isto é, Forrest Ia, Ib, IIa), o tempo é de, no mínimo, 3 dias.
 - Supressão ácida: Para os pacientes com úlceras com alto risco de ressangramento; administrar IBP, EV, de 12 em 12 horas, por 3 dias, seguido de IBP, VO, de 12 em 12 horas, por 14 dias. Para os pacientes com úlceras com baixo risco (Forrest IIc e III) de sangramento; Administrar IBP, VO, 1x por dia em associação com alta precoce. Para os pacientes em uso de antiagregante ou de anticoagulante, e apresentarem HDAnv por úlcera; Administrar IBP em uso contínuo.
- Helicobacter pylori: Deve ser realizado o teste para H. pylori para aqueles pacientes que apresentaram quadro de HDAnv decorrente de úlcera; Resultados e conduta: Se confirmada a infecção: **planejar tratamento e confirmar a posterior cura;** Em quadros vigentes de sangramento agudo, caso os testes diagnósticos de H. pylori sejam negativos: **repetir o teste.**

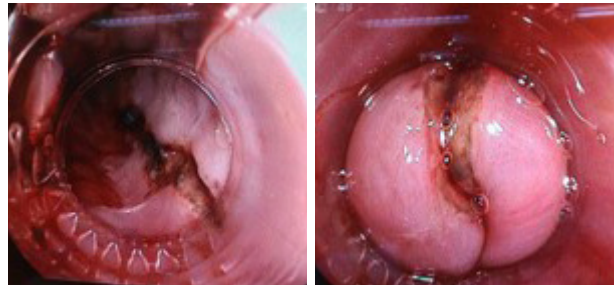
4. MALLORY-WEISS

- Normalmente, o quadro é visualizado em pacientes do sexo masculino;
- História clínica:
 - Presença de vômitos incoercíveis, induzidos, associados ao uso de álcool.

DICA: Nas provas, geralmente, a questão tenta induzir o leitor a perceber a evolução do paciente ao quadro de vômitos, e a partir disso, para a hemorragia digestiva alta! Nesse caso, pensar na síndrome de Mallory-Weiss!

- O sangramento apresentado, em geral, não é grave!
- Terapia endoscópica: o recomendado é que se proceda com a escolha de uma terapia mecânica;
 - Clipagem;
 - Ligadura elástica.

- Observe as imagens abaixo:
 - À esquerda, evidenciando a transição esôfago-gástrica. Perceba a laceração;
 - À direita, da mesma forma, é evidenciada uma laceração com ruptura da camada mucosa e submucosa.



<https://endoscopiaterapeutica.com.br/>

5. DIEULAFOY

- Alguns conceitos importantes sobre a fisiopatologia;
 - Sangramento de artéria submucosa dilatada após lesão epitelial não ulcerosa.
 - Não há presença de inflamação ou de aneurisma.
- Pode ocorrer em qualquer localização do trato gastrointestinal;
 - Contudo, é mais frequente no estômago!

DICA: Em geral, são casos com hemorragias importantes. Contudo, não é infrequente a não identificação do foco do sangramento! Nestes casos, pensar em Dieulafoy!

- Terapia endoscópica: o recomendado é que se proceda com a escolha de uma terapia mecânica;
 - Métodos principais: Clipagem; Ligadura; Tatuagem – útil aos casos de sangramentos recorrentes para futura identificação.
 - Falha endoscópica: Proceder com a radiointervenção ou intervenção cirúrgica!

6. OUTRAS ETIOLOGIAS

- Neoplasia
 - Sucesso técnico bom, mas muito ressangramento;
 - Biopsiar, mesmo se sangramento agudo;
 - TTO: hemospray (Considerar RI e Cx)
- Causas erosivas
 - Normalmente sangramentos autolimitados;
 - TTO: métodos térmicos, adrenalina, cliques, ligaduras;
- Angiectasia (angiodisplasia)
 - Sangramentos ocultos e crônicos
 - TTO: argônio, cliques, ligaduras

7. PONTOS-CHAVE

- Ressuscitação hemodinâmica = objetivo principal, se houver instabilidade hemodinâmica;
- A endoscopia somente deverá ser realizada após a estratificação de risco, tratamento e estabilização clínica;
- A transfusão de hemácias em pacientes sem cardiopatia deve ocorrer apenas quando Hb < 7 g/dL;
- Todo paciente com HDAnv ulcerosa deve ser testado para infecção por *H. pylori*.



Ficha Resumo!

Hemorragia digestiva alta varicosa

PROCTOLOGIA COLORRETAL

CCR

inina --> K-Ras --> P-53

--> Colonoscopia a cada 10 anos

Tratamento:

on e reto intraperitoneal: TC TAP

margens livres + linfadenectomia - 12 linfonodos

o extraperitoneal (médio e distal):

bdome e RM de pelve

cia (QRT para T3/T4 ou N+) + Retossigmoidectomia

DUÇÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS

ões

mais comum do trato gastrointestinal.

es de risco

arismo;

e vida não saudável - dieta pobre em fibras

em substâncias industrializadas; com maior

mo de alimentos ultraprocessados, padrão

de alimentação.

tes

gismo;

ismo;

esidade;

de.

Correlação clínica

ereditária: Polipose adenomatosa familiar;

ereditária: Polipose associada à MUTYH; Síndrome de Lynch

Polipose associada à MUTYH; que apresentam

(HNPCC). 100% dos pacientes com câncer colorretal

desenvolveram câncer colorretal

amada de câncer

- Colite actínica: Secundária à radiação abdominal. Pacientes podem apresentar sangramentos esporádicos em fezes (colite actínica). Normalmente, apresenta-se como um quadro de telangiectasias em cólon associado a maior rigidez do mesmo, obviamente, em pacientes que tiveram exposição a radiação nesta topografia.

1.4 Epidemiologia

Observe a tabela abaixo:

Apresenta-se como o 2º tumor em epidemiologia acomete o sexo masculino perdendo em incidência apenas para o câncer de próstata, e o 3º em incidência no sexo feminino, com incidência menor apenas do câncer de mama e de colo do útero em nosso país.

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020, por sexo, exceto pele não melanoma*.

Cirurgia

- Câncer colorretal:
- Colecistite
- Pancreatite Aguda
- Apêndicite Aguda
- Hemorragia digestiva alta
- Doença ulcerosa péptica sangrante
- Doenças cirúrgicas
- Disfagia
- DRGE
- Outros temas em cirurgia
- Diverticulite Aguda
- Complicações pós-op.
- Colelitíase
- Colecistomias
- Colelitíase
- Varizes de esôfago
- Varizes de estômago
- Varizes de intestino
- Varizes de ânus
- Varizes de membros inferiores
- Varizes de membros superiores
- Varizes de cabeça e pescoço
- Varizes de face
- Varizes de tórax
- Varizes de abdômen
- Varizes de pelve
- Varizes de membros inferiores
- Varizes de membros superiores
- Varizes de cabeça e pescoço
- Varizes de face
- Varizes de tórax
- Varizes de abdômen
- Varizes de pelve

ARTRITE REUMATICA

- Artrite crônica inflamatória mais comum (1% da população)
- Prevalência em mulheres (3%)
- Aumento da incidência a partir dos 35 anos, mas há casos em crianças
- Clínica: poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações (MCPs)
- Exames: erosão marginal no RX (mas achado tardio), hipoalbuminemia
- Fator Reumatoide e Anti-CCP (+ específico)
- Tratamento: doença com drogas Modificadoras de Curso a longo prazo, buscando sempre o alívio terapêutico de 6 meses
- Extra: lembrar das manifestações além articulação - nódulos, vasculite e derrame pleural.

1. INTRODUÇÃO

- Artrite inflamatória crônica mais comum
- Prevalência em torno de 1% da população
- Predomínio em mulheres (3%)
- Mais comum a partir dos 35 até 75 anos
- Concomitante à um nível elevado de atividade metabólica
- Impacto social e econômico

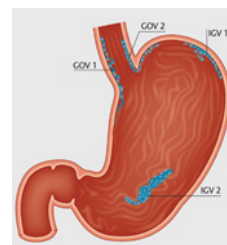
URGÊNCIAS ENDOSCÓPICAS: HDA VARICOSA

Fast Track

- Manejo:
 - Pré-endoscópico (HDA): Esquema de tratamento do ABC do Trauma
 - Hemoderivados: CH se Hb < 7 / Plq se < 50000 / RNI não avalia hepatopatia – Realizar terapia restritiva
 - Drogas Vasoativas (2–5 dias): Terlipressina / Octreotida / Somatostatina / Vasopressina (1d)
 - Antibióticos: Ceftriaxona 1g, de 24/24 horas, por 7 dias (evitar translocação bacteriana e PBE)
 - Outros: Eritromicina 30–120 min antes da EDA / Suspende IBP após Dx / UTI / Extubação precoce
 - Endoscópico:
 - → Realizar EDA em até 12 da admissão hospitalar
 - → Varizes esofágicas: Ligadura elástica / Escleroterapia (etanolamina)
 - → Varizes gástricas: GOV1 ligadura elástica; GOV2 e IGV1 cianoacrilato/coil

Obs.: GOV1 é a mais comum / Ordem de sangramento: IGV 1 > GOV 2 > GOV 1

- Casos refratários ao tratamento endoscópico:
- A) Balão de Sengstaken–Blakemore: terapia ponte/12–24h/necrose de asa nasal
- B) Stent esofágico: ↓ complicações / terapia ponte / até 14d / varizes esofágicas
- C) TIPS: refratários à Balão ou Stent / pode obstruir e piorar encefalopatia
- D) DAPE: opção em Hipertensão Portal por Esquistossomose



1. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

- O tratamento é dividido em 3 fases: pré-endoscópico, endoscópico e pós-endoscópico;

Pré-endoscópico

- Objetivos: Controlar o sangramento; Evitar ressangramento; Prevenir a mortalidade em 6 semanas.

OBS.: Os objetivos citados acima são os desfechos utilizados em estudos para avaliar a terapia e o impacto da hemorragia digestiva alta.

- Lembre que o paciente com HDA varicosa deve ser tratado como um paciente crítico!! Sendo assim, implementar o protocolo do trauma, seguindo o esquema ABC;
- No intuito de facilitar a memorização, fique atento ao mnemônico a seguir sobre a base terapêutica da HDA varicosa: H: hemoderivado; D: droga vasoativa; A: antibiótico.
- Indicações para o uso de hemoderivados: Se Hb < 7 g/dL (Alvo: Hb 7–9 g/dL); A estratégia restritiva apresenta melhores desfechos;

OBS.: Atente ao fato de que, em geral, o paciente com quadro de HDA varicosa evoluiu a partir de uma hipertensão portal. Por consequência, a transfusão de volume em excesso aumenta a chance de ressangramento!!

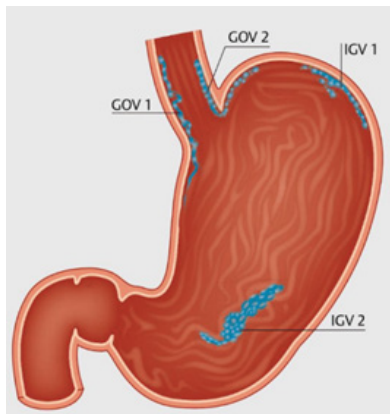
- RNI: não reflete a hemostasia do paciente com doença hepática avançada;
- Transfundir plaquetas se a contagem for menor que 50.000 cels/mm³.
- Sobre as drogas vasoativas → Opções: Terlipressina – primeira opção; Octreotida; Somatostatina; Vasopressina. O uso deve ser mantido por 2–5 dias; A vasopressina deve ser mantida por 24 horas.
- Antibióticos: Opção: Ceftriaxona 1g, de 24/24 horas, por 7 dias; É utilizado de modo profilático, para evitar translocação bacteriana e possível evolução com quadro de PBE.
- Algumas informações extras: A eritromicina tem seu uso recomendado, de 30–120 minutos, anteriormente a realização da endoscopia, se não existirem contraindicações; Sendo confirmada a etiologia varicosa, o IBP (inibidor de bomba de prótons) deve ter seu uso suspenso, desde que não haja uma indicação precisa; O paciente deve ser transferido para UTI; A extubação deve ocorrer do modo mais precoce possível.

Endoscópico;

- Deve ser realizado em até 12 horas da admissão hospitalar;
- Se instável: EDA assim que for seguramente possível (BAVENO II);
- Quanto ao método específico, observe as considerações abaixo: Caso existam varizes esofágicas, o procedimento deve ser o de

ligadura elástica; O uso da ligadura elástica é mais recomendado em comparação ao tratamento esclerosante, pela maioria dos *guidelines*. Caso existam varizes gástricas, depende (explicação a seguir).

- Classificação de Sarin – varizes gástricas: GOV 1: são varizes de esôfago que se estendem pela pequena curvatura do estômago; GOV 2: são varizes de esôfago que se estendem pela grande curvatura do estômago; IGV 1: são varizes isoladas ao fundo gástrico; IGV 2: são varizes que se apresentam em qualquer outra localização gástrica.



- Sendo assim, caso existam varizes gástricas, deve ser observada a localização de tais; GOV 1: ligadura elástica; GOV 2 e IGV 1: injeção de cianoacrilato / Injeção de coil por ECOEDA / Coil + cianoacrilato

OBS: Atenção especial deve ser direcionada ao risco de sangramento relacionado ao local das varizes. A saber: IGV 1 > GOV 2 > GOV 1.

Falha no tratamento endoscópico:

- Balão Sengstaken-Blakemore: Deve ser lembrado que o uso desse método não é considerado como terapia definitiva! É uma terapia de ponte. Logo, deve ser mantido por, no máximo, 12 – 24 horas; A maioria dos consensos preconiza a manutenção do balão por até 12 horas, em virtude de que, após esse prazo, a taxa de complicações associadas é consideravelmente elevada; Principais complicações: Broncoaspiração; Necrose da asa nasal.
 - Indicações: GOV 2 / IGV 1 / IGV 2; TTO endoscópico ineficaz ou indisponível.
 - Realizar sob IOT.
 - Após 24 horas: nova EDA; se refratário: TIPS.
- Stent esofágico: Os estudos evidenciaram que tal método é melhor em comparação ao balão Sengstaken-Blakemore, em face das menores taxas de complicações associadas, com mesma eficácia; Também é considerada como terapia de ponte, no entanto, pode ser mantido por até 14 dias; Não é útil para tratar varizes de fundo gástrico (IGV1, IGV2)!
- TIPS, ou shunt portossistêmico intra-hepático: Indicado nos casos refratários às terapias iniciais para os quadros de HDA varicosa; Contraindicações: Insuficiência cardíaca; Doença policística hepática; Hipertensão pulmonar grave; Infecção sistêmica não controlada ou sepse; Regurgitação tricúspide grave. complicações: Obstrução e encefalopatia hepática.

Cirurgia:

- É uma opção nos casos de hipertensão portal secundária à esquistossomose, quando há falha do tratamento endoscópico;
- Procedimento: DAPE (derivação ázigo-portal com esplenectomia).

Pós-endoscópico:

- Extubar o mais precocemente possível
- Reintroduzir dieta oral assim que possível
- Suspende IBP assim que confirmar etiologia varicosa
- Solicitar TC de abdome com contraste (excluir trombose da veia esplênica, carcinoma hepatocelular e mapear colaterais porto-sistêmicas)

2. PONTO-CHAVE

- A etapa pré-endoscópica é fundamental na redução da mortalidade!!! Lembre do mnemônico HDA;
- A classificação de Sarin deve ser utilizada nos casos de varizes gástricas;
- A ligadura elástica é o procedimento de escolha para correção de varizes esofágicas e GOV 1;
- Para varizes GOV 2 e IGV 1, a opção é pela injeção de cianoacrilato.