



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

**JOÃO ZECA DE JESUS BEZERRA
THIAGO PETERSON PAES DE ARAUJO**

**HERNIA INTERNA OCASIONADA POR ADERENCIAS ABDOMINAIS EM UMA
MULHER DE 80 ANOS. UM RELATO DE CASO**

**Lagarto – SE
2018**

**JOÃO ZECA DE JESUS BEZERRA
THIAGO PETERSON PAES DE ARAUJO**

**HERNIA INTERNA OCACIONADA POR ADERENCIAS ABDOMINAIS EM UMA
MULHER DE 80 ANOS. UM RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação em medicina.

Orientador: Prof. Fabio Santos Alves

**Lagarto – SE
2018**

**JOÃO ZECA DE JESUS BEZERRA
THIAGO PETERSON PAES DE ARAUJO**

**HERNIA INTERNA OCASIONADA POR ADERENCIAS ABDOMINAIS EM UMA
MULHER DE 80 ANOS. UM RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Departamento de Medicina do Campus Prof.
Antônio Garcia Filho da Universidade Federal
de Sergipe como requisito parcial à conclusão
da graduação em medicina.

Orientador: Prof. Fabio Santos Alves

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

RESUMO

Hérnia interna é uma afecção rara e dificilmente diagnosticada na avaliação pré-operatória (BRUM BRENNER, 2014). Contudo, constitui diagnostico diferencial nos quadros de abdome agudo (BRUNETTI, 2007). Por sua vez, condição frequente nos pronto-atendimentos (POSTIER,2008). Este trabalho pretende relatar um caso abordado em um hospital terciário no estado brasileiro de Sergipe. Ao mesmo tempo que discute a abordagem frente as evidencias mais atuais sobre o tema.

ABSTRACT

Internal hernia is a rare condition and It is a difficult diagnosis in the preoperative rating (BRUM BRENNER, 2014). However, it is a differential diagnosis in acute abdomen (BRUNETTI, 2007). In turn, Is a frequent condition in the ready care (POSTIER, 2008). This paper intends to report a case treated in a referral hospital in the Brazilian state of Sergipe. At the same time arguing the approach to the most current evidence on the subject.

SUMÁRIO

	Pág.
1 REVISÃO DA LITERATURA	07
2. ARTIGO.....	13
3 REFERÊNCIAS.....	19
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	20
ANEXO B – TERMO DE SIGILO	22

1 REVISÃO DA LITERATURA

Hérnias são definidas como o resultado do deslocamento de partes do organismo através de aberturas, naturais ou artificiais, seja para dentro da cavidade, para dentro de outra estrutura ou para fora da cavidade. As hérnias inguinais constituem o tipo mais frequente, respondendo por 75% do total de casos. São mais prevalentes no sexo masculino e acometem predominantemente o lado direito. (BRUNETTI, 2007)

Nas hérnias internas o deslocamento da alça intestinal se dá por uma falha na continuidade do peritônio. Uma hérnia interna é uma patologia incomum, (BRUM BRENNER, 2014), (DUARTE, 2002) sendo a causa mais frequente, uma falha no fechamento do mesentério em pacientes já submetidos a procedimentos cirúrgicos intra-abdominais. Má formação das estruturas intra-abdominais também são referidas como etiologia importante desses quadros. (BRUM BRENNER, 2014).

As hérnias internas são responsáveis por 0,9% dos casos de obstrução intestinal (CASTRO NETO, 2014), (DUARTE, 2002). Apresentam manifestações clínicas mais prolongadas, com quadros de dor e/ou desconforto abdominal e sintomas inespecíficos quando da ausência de obstrução intestinal. (BRUM BRENNER, 2014). Havendo obstrução o quadro clínico é semelhante a qualquer outro abdome agudo obstrutivo, sendo difícil o diagnóstico etiológico pré-operatório. (BRUM BRENNER, 2014), (CASTRO NETO, 2014). Geralmente, as hérnias internas têm surgimento relacionado diretamente com a ocorrência de aderências intestinais (BRUM BRENNER, 2014).

A propedêutica complementar usada na investigação é ampla, valendo-se de exames de imagem tais como radiografia simples, ultrassonografia, enema opaco, estudo do trânsito intestinal, tomografia computadorizada e videolaparoscopia, sendo este o padrão ouro para diagnóstico. Contudo, dificilmente o diagnóstico é dado no pré-operatório (BRUM BRENNER, 2014) (CASTRO NETO, 2014).

As aderências são conexões patológicas entre superfícies dentro das cavidades corporais. Essas conexões podem variar desde estruturas simples com uma única camada de tecido conjuntivo até estruturas mais complexas com presença de vascularização e inervação. (ARAUJO, 2006) São responsáveis por

quadros clínicos que variam de dores abdominais crônicas a quadros agudos com obstrução intestinal. (ARAUJO, 2006), (CATENA, Et al, 2016).

As aderências constituem um grande problema de saúde, sendo responsáveis por 4% das internações em serviços de emergência nos EUA, representando 20% das operações de emergência neste país (CATENA, Et al, 2016). Nos países ocidentais, houve um aumento da incidência devido ao maior número de procedimentos intra-abdominais realizados (SEID, 2007). A sua incidência no pós-operatório chega a até 93% (ARAUJO, 2006), (CATENA, 2016). Estão associadas a 74% dos casos de obstrução do intestino delgado e são responsáveis por até 30% das readmissões em até 4 anos após procedimentos cirúrgicos (ARAUJO, 2006), (CATENA, Et al, 2016).

A ocorrência das aderências abdominais está intrinsicamente ligada aos processos de coagulação e fibrinólise (ARAUJO, 2006). Resulta da resposta imune desencadeada por processos infecciosos, traumáticos ou cirúrgicos. Cerca de 10% dos casos de aderência abdominal acometem pessoas que nunca passaram por processos cirúrgicos, são chamadas de aderências primárias.

Os primeiros passos na tentativa de prevenir o surgimento de aderências abdominais e suas complicações remontam a 1880 com o uso de óleos de massagem para impedir a sua formação. Ainda nessa década tanto Muller quanto Malcolm descrevem o uso de soluções salinas para fazerem os “intestinos flutuarem” (CARTUCHO, 2008).

Durante os anos que se seguiram outras substâncias foram propostas para evitar o surgimento de aderências, sejam elas de origem natural, como intestinos de touro, peritônio de tubarão, lanolina, bÍlis etc. (CARTUCHO, 2008) ou de origem sintética, como heparina, anti-inflamatórios, goma arábica, celulose oxidada, entre outros. Contudo, apesar de algumas apresentarem resultados favoráveis, não sobreviveram aos testes do tempo e do custo-efetividade (CARTUCHO, 2008), (ARAUJO, 2006).

Atualmente, não existe uma forma capaz de prevenir totalmente o surgimento de aderências pós-cirúrgicas. Sabe-se que a melhor forma para evitar o aparecimento de aderências é desenvolver abordagens cirúrgicas o menos traumáticas possíveis, (CARTUCHO, 2008) por meio de técnicas cirúrgicas mais

precisas, uso de instrumental mais delicado, cuidado com contaminantes na cavidade (compressas, talco das luvas, fios soltos), menor exposição e manipulação de vísceras abdominais, prevenção de isquemia e ressecamento da mucosa abdominal. O advento da cirurgia laparoscópica (vídeocirurgia) sugere uma menor ocorrência do surgimento de aderências, contudo, estudos experimentais com modelos animais e estudos clínicos com seguimento de pacientes submetidos à cirurgia laparoscópica apresentaram resultados inconclusivos. Grande parte por causa de problemas metodológicos.

As principais complicações da formação de aderências são: infertilidade (até 40% dos casos), obstrução intestinal, dor crônica, risco de reoperações. (ARAUJO, 2006), (CATENA, Et al, 2016) Estudos prospectivos apontam que até 82% das pessoas que sofrem de dor abdominal crônica sem causa determinada, apresentam aderências abdominais e destes 74% apresentam cura ou melhora após abordagem cirúrgica (ARAUJO, 2006).

Quadros de dor abdominal são comuns nas unidades de emergências. Dados americanos de 2002 apontam 7 milhões de casos de dor abdominal atendidos nas emergências, dos quais metade necessitou de internação hospitalar. (BRUNETTI, 2007).

A obstrução intestinal ocorre quando a propulsão do conteúdo em direção ao ânus sofre interferência. Há vários critérios para classificá-la: quanto ao nível (delgado alto e baixo ou cólon), quanto ao grau (completa, incompleta - suboclusão ou "alça fechada"), quanto ao estado de circulação sanguínea (simples ou estrangulada), quanto ao tipo de evolução (aguda ou crônica) e quanto à natureza da obstrução (mecânica, vascular ou funcional). Cerca de 75% dos casos de abdome agudo obstrutivo são decorrentes de aderências intestinais provenientes de cirurgias prévias. (BRUNETTI, 2007), (BRUM BRENNER, 2014). 15% dos pacientes submetidos a laparoscopia apresentarão quadros obstrutivos, de forma que o risco de obstrução intestinal em 10 anos nesse grupo chega a 40% (BRUNETTI, 2007).

Abdome agudo é definido como uma síndrome caracterizada por dor abdominal difusa de início súbito que necessita de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, de urgência. Apresenta etiologia diversa (BRUNETTI, 2007) – Quadro 1 – tendo tanto causas intrabdominais (gastrointestinais, urológicas, ginecológicas etc.)

quanto extrabdominais (doença falciforme, leucemias, cetoacidose diabética, intoxicações etc.), podendo ou não necessitar de tratamento cirúrgico para a reversão do quadro (BRUNETTI, 2007), (BRUM BRENNER, 2014).

Causas infecciosas	Apendicite Colecistite Diverticulite de Meckel Abcessos (hepático, diverticular, psoas)
Causas perforativas	Úlcera gastrointestinal perforada Câncer gastrointestinal perfurado Divertículo perfurado
Causas obstrutivas	Obstrução intestinal relacionada a aderência Volvo (sigmoide, ceco) Hérnias encarceradas Doença intestinal inflamatória Neoplasia maligna gastrointestinal Intussuscepção
Causas hemorrágicas	Trauma de órgão sólido Aneurisma arterial roto Gravidez ectópica rompida Divertículo gastrointestinal com sangramento Malformação arteriovenosa do trato gastrointestinal Úlceração intestinal Fístula aortoduodenal após enxerto vascular aórtico Pancreatite hemorrágica Síndrome de Mallory-Weiss

	Ruptura espontânea do baço
Causas hematológicas	Crise falciforme
	Leucemia aguda
Afecções isquêmicas	Doença de Buerger
	Trombose ou embolia mesentérica
	Torção do ovário
	Colite isquêmica
	Torção testicular
	Hérnias estranguladas
Afecções neurológicas	Polirradiculopatia
	Reativação de herpes zoster
Afecções musculoesqueléticas	Trauma
	Fibromialgia
Afecções cardiorácicas	Pneumonia
	Infarto do miocárdio
	Pneumotórax
	Empiema
	Embolia pulmonar
Intoxicações/Afecções metabólicas	Uremia
	Crises diabéticas
	Porfíria intermitente aguda
	Intoxicação por metais pesados
	Picada de cobras ou insetos.

Quadro 1 - Diagnósticos diferenciais possíveis em quadros de dor abdominal aguda.
(POSTIER,2008), (DOMIGUES, 2006)

O grande desafio na assistência é realizar o diagnóstico correto a fim de que a terapêutica seja apropriada (POSTIER,2008). As etiologias não-cirúrgicas de abdome agudo costumam ser de ordem endócrino-metabólicas, hematológicas ou

intoxicações (POSTIER,2008), (BRUNETTI, 2007). Devendo sempre ser investigadas.

O diagnóstico é complexo, sendo necessário manter uma metodologia investigativa adequada (BRUNETTI, 2007). Apesar do avanço tecnológico o exame clínico cuidadoso do paciente continua sendo a base da abordagem (POSTIER,2008), (BRUNETTI, 2007). O processo diagnóstico é baseado no exame clínico do paciente com a caracterização precisa da dor: tipo da dor, localização, início do quadro e sintomas associados (POSTIER,2008), (BRUNETTI, 2007), (BRUM BRENNER, 2014). Exames laboratoriais fornecem informações importantes para o entendimento do caso e ajudam a restringir a lista de diagnósticos diferenciais.

A avaliação inicial deve incluir, obrigatoriamente, hemograma completo, urina tipo I, enzimas pancreáticas e teste de gravidez – nas mulheres em idade fértil – (BRUNETTI, 2007). Outros testes podem ser solicitados a depender do caso. Exames de imagem são ferramentas importantes no diagnóstico e sempre que disponíveis devem ser solicitados.

Inicialmente, solicita-se a radiografia simples de abdome em decúbito dorsal e ortostase. Exame ultrassonográfico e tomografia computadorizada constituem o segundo passo da investigação. Em alguns casos, a ressonância magnética e a arteriografia podem ser solicitados para aprofundar a investigação (BRUNETTI, 2007). Apesar da ampla investigação pré-operatória, devido à variedade de apresentações e de condições, o diagnóstico de abdome agudo é incerto em até 40% dos casos. (BRUM BRENNER, 2014)

A abordagem cirúrgica – tanto por laparotomia ou videolaparoscopia – permanece como exame diagnóstico mais específico, e também como tratamento definitivo nos casos de etiologia cirúrgica. A escolha do método depende da estrutura e da experiência da equipe que conduz o procedimento. Na ausência de um profissional experiente em videocirurgia a preferência é pela laparotomia exploradora (BRUNETTI, 2007).

2 ARTIGO

Artigo original

Titulo: HERNIA INTERNA OCASIONADA POR ADERENCIAS ABDOMINAIS EM UMA MULHER DE 80 ANOS. UM RELATO DE CASO

Titulo em inglês: INTERNAL HERNIA OCCASIONED BY ABDOMINAL ADHERENCE IN A WOMAN OF 80 YEARS. A CASE REPORT

Autores: João Zeca de Jesus Bezerra, Thiago Peterson Paes de Araujo, Fabio Santos Alves.

Resumo: Hérnias internas são afecções causadas pelo deslocamento de vísceras abdominais através de aberturas no peritônio. São afecções raras, geralmente causadas por aderências intestinais tendo como complicação mais frequente a obstrução intestinal. O objetivo deste trabalho é relatar a abordagem de um caso de abdome agudo obstrutivo ocasionado por hérnia interna em um hospital terciário de Sergipe.

Palavras chave: Hérnia interna, Aderências, Obstrução intestinal; Laparoscopia; Tratamento Cirúrgico.

Abstract: Internal hernias are affections caused by the displacement of abdominal viscera through openings in the peritoneum. These are rare conditions, usually caused by intestinal adhesions, and intestinal obstruction is the most frequent complication. The objective of this work is to report the approach of a case of acute obstructive abdomen caused by internal hernia in a tertiary hospital in Sergipe.

Key words: Internal hernia, Adhesions, Intestinal obstruction; Laparoscopy; Surgical treatment.

Introdução:

Hérnias internas são entendidas como resultantes do deslocamento das vísceras abdominais por aberturas, naturais ou adquiridas no peritônio.¹

Trata-se de uma afecção rara, geralmente relacionada com o surgimento de aderências intestinais ².

Aderências são conexões patológicas entre estruturas intracavitárias, sejam elas na forma de cordões, faixas ou mesmo contato direto entre duas estruturas adjacentes.³

Estão relacionadas com mais de 40% de todos os casos de obstrução

intestinal (em 70% dos casos que envolve intestino delgado).⁴ Sua incidência pós-operação intrabdominal é elevada, ocorrendo em até 93% das laparotomias.⁵

As hérnias internas representam 0,2 a 0,9% dos casos de obstrução intestinal. Suas manifestações são inespecíficas e o diagnóstico é, geralmente, intra-operatorio.⁵

O objetivo desse estudo é relatar a abordagem de um paciente com abdome agudo obstrutivo ocasionado por hérnia interna em um hospital terciário do estado de Sergipe.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 80 anos, natural e procedente de Aracaju – SE. Foi admitida no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), encaminhada de uma unidade de pronto atendimento com história de dor abdominal difusa, constipação e náuseas há 06 dias da internação. Ao interrogatório complementar relatou duas cesarianas e histerectomia prévias. Como comorbidades, relatou hipertensão arterial sistêmica controlada ao uso de

Losartana 100mg/dia e Hidroclorotiazida 25mg/dia.

Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, abdome globoso, flácido, pouco distendido, doloroso a palpação profunda difusamente, com maior intensidade em fossa ilíaca direita. Com sinais de irritação peritoneal. Hemograma apresentando leucocitose (15 mil). Em uso de sonda nasogástrica aberta drenando líquido esverdeado, compatível com estase gástrica. As hipóteses diagnósticas levantadas foram de abdome agudo obstrutivo ou inflamatório.

Diante destes achados optou-se pela realização de laparotomia exploradora, sob anestesia geral, com incisão mediana xifopúbica. Ao inventário da cavidade foi encontrado várias aderências, principalmente em abdome inferior, e uma hérnia interna de delgado (Fig. 1) (Fig. 2), com isquemia e áreas de necrose do conteúdo herniário ocasionada por brida (Fig. 3). Foi realizada a secção da brida, enterectomia do segmento necrosado (Fig. 4) e anastomose primária em dois planos.

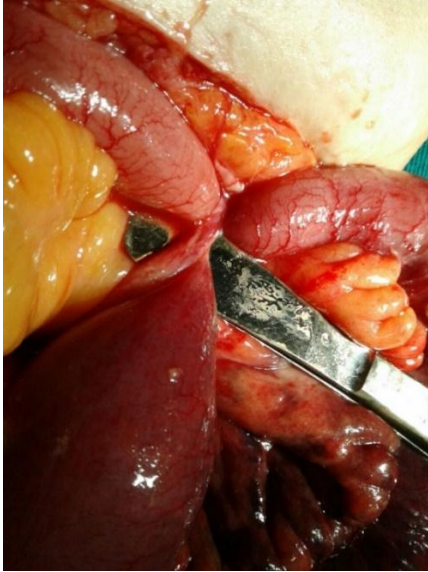


Figura 1: Hérnia interna gerada pela aderência abdominal.



Figura 2: Hérnia interna gerada pela aderência abdominal,



Figura 3: Área de isquemia e de necrose do conteúdo herniário.

Inicialmente, a paciente evoluiu bem apresentando dejeções no terceiro dia de pós-operatório e aceitando bem a dieta. A partir daí a paciente apresentou um quadro de tosse, com infiltrado pulmonar compatível com pneumonia, sendo iniciado o tratamento. No quinto dia de pós-operatório apresentou deiscência da ferida operatória e optou-se pelo fechamento da ferida operatória por segunda intenção. A paciente recebeu alta hospitalar no décimo segundo dia de pós-operatório.

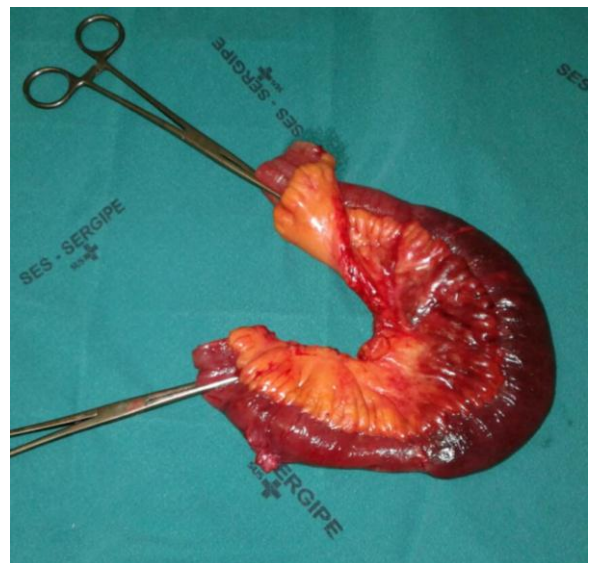


Figura 4: Segmento do intestino delgado removido

Discussão

Hérnias internas são afecções raras, geralmente decorrentes de

aderências intestinais. Tendo como complicação mais frequente obstrução intestinal chegando a representar até 70% dos casos.^{1,2}

As aderências intestinais constituem um importante problema de saúde, cursando com elevados índices de morbidade.^{4,3,6} A ocorrência de aderências abdominais é conhecida pela medicina desde o Egito antigo.⁴ Sua importância como patologia cirúrgica teve um crescimento exponencial após o advento das cirurgias abdominais durante o século XIX.⁴

Estudos apontam as aderências como responsáveis por 4% das internações em serviços de emergência nos EUA, representando 20% das operações de emergência neste país⁶. A sua incidência em pós-operatório chegar até 93%^{3,6}. Estão associadas a 74% dos casos de obstrução do intestino delgado e são responsáveis por até 30% das readmissões em até 4 anos após procedimento cirúrgico.^{3,6}

Em conformidade com a literatura a paciente do caso apresentava histórico positivo de

cirurgias intra-abdominais com duas cesarianas e uma histerectomia previa.

A ocorrência das aderências abdominais está intrinsicamente ligada aos processos de coagulação e fibrinólise³. Resulta da resposta imune desencadeada por processos infecciosos, traumáticos ou cirúrgicos.

As principais complicações da formação de aderências são infertilidade – até 40% dos casos³ – obstrução intestinal, dor crônica, risco de reoperações^{3,6}. Estudos prospectivos apontam que até 82% dos indivíduos que sofrem de dor abdominal crônica sem causa determinada, apresentam aderências abdominais e destes 74% apresentam cura ou melhora após abordagem cirúrgica.³

As aderências abdominais constituem importante causa de obstrução abdominal, sendo a principal causa de obstrução de intestino delgado, principalmente em mulheres.⁶ Sendo responsáveis por elevados índices de intervenção cirúrgicas e reabordagens, chegando a 70% de reinternações em casos de obstrução de intestino delgado.⁵

Quadros de dor abdominal são comuns nas emergências.² Dados americanos de 2002 apontam 7 milhões de pacientes com dor abdominal atendidos nas emergências, dos quais metade necessitou de internação hospitalar⁷, sendo que 25% dos pacientes evoluem com condições sérias.² O grande desafio na assistência é realizar o diagnóstico correto e precoce a fim de que a terapêutica seja apropriada.⁸

O diagnóstico é complexo, sendo necessário manter uma metodologia investigativa adequada.⁷ Apesar do avanço tecnológico o exame clínico cuidadoso do paciente continua sendo a base da abordagem.^{2,8} O processo diagnóstico é baseado no exame físico do paciente com caracterização precisa da dor quanto ao tipo de dor, início do quadro e sintomas associados.^{2,7,8} Exames laboratoriais fornecem informações

importantes para o entendimento do caso e ajudam a restringir a lista de diagnósticos diferenciais.

Apesar da ampla investigação pré-operatória, devido à variedade de apresentações e de condições, o diagnóstico de abdome agudo é incerto em até 40% dos casos.² O exame laparoscópico (tanto por cirurgia aberta quanto por videocirurgia) permanece como o exame definitivo para os quadros de abdome agudo. Com a possibilidade de ser meio terapêutico nos casos de etiologia cirúrgica.⁷

Em conformidade com a literatura, no caso relatado após o diagnóstico clínico de abdome agudo, optou-se pela realização de uma laparotomia exploradora, durante a qual foi feito o diagnóstico definitivo e, por conseguinte, o tratamento, enterectomia segmentar com enteroanastomose.

REFERÊNCIAS

- 1- Castro Neto LR; Figueiredo JA, Barbosa CA, Da Silva AL. Hérnia Interna Transmesocólica Congênita: Diagnóstico Transoperatório. Rev Med Minas Gerais. 2014; 4(2): 122-124

- 2- Brenner MB, Zanin EM, Lehmann DEF, Raupp GS, et al. Hérnia interna de delgado em pós-operatório de sigmoidectomia a Hartmann. Sci Med. 2014 jul-set; 24(3): 292-296.

- 3- Araújo SEA, Caravatto PPP, Chang AJBA, Campos FGCM, Sousa M. Impacto da Vídeo-Cirurgia na Prevenção de Aderências. Rev bras Coloproct, 2006;26(2):208-216.

- 4- Cartucho D. Bridas e aderências intestinais, Visão histórica de um problema que se mantém atual. Barvalento Médico. 2008; 1(1): 34-39.

- 5- Duarte GG, Fontes B, Poggetti RS, Loreto MR, Motta P, Birolini D. Strangulated internal hernia through the lesser omentum with intestinal necrosis: a case report. Sao Paulo Med. J. 2002 May; 120(3): 84-86.

- 6- Catena F, Di Saverio S, Coccolini F, et al. Adhesive small bowel adhesions obstruction: Evolutions in diagnosis, management and prevention. World J Gastrointest Surg. 2016; 8(3): 222-231.

- 7- Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen Agudo. Medicina (Ribeirão Preto). 2007 jul./set; 40 (3): 358-367.

- 8- Postier RG, Squires RA. Abdome Agudo. In: Sabiston. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 18.ed. Saunders. Elsevier. 2008.

3 REFERÊNCIAS

- BRUNETTI, A; SCARPELINI S. Abdômen Agudo. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.40, n. 3, pág. 358-367, ano 2007.
- POSTIER, Russell G; SQUIRES, Ronald A. Abdome Agudo. In: SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 18.ed. Saunders. Elsevier., 2008
- DOMINGUES, Sergio Hernani Stuhr; Abdome Agudo: Conceito e Classificação. In: LOPES, Antonio Carlos; REIBSCHEID, Samuel; SZEJNFELD, Jacob; Abdome Agudo: Clínica e Imagem. São Paulo. **Editora Atheneu**, 2006
- LOPES FILHO, Gaspar de Jesus; FERRARO, José Roberto; Abdome Agudo obstrutivo. In: LOPES, Antonio Carlos; REIBSCHEID, Samuel; SZEJNFELD, Jacob; Abdome Agudo: Clínica e Imagem. São Paulo. **Editora Atheneu**, 2006
- CATENA, F; DI SAVERIO, S; COCCOLINI, F; et al. Adhesive small bowel adhesions obstruction: Evolutions in diagnosis, management and prevention. **World Journal of Gastrointestinal Surgery**. Pleasanton; v. 8. n. 3. Pág. 222-231. Ano 2016
- CARTUCHO, Daniel. Bidas e aderências intestinais, Visão histórica de um problema que se mantém atual. **Barvalento Médico**. Algaive. v.1, n. 1. pág 34-39. ano 2008.
- BRUM BRENNER, Mateus; MADALOSSO ZANIN, Eduardo. Hérnia interna de delgado em pós-operatório de sigmoidectomia a Hartmann. **Scientia medica**. Porto Alegre; v.24(, n. 3, pág. 292-296, jul-set. 2014.
- CASTRO NETO, Leopoldo Ribeiro De; FIGUEIREDO, Juliano Alves. Hérnia Interna Transmesocólica Congênita: Diagnóstico Transoperatório. **Rev Med Minas Gerais**. Belo Horizonte. V.4 n.2, pág. 122-124. Ano 2014
- ARAUJO, Sergio Eduardo Alonso et al. Impacto da vídeocirurgia na prevenção de aderências. **Rev bras. colo-proctol**. [online]. Rio de Janeiro vol.26, n.2, pp.208-216. Ano 2006
- DUARTE, Gustavo Gibin et al. Strangulated internal hernia through the lesser omentum with intestinal necrosis: a case report. **Sao Paulo Med. J. [online]**. vol.120, n.3, pp.84-86. Ano 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802002000300006>
- SEID, Victor Edmond et al . A videolaparoscopia no diagnóstico e tratamento da obstrução intestinal. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 2, p. 228-234, June 2007

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

02/06/2018

Instruções aos Autores - Relatos de Casos do CBC - Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Relatos de Casos Cirúrgicos

Surgical Cases Reports

ISSN (online): 2527-2039



Português English

OK

Busca Avançada

[Home](#) [Número Atual](#) [Números Anteriores](#) [Instruções aos Autores](#) [Submissão de artigos](#) [Contato](#)

Instruções aos Autores

Escopo e política

A Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos destina-se à publicação de casos clínicos cirúrgicos de interesse geral seja pela raridade na literatura médica ou pela forma de apresentação não usual. É publicada trimestralmente em um único volume anual, e se propõe à divulgação das especialidades cirúrgicas que contribuam para o ensino, desenvolvimento e integração nacional.

A Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos é uma revista de acesso aberto e segue os requisitos uniformes recomendados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org). Os textos são submetidos à avaliação por pares (*peer review*), encaminhados aos revisores para avaliação de forma anônima, que decidem por sua publicação. No caso de ocorrência de conflito de pareceres, o Editor avaliará a necessidade de um novo parecer. Textos recusados são devolvidos aos autores. Somente serão submetidos à avaliação os textos que estiverem dentro das normas para publicação na Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos. Os textos aprovados poderão sofrer alterações de ordem editorial, desde que não alterem o mérito do trabalho.

Informações gerais

- A Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos do CBC avalia artigos para publicação em português ([autores brasileiros](#)) e inglês ([autores estrangeiros](#)) que sigam as Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas, elaboradas e publicadas pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE www.icmje.org) traduzidas como Conselho Internacional de Editores de Revistas Médicas (CIERM Rev Col Bras Cir. 2008;35(6):425-41).

Submissão de artigos

- O envio de artigos para a Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos do CBC só poderá ser feito através da plataforma online para submissão de artigos científicos que pode ser acessada através da página do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (www.cbc.org.br) ou diretamente pela página da Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos (www.relatosdocbc.org.br).

Forma e estilo**Texto:**

Os relatos devem ser concisos, com o menor número possível de abreviaturas, definidas a partir da sua primeira utilização e limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto. Este não deve exceder a seis páginas incluindo o resumo e abstract não estruturados, a 15 referências e a seis ilustrações. O número de autores não deve ser maior que seis.

Referências:

Devem ser predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, não esquecendo de incluir autores e revistas nacionais, restringindo-se aos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as normas de Vancouver (Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas – ICMJE <www.icmje.org> - CIERM Rev Col Bras Cir. 2008;35(6):425-41 <www.revistadocbc.org.br>). Não serão aceitas como referências anais de congressos e comunicações pessoais. Citações de livros e teses devem ser desestimuladas. Os autores do texto são responsáveis pela veracidade das referências.

Agradecimentos:

Devem ser feitos às pessoas que contribuíram de forma importante para a sua realização.

Figuras (Máximo permitido 6)

São consideradas figuras todas as fotografias, gráficos, quadros e desenhos. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismos arábicos e devem ser acompanhadas de legendas descritivas.

CONDIÇÕES OBRIGATÓRIAS (LEIA COM ATENÇÃO)

Fica expresso que, com a remessa eletrônica, o(s) autor(es) concorda(m) com as seguintes premissas: 1) que no relato não há conflito de interesse, cumprindo o que diz a Resolução do CFM no 1595/2000 que impede a publicação de trabalhos e matérias com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos; 2) citar a fonte financiadora, se houver; 3) que todos os autores concedem os direitos autorais e autorizam alterações no texto enviado para que ele seja padronizado no formato linguístico da Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos, podendo remover redundâncias, retirar figuras que forem consideradas não necessárias ao bom entendimento do texto, desde que não altere seu sentido. Caso haja discordâncias dos autores quanto às estas premissas, deverão eles escrever carta deixando explícito o ponto em que discordam e a Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos analisará se o relato será encaminhado para publicação ou devolvido aos autores. Caso haja conflito de interesse, ele deve ser citado com o texto: "O(s) autor(es) (nominá-los) receberam suporte financeiro da empresa privada (mencionar o nome) para a realização deste estudo". Quando houver fonte financiadora de fomento à pesquisa, citá-la; 4) a responsabilidade de conceitos ou asserções emitidos nos textos dos Relatos de Casos Cirúrgicos cabe inteiramente ao(s) autor(es). Não serão aceitos textos já publicados ou simultaneamente enviados para avaliação em outros periódicos; 5) que cada artigo aprovado terá um custo de R\$ 500,00 (quinhentos reais) para os autores. Caso o autor principal seja membro adimplente do CBC, haverá um desconto de 50% na cobrança do artigo.

Orgão Oficial

ANEXO B: TERMO DE SIGILO

Trabalho: HERNIA INTERNA OCASIONADA POR ADERENCIAS ABDOMINAIS EM UMA MULHER DE 80 ANOS.

Os pesquisadores, abaixo firmados, asseguram que o caráter anônimo do paciente será mantido e que sua identidade será protegida.

As fichas clínicas e/ou outros documentos submetidos não serão identificados pelo nome, mas por um código

Os pesquisadores manterão um registro de inclusão dos participantes de maneira sigilosa, contendo códigos, nomes e endereços para uso próprio. Os mesmos serão mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos em um único arquivo.

Pesquisador 1: _____

Pesquisador 2: _____