

DISCUSSÃO

A criptorquidia resulta de anormalidade na formação e na descida do testículo durante o período embrionário⁴. Ela está presente em 6% dos recém-nascidos a termo e em 0,8% dos lactentes até um ano de idade. Pode ser bilateral em até 10% dos casos e, em algumas vezes, está associada a outros defeitos de formação do trato genitourinário⁵.

A complicação mais temida do testículo criptorquídico é o câncer, variando entre 3,5-14,5% entre os pacientes com criptorquidia⁵. Os testículos são intra-abdominais em 10% dos casos e apresentam risco 200 vezes maior de transformação maligna³. A degeneração maligna tem como pico de incidência a terceira e quarta década de vida^{2,3}. Geralmente são assintomáticos, sendo identificados de forma incidental através de exames de imagem. Quando sintomático, o diagnóstico é difícil e os sintomas podem mimetizar apendicite aguda, quadros urinários e efeitos de massa, por sintomas compressivos sobre o trato gastrointestinal e genitourinário³. Exames de imagem, US, TC e RNM, mostram massa pélvica ou retroperitoneal, bem delimitada, homogênea e sem evidências óbvias de necrose ou calcificação^{2,3,5}. Esses achados têm como principais diagnósticos diferenciais a linfadenopatia e o sarcoma, que são situações mais comuns. O tipo histológico predominante é o seminoma puro (43%), seguido do carcinoma embrionário (28%), teratocarcinoma (27%) e coriocarcinoma (2%)³. O tratamento cirúrgico é mandatório, com ressecção da massa intra-abdominal e a quimioterapia pode ser alternativa, dependendo do estadiamento e tipo histológico da transformação maligna².

REFERÊNCIAS

1. Küçük HF, Dalkılıç G, Kuroğlu E, Altuntaş M, Barışık NO, Gülmen M. Massive bleeding caused by rupture of intra-abdominal testicular seminoma: case report. *J Trauma*. 2002 May;52(5):1000-1.
2. Lim YJ, Jeong MJ, Bae BN, Kim SH, Kim JY. Seminoma in undescended testis. *Abdom Imaging*. 2008 Mar-Apr;33(2):241-3.
3. Miller FH, Whitney WS, Fitzgerald SW, Miller EI. Seminomas complicating undescended intraabdominal testes in patients with prior negative findings from surgical exploration. *AJR Am J Roentgenol*. 1999 Feb;172(2):425-8.
4. Wood HM, Elder JS. Cryptorchidism and testicular cancer: separating fact from fiction. *J Urol*. 2009 Feb;181(2):452-61.
5. Woodward PJ. Case 70: seminoma in an undescended testis. *Radiology*. 2004 May;231(2):388-92.

ABCD DV/1153

ABCD Arq Bras Cir Dig Carta ao Editor
2015;28(4):297

DOI: /10.1590/S0102-6720201500030022

TRATAMENTO CIRÚRGICO TARDIO PARA RUPTURA ESPONTÂNEA DE ADENOMA HEPATOCELULAR: RELATO DE CASO

*Late surgical treatment for spontaneous rupture of
hepatocellular adenoma: case report*

Luis Eduardo Veras **PINTO**, João Paulo Ribeiro **SILVA**,
Gustavo Coêlho **RÊGO**, José Huygens Parente **GARCIA**

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário Walter Cantídio (Hospital das Clínicas), Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Universidade Federal do Ceará; Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondência:
Luis Eduardo Veras Pinto
E-mail: luiseduardoveras@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 18/09/2014
Aceito para publicação: 26/03/2015

INTRODUÇÃO

Adenoma hepatocelular é incomum neoplasia benigna do fígado. Dentre os principais fatores de risco conhecidos estão mulheres em idade fértil em uso de contraceptivos orais e homens em uso de esteroides e doenças metabólicas raras. A incidência aumentou de 5 por 1 milhão em 1964^{1,2} para 4 pacientes por 100.000⁵, por razões desconhecidas.

Embora raro esse tipo de lesão tem potencial para complicações, que em determinados casos, como na ruptura espontânea, pode levar a quadro grave com risco de vida. Apesar da ressecção cirúrgica para adenoma hepatocelular roto estar associada com alta mortalidade, esse ainda o tratamento de escolha⁷. Ressecção de emergência de adenoma hepatocelular roto tem mortalidade em torno de 5-10%, enquanto ressecção eletiva a mortalidade é menor que 1%.

Alternativas às ressecções de urgência tem sido descritas visando reduzir mortalidade e economizando ressecções maiores, como na embolização arterial de adenomas rotos; no entanto, tem disponibilidade reduzida na maioria dos serviços.

RELATO DO CASO

Mulher, 44 anos, foi admitida no setor de emergência de outro hospital com quadro de dor abdominal súbita em região superior do abdome. Relatava uso de anticoncepcionais orais há 31 anos. Ela apresentou queixa de dor súbita em região epigástrica de moderada intensidade com irradiação para hipocôndrio direito, associada com dispnéia leve e tontura, sem outras queixas relevantes. Utilizado sintomáticos e solicitado ultrassonografia abdominal três dias após o ocorrido que evidenciou lesão nodular sólida em lobo hepático direito medindo 150x100x100 mm³.

Aproximadamente cinco meses após o ocorrido foi encaminhada a um centro de maior complexidade e posteriormente ao nosso serviço para investigação diagnóstica, após apresentar novo quadro algico similar ao anterior, desta vez associado a taquicardia e sudorese fria. Ao exame físico notava-se anemia ++/++++ e dor moderada difusa a palpação do abdome, sem sinais de irritação peritoneal ou massas palpáveis.

Os exames laboratoriais mostravam hemoglobina de 8,61 g/dl, contagem de leucócitos de 8.980/mm³ e plaquetas de 214.000. As enzimas hepáticas e canaliculares estavam alteradas: ALT 306 IU/l, AST 154 IU/l, FA 142 e GGT 229. Os demais exames, assim como a alfa-fetoproteína, encontravam-se normais.

Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de abdome mostravam fígado com dimensões aumentadas, presença de lesão expansiva predominantemente sólida com captação heterogênea de contraste acometendo segmentos VI/VII medindo 118x70 mm associada a volumoso hematoma subcapsular medindo 8 cm em sua maior espessura e a presença de hemoperitônio. Os achados radiológicos sugeriram que a lesão era um adenoma hepático roto. (Figuras 1)

A paciente foi colocada sob observação cuidadosa para melhora do níveis hematimétricos para em seguida realizar operação. Foram transfundidos dois concentrados de hemácias e controle hidroeletrólítico rigoroso no pré-operatório. Foi realizada abordagem aberta com incisão subcostal bilateral. À exploração, observou-se lesão envolvendo segmentos VI e VII e presença de volumoso hematoma subcapsular estendendo-se por todo o lobo hepático direito, associado a moderado hemoperitônio. Todo o lobo direito encontrava-se firmemente aderido ao diafragma ipsilateral. Optou-se inicialmente por abordagem anterior com controle do "inflow" pelo risco de sangramento, isolando e ligando todo o pedículo portal direito e artéria hepática direita. Posteriormente realizou-se transecção

do parênquima hepático de acordo com demarcação isquêmica (linha de Cantlie), com eletrocautério bipolar, kellyclasia e bisturi de argônio. O parênquima apresentava-se infiltrado de coágulos distorcendo assim a arquitetura normal do fígado. Foi feito mobilização do lobo hepático direito seguido de controle do "outflow" onde foi visto nele extensa ruptura em região látero-posterior com intensa reação inflamatória e aderências ao diafragma adjacente e presença de inúmeros coágulos, porém sem qualquer sangramento (Figuras 2 e 3)

O espécime pesou 1.170 g, media 18,0x14,0x12,0 cm, apresentando superfície cinza-esverdeada lisa, com rotura de 12 cm de extensão, exteriorizando massa tumoral irregular e hemorrágica. O tumor media 7,0x6,0x6,0 cm com superfície tumoral hemorrágica, com focos pardos-claros, friáveis, em contiguidade com extenso hematoma subcapsular, distando 1,5 cm da margem cirúrgica mais próxima.

À microscopia foi visto neoplasia composta por células hepatocitárias de volume plasmático aumentado, eosinófilo, com esteatose macrovesicular, dotados de núcleos regulares com mínima atipia e raros nucléolos; presença de dilatação sinusoidal, focos de necrose e hemorragia; reação ductal esparsa e maior número de arteríolas, dados esses consistentes com adenoma hepatocelular roto (Figuras 4 e 5)

O paciente foi mantido na unidade de terapia intensiva por um dia, sem receber qualquer transfusão de hemoderivados. Evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no sexto dia pós-operatório.

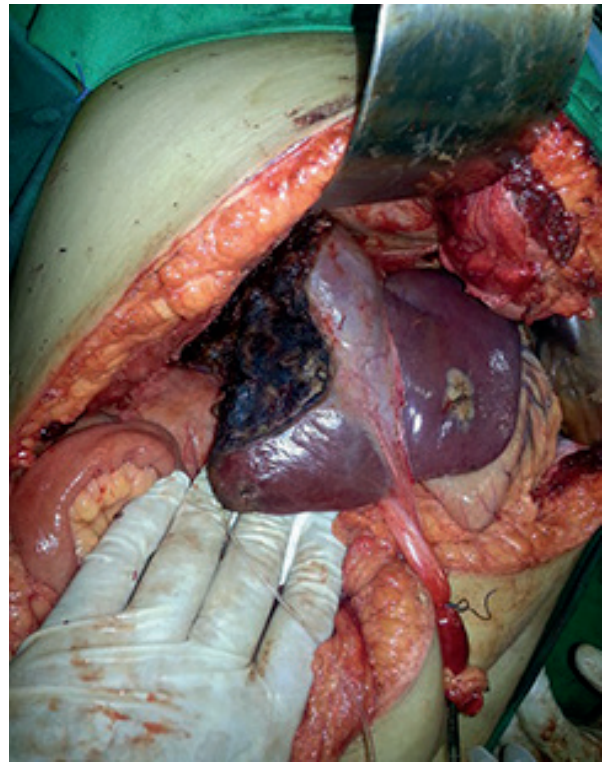


FIGURA 3 - Remanescente hepático após hepatectomia direita anatômica (Ligamento redondo tracionado caudalmente)

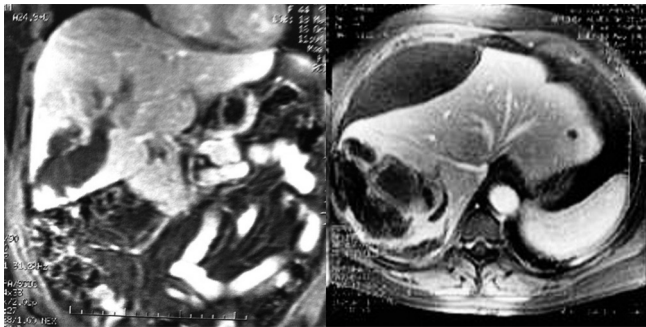


FIGURA 1 – Ressonância mostrando adenoma e volumoso hematoma subcapsular



FIGURA 4 - Adenoma hepático em visão macroscópica medindo 6 cm

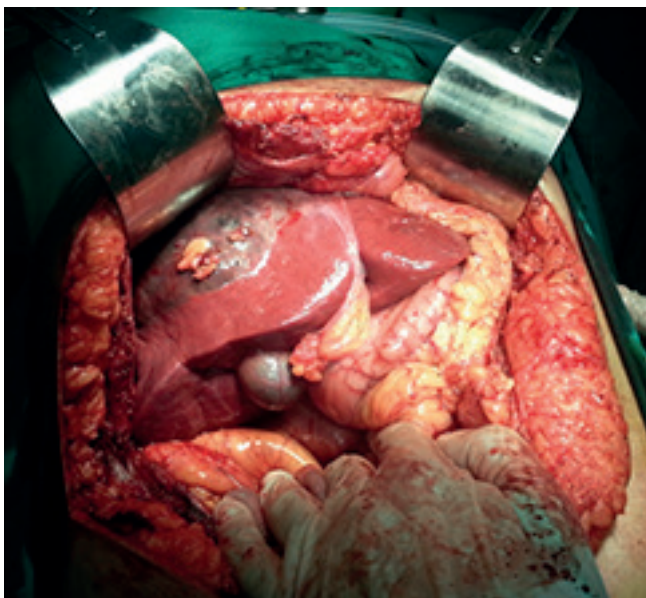


FIGURA 2 - Adenoma hepático e hematoma subcapsular acometendo todo lobo hepático direito

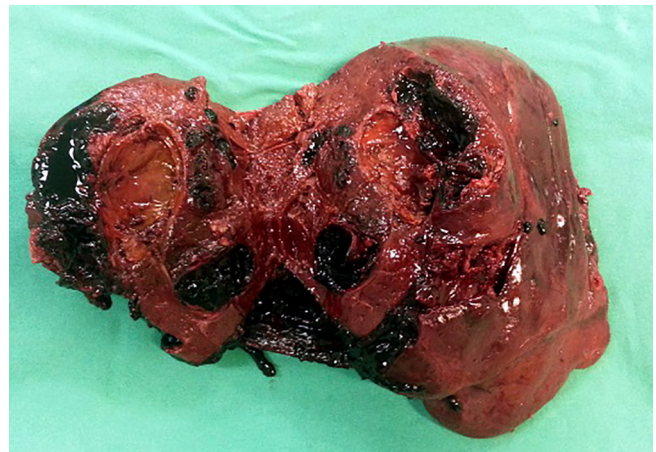


FIGURA 5 - Lobo hepático direito hemiesecionado e presença do adenoma e múltiplos coágulos infiltrando parênquima hepático

DISCUSSÃO

Adenoma hepatocelular é fortemente associado ao uso de anticoncepcionais orais^{9,14}. O risco de desenvolver adenomas aumenta com a duração do uso e níveis estrogênicos da medicação^{6,8,14}. É frequentemente visto em mulheres jovens, mas pode também estar associado ao uso esteroides em homens, doença de armazenamento do glicogênio e hemocromatose.

Adenoma hepatocelular é de importância clínica devido à sua tendência a complicações: transformação maligna e ruptura espontânea. O risco de sangramento espontâneo está entre 20-40%, principalmente em pacientes com lesões acima de 5 cm^{2,4,6}.

Aproximadamente 10% dos pacientes cursam com dor abdominal aguda devido a ruptura peritoneal e hemoperitônio, associado ou não ao choque hipovolêmico. Podem apresentar sintomas relacionados à hemorragia como dor súbita em quadrante superior direito, náuseas, vômitos, anorexia e febre. Mortalidade importante tem sido associada com o atraso no diagnóstico, sendo resultado de choque hemorrágico, coagulopatia e complicações pós-operatórias^{11,13}.

O tratamento conservador pode ser geralmente utilizado em casos pequenos, especialmente os relacionados com a utilização de contraceptivos orais. Acompanhamento rigoroso por meio de exames radiológicos (ultrassom ou tomografia) a cada seis meses é necessário. No entanto, quando a lesão é grande (>5 cm) ou sintomático, o tratamento cirúrgico tem sido recomendado por causa do alto risco de hemorragia e transformação maligna^{9,13}.

O tratamento cirúrgico de escolha varia em cada caso, assim como as diferentes abordagens de ressecção. O principal tratamento de escolha deve ser ressecção local ou segmentar, visando preservar o máximo de parênquima hepático possível. Apesar de a hepatectomia laparoscópica ser boa opção para os tumores benignos³, abordagem aberta é preferida nestes casos, pois trata-se de lesão rota, localizada posteriormente e próximo a estruturas vasculares, acompanhada de sangramento espontâneo. Pacientes com ruptura de adenoma hepatocelular devem ser tratados eletivamente sempre que possível. Se o paciente está estável e o tumor está localizado em um lobo ou segmento hepático deve-se realizar hepatectomia parcial prontamente. Se há perda sanguínea maciça deve-se fazer controle clínico agressivo com reposição de hemoderivados e em seguida realizar o controle da hemorragia através de ligadura ou embolização do segmento arterial que supre o tumor¹⁵, seguido de ressecção mais tardiamente com o paciente estável. A embolização arterial seletiva, que induz necrose tumoral, vem mostrando ter papel importante no tratamento de adenomas rotos ou não-rotos com bons resultados e baixas taxas de complicações quando comparadas com a operação de urgência¹⁰; porém, é um método caro e geralmente indisponível na maioria dos centros.

REFERÊNCIAS

1. Ardito F, Tayar C, Laurent A, Karoui M, Loriau J, Cherqui D. Laparoscopic Liver Resection for Benign Disease. *Arch Surg* 2007; 142 (12): 1188-93
2. Barthelemy, Tait, 2005. Barthelemy L, Tait IS: Liver cell adenomas and liver cell adenomatosis. *HBP (Oxford)* 2005; 7:186-196.
3. Costa SRP, Araujo SM, Lima AOT, Chartuni ATP. Laparoscopic Right Posterior Sectionectomy for Treating Hepatic Tumors. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2010; 23(4): 275-9.
4. Deneve et al, 2009. Deneve JL, et al: Liver cell adenoma: a multicenter analysis of risk factors for rupture and malignancy. *Ann Surg Oncol* 2009; 16:640-648.
5. Deodhar A, Brody LA, Covey AM, Brown KT, Getrajdman GI. (2011) Bland embolization in the treatment of hepatic adenomas: preliminary experience. *J Vasc Interv Radiol* 22:795-799;
6. Dokmak et al, 2009. Dokmak S, et al: A single center surgical experience of 122 patients with single and multiple hepatocellular adenomas. *Gastroenterology* 2009; 137:1698-1705.

7. Eckhauser FE, Knol JA, Raper SE, Thompson NW. Enucleation combined with hepatic vascular exclusion is a safe and effective alternative to hepatic resection for liver cell adenoma. *Am Surg*. 1994;60:466-71.
8. Gordon SC, Reddy KR, Livingstone AS, Jeffers LJ, Schiff ER. Resolution of a contraceptive-steroid-induced hepatic adenoma with subsequent evolution into hepatocellular carcinoma. *Ann Int Med*. 1986;105:547-9.
9. Herman P, Pugliese V, Machado MAC, Montagnini AL, Salem MZ, Bachella T et al. Hepatic Adenoma and Focal Nodular Hyperplasia: Differential Diagnosis and Treatment. *World J Surg* 2000; 24(5): 372-76
10. Huurman VA, Stoot JH, van der Linden E, Terpstra OT, Schaapherder AF. Necrosis of a large hepatic tumor after hemorrhage and subsequent selective arterial embolization. *World J Gastroenterol*. 2006;12:6059-61.
11. Marini et al, 2002. Marini P, et al: Management of spontaneous rupture of liver tumours. *Dig Surg* 2002; 19:109-113.
12. Puech A, Pages A, Dermenghem M, Signalet J. (1964) Multinodular Adenoma of the Liver. *Montp Med* 65:114-119. Ad'nomem multinodulaire du foie.
13. Ribeiro Junior MAF, Chaib E, Saad WA, D'Albuquerque LAC, Cecconello I. Surgical management of spontaneous ruptured hepatocellular adenoma. *Clinics*. 2009; 64(8): 775-9.
14. Rosenberg, 1991. Rosenberg L: The risk of liver neoplasia in relation to combined oral contraceptive use. *Contraception* 1991; 43:643-652.
15. Terkivatan et al, 2001. Terkivatan T, et al: Treatment of ruptured hepatocellular adenoma. *Br J Surg* 2001; 88:207-209.

ABCDVV/1154

ABCD Arq Bras Cir Dig Carta ao Editor
2015;28(4):299

DOI: /10.1590/S0102-6720201500030023

HÉRNIA DE BOCHDALEK À DIREITA EM ADULTO, ASSOCIADA À SÍNDROME COLESTÁTICA: RELATO DE CASO

Right-sided Bochdalek hernia in adult associated with cholestatic syndrome: case report

José Moreira dos **SANTOS-NETTO**, Cássio Virgílio Cavalcante **OLIVEIRA**, Marcelo Gonçalves **SOUSA**

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa, PB, Brasil.

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Correspondência:

José Moreira dos Santos Netto Recebido para publicação: 22/01/2015
Email: moreira_netto@hotmail.com Aceito para publicação: 16/06/2015

INTRODUÇÃO

A hérnia diafragmática congênita (HDC) pode ser definida como defeito anatômico no diafragma que permite a herniação de vísceras abdominais no tórax⁴. Sabidamente ocorre devido à falha no fechamento do canal pleuroperitoneal durante o período embrionário. O que leva ao não fechamento, pode ser um teratógeno, mutação genética, ou ambos⁴.

Em termos de localização anatômica, a HDC pode ser do tipo Bochdalek, quando há oclusão incompleta do canal pleuroperitoneal na porção posterolateral; do tipo Morgagni, na vigência de defeito retroesternal; e ainda pode se manifestar transhiato esofágico¹¹. Dentre elas, a hérnia de Bochdalek é a mais prevalente, encontrada em 78-90% dos casos; e a do tipo retroesternal de Morgagni, em 1,5-6% da vezes; e a transhiatal, 14-24%¹¹. Na maioria dos casos, a repercussão clínica ocorre no período neonatal, já que apenas 10% das hérnias são diagnosticada