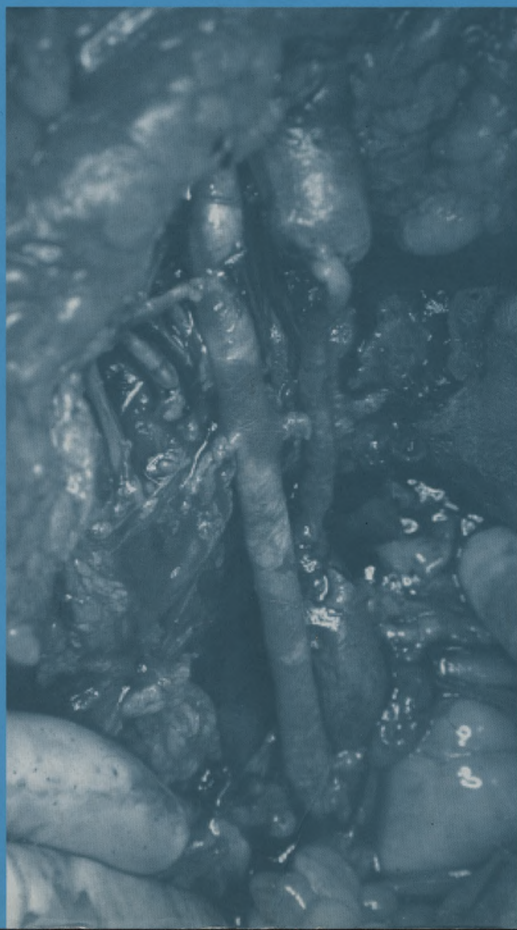


A T L A S D E
P A T O L O G I A
C I R Ú R G I C A

JOÃO A. B. PATRÍCIO



I
IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS
U

A T L A S D E
P A T O L O G I A
C I R Ú R G I C A

JOÃO A. B. PATRÍCIO

COORDENAÇÃO EDITORIAL
Imprensa da Universidade de Coimbra

CONCEPÇÃO GRÁFICA
António Barros

EXECUÇÃO GRÁFICA
G.C. - Gráfica de Coimbra, Lda.

ISBN
972-8704-96-8

DEPÓSITO LEGAL
251834/06

Dezembro, 2006

© 2006, IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Obra publicada com o apoio da:
WYETH-Lederle Portugal

NOTA PRÉVIA

O leitor perguntará: que pode trazer de novo esta publicação? Declaro que não foi elaborada para dizer algo de novo mas apenas para disponibilizar imagens elucidativas de diferentes afecções cirúrgicas. A par de patologias frequentes, apresentam-se outras menos comuns, ou até raras, assim como complicações cirúrgicas e doenças iatrogénicas. Trata-se, fundamentalmente, de parte do espólio iconográfico pessoal acumulado ao longo de mais de quatro décadas e utilizado na actividade pedagógica, com a intenção de procurar que o aluno aderisse como a facto em que participara ou em que poderia ter participado.

A maioria das imagens foi colhida em condições muito heterogéneas de ambiente, de luz, de meios técnicos e a selecção obrigou a trabalho aturado a que, algumas vezes, não foi estranho o dano corrosivo do tempo nas fotografias analógicas. Houve que eliminar muitas imagens porque impossíveis de recuperar de modo a permitirem, pelo menos, interpretação razoável; outras, embora alteradas, foram aproveitadas porque julgadas interpretáveis.

Não tenho por ocioso insistir nas vantagens de mostrar manifestações das diversas entidades patológicas e creio que será sempre útil todo o esforço para facilitar o diagnóstico ou o entendimento fisiopatológico, muito embora a maioria dos casos expostos não ofereça dificuldades de interpretação.

O âmbito das imagens é alargado a uma multiplicidade de patologias que actualmente integram especialidades autónomas e já não enquadráveis nos limites da cirurgia geral.

Devido à apresentação das imagens por órgãos e por patologias, algumas repetem-se em capítulos diferentes. A distribuição das matérias por capítulos diferenciados não deixa de conferir um aspecto um tanto heterogéneo. Mas a disposição por áreas de patologias e por órgãos não impede a inter-relação que é facilitada pela consulta do índice onomástico.

De forma sucinta, juntam-se notas explicativas adequadas às imagens. Mas sugere-se ao leitor a consulta de livros de texto que ajude a melhorar o entendimento, tanto mais que o ATLAS é sobretudo dirigido ao estudante de cirurgia, muito embora se tente torná-lo atractivo a um público mais vasto.

Os registos referem-se primordialmente a doentes tratados em serviços de cirurgia dos Hospitais da Universidade de Coimbra: Serviço de Cirurgia I onde trabalhei longos anos sob a sábia direcção do Professor Luís José Raposo* e de cuja direcção me ocupo desde 1995 e Serviço de Cirurgia II que dirigi entre 1987 e 1995. Compreendem também imagens colhidas no Serviço de Cirurgia do Hospital da Universidade de Lourenço Marques (1968-1970) então dirigido pelo distintíssimo cirurgião e pedagogo de eleição que é o Professor Artur Giesteira de Almeida*.

* Ao invocar estes meus Mestres aproveito para lhes dedicar algumas palavras muito sentidas.

A memória do Professor Luís José Raposo não me deixa calar o seu legado de qualidades humanas e de universitário distintíssimo que com talento desempenhou o mais elevado e verdadeiro magistério e prática cirúrgica. Era um Mestre de Cirurgia no verdadeiro significado da palavra.

O Professor Giesteira de Almeida é detentor da rara faculdade de dar homogeneidade a situações de interpretação complexa a partir dos dados fornecidos pela clínica, sem que lhe escape qualquer detalhe e de as solucionar com superioridade intelectual e técnica. Da excelência dos seus predicados pedagógicos, profissionais, científicos, culturais, falam os que usufruíram da sua vivência, do seu ensino, como eu.

Esta obra beneficia ainda de situações tratadas em clínica privada com múltiplos colegas de que é justo destacar o bom amigo Dr. Antonello Ferraro Vaz, e da cedência generosa de material didáctico comentado proveniente dos arquivos dos Colegas: Prof. Filipe Caseiro Alves, Prof. Américo Figueiredo, Dr. Albuquerque de Matos, Dr. Oliveira Simões.

Usufrui também das opiniões, críticas e sugestões de muitos outros: Prof. João Pedroso de Lima, Prof. António Cabrita, Dr.^a Maria Fernanda Xavier da Cunha, Prof. Pedro Saraiva, Prof.³ Francelina Lopes, Dr. João Ganho, Dr. João Henriques Pereira, Dr. Jorge Miguéis. A estes Colegas junto os que me confiaram os seus doentes. Aceitem todos preitos de gratidão.

De igual modo manifesto idênticos sentimentos pelas disponibilidades voluntárias e entusiastas dos meus companheiros de trabalho de anos, Prof. João Pimentel, Dr. Jorge Botelho, Dr. Luís Silveira, Dr.^a Ana Velez, Dr. Fernando Martinho, Dr. Carlos Pereira, Dr. Fernando Manata. Cabe destacar, por boa justiça, a contínua e cansativa colaboração, diria, co-autoria, prestada pelo Prof. António Bernardes e Dr. Alexandre Duarte. A eles devo, entre outras atenções, o enfadonho acompanhamento da evolução do trabalho e revisão de provas. Não esqueço a ajuda persistente e desinteressada na execução gráfica concedida pelas Exmas. Senhoras D. Ana Paula Dantas, D. Ana Paula Almeida e D. Ana Filipa Domingues, distintas secretárias clínicas do Serviço de Cirurgia I, assim como a contribuição que a todo o momento me foi prestada pelos funcionários do Laboratório de Investigação Experimental do HUC, Senhores D. Maria de Lourdes Silva e Carlos Silva.

Não posso deixar no olvido e sem lugar de relevo, palavras de reconhecimento e de toda a estima, aos queridos Amigos e Colegas, Professores Henrique Bicha Castelo da Faculdade de Medicina da Universidade Clássica de Lisboa e Francisco de Castro e Sousa da nossa Faculdade, figuras eminentes da cirurgia e igualmente líderes no magistério e na gestão universitária, que aceitaram honrar-me com a redacção do prefácio e da apresentação.

Dirijo palavras de agradecimento, muito sinceras, aos Ex.^{mos} Senhores Director e Directora-Ajunta da Imprensa da Universidade, Professor Doutor Faria Costa e Dr.^a Maria João Padez, pelo empenho no desenvolvimento deste trabalho, assim como ao Dr. António Barros que cuidou do aspecto gráfico.

Manifesto gratidão ao Laboratório Wyeth-Lederle Portugal, pelo apoio prestado à publicação.

Com emoção invoco minha Mulher, Maria Teresa, minhas filhas Catarina e Clara, meus genros Paulo Jorge e João Pedro que me concederam longas horas de colaboração tendo sempre presente meu filho Rafael.

Se porventura omiti referir alguma das pessoas que me ajudaram, não o fiz propositadamente. Que se me releve a falta.

PREFÁCIO

Pedi-me o Professor João Patrício que, a jeito de prefácio, alinhasse umas notas introdutórias do *Atlas de Patologia Cirúrgica* que estava a ultimar.

É uma tarefa que, por diversas ordens de razões, cumpro com enorme satisfação afirmando, antes de mais, que a este sentimento junto o da honra com que me sinto distinguido ao poder reflectir um pouco sobre a *essência* e a *circunstância* da Obra, agora terminada.

Sobre a *essência*, direi que a primeira qualidade e mérito do livro é o da originalidade.

Originalidade, porque é o primeiro grande volume de iconografia médica publicada no nosso País e, originalidade, também, porque o que me foi dado apreciar e agora comento é, mais que uma excelente, coerente e integrada descrição fotográfica, um convite ao leitor para que se passeie por uma longa e muito bem cuidada alameda, recheada de exemplos que associam a excelência da qualidade técnica das fotografias à estética, por vezes dramática, das imagens.

Todavia, o cuidado que João Patrício pôs na preparação das legendas das figuras e dos esquemas que utiliza, permitiu-lhe ir muito mais longe e fazer, da *essência* deste seu *Atlas*, um verdadeiro livro de texto sobre fisiopatologia e técnica cirúrgica.

De facto, o que as figuras e esquemas nos mostram são uma rica e detalhada colecção de entidades e condições nosológicas que, desde as mais simples e banais até às mais complexas e raras, vão evoluindo em função dos *tempos terapêuticos* percorridos e claramente detalhados através de textos breves, mas tão apurados e claros, que se transformam em precisas e cientificamente correctas fundamentações fisiopatológicas e explicações sobre *princípios* e técnica cirúrgica.

Não tenho qualquer dúvida em afirmar que esta obra passará a ser *livro de cabeceira* de todos os cirurgiões. De estudo e aprendizagem para os mais jovens, de memórias para os mais experientes, mas de trabalho e referência para todos.

Contudo, a *essência* da Obra é indissociável da *circunstância* que é a atitude e personalidade do Autor. A *obra* têm-na nas vossas mãos para que a apreciem, usem e estudem, o *Homem* mostra-nos agora a sua experiência mas, sobretudo, o modo como consolida e vive o seu *EU*, que se objectiva nas fotografias e se intui nos textos.

João Patrício é um Cirurgião académico que, mais que dignificar a Escola Cirúrgica de Luís José Raposo e da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, honra a Cirurgia Portuguesa, assumindo-se como Autor de Referência, *lá fora e cá dentro*, em muitas áreas, de que são exemplos maiores, a microcirurgia e a cirurgia de reimplantação de membros.

Foi a *condição*, académica e humana, que assume perante a vida e os outros, que o obrigaram a *olhar bem* e a *tocar melhor* os doentes e as suas mazelas, registando-as para que se *não esquecesse* e que agora lhe permite mostrar-nos, a nós, como foi passando a sua Vida ao serviço dos seus semelhantes.

O *gesto cirúrgico*, porque feito manualmente, consubstancia a componente mais artesanal do Saber Médico e, porque não se pode dissociar da componente artística com que se concretiza, assume a *dimensão maior* da prática clínica.

São as mãos, cuja utilização física no acto cirúrgico é permanente e impressiva desde a primeira até à última observação clínica que, ao mesmo tempo que recebem informação, transmitem expectativa e angústia, primeiro, consolo e serenidade, depois.

O *toque da observação*, o tempo mais profundo e sublime do acto médico, é algo que se está a perder na prática clínica actual sendo aceite, por médicos e doentes, como algo natural e desejavelmente substituível pelos exames complementares de diagnóstico que atingem dimensões desproporcionadamente exageradas.

Na verdade, os exames complementares funcionam cada vez mais como *boneca de consultório* da cultura civilizacional chinesa. São eles, tal como a *boneca*, que nos vão mostrando onde se localizam as queixas dos nossos doentes tal como das mulheres chinesas, com a diferença de que a estas são os seus valores culturais que lhes impõe serem tocadas apenas pelos maridos.

Esta medicina dos nossos dias, cada vez mais tecnológica e menos clínica, impõe o afastamento entre médicos e doentes sendo cada vez mais raro e distante o contacto e relacionamento humano no *acto médico*.

A qualidade, do tipo e forma, da informação clínica tem-se vindo progressivamente a degradar, com particular ênfase no cuidado, pudor, carinho e caridade humana.

A prática cirúrgica ainda mantém tudo isto, o *toque* e o *contacto humano*, cirúrgico na semiologia, operatório na intervenção, atento no pós-operatório, sendo os exemplos como o de João Patrício indispensáveis para que nos lembremos, nós também, que este é *um valor e um tempo* inquestionável que se nos impõe cumprir em respeito pela *condição humana* daqueles que em nós confiam para os ajudar a superar uma situação, mais ou menos, delicada das suas vidas.

Há muito que os médicos foram descidos do pedestal etéreo do *conhecimento absoluto e inquestionável* onde, à escala global, o respeito e inocência popular os havia subido, para serem colocados ao nível da sua *condição humana*. Tenho para mim que este facto apenas incomoda os *não médicos*, porque aos MÉDICOS, mais que *desrespeito* ou *desprestígio*, o que esta nova condição lhes traz é apenas a do exercício do dever e responsabilidade que sempre exigiram a si próprios.

A clínica é um exercício de vida muito duro e difícil e, para aqueles que efectivamente são MÉDICOS, tal como dizia João Cid dos Santos, "... é *necessário que efectivamente o seja, não basta que se diga que o é*, porque, além da delicadeza que é *trabalhar com a vida* dos nossos semelhantes, vive-se a dor e o sofrimento dos casos clínicos com que nos confrontamos.

Tudo isto está aqui muito claramente explícito e são MÉDICOS e CIRURGIÕES, daqueles de que João Patrício é exemplo e se revêem neste *Atlas de Patologia Cirúrgica*, de que vos falo.

A lição mais importante que tiro deste trabalho é o do exemplo *do modo* como o João viveu a sua vida de cirurgião, exigindo de si sempre o máximo, de rigor na actuação e de dádiva aos outros.

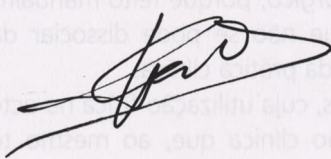
O seu grande legado é o exemplo de vida e os discípulos que farão a *Escola de João Patrício*.

Não tenho dúvida que esta obra é apenas o primeiro volume do retrato de *uma vida*. O novo capítulo que aí vem será, seguramente, menos eloquente em ciência, mas, e disso não tenho qualquer dúvida, muito mais rico e enriquecedor, em sabedoria e prática da vida.

Esta obra define a personalidade e ilustra a *condição do Homem* que é João Patrício.

Regozijo-me por ter podido partilhar, em alguns momentos da vida, da sua verticalidade, nobreza de carácter e por me considerar como seu Amigo, motivo porque, mais que uma alegria e uma honra, é para mim um privilégio poder partilhar com o João este magnífico trabalho.

O Professor João Patrício tem o *sabere* e a *circunstância* ... que Deus lhe dê vida e sorte!



Henrique Bicha Castelo

APRESENTAÇÃO

Pede-me o Prof. Doutor João Patrício, um dos mais distintos representantes da Cirurgia Portuguesa contemporânea, que escreva algumas palavras acerca do magnífico *Atlas de Patologia Cirúrgica* que, em hora afortunada, resolveu dar à estampa.

Quem escreve estas linhas é um colega, alguém que conhece o Prof. João Patrício há mais de 30 anos e com ele aprendeu, desde o início da sua formação, não só técnica e patologia cirúrgicas mas, também e sobretudo, uma maneira de ser e estar na vida em que a ética, a dignidade, a educação, a humanidade foram sempre considerados como valores major indispensáveis à prática da cirurgia. Alguém que é seu amigo, que profundamente o respeita e considera; alguém que, como toda a comunidade médica portuguesa, bem conhece a sua sólida preparação científica, técnica e profissional. Foi, como nós-próprio, discípulo desse vulto incomparável da Cirurgia Portuguesa do século XX, o Prof. Luís José Raposo, Mestre insigne da nossa Escola, que soube preparar uma plêiade de Cirurgiões que, honrando o seu exemplo, muito têm contribuído para o progresso e prestígio da cirurgia portuguesa nos últimos decénios. E o Professor Doutor João Patrício é, sem dúvida, um dos mais lídimos representantes dessa "inclita" geração.

Professor Catedrático de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Coimbra desde 1991, Chefe de Serviço de Cirurgia (desde 1979) e Director de Serviço dos HUC desde 1988 dedicou-se, desde muito novo, ao ensino: sempre ensinou por gosto e com gosto! Durante quatro décadas nunca se cansou de lutar, de forma firme e determinada, pela defesa intransigente desses verdadeiros apanágios do ideal Universitário que são a Qualidade e a Excelência; nunca desistiu de alcançar mais e melhor. E todos sabemos que só a exigência leva à excelência académica!

O Professor João Patrício sempre soube, com humanidade e carinho, servir o Homem doente e adaptar o rigor da sua intervenção enquanto cirurgião ao objectivo de dar mais vida ou, pelo menos, melhor qualidade de vida, aos seus pacientes. Nunca esqueceu o célebre aforismo de Sir William Osler: "É mais importante conhecer o homem que tem a doença, que conhecer a doença que o homem tem".

Foi sempre um Cirurgião informado, competente, tecnicamente muito dotado, profundo conhecedor da patologia cirúrgica, aberto ao progresso e à modernidade, justamente apreciado e respeitado em todos os areópagos nacionais e internacionais. Como disse João Lobo Antunes "soube sempre ordenar em pacífica hierarquia os três órgãos de que depende o nosso mister: o cérebro, o coração e as mãos".

Foi um verdadeiro Cirurgião Geral que se interessou por múltiplas técnicas, hoje do foro de diversas especialidades, que cultivou com grande virtuosismo. Lançou no Laboratório de Cirurgia Experimental dos HUC, que criou e dirigiu desde 1988, as sementes duma verdadeira Escola de Cirurgia que, esperamos, venha a ser institucionalizada no futuro; já que tem contribuído, de forma relevante, não só para a formação de centenas de Colegas nacionais e estrangeiros mas para o prestígio de Coimbra, da sua Escola Médica, do Hospital em que sempre trabalhou.

Ajudou a nascer a Microcirurgia durante o seu estágio prolongado em França e veio a divulgá-la em Portugal. E todos sabemos que a introdução da cirurgia microscópica - a menina dos seus olhos - permitiu, nos últimos trinta anos, otimizar os resultados terapêuticos em múltiplas afecções beneficiando milhares de doentes! Foi precursor em Portugal de múltiplas aplicações desta técnica que exige ao cirurgião um enorme virtuosismo técnico: da traumatologia à cirurgia urológica e ginecológica, da neurocirurgia à cirurgia digestiva.

A enorme atenção que dedicou aos seus doentes, o aprofundado estudo a que sempre os submeteu antes de, cuidadosa e cientificamente, ponderar a decisão terapêutica, o interesse que sempre dedicou à iconografia fotográfica e videográfica com o duplo objectivo de aprender com o que foi fazendo e de ensinar os seus discípulos, levou-o a coligir algumas centenas de casos clínicos particularmente interessantes, que ora são acolhidos neste volume. Em que, com a maturidade restrita aos possuidores dum saber construído a partir de sólidas bases científicas, fecunda reflexão e grande experiência, seleccionou os aspectos mais essenciais e didácticos da investigação diagnóstica, da terapêutica cirúrgica, da catamenese. Este *Atlas de Patologia Cirúrgica*, de grande qualidade iconográfica e escrito num português escorreito aborda, nos seus trinta e três capítulos, um variegado número de situações que irão contribuir, de forma relevante, para a formação de todos quantos se dedicam à prática cirúrgica: de todas as latitudes, de todas as idades, de todas as especialidades, de todos os graus de diferenciação.

Disse Jean de Ormesson que o Cirurgião não é mais que "umas mãos ao serviço duma inteligência". Em nome de todos quantos se interessam por essa especialidade ímpar da Medicina, por essa Ciência que também é uma Arte, permita-lhe que lhe diga Prof. João Patrício: bem-haja pela sua disponibilidade em mais uma vez, através desta obra, nos querer ensinar, em mais uma vez nos deixar aprender consigo.

Coimbra, 8 de Dezembro de 2006

Francisco Castro Sousa

Professor Catedrático de Cirurgia da FMUC
Presidente do Conselho Directivo da FMUC

SUMÁRIO

Nota Prévia.....	3
Prefácio	5
Apresentação.....	7
1 Infecções	11
2 Trauma	19
3 Queimaduras	43
4 Feridas	55
5 Oncologia	61
6 Pele e Tecido Celular Subcutâneo.....	73
7 Mama	87
8 Cabeça, Pescoço.....	93
9 Parede Torácica, Mediastino e Pulmão	101
10 Patologia Vasculuar - Artérias, Veias, Linfáticos	107
11 Esófago e Diafragma	125
12 Estômago e Duodeno.....	147
13 Intestino Delgado	157
14 Cólon.....	179
15 Recto e Ânus.....	195
16 Apêndice Ideo-cecal	217
17 Fígado.....	221
18 Vesícula Biliar e Vias Biliares	237
19 Pâncreas.....	251
20 Baço	263
21 Peritonite e Abcesso Intra Peritoneal	273
22 Parede Abdominal, Epiploon, Mesentério e Retroperitoneu	277
23 Supra-Renal.....	295
24 Tiróide	299
25 Paratiróide.....	309

26	Urologia	313
27	Ginecologia.....	323
28	Neurocirurgia - Nervos Periféricos.....	327
29	Mão.....	331
30	Cirurgia Reconstructiva.....	341
31	Lesões Iatrogénicas.....	353
32	Anomalias Congénitas dos Membros	359
33	Outras Afecções.....	365

Infecções

Capítulo 1

1. Abscesso

Colecção purulenta circunscrita e encerrada em cavidade neoformada. Tem tendência a supurar.



2. Abscesso da nádega em drenagem

Tratava-se de abscesso localizado, secundário a injeção intramuscular. O pus apresentava características típicas de abscesso de etiologia estafilocócica: cremoso, espesso, de coloração branca-amarelada, inodoro. O tratamento incluiu ampla incisão, drenagem e desbridamento.



3. Paroníquia

A imagem mostra um abscesso sub-ungueal com pus acumulado sob a unha



4. Unha encravada

Os bordos laterais da unha lesam a pele peri-ungueal e provocam erosões. A infecção associa-se rubor, dor e supuração. A imagem mostra também tecido de granulação exuberante.

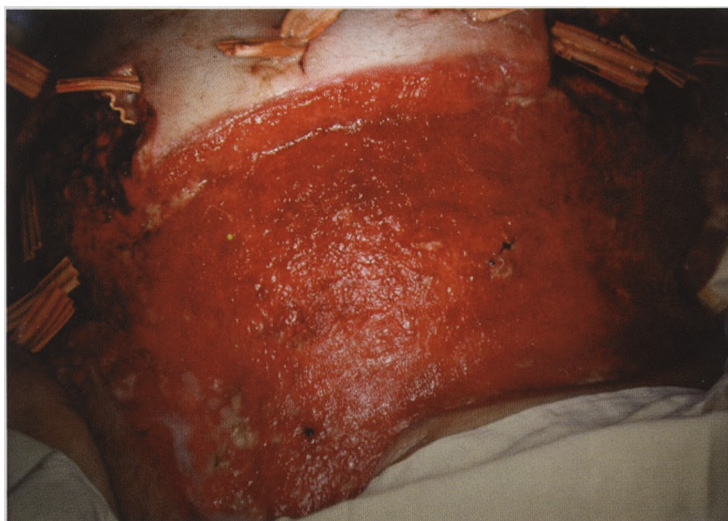
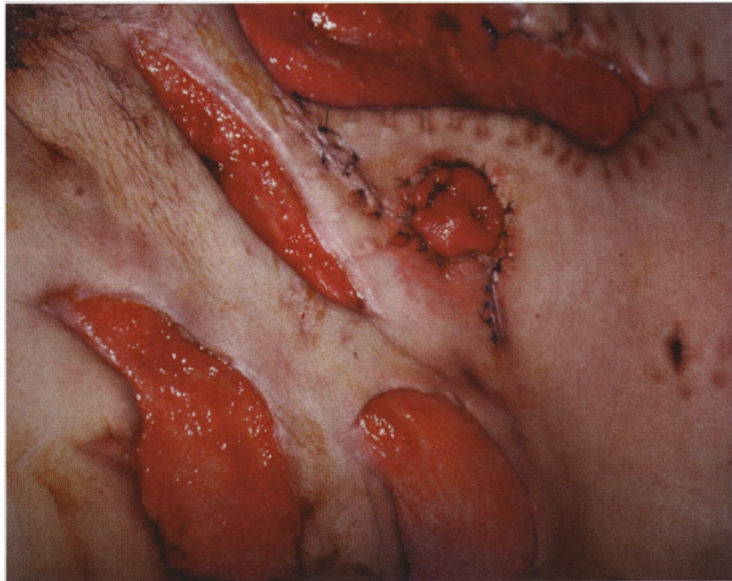


5. Erisipela

Causada pelo *Estreptococo beta-hemolítico*. A porta de entrada é normalmente devida a traumatismo ou ferida cirúrgica. A infecção atinge a pele e tecido celular subcutâneo e por vezes é confundida com celulite. Manifesta-se por uma área avermelhada com bordos elevados e de limites nítidos.

6. Fasceíte necrotizante da parede abdominal

Surgiu na sequência de laparotomia por peritonite estercoral. A imagem colhida em período de remissão da doença mostra que foram realizadas múltiplas drenagens e desbridamentos de tecidos desvitalizados. As infecções necrotizantes podem ser monobacterianas mas em regra são polimicrobianas em associação sinérgica de germes aeróbios e anaeróbios



7. Fasceíte necrotizante da parede abdominal

O tratamento impõe drenagens e ampla excisão e desbridamento dos tecidos desvitalizados. Estes doentes requerem vigilância apertada para remoção precoce de focos de necrose e lavagens com peróxido de hidrogénio e solução de polividona iodada.



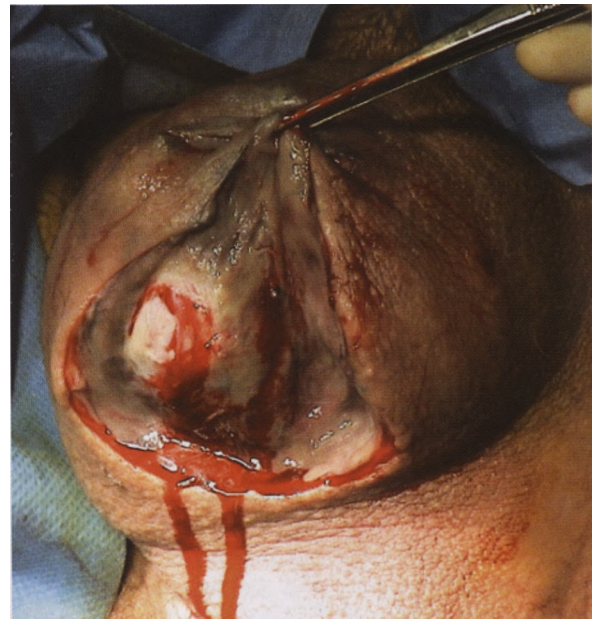
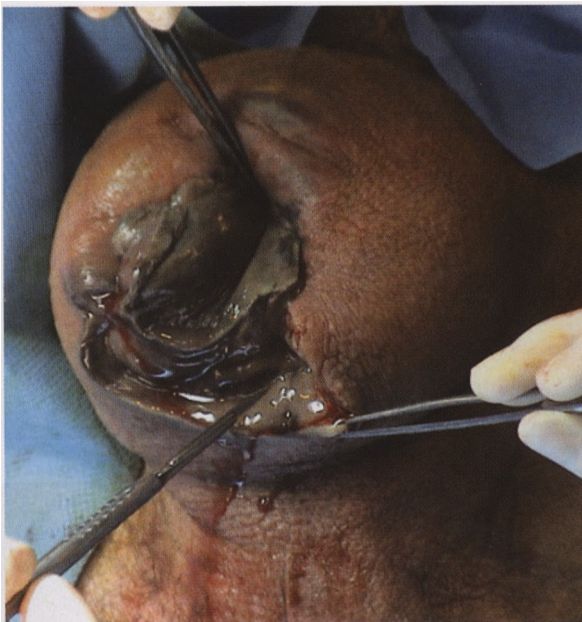
8. Infecção necrotizante da parede abdominal
Desenvolveu-se no pós-operatório de intervenção cirúrgica limpa, herniorrafia inguinal. Apresentava a cor negro-azulada, característica da necrose tissular.



9. Gangrena de Fournier (1)

Tratava-se de um doente paraplégico com infecção necrotizante caracterizada por celulite da parede escrotal com necrose subcutânea. Não afectava os testículos. A causa é frequentemente devida a infecção perineal (abscesso ano-rectal, fístulas ano-rectais e outras). A progressão da infecção deu-se não só por via infiltrativa mas também por contacto do escroto com o períneo.





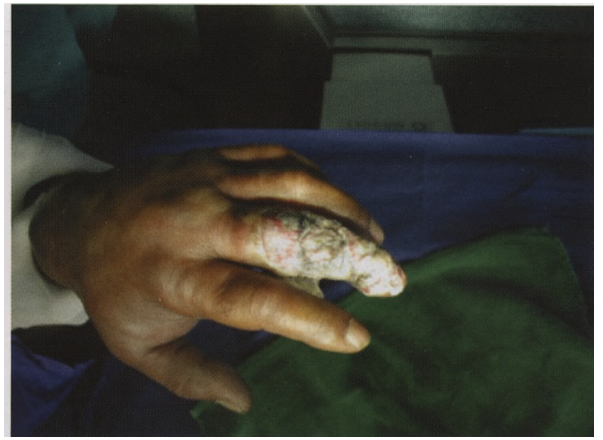
10. Gangrena de Fournier (2)
Gestos da necrosectomia no escroto. A excisão abrange todos os tecidos necrosados.



11. Gangrena de Fournier (3)
Fase do tratamento



12. Gangrena de Fournier - aspecto final (4)
O penso localizado na região isquiática tem por função proteger os tecidos fragilizados e fazer a profilaxia de úlcera de pressão.



13. Mordedura de cabra

Mordedura no 3.º dedo. A mão apresentava-se edemaciada particularmente no dorso e com os dedos separados; as flictenas estendiam-se dos espaços inter-digitais do 3.º dedo para o dorso. A infecção prolongava-se pelo antebraço, com destruição dos tecidos. Isolaram-se estafilococos, estreptococos anaeróbios e bacteróides.



14. Mordedura de víbora

Doente vítima de mordedura na mão, ocorrida 12 horas antes. O quadro clínico incluía hipotensão arterial, estado nauseoso, dor e edema de todo o membro, bem como equimoses que se estendiam ao tronco. Coexistiam manchas cianóticas alternadas com zonas pálidas.



15. Mordedura de insecto não determinado

Três dias após a mordedura o doente surgiu-nos com escara no local da inoculação e sinais inflamatórios acentuados em todo o antebraço. Referia dor intensa, prurido, cefaleias, astenia e estado nauseoso.



16. Celulite

Mulher de 22 anos, entrada no hospital com o membro inferior esquerdo edemaciado e doloroso; havia distensão tecidual, linha de demarcação bem acentuada da zona atingida, 39,5°C de temperatura, arrepios e sinais de toxemia. Coexistiam zonas de necrose cutânea, eritema e áreas marmóreas com bolhas dispersas e crepitação à palpação. Como elemento que pudesse sustentar ter havido lesão da pele a doente invocava depilação com cera, ocorrida 36 h antes.

17. Celulite

A infecção e o processo inflamatório estende-se pelo tecido celular subcutâneo, em regra de modo superficial à faixa profunda sem que haja formação de coleção purulenta. O agente habitual é o *Estreptococo* beta - hemolítico produtor de hialuronidase e estreptoquinase que favorecem a progressão da infecção. A doente atribui o início da lesão a efracção cutânea no pé provocada por grão de areia. No momento do internamento havia inflamação e infecção da pele e tecido celular subcutâneo, tensão dolorosa e coloração vermelho brilhante.



Trauma

Capítulo 2

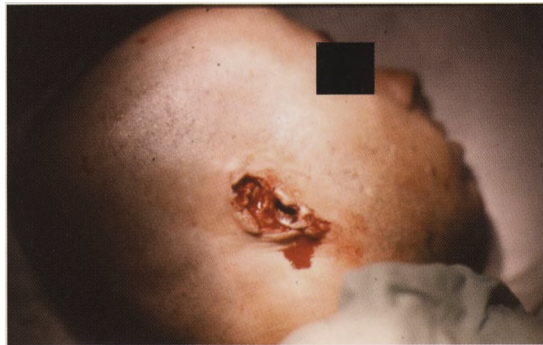


© 2010 Elsevier B.V. All rights reserved.
No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without the prior written permission of the publisher.



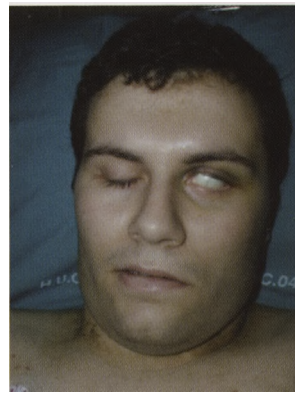
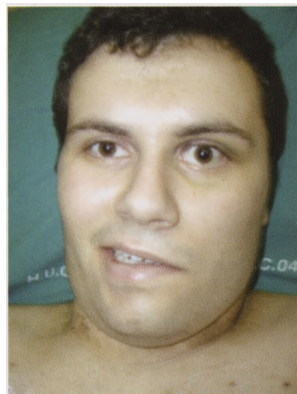
18. Mordedura de cão - Sequela

Doente de 14 anos. Sequela de mordedura de cão com arrancamento de tecidos faciais ocorrida aos 5 anos. O animal era companheiro habitual de brincadeiras.



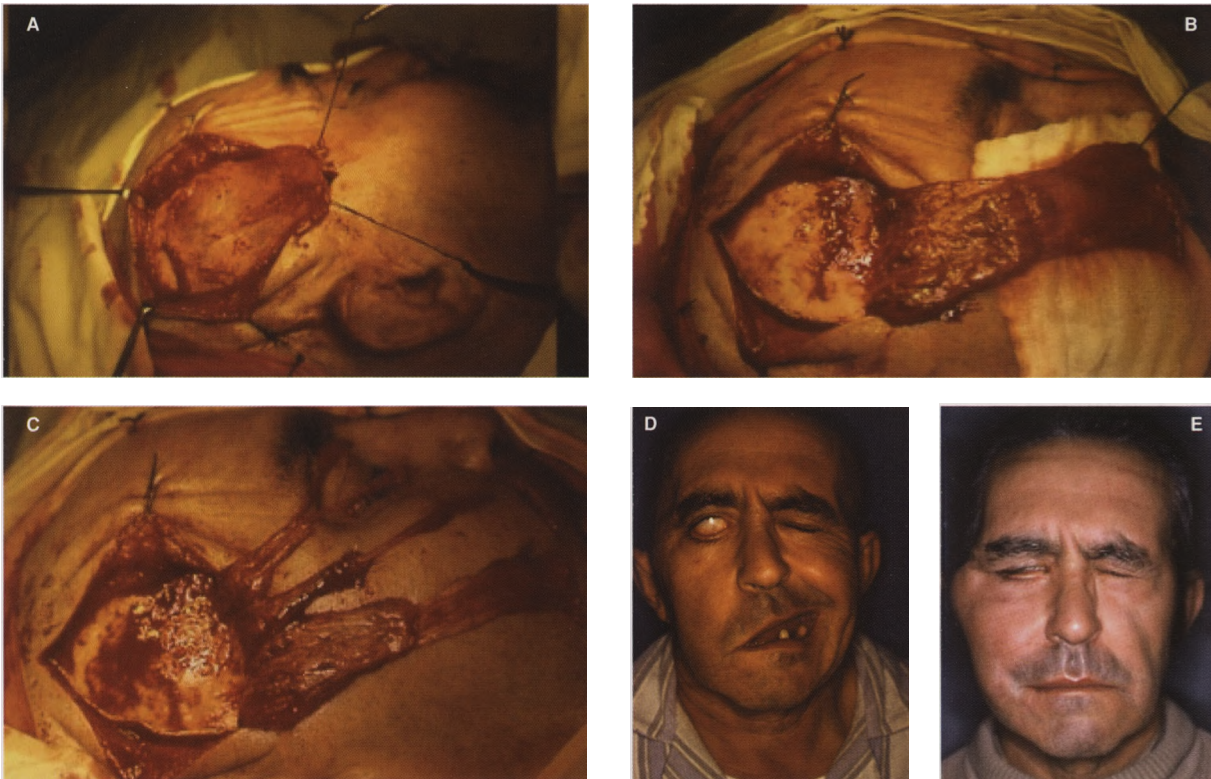
19. Arrancamento e reimplantação de orelha

A lesão foi provocada por mordedura com arrancamento durante uma rixa. A inexistência de veias utilizáveis determinou a utilização de sanguessugas.



20. Lesão do nervo facial provocada por fractura do osso temporal

Em repouso a deformação é acentuada. A execução de movimentos voluntários acentua a deformação causada pela paralisia; deficiente encerramento palpebral e impossibilidade de mobilização da comissura labial do lado afectado. Na TAC é visível a fractura do rochedo.



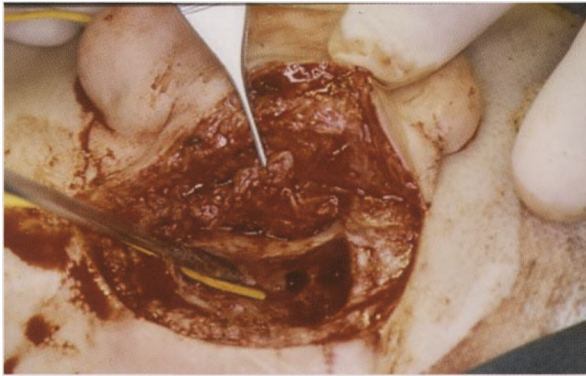
21. Lesão do nervo facial

Lesão provocada por traumatismo craniano com três anos de evolução. Utilizou-se um retalho composto de músculo temporal e fáscia que foi dividida em fitas dirigidas a: pálpebras, lábio superior e sulco nasolabial, comissura e lábio inferior (A, B, C). Foi recuperada a activação da face (D, E). A alteração da configuração facial provocada pelo volume do músculo transposto e as dificuldades de coordenação e sincronização do balanço facial à verbalização incluem-se entre os inconvenientes do método.

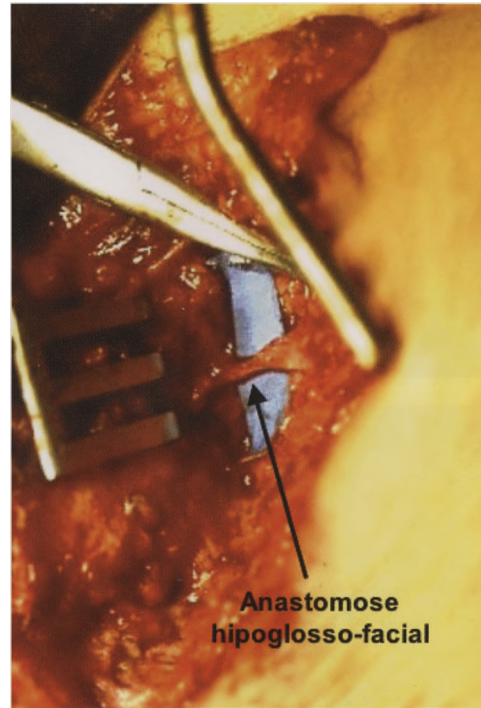


22. Arrancamento do nervo facial (1)

Lesão provocada por mordedura de cão.



23. Arrancamento do nervo facial (2)
A procura do topo proximal do nervo, revelou que o trajecto transmastóideu (tutor amarelo) estava vazio. A utilização do nervo hipoglosso foi opção de recurso.



24. Arrancamento do nervo facial (3)
As imagens permitem avaliar a progressão da recuperação. Notar a deformação lingual.

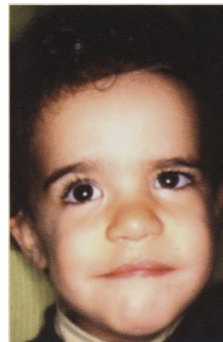
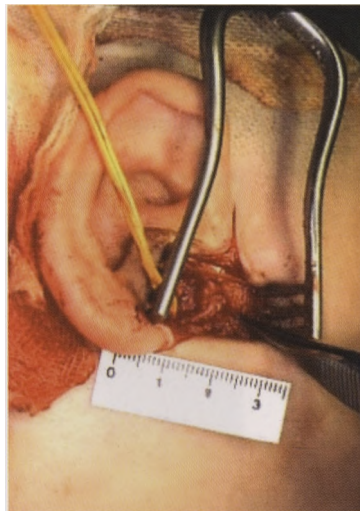


25. Secção de ramo do nervo facial (1)
Paralisia facial provocada por agressão com instrumento incisivo-perfurante (lâmina de barbear). As sete semanas, quando da nossa observação inicial, a cicatriz de 6 mm tinha uma disposição ligeiramente oblíqua para a frente e para baixo e distal ao bordo da glândula parótida (seta).



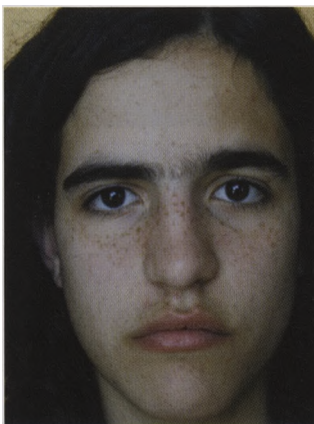
26. Secção de ramo do nervo facial (2)

Optou-se por uma atitude expectante dado a ferida ser pequena (não favorecedora de afastamento dos bordos), provocada por instrumento cortante e fino, suturada logo após a agressão e ainda porque é frequente a existência de conexões entre os ramos nervosos. As imagens mostram a recuperação obtida aos 5 meses.



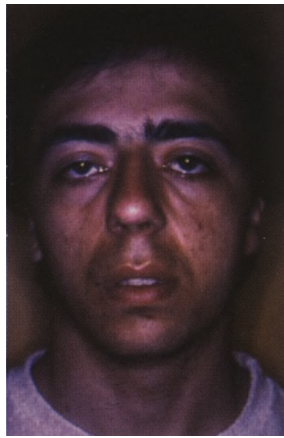
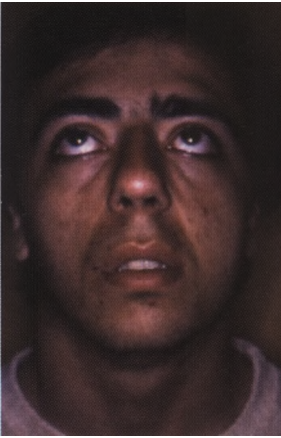
27. Secção do nervo facial(1)

Tratava-se de uma ferida perfurante localizada na região mastoideia (A) provocada por instrumento metálico. Na reconstrução utilizaram-se enxertos nervosos.



28. Secção do nervo facial (2)

Imagens obtidas 15 anos depois.



29. Lesão iatrogénica do nervo facial

Há tumores da região parotídea que apesar de se apresentarem como superficiais, pela face interna estabelecem relações íntimas com o nervo facial. As imagens referem-se a lesão ocorrida por excisão de quisto pré-auricular 3 meses antes. Na reconstrução utilizaram-se enxertos nervosos. A extremidade proximal permitiu a anastomose a dois enxertos que foram dirigidos a 4 ramos.



30. Traumatismo da face

Fractura do malar. É notória a assimetria facial.



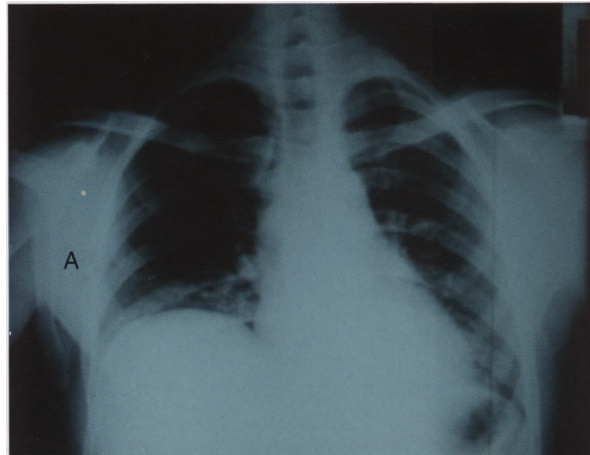
31. Ferida por abrasão

Lesão provocada por fricção, abrasão. A área atingida apresentava lacerações, perdas de pele e depósitos de detritos - areias, alcatrão. Nas feridas da face é mandatório ser judicioso no desbridamento dos tecidos. Para a remoção dos detritos, a escovagem e a lavagem com soro fisiológico sob pressão concedem precioso auxílio.



32. Traumatismo craneano

Em acidente de viação o doente foi projectado contra o vidro pára-brisas. São evidentes as equimoses peri-oculares ("olhos de panda") características de fractura do andar anterior do crânio. Vê-se também a tala imobilizadora cervico-cefálica.



33. Traumatismo cranio-encefálico por tiro

Laceração de tecidos moles e arrancamento parcial da calote craniana provocada por tiro de arma caçadeira que fora apoiada na área temporo-frontal direita tangencial à cabeça. O conjunto de grãos de chumbo comportou-se como projectil único.



34. Ferida cervical

Homem de 36 anos atingido por um fragmento metálico que se soltou de máquina giratória. Lesou os nervos espinal, supra-escapular e frénico direitos. Coexistia lesão dos vasos cervicais com integridade da carótida e da jugular interna. O traumatismo dos nervos traduziu-se por paralisia do hemidiafragma e alterações funcionais e morfológicas dependentes dos músculos trapézio e supra-escapular.



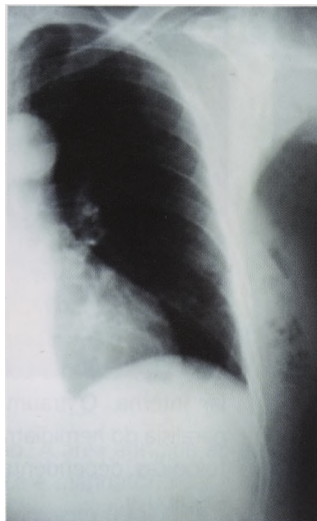
35. Hematoma provocado por cinto de segurança.

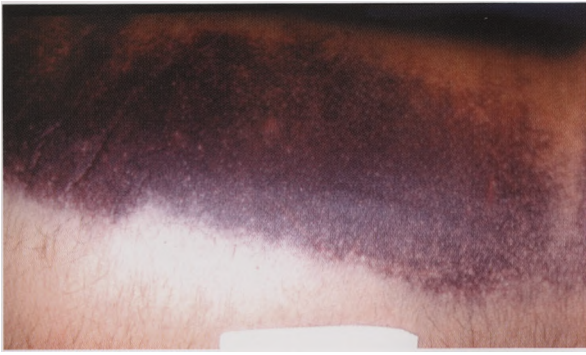
Vítima de acidente de viação. A pressão e o deslizamento dos tecidos condicionados pelo cinto de segurança provocaram roturas vasculares.



36. Traumatismo torácico

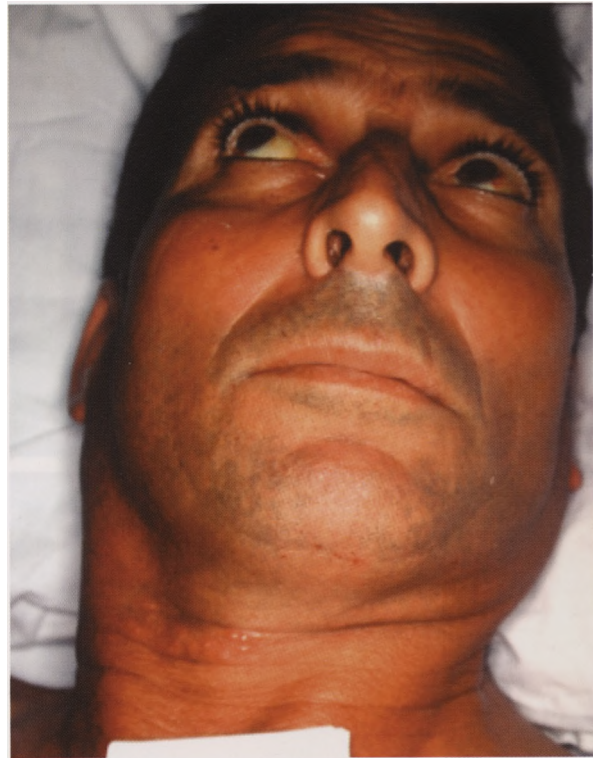
A imagem sugere a existência de enfisema subcutâneo do tórax, pescoço e raiz dos membros superiores conferindo-lhes aspecto insuflado. As radiografias mostram além de alargamento mediastínico, infiltração de ar no tecido celular sub-cutâneo.





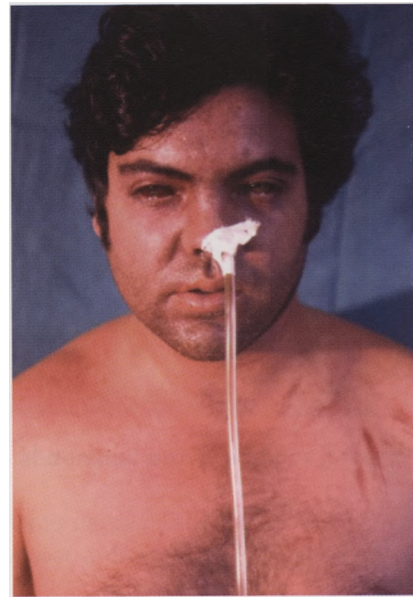
37. Traumatismo fechado da parede torácica e abdominal

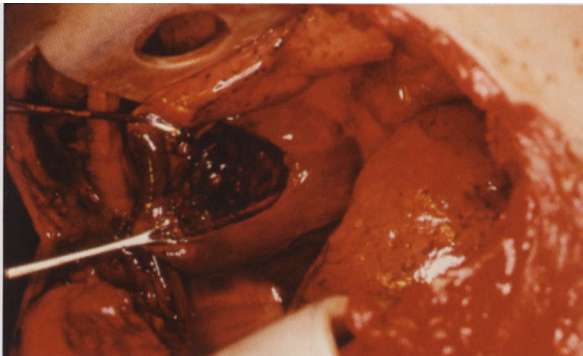
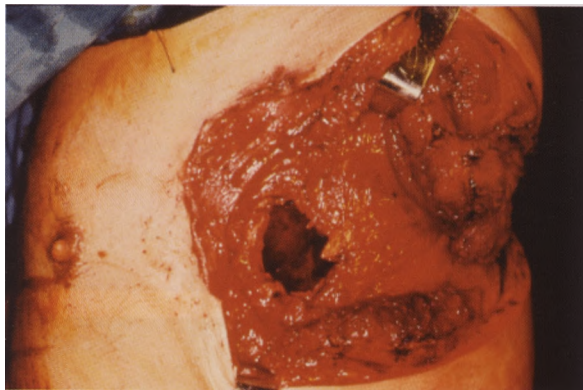
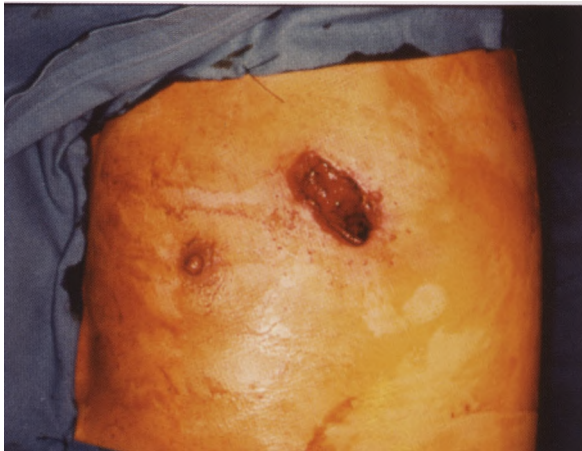
Coexistiam roturas musculares e hematoma que se estendia ao longo do dorso até à região inguinal. É notória a icterícia secundária à reabsorção do hematoma.



38. Máscara equimótica (Morestin)

A compressão torácica violenta provoca refluxo retrógrado na veia cava superior, hiperpressão nos vasos de pequeno calibre e extravasamento de sangue. Manifesta-se por petéquias, edema da face e pescoço e hemorragia sub-conjuntival

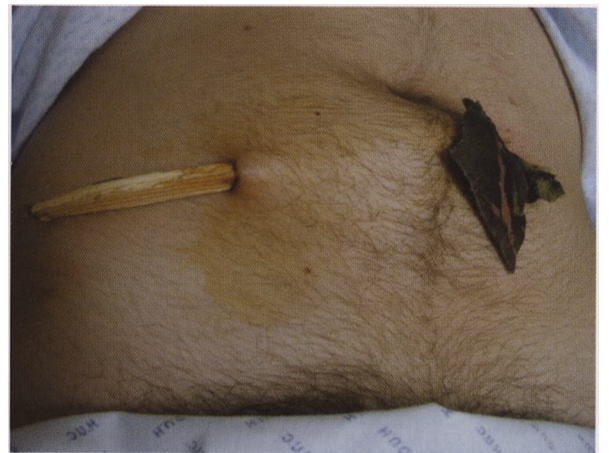




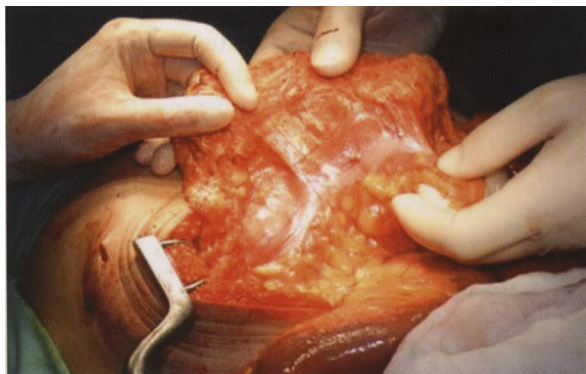
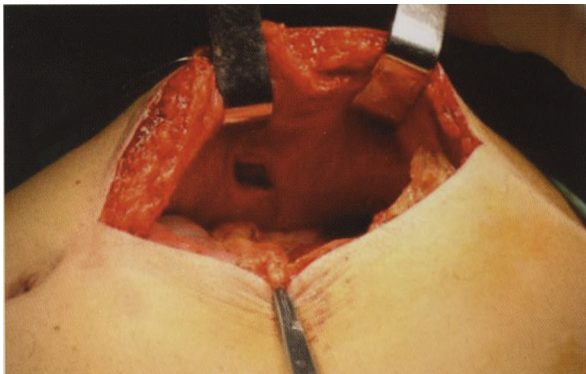
39. Ferida torácica por tiro de arma caçadeira.
O tiro teve uma direcção tangencial com destruição costal e de tecido pulmonar



40. Traumatismo lombar e da raiz da coxa
A hemorragia difundiu-se no tecido celular sub-cutâneo e infiltrou o escroto e o pénis.



41. Ferida da parede abdominal
Nestas feridas é fundamental avaliar a integridade do peritoneu. O doente referido na figura foi atingido por um fragmento de madeira projectado pela máquina que dirigia. Havia integridade do peritoneu. Notar o fragmento de tecido arrastado pela farpa.



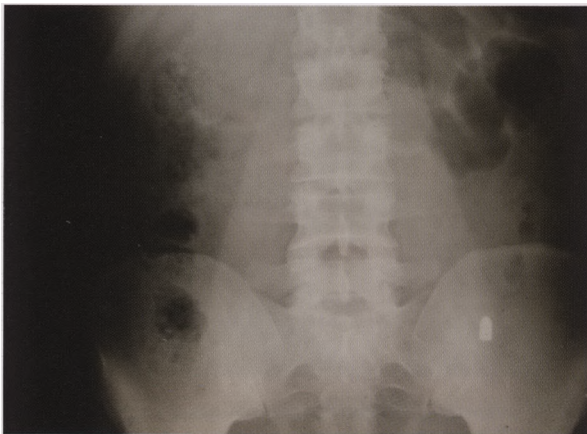
42. Ferida perforante da parede abdominal
Neste doente havia uma solução de continuidade peritoneal. Na intervenção cirúrgica identificou-se uma lesão do cólon transverso que foi suturada.



43. Perfuração abdominal provocada por haste de madeira (1)
Houve compressão e estiramento da veia ilíaca externa.

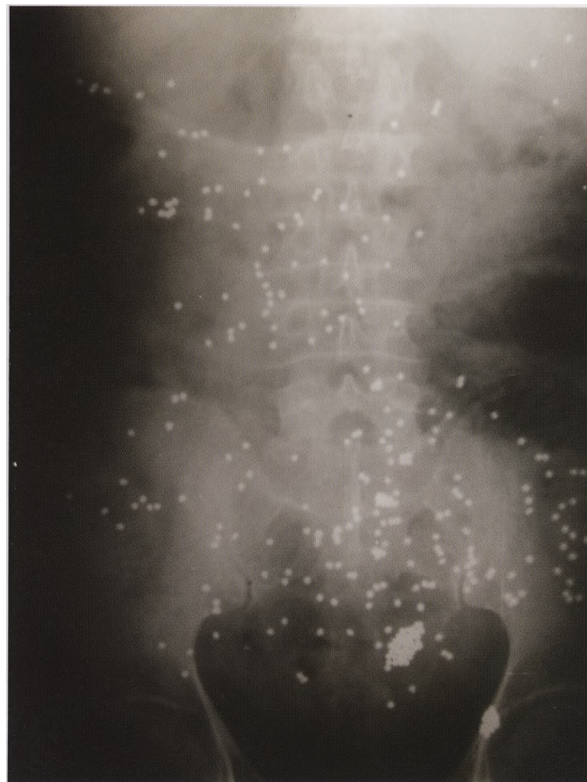


44. Perfuração abdominal provocada por haste de madeira (2)
Imagem do segmento da veia ilíaca externa atingido. A contusão ao promover a dissecação da íntima provocou oclusão.



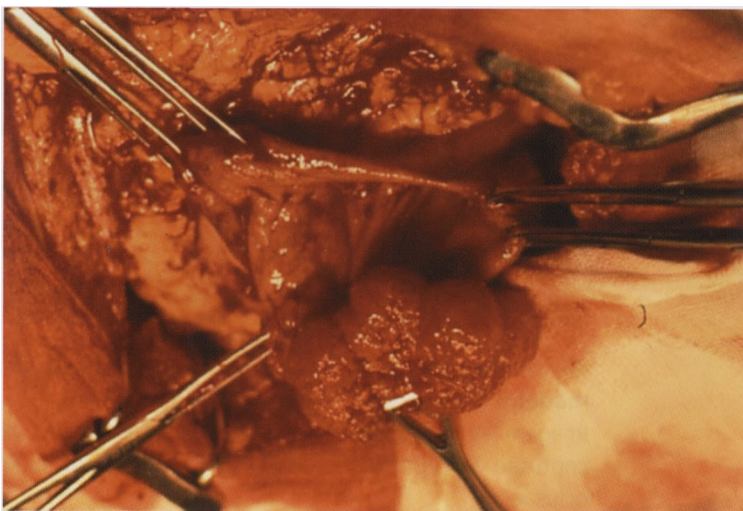
45. Lesões por bala

A radiografia simples ajuda a localizar o projectil, a estudar o trajecto e a suspeitar quais os possíveis órgãos atingidos. Embora o trajecto da bala seja em regra rectilíneo, a localização desta pode ser influenciada por outros factores entre os quais a tosse, o peristaltismo e a própria gravidade.



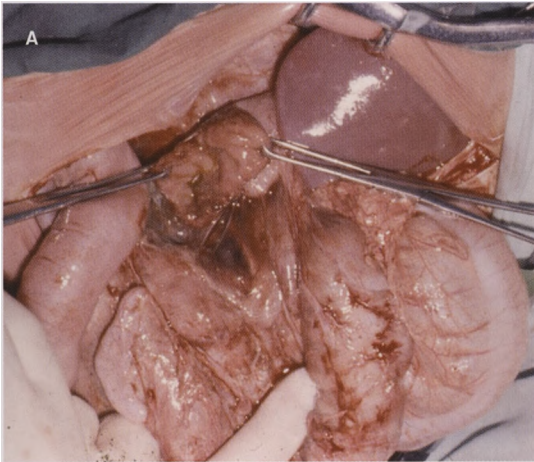
46. Tiro de caçadeira em acidente de caça

A radiografia mostra grãos de chumbo intraperitoneais que provocaram múltiplas perfurações intestinais.



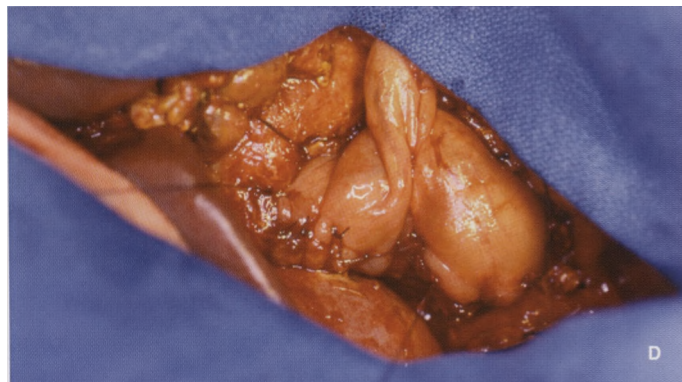
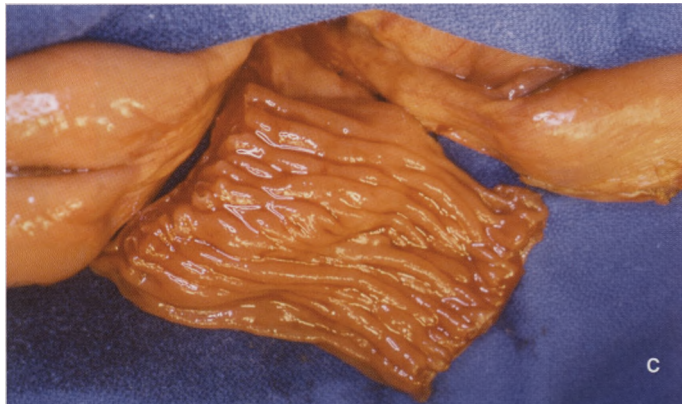
47. Rotura gástrica traumática

É uma situação rara. O órgão oco é mais vulnerável quando está cheio. Homem de 22 anos que no período pós-prandial imediato foi comprimido na região abdominal entre uma máquina e um muro. O tratamento consistiu na regularização dos bordos e sutura.



48. Rotura duodenal por traumatismo (1)

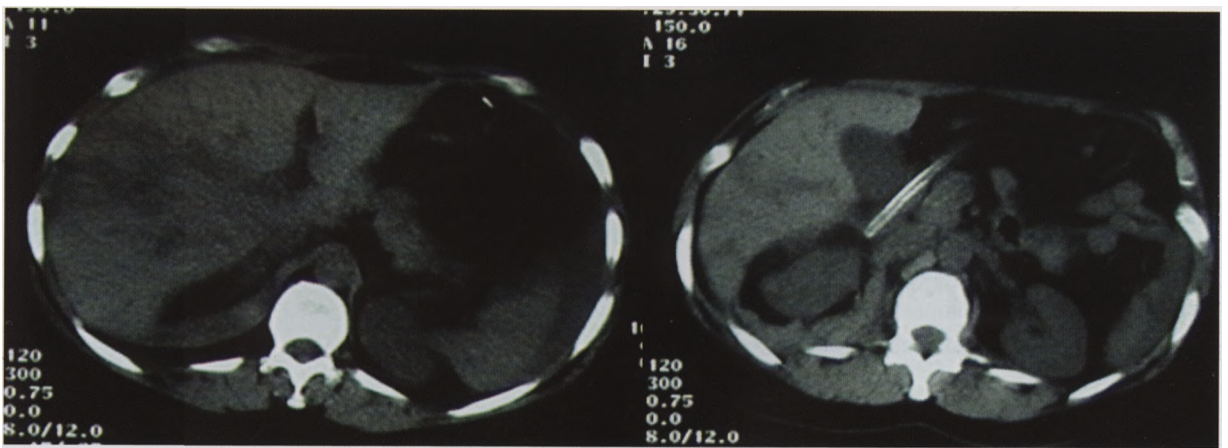
Homem, 22 anos, vítima de traumatismo directo na região epigástrica. Havia rotura da terceira porção do duodeno. Foi tratado com retalho de jejuno pediculado "patch". A - rotura duodenal; B - ansa isolada com pedículo mesentérico "patch"; C - ansa aberta pelo bordo anti-mesentérico "patch"; D - "patch" suturado aos bordos da rotura duodenal.





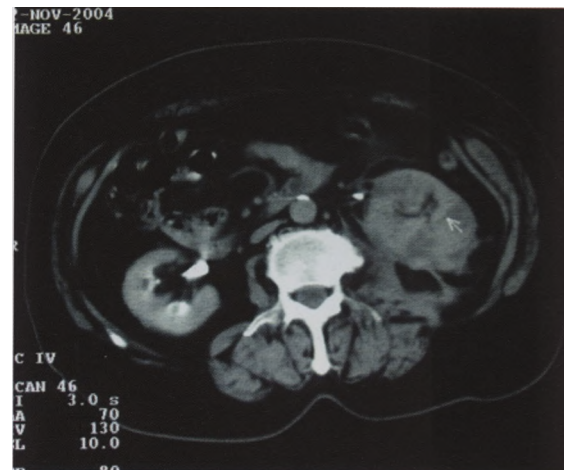
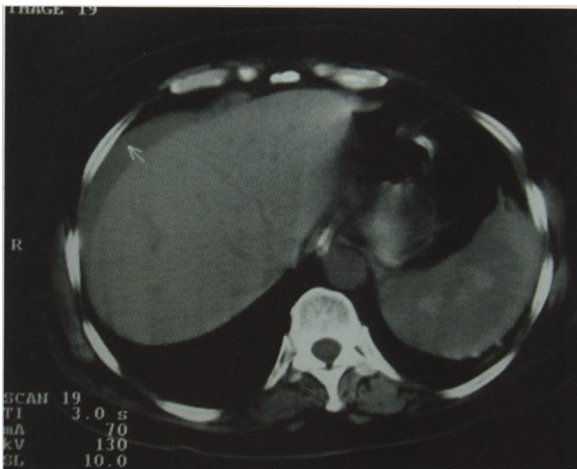
49. Rotura e esfacelo hepato-cólico

Traumatismo abdominal fechado (esmagamento por rolo de madeira) ocorrido em período pós prandial. As imagens mostram lacerações hepáticas e esfacelo do cólon. Não havia hemorragia activa nos bordos das lacerações hepáticas. Os fragmentos desvascularizados foram excisados e a ressecção cólica incluiu o cólon ascendente e transverso.



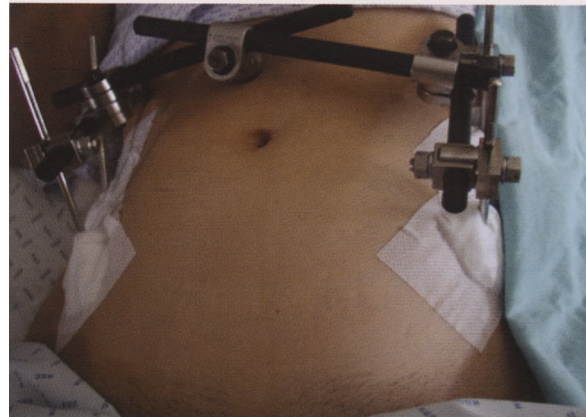
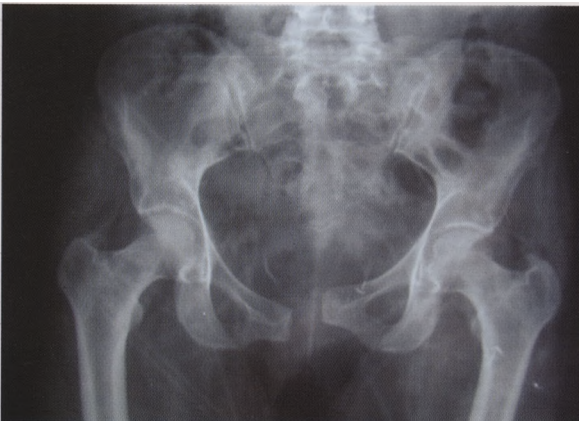
50. Traumatismo abdominal

Doente politraumatizado. Observa-se extensa heterogeneidade no lobo hepático direito com 11 cm de eixo maior em relação com contusão, derrame peri-hepático, rim direito heterogêneo e no espaço para-renal posterior existência de uma colecção hipodensa em relação com sangue fresco.



51. Traumatismo abdominal

As imagens mostram a coexistência: a) Derrame peri-hepático e baço heterogêneo com área hipodensa no polo superior compatível com foco de contusão; b) Rim esquerdo com área hipodensa no terço inferior sugestivo de fratura/contusão renal associada a pequeno hematoma peri-renal.



52. Fractura da bacia

É importante ter presente que as fracturas da pélvis podem acompanhar-se de: hemorragias, eventualmente fatais; deformidades; lesões neurológicas; lesões genito-urinárias e rectais. A aplicação de fixadores externos procura estabilizar as fracturas diminuindo o espaço pélvico e retroperitoneal, fonte de hemorragias.

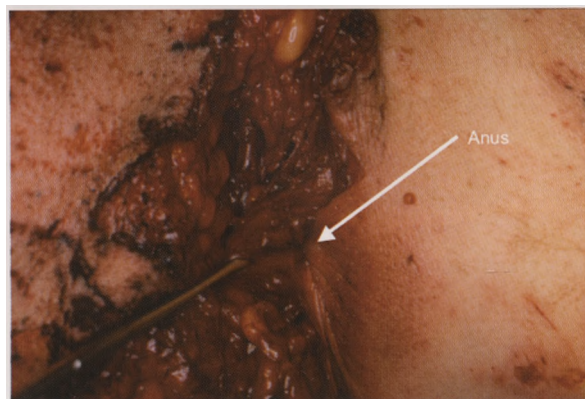


53. Traumatismo do escroto

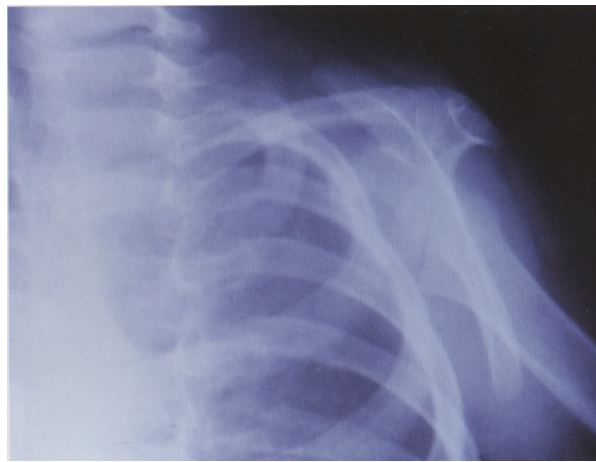
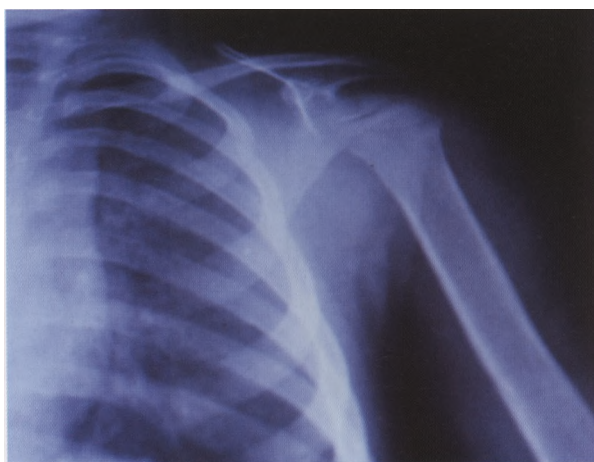
Exteriorização do testículo e do cordão espermático.



54. Laceração perineal
Na imagem vê-se o púbis fracturado que empurra a uretra, e é notória a laceração vulvar.



55. Esfacelo perineal
Lesão causada por rebentamento de bomba de foguete. A imagem mostra que o esfíncter externo se manteve íntegro. Está assinalado pela pinça.

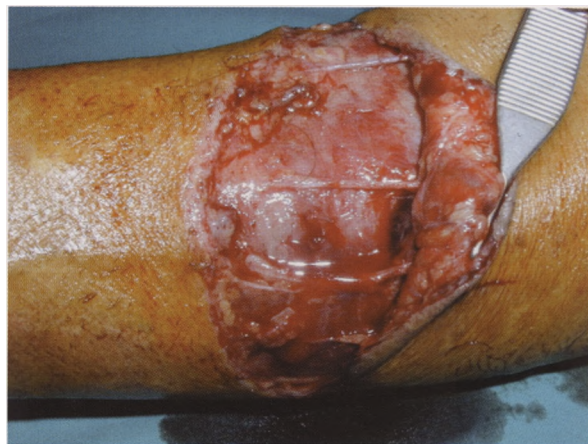


56. Luxação escápulo-umeral
As superfícies articulares de ambos os ossos encontram-se completamente separadas.



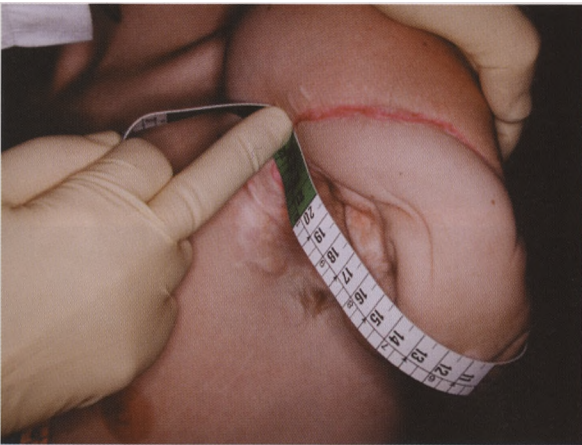
57. Ferida por esmagamento

Doente vítima de atropelamento por rodado de automóvel. À acção de esmagamento associa-se a de deslizamento com desinserção da pele e do tecido celular sub-cutâneo da aponevrose - "deslizamento de sabonete". Esta acção desvasculariza a pele e o tecido celular sub-cutâneo.



58. Escalpe no antebraço

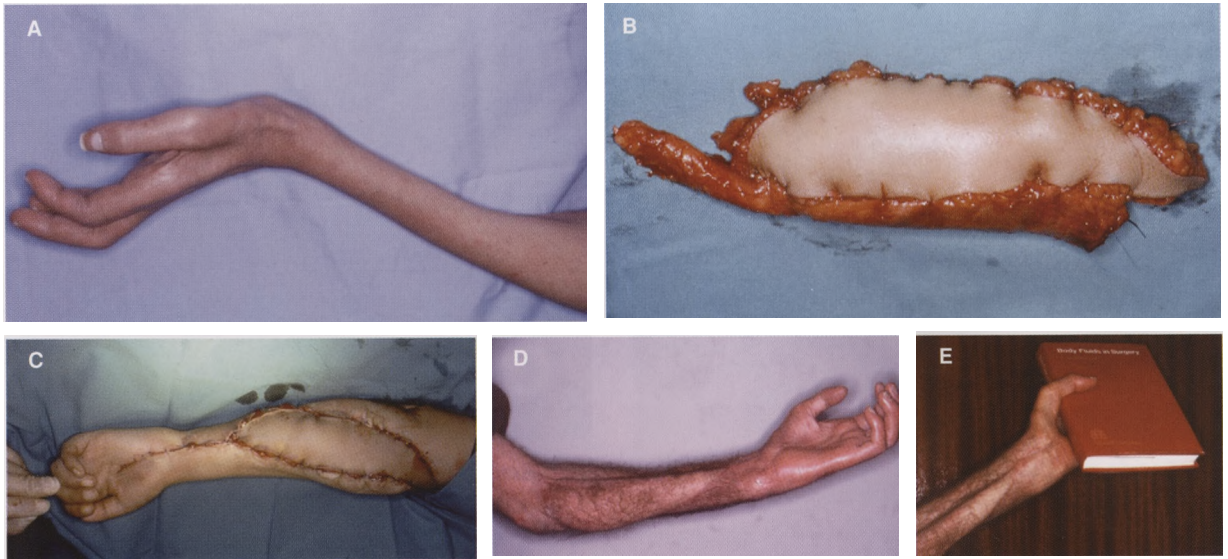
A força traumática exercida tangencialmente provoca o deslizamento e arrancamento da pele e tecido celular subcutâneo do seu leito aponevrótico.



59. Amputação com esmagamento do braço

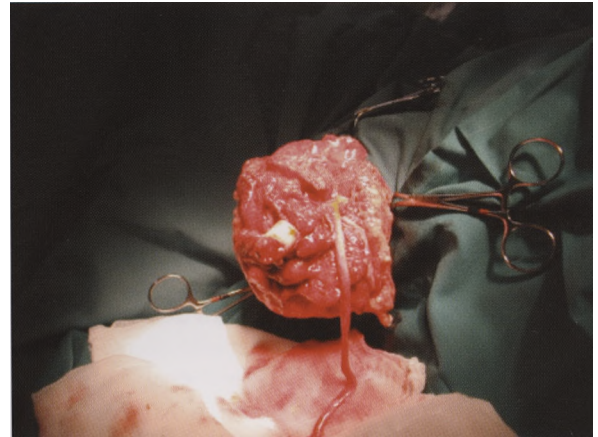
Esmagamento do braço e arrancamento de tecidos moles, com exposição dum coto umeral longo, provocado por rodado de tractor. A conspurcação, as lesões de esmagamento e avulsão contraindicavam a reimplantação. Como o membro abaixo do cotovelo estava preservado, serviu de banco dador de enxerto fásio-músculo-cutâneo para cobrir o osso exposto.





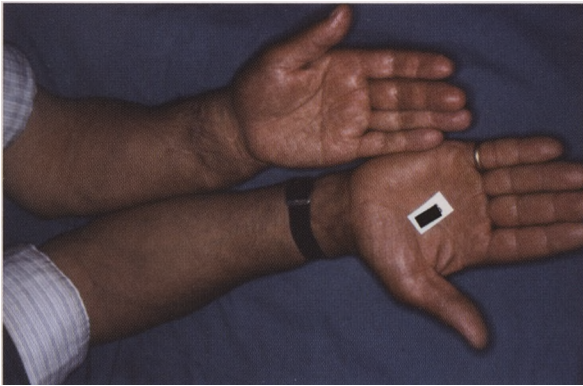
60. Síndrome compartimental de *Volkmann*

Os músculos e os nervos devido a isquémia sofreram degenerescência fibrosa (A). Este doente foi submetido a enxerto livre de músculo recto interno (B); as suturas vasculo-nervosas foram realizadas ao pedículo interósseo. As restantes imagens referem-se ao pós-operatório, imediato e à distância.



61. Arrancamento de braço

O estiramento dos vasos provoca lesões endovasculares, com interrupções e enrolamento endotelial; o esfacelo muscular e o arrancamento nervoso associados tornaram inviável a reimplantação.



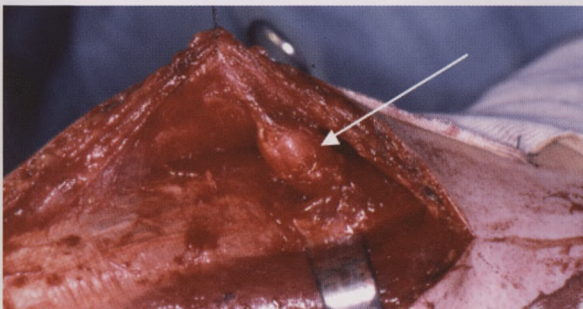
62. Reimplante de antebraço

A destruição de tecidos por vezes condiciona que se proceda a encurtamento do membro, como aconteceu com o doente referido na imagem.



64. Síndrome compartimental

É provocado pelo aumento de pressão do líquido intersticial no espaço osteo-fascial com compromisso da circulação vascular. Doente vítima de esmagamento do membro superior com fractura umeral e da articulação do cotovelo. Foi enviado ao nosso hospital devido ao compromisso vasculo-nervoso.



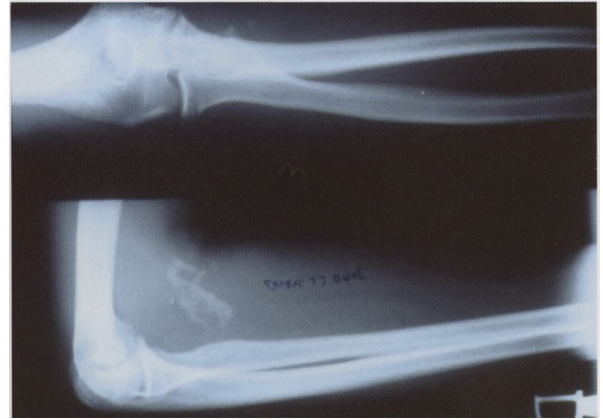
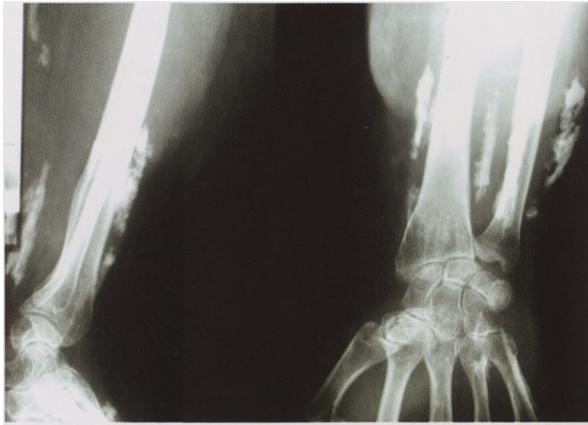
63. Rotura do músculo tricipete

O doente referia que durante um esforço muscular violento, sentiu subitamente dor, perda da capacidade da extensão do antebraço e deformação do braço por uma formação tumoriforme arredondada. A segunda imagem mostra a rotura muscular localizada a nível da junção musculotendinosa.



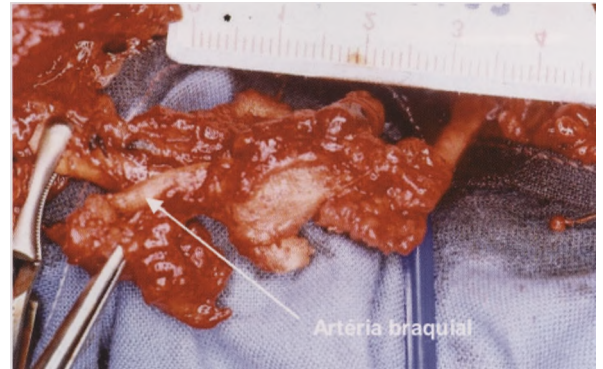
65. Síndrome compartimental (fasciotomia)

Flomem, 18 anos, reimplantado cinco horas após o acidente. O aumento de pressão no espaço fechado provocado pelo edema, favorece a isquémia, impedindo a perfusão. A fasciotomia contraria a compressão vascular e melhora a perfusão.



66. Miosite ossificante

Doente de 62 anos vítima de acidente que provocou lesões músculo-cutâneas no antebraço. À palpação percebiam-se formações duras e indolores dispostas ao longo antebraço e intrínsecas a estruturas musculares, opacas e irregulares ao Rx.



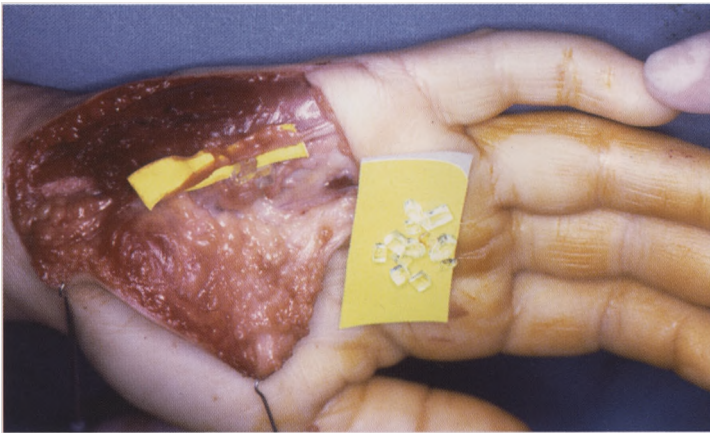
67. Miosite ossificante

O tecido ósseo ectópico forma-se no seio de hematoma muscular provocado por traumatismo. Doente vítima de acidente com esfacelo da face anterior do antebraço e braço treze meses antes; a nível da flexura havia uma formação tumoriforme, dura, dolorosa à palpação e à mobilização, aderente aos planos profundos. Clinicamente não havia compromisso vasculo-nervoso. O RX mostrava imagens radiopacas. A intervenção revelou que o tecido ossificado englobava a artéria braquial que foi reconstruída.



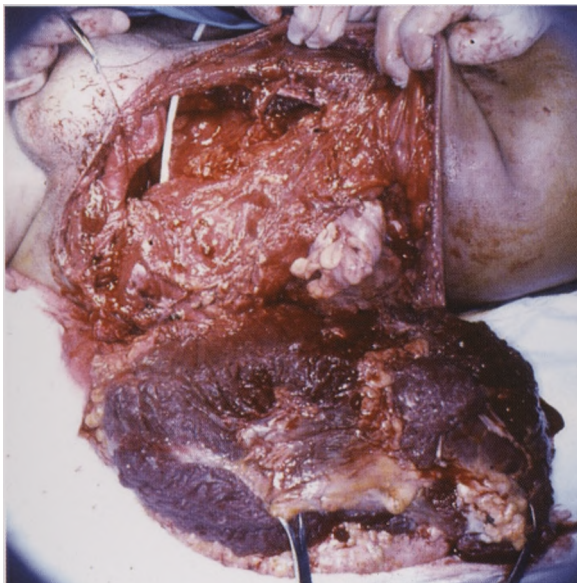
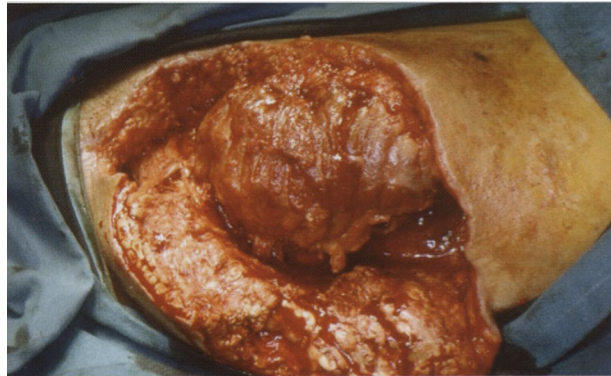
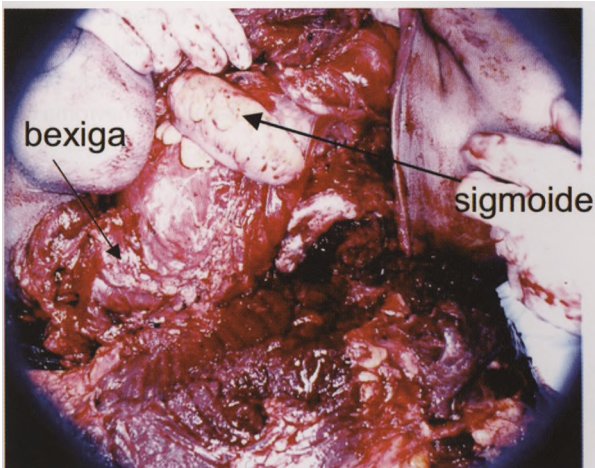
68. Amputação da mão

Trata-se de um doente que envolveu a mão e o punho em alças de cordel de nylon para se fazer rebocar no carro que conduzia. No momento da tracção inicial as alças amputaram os dedos e seccionaram todos os tecidos moles a nível do punho. As tentativas de reimplantação dos dedos e de revascularização da mão foram infrutíferas.



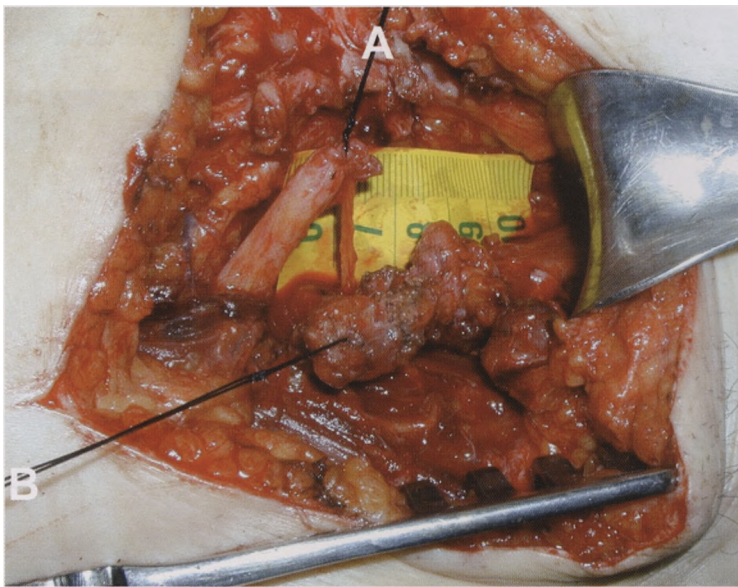
69. Ferida da mão com retenção de corpo estranho

A imagem mostra estilhaços de vidro que penetraram na palma da mão em doente politraumatizado grave em acidente de viação. Não é raro este tipo de lesões passar despercebido na abordagem inicial do doente acarretando eventual aumento de morbidade.



70. Arrancamento de membro inferior com osso coxal

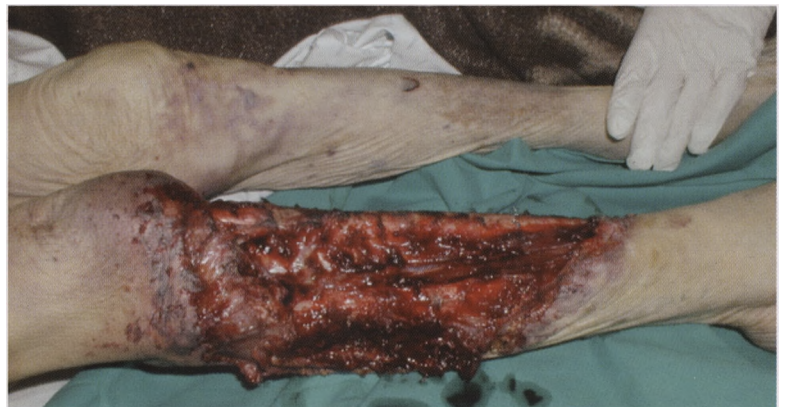




71. Secção traumática do nervo femoral
Nas imagens das coxas é evidente a atrofia do músculo quadricípete femoral esquerdo. Outra imagem mostra a extremidade proximal do nervo (A) já separada do nevroma (B).

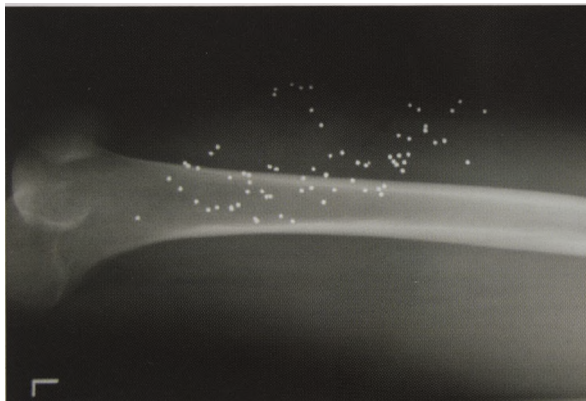
72. Mordedura de ratos

Doente de 94 anos que caiu e ficou inanimado no campo. Foi encontrado com lesões nos membros inferiores provocadas por mordeduras de ratos. A perna esquerda exibe também vestígios de mordeduras.



73. Ferida por fresa

Doente atingido pela fresa do tractor que dirigia. A fotografia regista a situação à entrada do hospital. Ferida complexa com fracturas expostas e lacerações dos tecidos moles de ambos os membros. A fresa está envolta por terra e ervas.



74. Tiro a curta distância

No tiro a curta distância, porque os grãos de chumbo ainda estão juntos, o efeito assemelha-se ao de um projectil com orifício de saída maior do que o de entrada. Imagem da ferida transfixiva da coxa, colhida em fase de estabilização das lesões. As radiografias revelam múltiplos grãos de chumbo.



75. Reimplantação de um pé.



76. Amputação e esmagamento do pé

O esfacelo dos tecidos assim como a conspurcação contraindicam a tentativa da reimplantação.

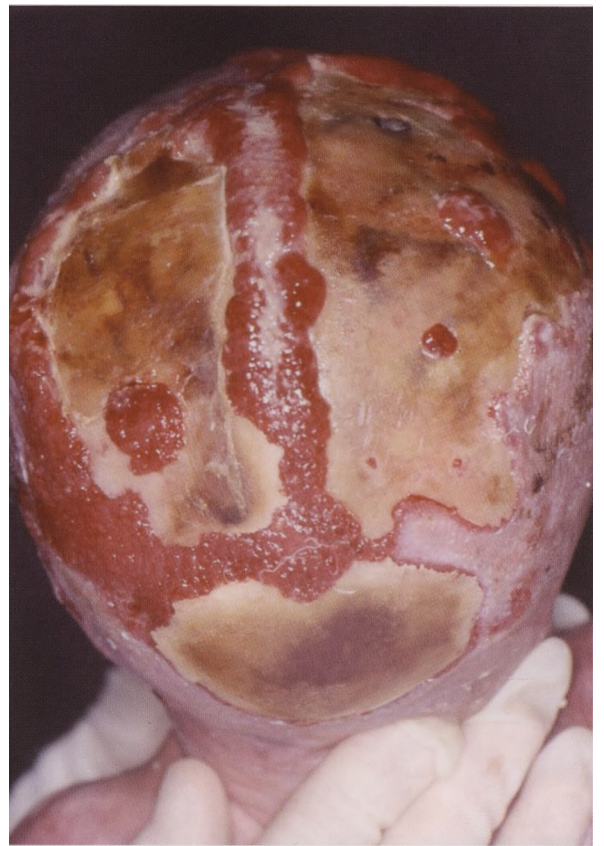


Queimaduras

Capítulo 3

Queimadura - Sequelas

Alguns estratos sociais estão particularmente expostos a maior frequência e gravidade de queimaduras. São factores favorecedores o subdesenvolvimento social com condições habitacionais frágeis e inflamáveis, a utilização de processos de aquecimento inseguros (ex: fogos desprotegidos) e instalações eléctricas deficientes. Também o subdesenvolvimento intelectual, a ignorância, as doenças neurológicas como o transtorno da sensibilidade e a epilepsia, assim como as doenças psíquicas, condicionam a natureza e a gravidade das queimaduras. Integram-se nestes grupos os doentes correspondentes às imagens seguintes.



77. Queimaduras

Imagens colhidas no momento de entrada no hospital de criança de 4 anos vítima de queimadura por fogo. Por crenças só tardiamente procurou os cuidados hospitalares. É de notar a extensão e gravidade da lesão da calote craniana com exposição óssea e focos de tecido granulação, a exposição do globo ocular e as retrações estabelecidas.



78. Queimadura por fogo

A criança estava ao colo da mãe que foi acometida por crise epiléptica e caiu na lareira.



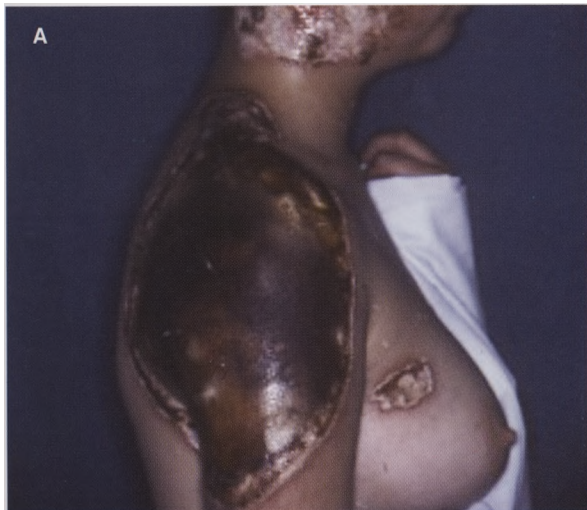
79. Queimadura por fogo - Sequelas

O desconhecimento do perigo e a curiosidade influenciam a criança a provocar incêndios. A imagem refere-se a criança de 3 anos no momento de entrada no hospital. Havia perda de tecidos, cicatrizes retrácteis, pele distrófica e tecido de granulação na calote craneana.



80. Queimadura por contacto com superfície quente - chão de lareira

Tratava-se de doente de 84 anos acometida por lipotimia.



81. Queimadura de 3º grau provocada por fogo

As imagens seguintes referem-se a doentes epilépticas. A pele necrótica, dura, inextensível e insensível constitui a escara. A proliferação bacteriana entre a escara e os tecidos subjacentes aumenta a destruição dos tecidos, a gravidade da queimadura e favorece a sépsis local e sistémica.





82. Queimaduras

Doente de 22 anos com secção do nervo tibial posterior a nível do terço proximal da perna. Queimadura provocada por saco de água quente.



83. Queimadura eléctrica por corrente de alta tensão
Criança de 9 anos que subiu a um poste de alta tensão sendo atingida por arco voltaico.



84. Queimadura eléctrica por corrente de alta tensão
Neste tipo de queimaduras as lesões podem localizar-se na porta de entrada, à distância, e ainda serem determinadas pelo arco voltaico. A porta de entrada foi a mão que se apresentava insensível e imóvel com destruição em toda a espessura. A zona circundante era hiperémica e as lesões estendiam-se pela face anterior do punho, antebraço e braço.



85. Queimadura eléctrica por corrente de alta tensão (1)
De início a destruição dos tecidos profundos pode não ser evidente o que obriga a explorações secundárias para excisão de todo o tecido desvitalizado. A imagem mostra desbridamento dos tecidos necrosados por queimadura de alta tensão (arco voltaico) do braço e antebraço. A loca resultante foi preenchida com enxerto livre de epíloon cujos vasos serviram de pontagens para reconstrução da continuidade vascular. Realizaram-se também pontagens dos nervos cubital e mediano tendo em vista recuperar a sensibilidade da mão



86. Queimadura eléctrica por corrente de alta tensão (2)
Para recuperar a flexão activa do cotovelo utilizaram-se enxertos de faseia lata entre os músculos do braço e a extremidade preservada do tendão do bicípete.



87. Queimadura
Fasciotomia.



90. Queimadura rádica



88. Queimadura química (iatrogénica)

A gravidade da lesão por queimadura química depende da capacidade de penetração, da concentração, da duração do contacto. Doente submetida a tiroidectomia. O campo operatório foi desinfetado com cetrimide em diluição inadequada. Não houve sequelas estéticas.



89. Úlcera rádica com osteonecrose
Doente submetida a radioterapia por carcinoma da mama.



91. Queimadura rádica - Dermite rádica
A pele e o tecido celular subcutâneo apresentam-se fibróticos, atrofiados, endurecidos e telangiectáticos.



92. Queimadura toraco-abdominal - cicatrizes retrácteis

A cicatriz não acompanhou o desenvolvimento corporal, pelo que há um desnivelamento dos mamilos.



93. Criança vítima de queimadura na face anterior do antebraço, mão e dedos

A retração mantinha o punho e a mão em flexão permanente e desvios digitais. Após a correcção a flexão-extensão e a capacidade de preensão foram recuperadas.

94. Queimadura - Sequelas

Mulher de 69 anos com sequelas de queimadura por fogo aos 3 anos de idade. Apesar da deformação e limitação dos movimentos, a adaptação ao longo dos anos possibilitava-lhe executar actividades domésticas e agrícolas.





95. Queimadura - Sequelas

Criança de 8 anos que aos 3 sofreu queimadura do dorso do pé com água fervente. Retracções e bridas impediam o apoio plantar completo.



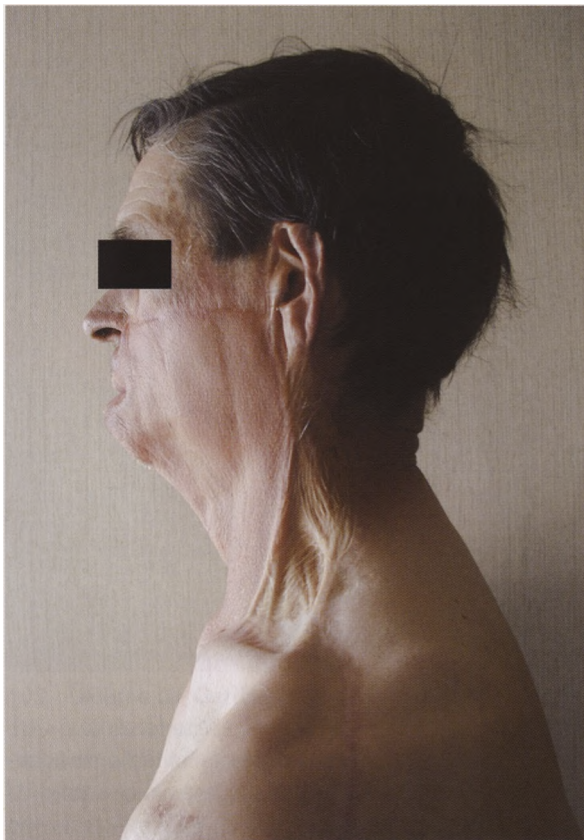
96. Queimadura por derramamento de álcool inflamado (1)

Uma característica particular das queimaduras do pescoço não submetidas a terapêutica orientada é a instalação insidiosa e progressiva da retracção cicatricial.



97. Queimadura - sequelas (2)

O leito foi reconstruído com retalho livre de grande dorsal. A doente recusou corecção estética



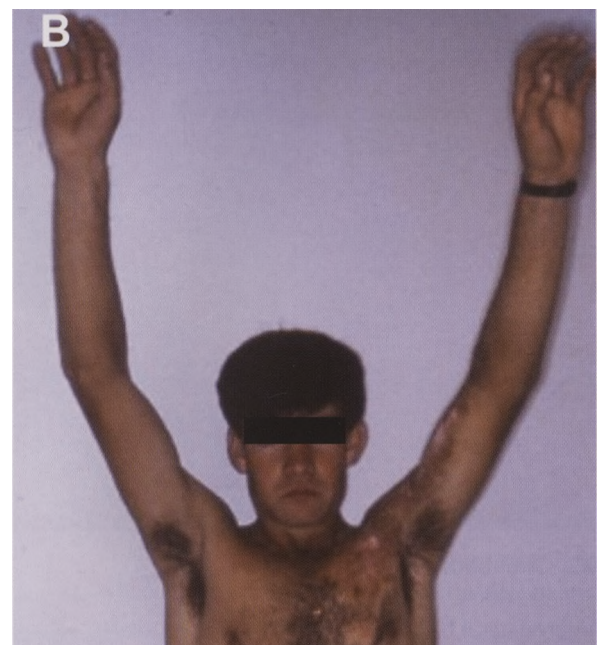
98. Queimadura - Sequelas

Doente vítima de queimadura cervico-facial com flexão antero-lateral da cabeça. Foi tratado com retalho supra-clavicular cujo bordo posterior requeria tratamento complementar que o doente recusou. Por vezes tornam-se necessários tempos operatórios posteriores para obter melhores resultados estéticos e funcionais.



99. Queimadura - Sequelas (1)

Doente vítima de queimadura por azeite fervente e cicatrização por segunda intenção. Havia limitação da abdução e da elevação do braço que requereram correcção da brida cicatricial com plastias em Z.



100. Queimadura - Sequelas (2)

Os retalhos triangulares entrecruzados (A) concederam ganho ao comprimento cutâneo e modificação da direcção da cicatriz com diminuição da tensão (B).

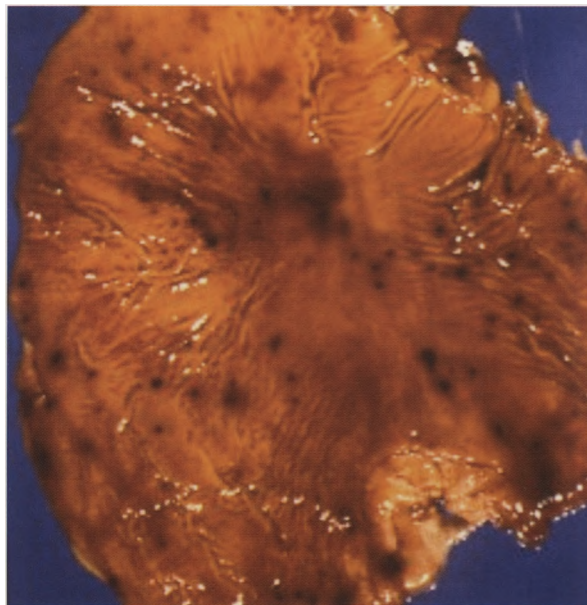


101. Queimadura - Úlcera de Marjolin

Degenerescência maligna (carcinoma espinho-celular) implantada em úlcera crônica de cicatriz de queimadura por fogo.



102. Carcinoma espinho-celular do couro cabeludo implantado em cicatriz ulcerada consequência de queimadura eléctrica de alta tensão.

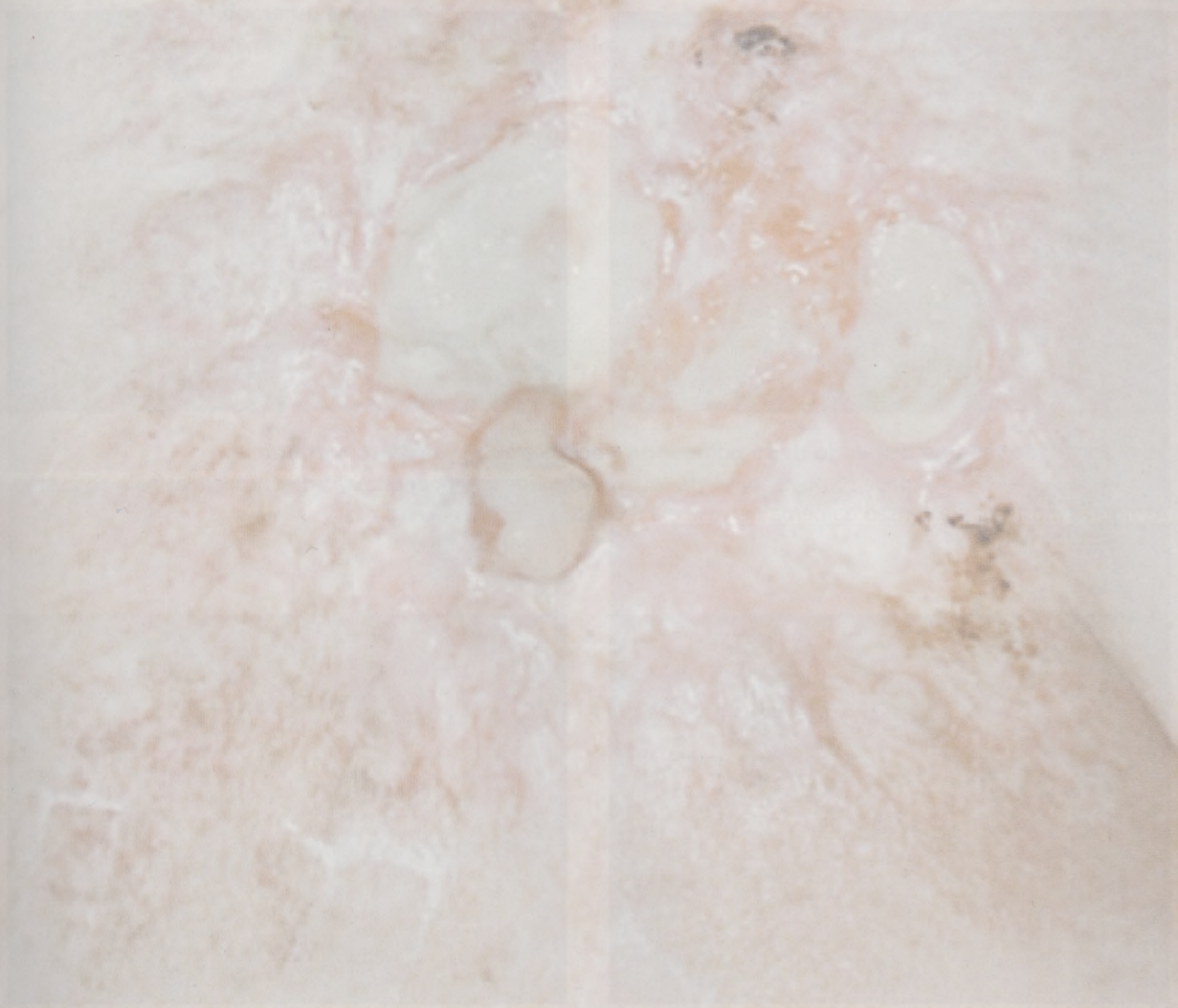


103. Úlceras de Curling

Trata-se de ulcerações agudas gastro-duodenais no grande queimado. As ulcerações são múltiplas e a mucosa apresenta-se congestionada e edemaciada. A hemorragia por vezes é maciça condicionando gastrectomia.

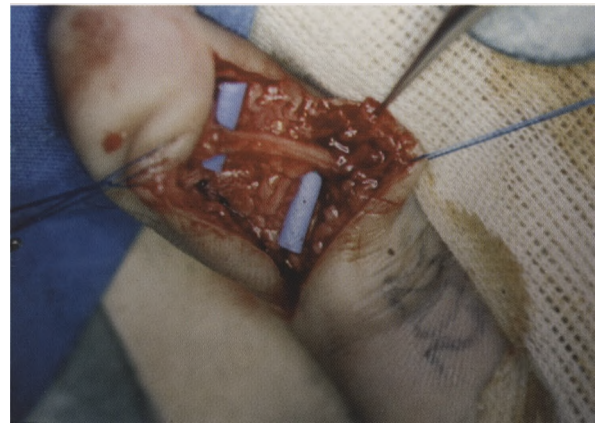
Feridas

Capítulo 4



Feridas de aparência "inócua"

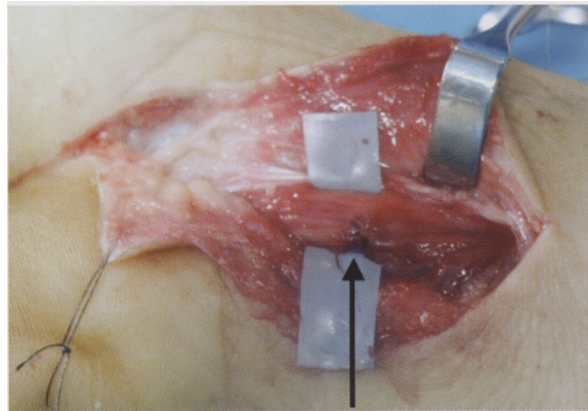
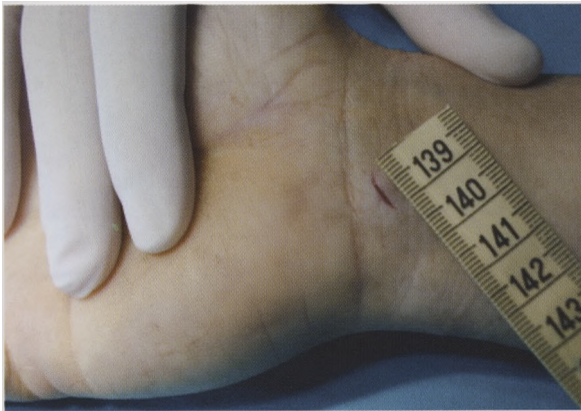
Uma ferida aparentemente superficial e de pequenas dimensões pode condicionar lesões graves. Com o objectivo de minimizar a interpretação errónea, é fundamental a avaliação clínica minuciosa com pesquisa de perturbações inaparentes entre as quais as sensitivo-motoras.



104. Ferida da falange distal do dedo polegar provocada por instrumento cortante. A perturbação da sensibilidade só posteriormente foi avaliada. Coexistiam parastésias desencadeadas pela percussão. As figuras mostram a extensão da perda nervosa e a reconstrução com enxerto.

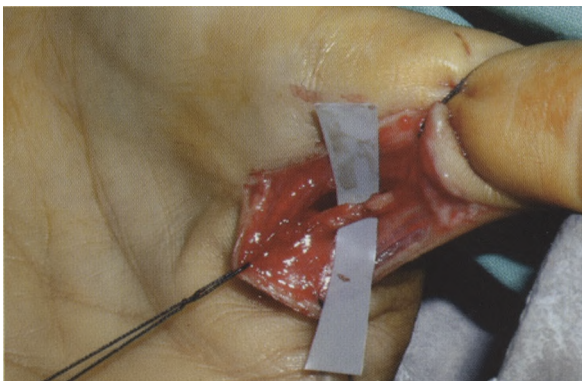


105. Lesões vasculares e nervosas do antebraço
Não é raro as feridas do punho e mão (aparentemente inocentes) atingirem vasos e nervos. Nestes doentes coexistiam secção da artéria e nervo radial (A) e secção da artéria e nervo ulnar (B).



106. Secção parcial do nervo mediano.

A dimensão da ferida da pele, causada acidentalmente por faca de cozinha, poderia fazer subestimar a lesão nervosa.



107. Lesão de nervo digital

Ao cortar pão, a lâmina penetrou na face palmar da base do dedo polegar. A ferida aparentemente inócua foi suturada sob anestesia local ao que o doente atribuía a insensibilidade no imediato. Porque a insensibilidade persistia às 24 horas, recorreu ao hospital. Os fascículos estavam seccionados e os topos eram mantidos por um diminuto pedículo de perinervo.

108. Feridas por necrose rádica

As lesões manifestaram-se 3 anos após a terapêutica. As imagens mostram radionecrose das nádegas por cobaltoterapia, em tumor maligno do útero. As lesões vasculares estendem-se para além dos limites da área de necrose.



109. Radionecrose da parede torácica
Sequela de tratamento de cancro da mama.



110. Radionecrose
Úlcera avermelhada com leito necrosado, dolorosa, sequela de radioterapia por cancro do ânus.



111. Ferida em pé diabético

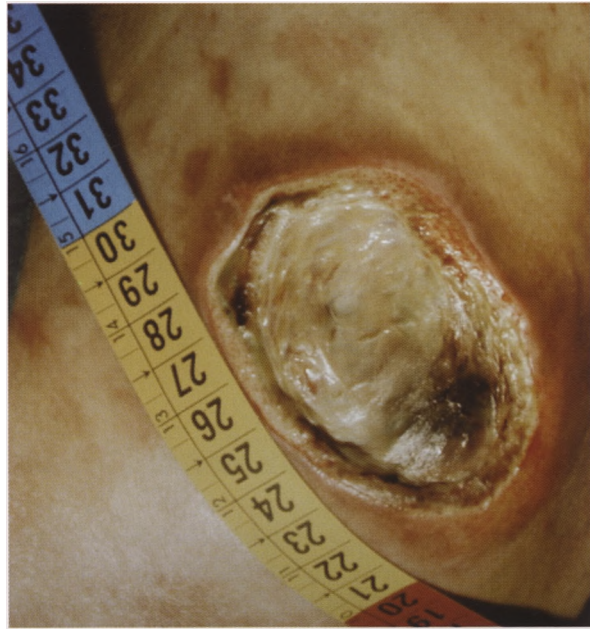
Na sua fisiopatologia intervêm a diabetes e a atrofia da pele e tecido celular subcutâneo submetidos à pressão externa (calçado, decúbito prolongado) e à resistência interna das estruturas ósseas. A neuropatia condicionando a diminuição de sensibilidade diminui o reconhecimento de acção traumática dolorosa e da própria úlcera. As alterações imunitárias e as perturbações circulatórias condicionam também o aparecimento e a evolução desta entidade nosológica.





112. Úlcera de pressão

Úlcera de pressão facial, a nível do malar, em doente acamado e imobilizado.



114. Úlcera de pressão

Escara com tecidos necrosados e recessos abcedados.



113. Úlcera de pressão

A área de destruição dos tecidos estende-se para além dos limites dos bordos da úlcera com formação de abscessos e osteíte. Subjacente à escara há tecidos necrosados e cavidades abcedadas.



115. Úlceras de pressão

Doente conduzido ao Serviço de Urgência por úlcera de pressão. A lesão primitiva era limitada à região sagrada, mas pelo posicionamento persistente, desnutrição, e conspurcação fecal e urinária, atingiu dimensões extensas.



116. Úlceras de pressão

Doente paraplégico por lesão vertebro-medular e fracturas da bacia. À pressão isquémica associava-se a maceração e infecção condicionadas por urina e fezes. A assimetria da localização das úlceras isquiáticas deve-se à irregularidade da bacia.



118. Úlcera por injeção

Doente toxicodependente. Úlcera provocada pela acção dos produtos injectados na região supramaleolar interna.



117. Úlcera de pressão torácica.

Doente asilado e acamado. Visualizam-se as costelas; a superior está fracturada.



119. Úlcera por injeção de líquido esclerosante
Complicação de tratamento de varizes.

Oncologia

Capítulo 5

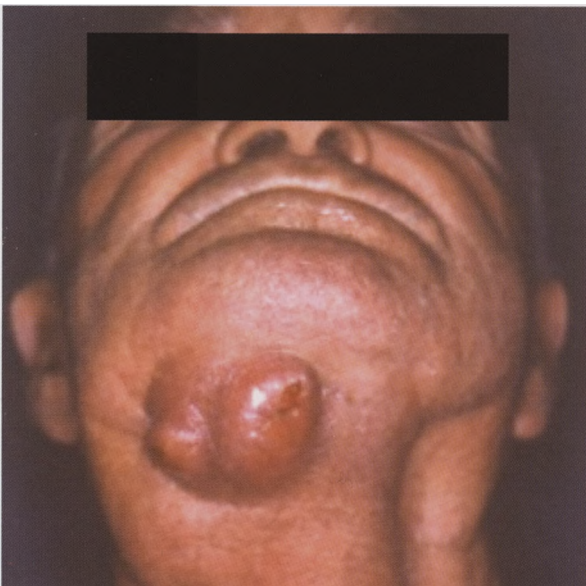




120. Carcinoma espinho-celular de localização auricular e pré-auricular com invasão do nervo facial
Doente de 73 anos com ulceração indolor, progressiva e com compromisso da parótida e do plano ósseo subjacente.



122. Carcinoma espinho-celular do couro cabeludo com metástases cervicais



121. Carcinoma espinho celular do lábio
Metástases cervicais.



123. Basalioma da face
Os bordos da lesão são proeminentes com leito granulomatoso.



124. Basalioma

Tumor basoceleular com invasão e destruição do maciço facial. O doente obrigava-se a refúgio permanente com recusa violenta de ajuda, apesar do seu estado de inanição, caquexia e cegueira quase total.



126. Carcinoma espinho-celular cervico-facial com invasão da parótida e nervo facial, coexistindo com melanoma do lábio superior. A doente só aceitou a excisão da lesão labial porque a impedia de se alimentar. A segunda imagem colhida três meses depois revela a invasão da parte superior do tórax e a necrose dos tecidos.



125. Tumor do palato



127. Carcinoma adenoide cístico da parótida.



128. Tumor do maxilar
Recidiva tumoral e fistula salivar em doente submetido a excisão e radioterapia.



129. Neoplasia mandibular

Tumor do maxilar inferior com invasão lingual. A ressecção consistiu em glosso-pelvi-mandibulectomia e utilização de retalho osteo-mio-cutâneo com osso ilíaco para reconstrução da mandíbula e do pavimento bucal.



130. Metástases subcutâneas de carcinoma da amígdala e orofaringe

Doente de 57 anos, que fora submetido a esofagectomia por carcinoma do esófago cinco anos antes.



131. Sarcoma da parede torácica
Tumor volumoso, ulcerado, fistulizado e a supurar. O membro superior mantinha-se em abdução permanente.



133. Carcinoma espinho-celular no dorso da mão
Doente de 84 anos. Referiu que a lesão tinha seis anos de evolução. Tratava-se de carcinoma de células escamosas que é o tumor mais frequente na mão.



132. Carcinoma espinho-celular do braço
Após a excisão tumoral o leito foi reconstruído com retalho musculo-cutâneo de grande dorsal (B). Como a sutura cutânea no braço ficava em tensão, parte do leito cruento recebeu enxertos de pele parcial (c)



134. Metástases
Metástases cutâneas de carcinoma da mama.



136. Metástases
Metástase de tumor do cólon implantada na cicatriz de laparotomia (A). Metástase de carcinoma gástrico, ulcerada, na parede abdominal (B).



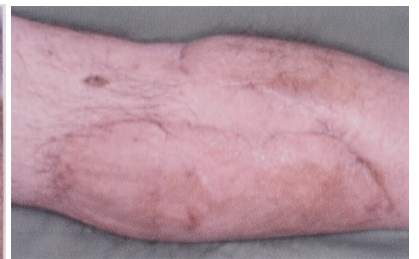
135. Leiomiossarcoma ulcerado do dorso
O doente apresentava inanição, caquexia e febre.



137. Metástases
Metástase de tumor do cólon implantada em trajecto de dreno.



138. Carcinoma verrucoso em doente paraplégico. Tumor implantado em úlcera de pressão isquiática, supurada, hemorrágica e com osteíte extensa. A área encontrava-se permanentemente conspurcada por fezes e urina. O tecido exofítico apresentava coloração pálida e havia ampla extensão subcutânea com locas supuradas. O tratamento do tumor requereu colostomia prévia. A excisão foi alargada e incluiu a tuberosidade isquiática e parte do ramo isquio-púbico. Na reconstrução do leito receptor utilizou-se um retalho musculocutâneo do membro inferior, distal ao terço médio do fêmur, após ablação das estruturas ósseas distais, como se mostra na imagem.



139. Hemangioendotelioma recidivado e ulcerado. Úlcera cutânea crônica na região gemelar esquerda, implantada em hemangioendotelioma, submetido a excisões repetidas e radioterapia. A intervenção consistiu em excisão ampla do tecido invadido e reconstrução com retalho livre musculocutâneo de grande dorsal.



140. Carcinoma espinho-celular

Carcinoma espinho-celular implantado em ferida traumática crônica com crescimento infiltrativo e destruição dos tecidos vizinhos. Após a excisão o leito recebeu um retalho livre musculocutâneo do grande dorsal.



141. Melanoma do pé com disseminação peri-tumoral.

142. Melanoma

Implantação na parede abdominal de metástases de cor negra, típicas de melanoma, com disseminação extensa.



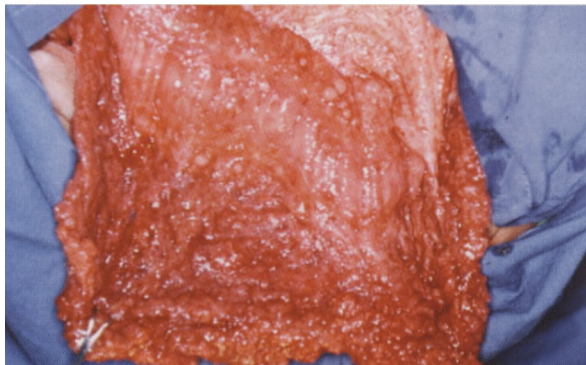
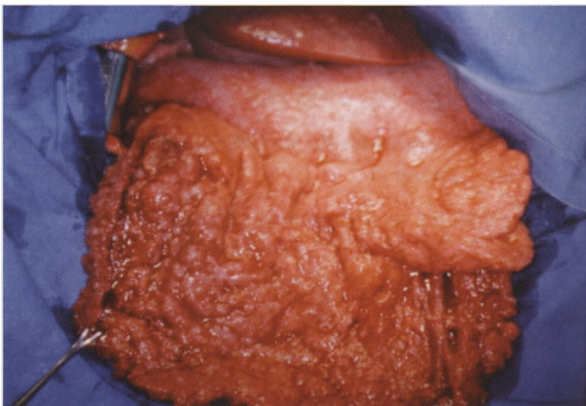


143. Metástase inguinal de melanoma do pé
Doente de 47 anos submetido um ano antes a excisão de melanoma do pé. Voltou por suspeitar tratar-se de hérnia inguinal.



144. Metástase ganglionar de melanoma, ulcerada e hemorrágica.

A terapêutica cirúrgica com intuito paliativo consistiu na excisão da pele infiltrada e das adenopatias. No encerramento do leito utilizou-se um retalho fascio-cutâneo de faseia lata.

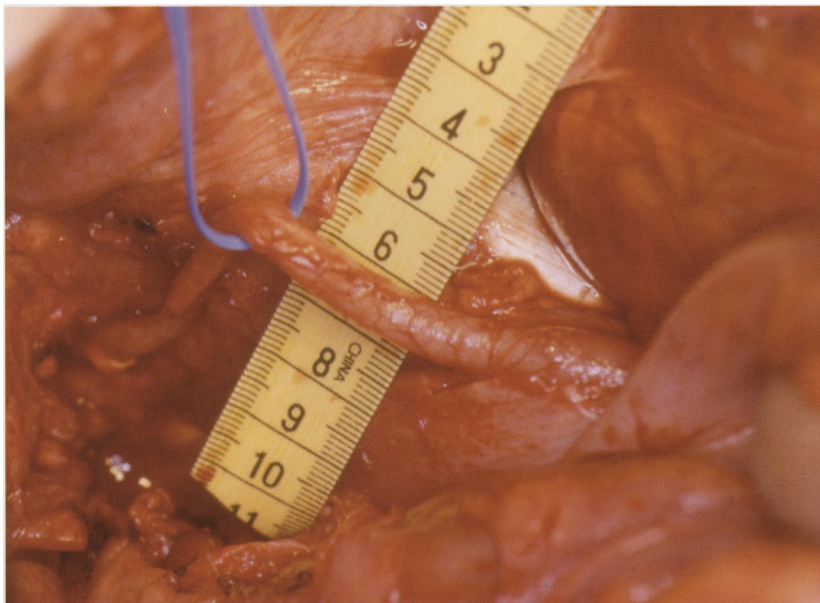


145. Carcinomatose peritoneal.



146. Ascite neoplásica

Doente com metástases hepáticas e peritoniais por neoplasia do recto tratado três anos antes. O penso suporta o sistema da paracentese.



147. Compressão ureteral por tumor

Ureter distendido devido a compressão extrínseca por tumor do intestino delgado que lhe adería.

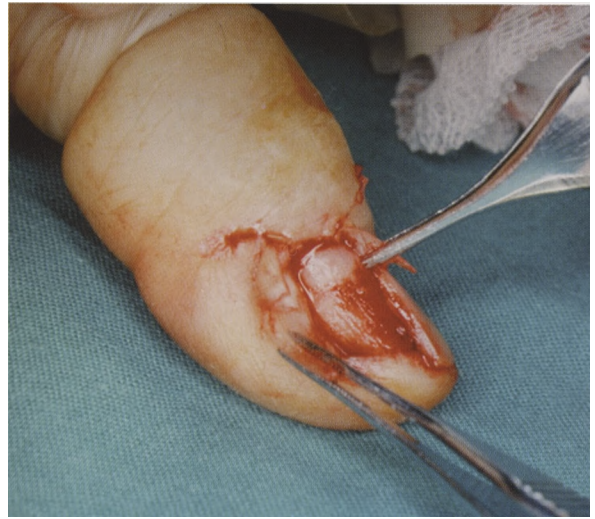
Pele e Tecido Celular Subcutâneo

Capítulo 6



148. Nevus piloso

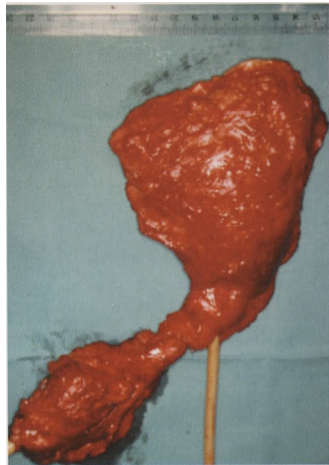
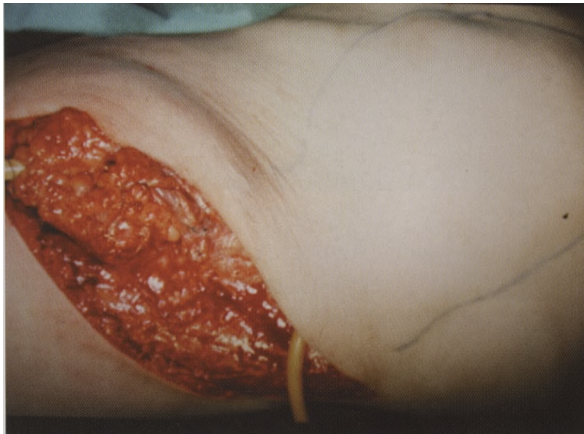
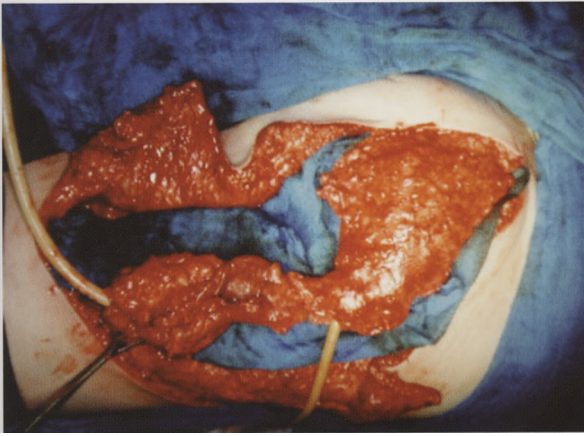
Tratava-se de uma criança de 6 anos com nevus piloso no braço. Os nevus pilosos gigantes são congênitos. O cabelo é macio.



150. Tumor glômico sub-ungueal
Nódulo subungueal, doloroso, de coloração vermelho púrpura

149. Necrose da pele por hematoma difuso com tensão
Doente hipertenso em hemodiálise. Após punção venosa desencadeou-se hemorragia e o hematoma acumulado sob tensão separou a pele da faseia antebraquial e provocou necrose.





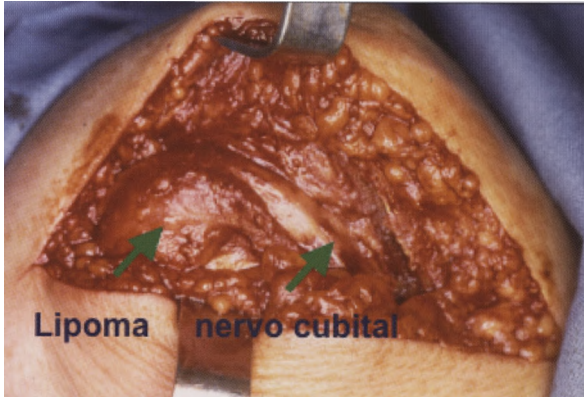
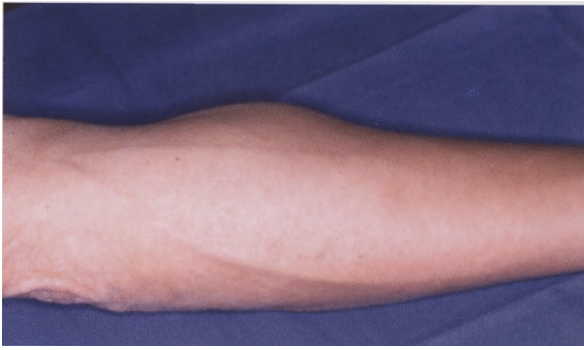
151. Seroma capsulado recorrente

Vítima de traumatismo abdomino-torácico 3 anos antes, apresentava um aumento de volume que se estendia do flanco à raiz da coxa. Tinha consistência mole, com onda líquida, aderida aos planos profundos, mas não à pele. Foi puncionado e esvaziado em sessões repetidas e submetido a pensos compressivos. O líquido era citrino e estéril. À exploração cirúrgica houve efracção da parede e derramamento de líquido, pelo que para facilitar a dissecação foi introduzido soro fisiológico. Após a ablação do seroma a cicatrização de ferida operatória ocorreu sem incidentes. Não recidivou.



152. Lipomas

Integram o grupo dos tumores benignos mais comuns. Em regra subcutâneos e de dimensões variáveis, podem ter localização profunda. Têm crescimento expansivo, apresentam aspecto lobulado e no decorrer do desenvolvimento podem comprimir estruturas nervosas determinando perturbações funcionais. As imagens referem-se a um doente de 27 anos com lipoma que provocava assimetria das regiões supraclaviculares. Referia dores e parestesias no membro superior direito, particularmente desencadeadas pelos movimentos de abdução e elevação do braço. As parestesias associavam-se a diminuição da capacidade de preensão. À palpação da região supraclavicular notava-se uma formação tumoriforme de consistência elástica com características de lipoma, estrutura confirmada por ecografia. A percussão da massa desencadeava parestesias referidas à mão.



153. Lipoma
Compressão do nervo cubital. Homem de 55 anos com formação tumoriforme, mole, indolor à palpação superficial e localizado entre os músculos epitrocleanos e a fascia superficial. Sentia dores referidas à mão no momento da flexão intensa e prolongada (transporte de mala).



154. Lipoma - Compressão do nervo mediano
Compressão do nervo mediano a nível do punho. O lipoma que se apresentava subcutâneo prolongava-se dentro do túnel cárpico.



155. Lipoma

Tratava-se de uma tumoração mole, multinodular. O volume dificultava a capacidade funcional da mão.



157. Lipoma gigante do dorso

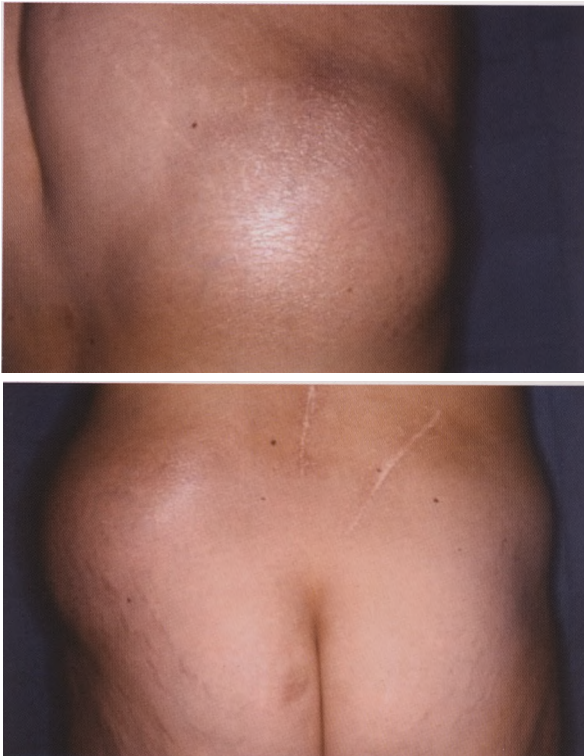


156. Lipoma cervical

Doente com 67 anos, com tumoração cervical móvel, não aderente às estruturas profundas, indolor, não mobilizável à deglutição, com volume estacionário há mais de 10 anos.



158. Lipoma gigante da parede torácica e cavado axilar que impedia a adução do braço. O lipoma como é característico dos tumores benignos teve crescimento expansivo.



159. Lipoma gigante da nádega



161. Lipoma do períneo
Lipoma localizado no rebordo anal.



160. Lipoma na prega inguinal.



162. Doença de Dercum
Doente de 58 anos com lipomas subcutâneos disseminados. Alguns eram dolorosos à pressão.



163. Lipomatose

Doente com 52 anos com formações tumoriformes subcutâneas multilobuladas, móveis, indolores.



164. Doença de Madelung

Lipomatose difusa e simétrica, fibroelástica, lobulada, aderente à pele, móvel sobre os planos profundos. Localiza-se a toda à volta do pescoço, ombros, parede abdominal e torácica.



165. Lipodistrofia.



166. Lipoedema.



167. Quisto sebáceo dentro do canal auditivo



168. Quisto epidermóide

O quisto epidermóide é o tipo de quisto subcutâneo mais comum. É mais frequente na mulher e no couro cabeludo. Mulher com 72 anos que não especifica o tempo de evolução, mas refere que foi de crescimento lento e indolor. É tenso, liso, aderente à pele e móvel sob as estruturas subjacentes.



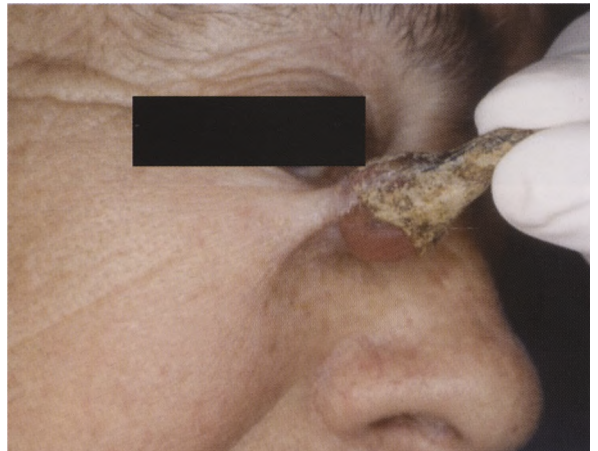
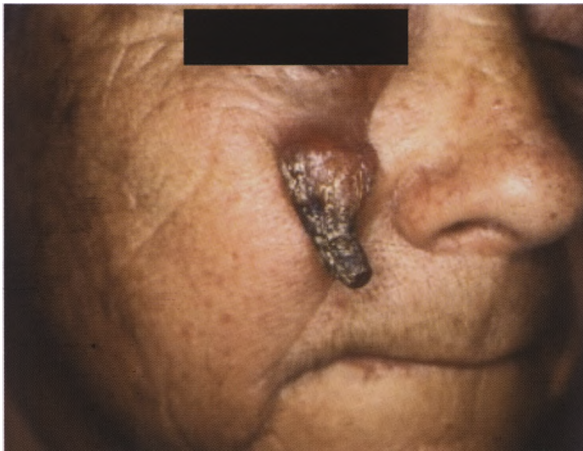
170. Quisto sebáceo no dorso, infectado.
Este quisto subcutâneo tem tendência a infectar-se.



169. Quisto epidermóide
Estes tumores são susceptíveis de se inflamarem, ulcerarem e sofrerem degenerescência maligna.



171. Quisto epidermóide da face
Doente com acne e múltiplos quistos sebáceos disseminados. Trata-se de uma tumefacção arredondada tensa móvel mas aderente à pele. Frequentemente, como acontece neste doente, apresenta um orifício punctiforme através do qual se pode provocar a saída de conteúdo caseoso, esbranquiçado e de cheiro pútrido ou rançoso.



172. Papiloma verrucoso - Corno cutâneo

São acumulações de queratina da pele que apresentam morfologia alongada de comprimento variável. Está indicado proceder ao estudo anátomo-patológico da pele da área de implantação.



173. Hemorragia cutânea

Diátese hemorrágica em doentes em sepsis.



174. Cicatriz quelóide

A cicatriz quelóide é mais volumosa que a hipertrófica e o seu carácter nodular e consistência expande-se para além dos bordos da ferida primitiva. Atinge sobretudo os jovens e os indivíduos de raça negra. O aparecimento é influenciado por factores genéticos autossómicos dominantes.



175. Cicatrizes hipertróficas

Esta cicatriz tem coloração avermelhada, faz relevo na superfície da pele e os bordos estão limitados aos bordos da incisão.



176. Herpes zóster

Caracteriza-se por uma erupção dolorosa de vesículas múltiplas instaladas em trajectos nervosos (A). A imagem refere-se a uma fase de recessão (B).



177. Hidrosadenite supurativa

Comumente localiza-se nas regiões axilares, inguinais e perianal. Há formação de abscessos e trajectos fistulosos com amplas áreas inflamadas e fibrosadas, dolorosas que exalam cheiro nauseabundo.



178. Dermatite das nádegas

Doente com síndrome de intestino curto. A acção traumática provocada pelo contacto com excorrências fecais provoca prurido e ardência; a pele é brilhante, de aspecto inflamado, cor vermelha/carmim.

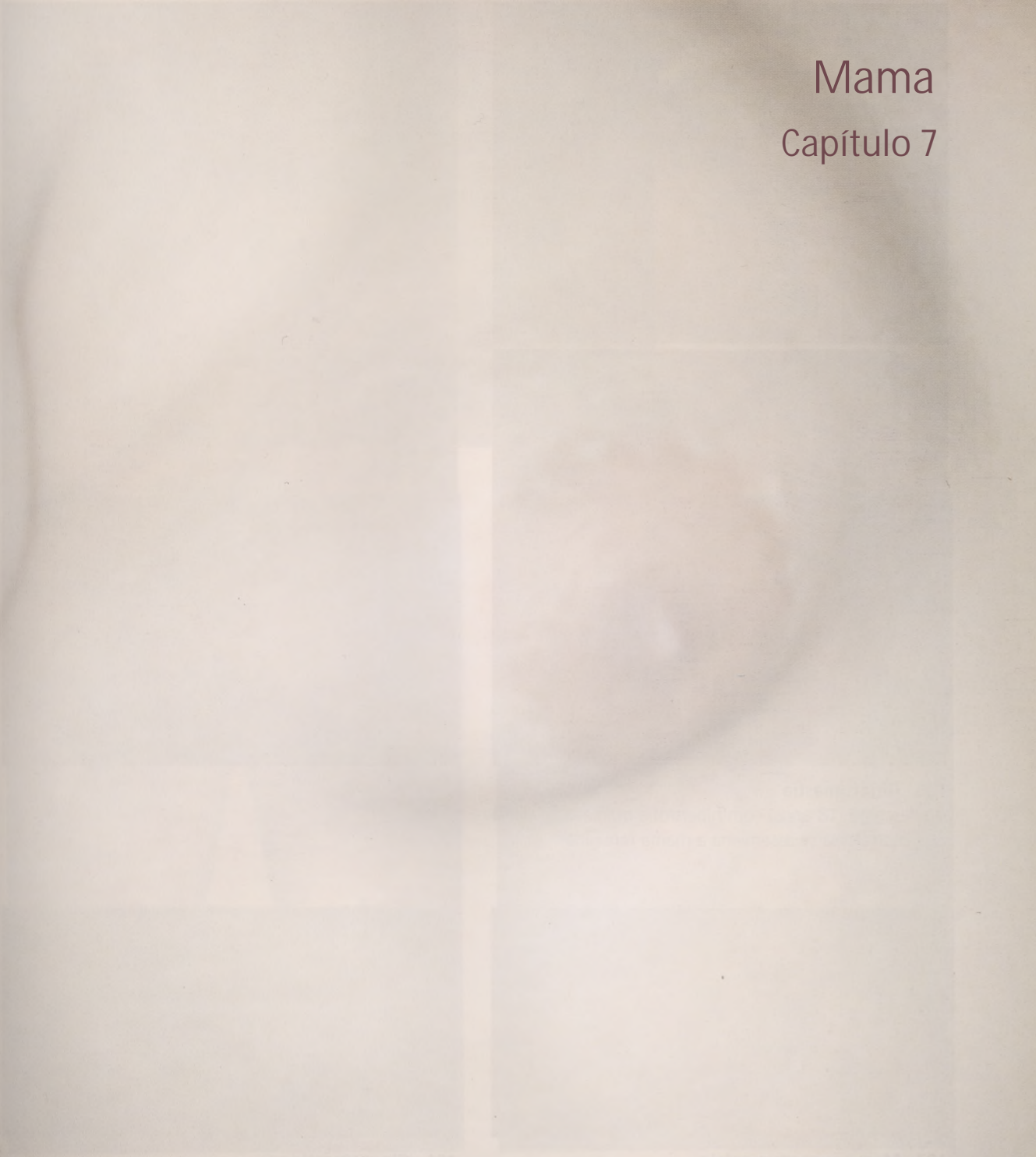


179. Onicogrifose

O crescimento excessivo da unha torna-a muito espessa, hipertrófica e deformada. Toma a forma de corno; é mais frequente no hallux.

Mama

Capítulo 7



181. Mama supranumeraria
182. Mama supranumeraria
183. Mama supranumeraria
184. Mama supranumeraria
185. Mama supranumeraria
186. Mama supranumeraria
187. Mama supranumeraria
188. Mama supranumeraria
189. Mama supranumeraria
190. Mama supranumeraria



180. Ginecomastia
Adolescente (18 anos) com hipertrofia mamária bilateral cuja morfologia se assemelha a mama feminina.



181. Ginecomastia
Pode também surgir em doentes com patologia endócrina, assim como hepática (por exemplo cirrose alcoólica, por incapacidade do fígado em metabolizar os esteróides).



182. Mama supranumerária
É anomalia frequente do desenvolvimento mamário a presença de mamas ou mamilos supranumerários. Desenvolvem-se ao longo da linha láctea primitiva.



183. Retracção mamilar

Nesta mulher a retracção mamilar sempre existiu. Significado diferente e preocupante é a retracção mamilar de aparecimento recente, situação sugestiva de neoplasia maligna.



184. Hipertrofia mamária

O excessivo aumento de volume e peso causam grande desconforto físico e psíquico como acontecia com a doente da imagem, a que se associava perturbação da estática da coluna vertebral.



185. Galactorreia

É a secreção patológica de tipo leitoso fora de período de lactação. Entre as causas contam-se o aumento de secreção da prolactina pituitária, as fenotiazinas e as pílulas anticoncepcionais.



187. Carcinoma intraductal da mama

A excreção sanguinolenta pelo mamilo sugere tratar-se de papiloma dos canais ou carcinoma.



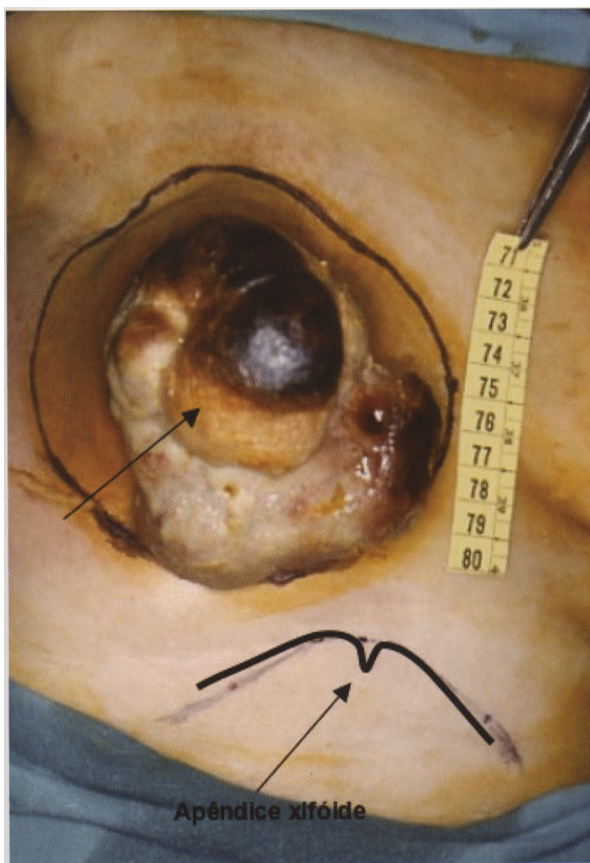
186. Mastite

Surgiu no decorrer da amamentação. Frequentemente é de etiologia estafilocócica. Manifesta-se por sinais locais e sistémicos de infeção aguda.



188. Carcinoma da mama

Nesta doente de 48 anos, a massa tumoral era móvel sobre os planos profundos, dura, indolor, e coexistia acentuada retracção da pele e do mamilo.



189. Carcinoma da mama. Recidiva com necrose da parede torácica

Uma porção da costela está exposta (seta superior). O ângulo costal está referenciado para melhor compreensão da imagem.



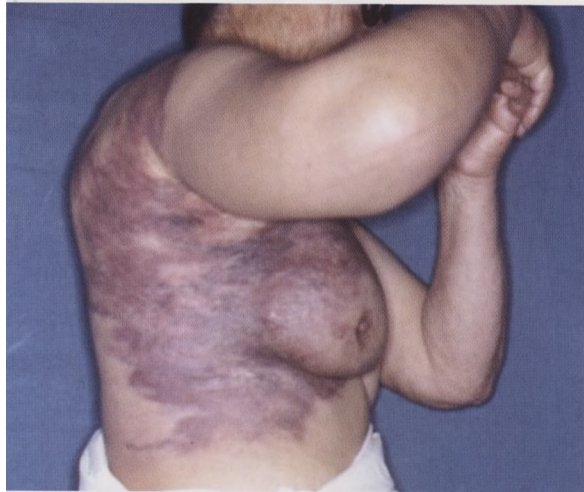
190. Carcinoma da mama

Doente de 30 anos com perturbações mentais. Recusou toda a sugestão de auxílio e sonegava a sua situação, apesar do cheiro fétido permanente. A vinda ao hospital foi provocada por hemorragia espontânea que a alarmou.



191. Carcinoma da mama

Adenocarcinoma mamário recidivado e invasivo.



192. Sarcoma da mama

A designação de sarcoma da mama integra um grupo de lesões muito heterogéneas. O crescimento foi rápido atingindo volume acentuado. Tinha carácter infiltrativo e era indolor.



Cabeça, Pescoço

Capítulo 8



193. Fenda palatina

Doente de 68 anos. A lesão primitiva associava lábio leporino e fenda palatina. O lábio leporino foi corrigido em criança. Nunca houve a preocupação de corrigir a fenda palatina apesar dos distúrbios cosméticos, dentários, alimentares e da fonação.

194. Palato perfurado

Doente de 32 anos que apresentava o palato duro perfurado, situação surgida na sequência de uma ulceração. Os bordos de perfuração eram indolores. A reacção de Wasserman foi positiva.



195. Epúlide

Formação nodular em continuidade com a gengiva, situada na margem alveolar e adjacente a dente cariado (A). Na outra imagem nota-se a deformação externa (B).



196. Hemangioma da face.



197. Hemangioma.

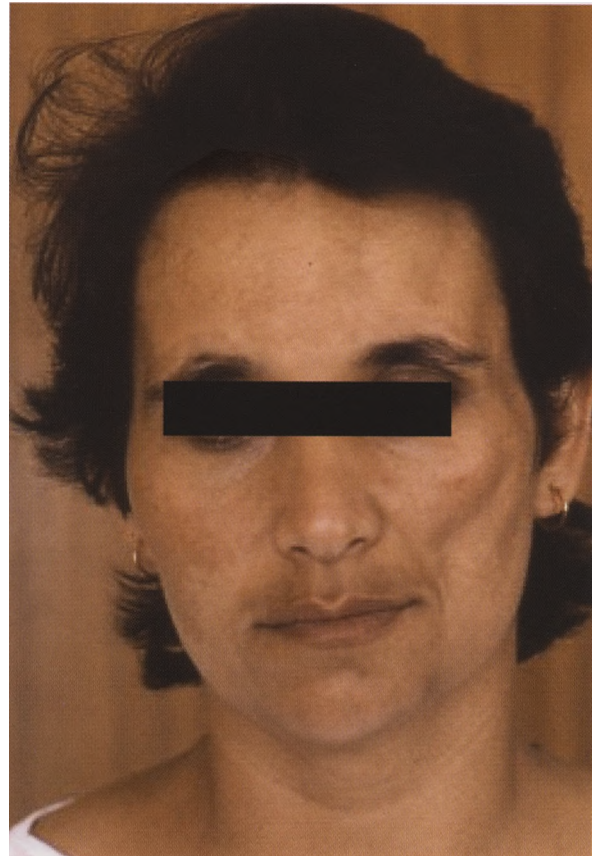


198. Leucoplasia

Placas brancas da mucosa oral que podem ser sede de displasia epitelial ou mesmo carcinoma.



200. Linfangioma da língua.

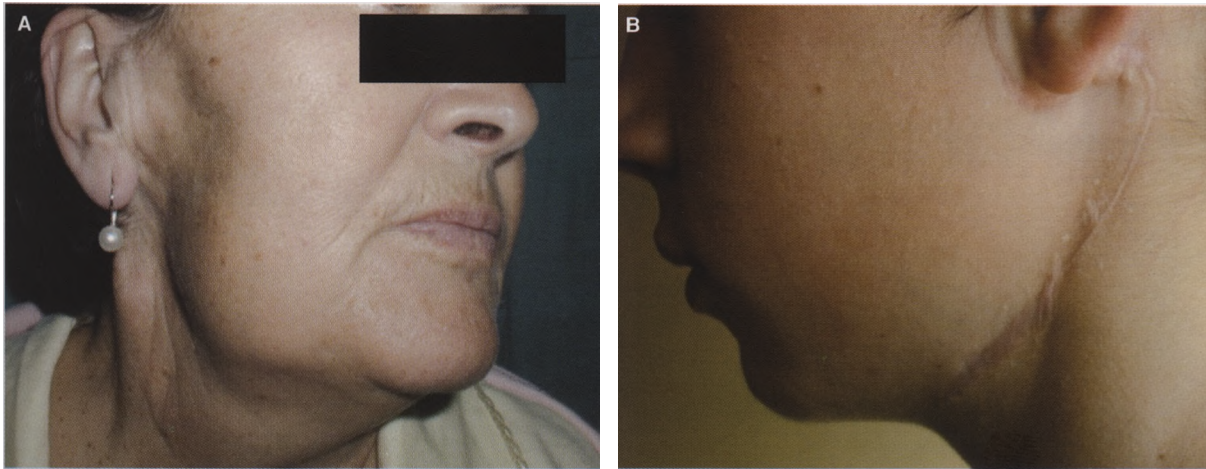


201. Hemiatrofia facial.



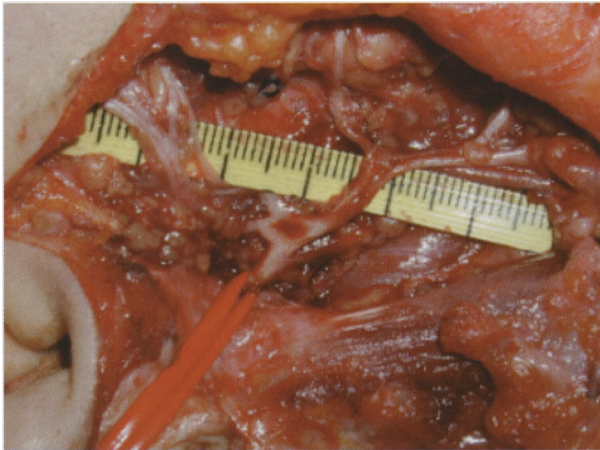
202. Tumor do corpo carotídeo

Homem de 63 anos. Referiu que o tumor cresceu lentamente, era indolor e não provocava sofrimento. À palpação era duro e com pulsação transmitida.



203. Parotidectomia

As imagens permitem comparar a morfologia facial de doentes submetidos a parotidectomia total. O espaço que fora ocupado pela glândula excisada pode ser preenchido com retalho de músculo esternocleidomastoideu. Deformação resultante da parotidectomia sem preenchimento do leito (A); aspecto de doente em que foi utilizado retalho muscular (B).



204. Parotidectomia - nivelamento do leito com retalho do músculo esternocleidomastoideu. Para nivelar a cavidade resultante da parotidectomia utiliza-se um retalho muscular com pedículo proximal. O retalho intrepuesto entre a pele e o nervo facial concede melhor resultado estético e protecção ao nervo.

205. Síndrome de Frey ou síndrome auriculotemporal.

Consiste na sudação da pele da fronte e da face na área de distribuição do nervo auriculotemporal, em resposta à excitação salivar. Surge em consequência de traumatismo acidental ou cirúrgico na região parotídea. Resulta da regeneração cruzada das fibras simpáticas e parassimpáticas. Evidencia-se depositando tintura de iodo na área a analisar, que depois de seca é pulverizada com amido; a excitação da secreção salivar promove sudorese na área de distribuição do nervo auriculotemporal que dissolve o iodo, o qual reage com o amido e cora a zona em apreciação.





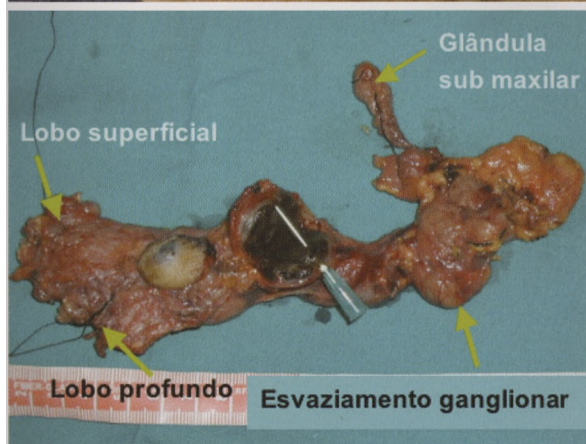
206. Parotidite aguda (pós-operatório)

É uma situação rara que se desencadeia em doentes idosos, debilitados, desidratados e com deficiente higiene oral. A glândula apresenta-se ingurgitada, tensa e dolorosa.



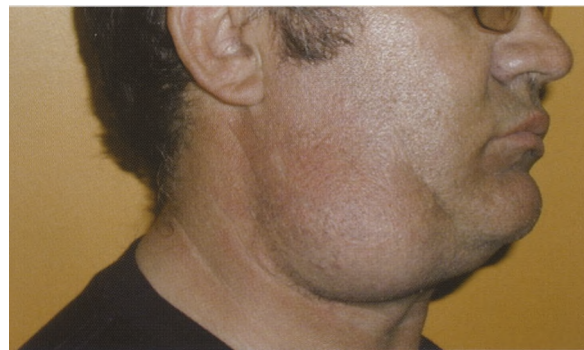
208. Quisto do canal tireoglosso

Apresenta-se como formação quística, arredondada, localizada na linha média e abaixo do osso hióide. É característico mobilizar-se para cima acompanhando a exteriorização da língua.



207. Melanoma com metástases ganglionares

A peça operatória compreende a glândula parótida, metástases ganglionares e glândula submaxilar; nota-se a coloração negra típica das metástases do melanoma.

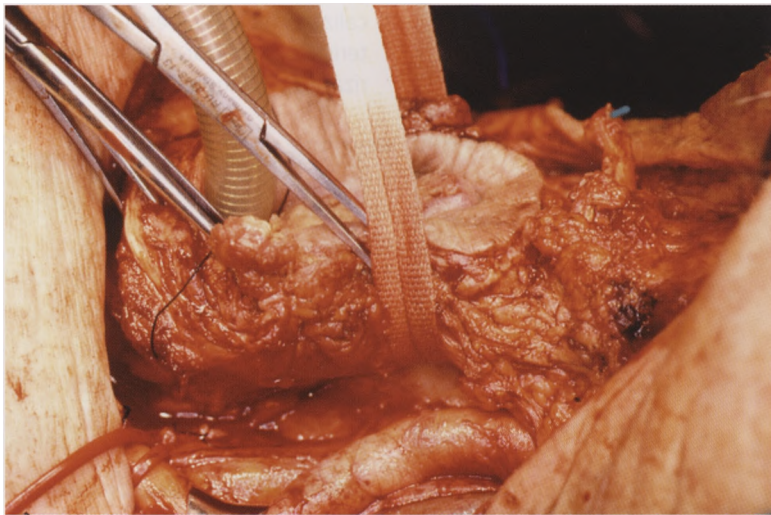


209. Tumor submandibular - Linfoma

Tumoração indolor localizada na face lateral do pescoço, em relação com o bordo anterior do músculo esternocleidomastoideu compreendendo os terços superior e médio, de consistência duro-elástica.



210. Lipoma profundo
Localizava-se entre o platisma e o soalho bucal.



211. Isolamento faringo-esofágico
Doente com carcinoma do esófago cervical e antecedentes de laringectomia por tumor da laringe quatro anos antes. O esófago ressecado foi substituído por ansa intestinal livre.

Parede Torácica, Mediastino e Pulmão

Capítulo 9

216. Traumatismos da Parede Torácica

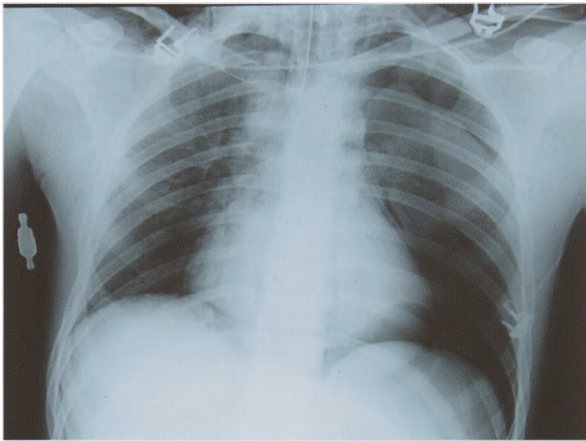
As lesões traumáticas da parede torácica são geralmente decorrentes de trauma direto ou indireto. O trauma direto ocorre quando uma força externa atua diretamente sobre a parede torácica, causando fraturas de costelas, contusões pulmonares e lesões do mediastino. O trauma indireto ocorre quando uma força externa atua sobre o corpo, causando uma lesão por compressão ou expansão da caixa torácica. As lesões traumáticas da parede torácica podem ser classificadas em lesões primárias e secundárias. As lesões primárias são aquelas que ocorrem diretamente na parede torácica, enquanto as lesões secundárias são aquelas que ocorrem em consequência de uma lesão primária.

217. Traumatismos da Parede Torácica
Contusão pulmonar

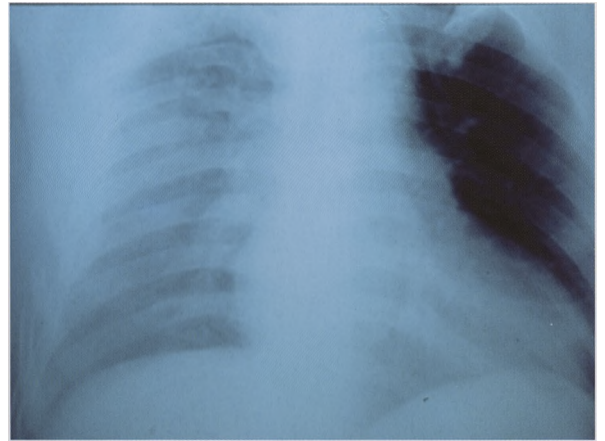
Pode ocorrer no traumatismo torácico devido à presença de fratura de costela, porém não há consolidação. O Ax mostra consolidação na base.

218. Traumatismos da Parede Torácica

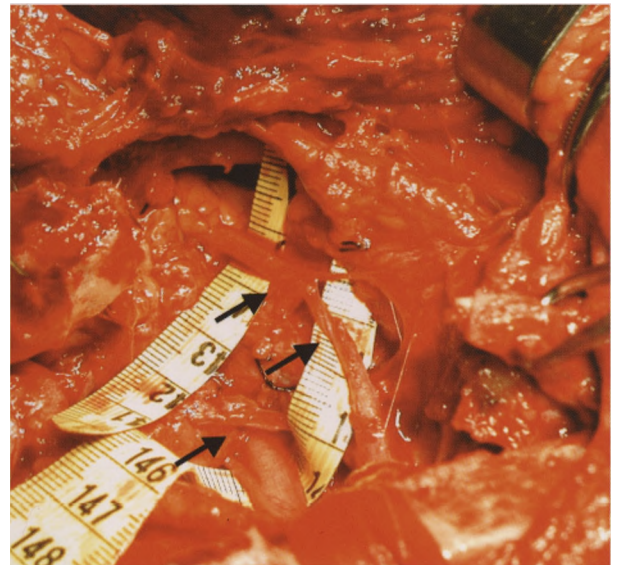
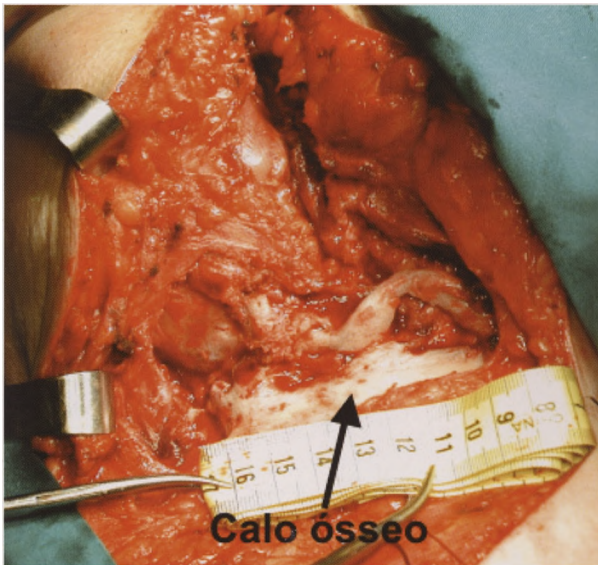
As lesões traumáticas da parede torácica são geralmente decorrentes de trauma direto ou indireto. O trauma direto ocorre quando uma força externa atua diretamente sobre a parede torácica, causando fraturas de costelas, contusões pulmonares e lesões do mediastino. O trauma indireto ocorre quando uma força externa atua sobre o corpo, causando uma lesão por compressão ou expansão da caixa torácica. As lesões traumáticas da parede torácica podem ser classificadas em lesões primárias e secundárias. As lesões primárias são aquelas que ocorrem diretamente na parede torácica, enquanto as lesões secundárias são aquelas que ocorrem em consequência de uma lesão primária.



212. Traumatismo da parede torácica
Pneumotórax traumático. A imagem refere-se a doente em que a lesão pulmonar foi provocada por costela fracturada. O Rx mostra pneumotórax à esquerda.



213. Hemotórax
A imagem foi colhida em doente com hemotórax traumático à direita e fractura de múltiplos arcos costais.



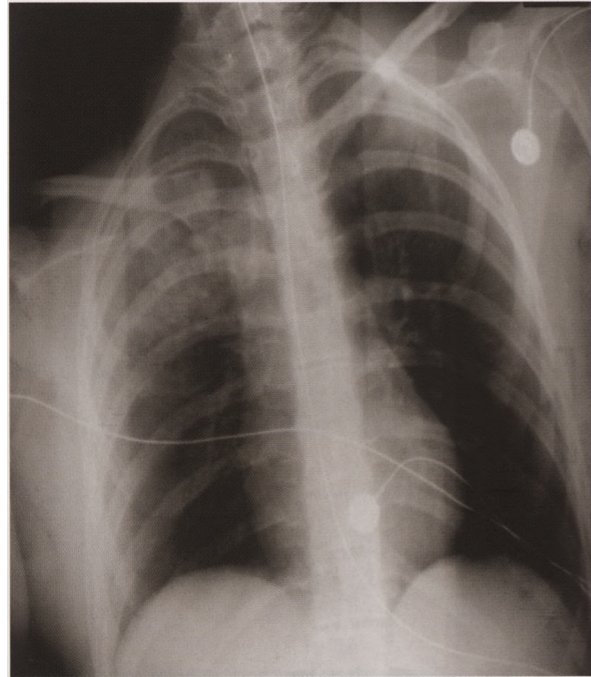
214. Traumatismos da Parede Torácica

As fracturas das primeiras costelas não são frequentes porque estão protegidas pelas articulação escápulo-umeral e clavícula. Em regra são situações graves porque se associam com frequência a lesões viscerais, nervosas e/ou vasculares. As imagens mostram uma lesão do plexo braquial provocada por fractura da clavícula. O calo ósseo englobava estruturas nervosas esmagadas e seccionadas.



215. Secção do plexo braquial por esquirola de costela

A osteotomia da clavícula cujas extremidades da secção estão referenciadas por pinças permite visualizar estruturas nervosas seccionadas; a esquirola está referenciada na imagem por setas.



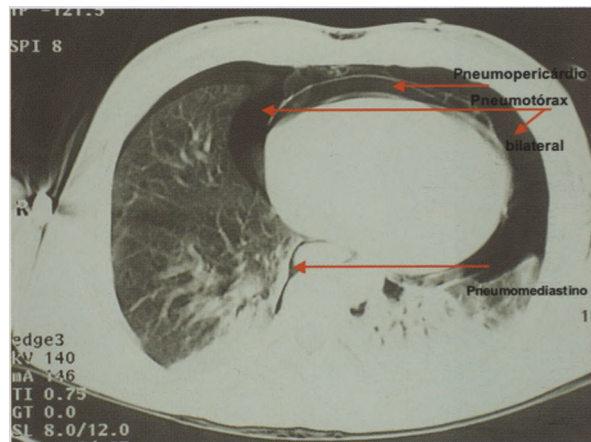
217. Traumatismos da Parede Torácica
Contusão pulmonar

Pode ocorrer no traumatismo directo no tórax, mesmo na ausência de fractura de costelas, por mecanismo de desaceleração. O Rx mostra condensação na metade superior do hemitórax direito.



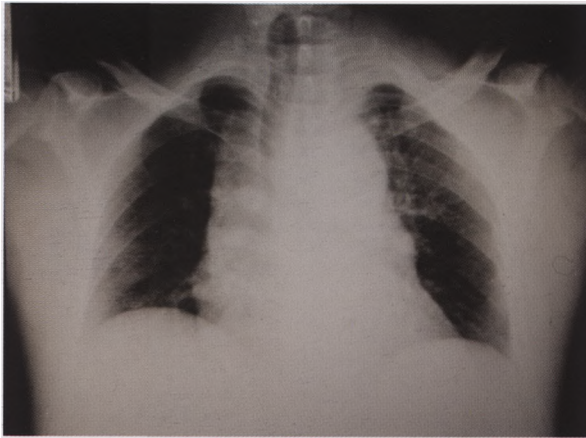
216. Traumatismos da Parede Torácica

Fractura do esterno. Podem coexistir fracturas costais e constituir-se um "Volet" anterior e/ou associarem-se lesões intra-torácicas nomeadamente pulmonares e cardíacas.

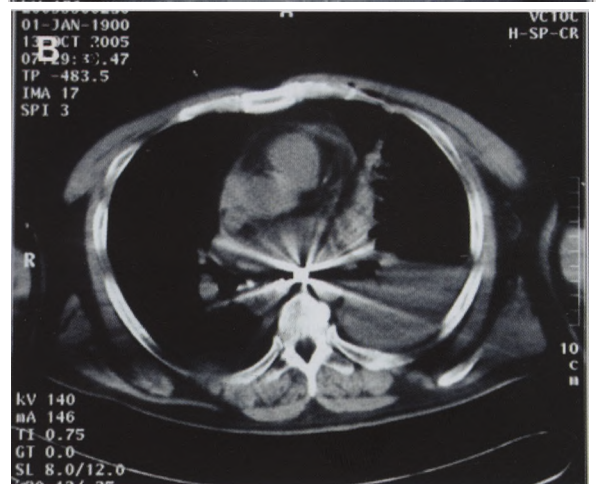


218. Traumatismos da Parede Torácica

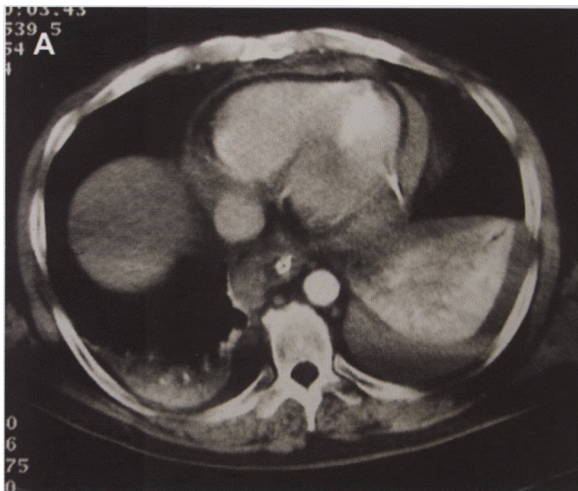
Entubação orotraqueal intempestiva com insuflação de ar no tecido intersticial cervical paratraqueal. A imagem mostra pneumotórax bem como pneumopericárdio e pneumomediastino.



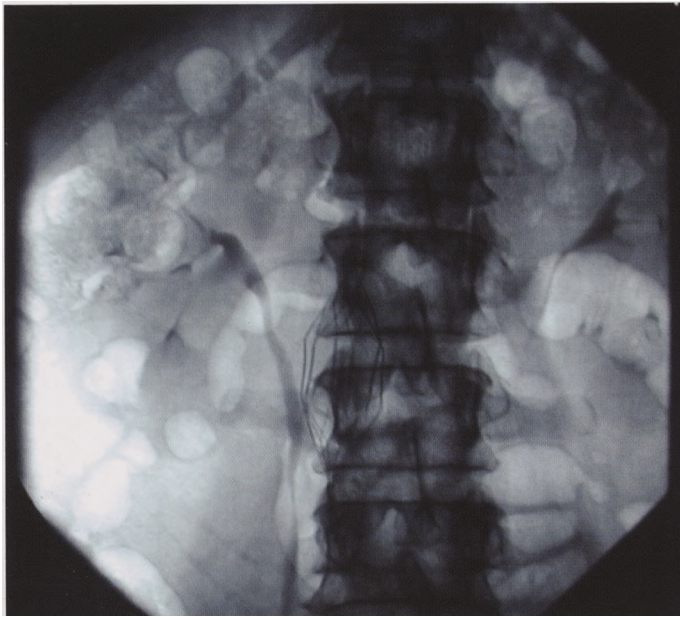
219. Mediastino
Alargamento mediastínico em politraumatizado.



220. Lesão provocada por bala (1)
A bala projecta-se na linha média sobre o
corpos vertebrais (A); a localização em frente
do corpo vertebral manifesta-se com artefactos
devidos à grande densidade do metal (B).

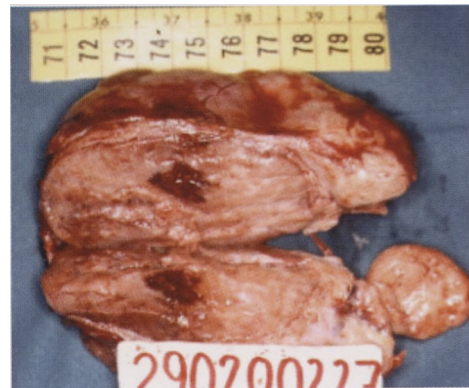
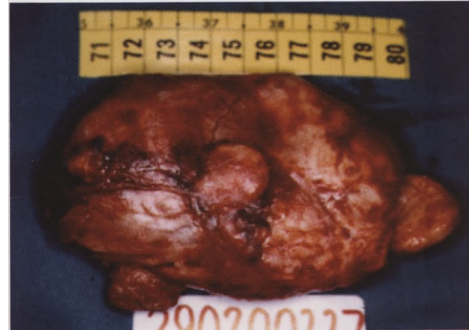
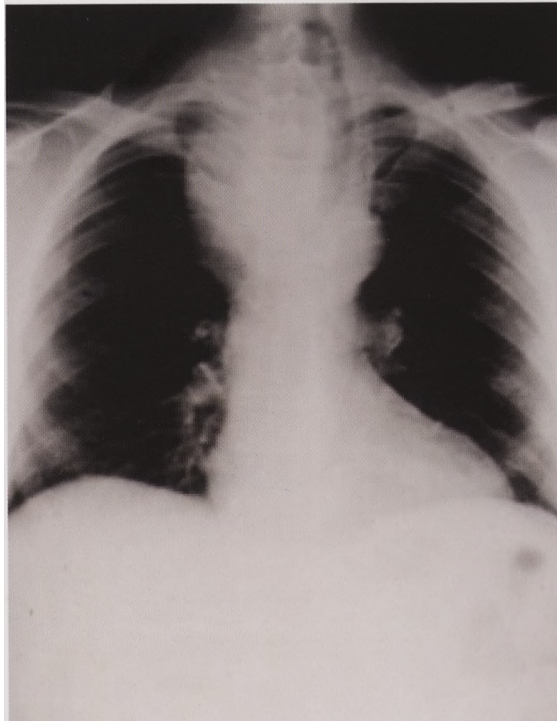


221. Lesão provocada por bala (2)
Imagem com faixa hipodensa envolvendo o coração traduzindo a presença de hemopericárdio (A). A concentração anómala de produto de contraste intravenoso no pulmão esquerdo faz suspeitar extravasamento por lesão parenquimatosa perfurante (B).



222. Filtro na veia cava

Filtro colocado abaixo das veias renais. Neste doente a terapêutica anticoagulante não impediu episódios de embolia pulmonar, pelo que foi colocado um filtro endoluminal abaixo das veias renais.



223. Tumor do mediastino

Tumor no mediastino superior de localização paratraqueal direita, com empurramento da traqueia para a esquerda, terminando a nível da crossa da aorta. Empurrava igualmente o tronco braquiocéfálico para fora. O tumor era ovalar de 150 gr e 10,5 x 7 x 3 cm, capsulado, irregular e hemorrágico. Ao corte apresentava aspecto lardáceo, rosa esbranquiçado, de consistência mole e numa das extremidades era branco, firme e fasciculado. Tratava-se de um histiocitoma fibroso maligno.

An anatomical dissection of blood vessels, showing a network of arteries and veins. The vessels are stained, with arteries appearing reddish and veins appearing bluish. The surrounding tissue is a light brown color. The dissection is performed on a surface, possibly a table or a tray, with some white objects visible on the right side.

Patologia Vascular

Artérias

Veias

Linfáticos

Capítulo 10



224. Insuficiência arterial

Insuficiência vascular nos retalhos do coto de amputação. Doente obesa, amputada por gangrena diabética. A pele que cobre o coto de amputação, muito embora no decorrer da intervenção sugerisse ser bem vascularizada, entrou em isquemia. No membro inferior direito aos fatores ulcerogênicos diabéticos associam-se os da pressão no calcanhar e na área do côndilo femoral interno.

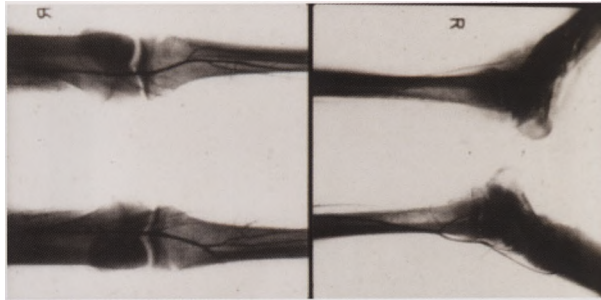


225. Doença arterial oclusiva (arteriosclerose)

Este doente submetido a amputação de um dedo referia claudicação intermitente, dores permanentes nas pernas e pé que eram exacerbadas pela elevação do membro. A localização das úlceras isquêmicas é habitualmente, como neste doente, nos espaços interdigitais e extremidades dos dedos.

226. Tromboangeíte obliterante - Doença de Burger
Atinge as pequenas artérias das extremidades por múltiplas oclusões segmentares. É mais frequente em jovens do sexo masculino e fumadores. Na sintomatologia salientam-se dores digitais que se vão acentuando, cianose e arrefecimento. Evolui para a necrose e gangrena.





227. Insuficiência arterial de etiologia desconhecida. Doença sistêmica cuja natureza não foi possível esclarecer, que atingia sobretudo os pequenos vasos das extremidades.

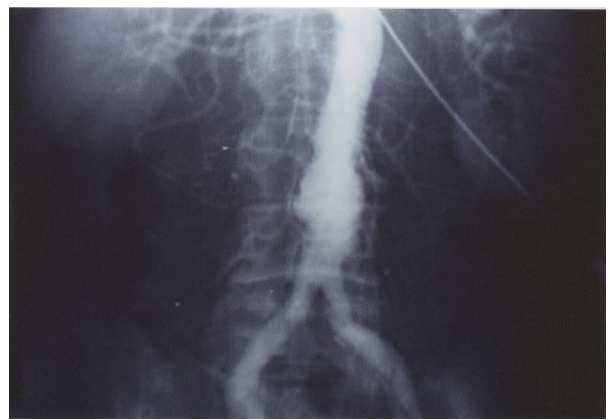
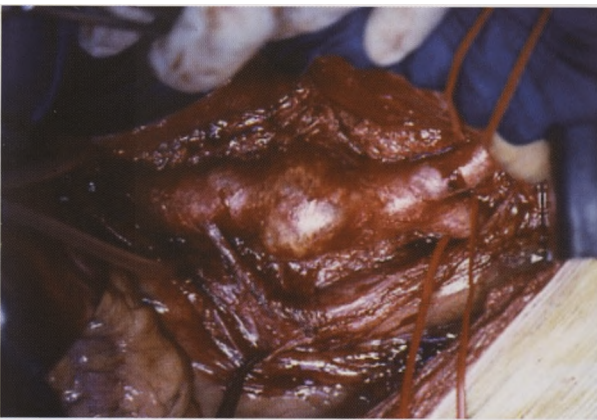


228. Calcifilaxia.



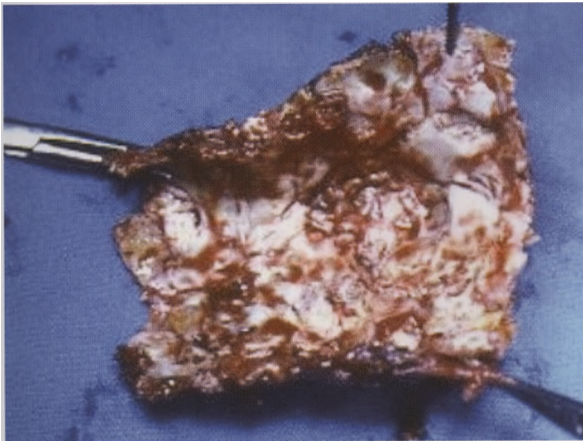


229. Necrose isquêmica por garrotagem
Membro inferior de recém-nascido necrosado. O limite superior da área necrosada corresponde à prega inguinal. Tratava-se de uma parturiente com feto vivo, em choque séptico e abdômen agudo. O contorno do útero era irregular e palpava-se o membro do bebê sob a parede abdominal. Na laparotomia verificou-se que o membro passara através de rotura uterina para a cavidade abdominal sendo garrotado.



230. Aneurisma da aorta abdominal (1)

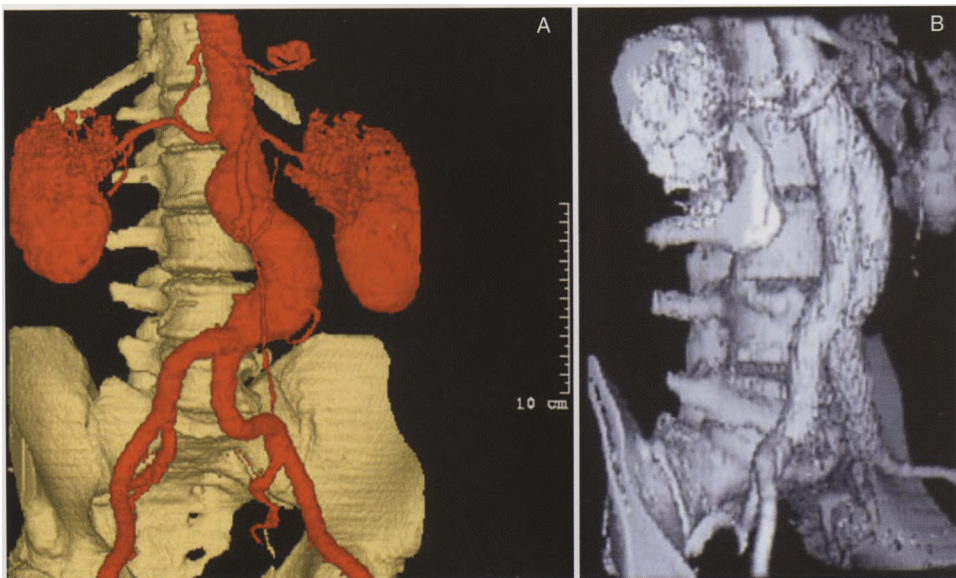
A sintomatologia referida por este doente limitava-se a dores lombares. A imagem mostra um aneurisma de forma sacular. Os elásticos abraçam a aorta imediatamente abaixo da veia renal esquerda e as artérias ilíacas primitivas.



231. Aneurisma da aorta abdominal (2)
Peça operatória fechada e aberta mostrando placas de ateroma.



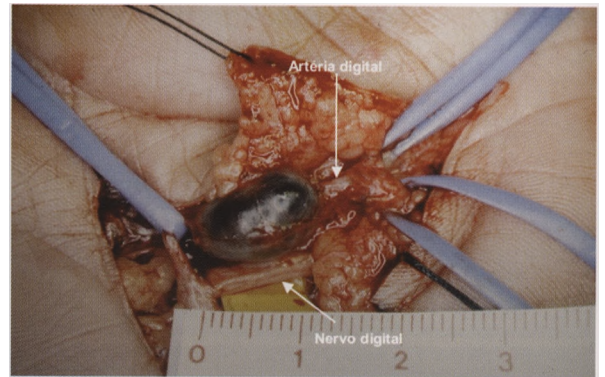
232. Aneurisma da aorta abdominal
O segmento aneurismático foi substituído por uma prótese (calção aórtico) de politetrafluoroetileno (PTFE).



233. Aneurisma da aorta abdominal
A) Aneurisma da aorta infra-renal demonstrado por reconstrução volumétrica em angio-TAC; B) o mesmo tipo de reconstrução noutra caso evidenciando uma prótese endovascular aorto-bi-iliaca correctamente posicionada.



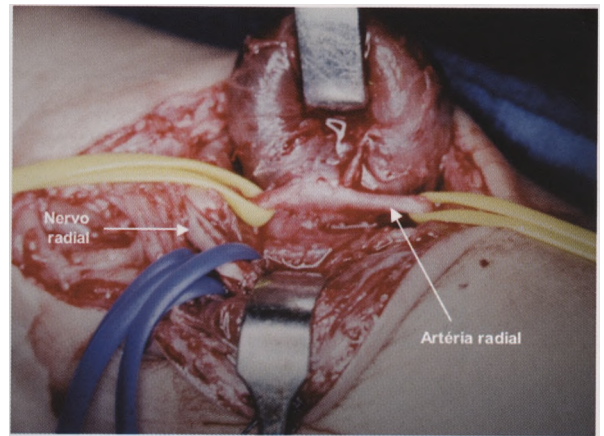
234. Aneurisma da aorta abdominal
Rotura retro-peritoneal contida.



236. Aneurisma arterial
Pseudo-aneurisma da artéria palmar pós-traumático. A palma da mão fora atingida pelo topo de uma vareta de ferro que não provocou ferida. A parede do pseudo-aneurisma é constituída por uma cápsula fibrosa e não pelos três planos que constituem a parede arterial.



235. Aneurisma da aorta abdominal
Peça de autópsia de aneurisma aorto-biiliaco de origem ateroesclerótica.



237. Aneurisma arterial
Pseudo-aneurisma da artéria radial a nível do punho provocado por picada de fragmento metálico.



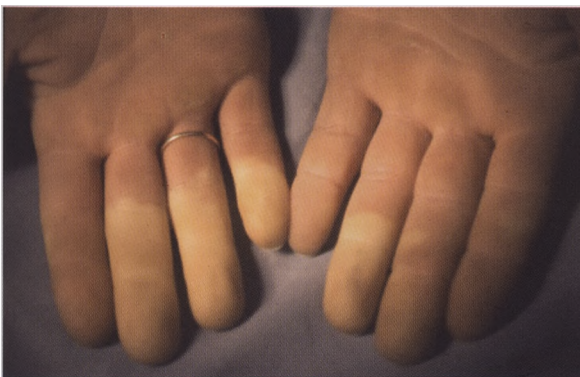
238. Síndrome de Raynaud (1)

Mulher 38 anos. Início das queixas há 8 anos, primeiro do lado direito e desde há 6 anos bilateral. Nota-se atrofia das extremidades dos dedos mais afectados (A). Desencadeavam-se crises de paroníquia (B).



239. Síndrome de Raynaud (2)

A doente anterior foi submetida a simpaticectomia periarterial das artérias digitais mais afectadas. Terapêutica que a doente refere ter sido eficaz.



240. Síndrome de Raynaud

Alterações registadas em crise desencadeada por água fria.



241. Fístula arterio-venosa - Síndrome de roubo

Doente em hemodiálise. A fuga excessiva de fluxo arterial para o sistema venoso condicionou áreas de necrose e isquemia distais à fístula.



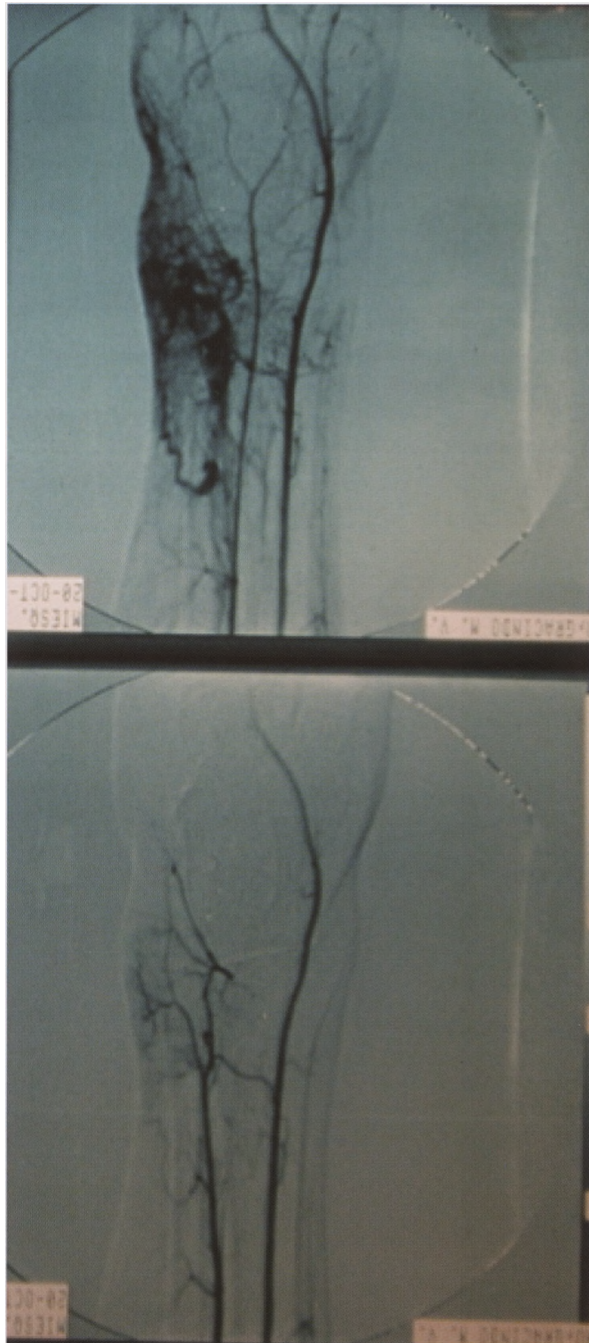
242. Pontagens arterio-venosas em doente hemodialisado

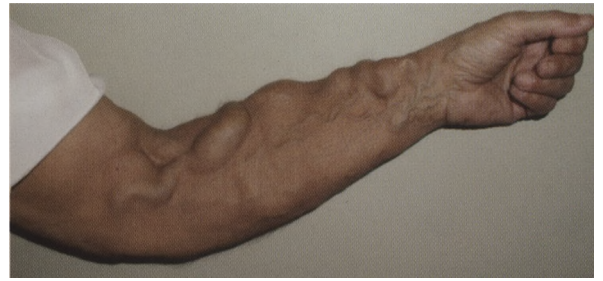
Doente em hemodiálise há 20 anos. Por falência de múltiplas fístulas arterio-venosas ao longo do tempo, este doente teve de ser submetido a pontagens axilo-femorais uma das quais também trombosou.



243. Fistulas arterio-venosas congénitas

Localizadas na face externa da perna onde se constituiu uma ulcera crónica, dolorosa e resistente a múltiplos tratamentos tópicos. A pele circundante era friável e cianosada. A terapêutica consistiu na embolização por radiologia de intervenção.





244. Veia aneurismática

Em doentes hemodialisados com fístulas artério-venosas, a multiplicidade de punções é interpretada como factor adjuvante de fragilidade cutânea e venosa.



245. Tromboflebite superficial

A veia apresenta-se inflamada ou trombosada, dolorosa, endurecida à palpação. Há eritema ao longo do seu trajecto.



246. Varizes trombosadas

Veias varicosas trombosadas com episódios de flebites recorrentes.



248. Trombose venosa profunda

Doente vítima de traumatismo com fractura da bacia. Além de dor nos gêmeos à flexão dorsal do pé (sinal de Homan), apresentava o síndrome clássica, dor na perna e coxa, edema e tensão no membro.



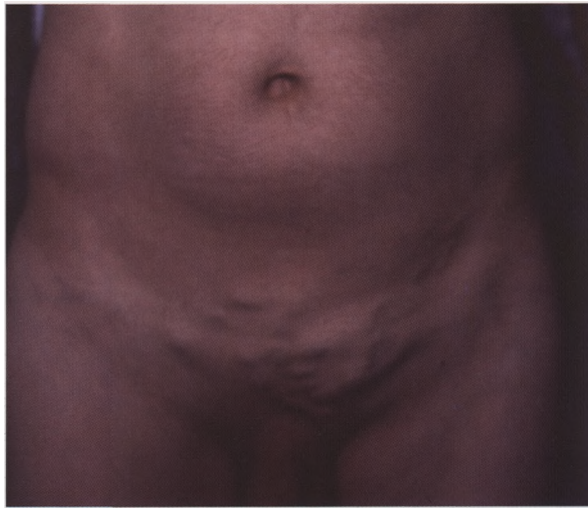
247. Trombose venosa profunda

Doente submetido a hemicolectomia por adenocarcinoma do cego. No terceiro dia de pós-operatório referiu dor na região inguinal direita, face interna da coxa e face posterior da perna do mesmo lado. Todo o membro inferior estava tumefacto, pálido, e a palpação despertava dor ao longo do trajecto da veia femoral.

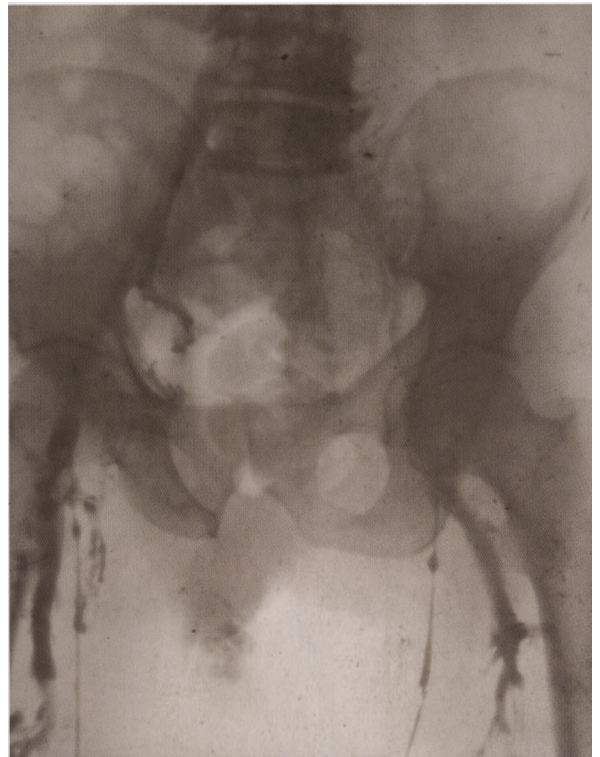


249. Trombose venosa profunda - phlegmasia cerúlea dolens

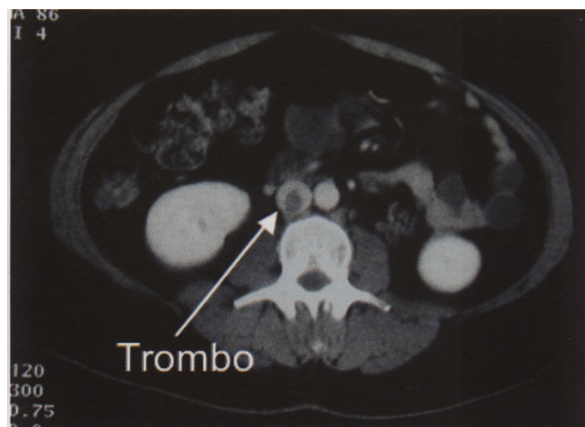
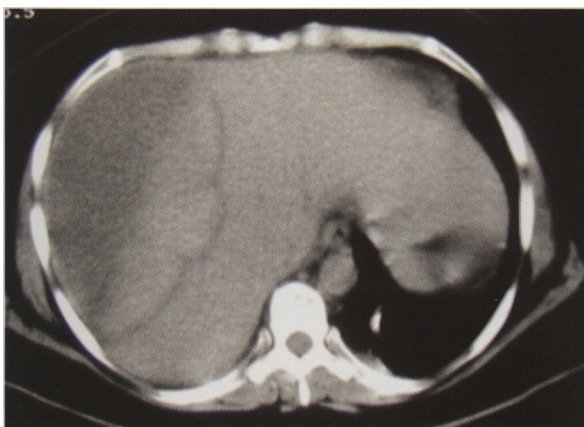
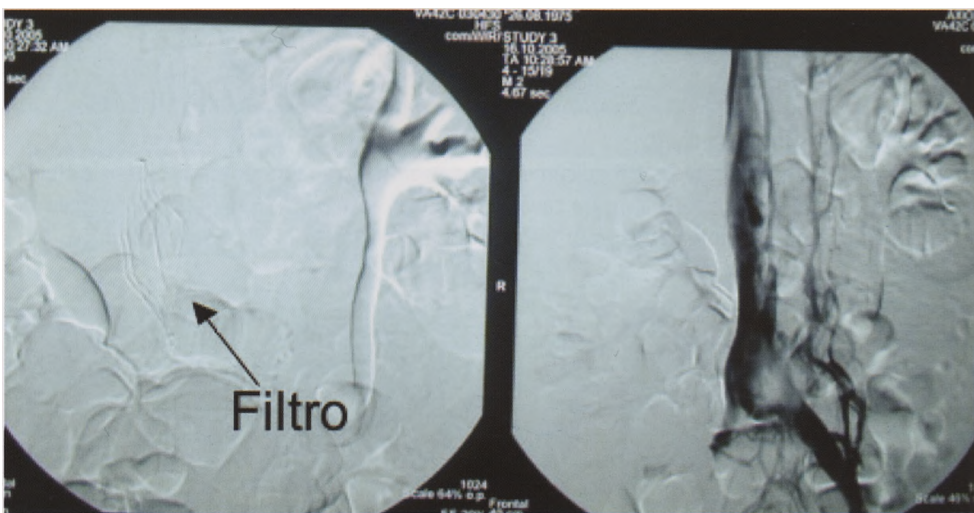
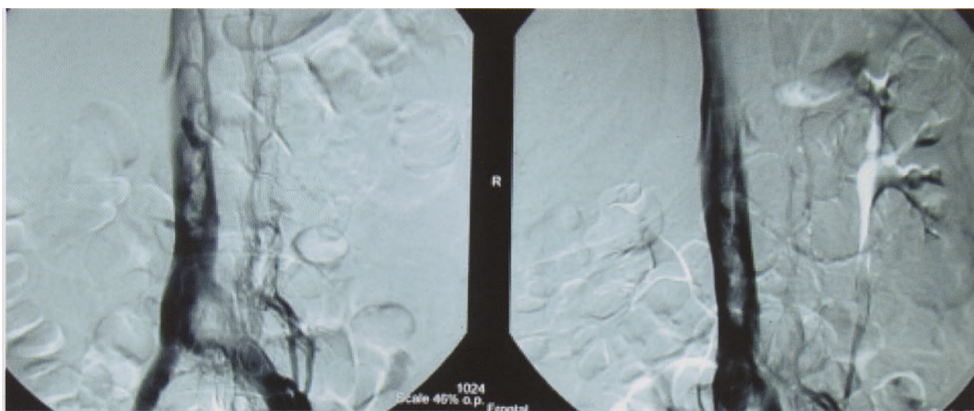
Devido ao crescimento do trombo no sentido proximal e à obstrução das veias femural e ilíaca, o membro tornou-se cianosado, edemaciado e doloroso.



250. Trombose da veia cava inferior
Notar o desenvolvimento e a dispersão da rede venosa colateral na parede abdominal.

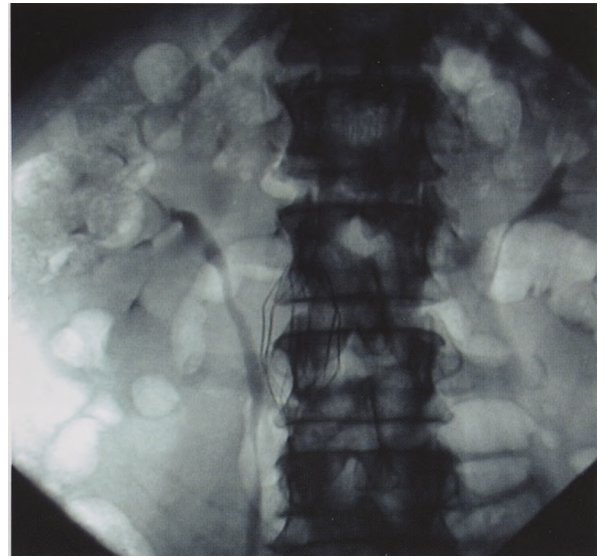
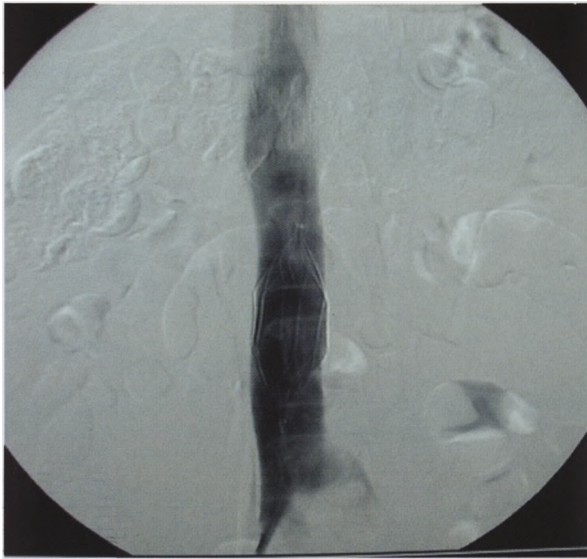


251. Trombose da veia íliaca
A venografia confirmou tromboflebite íleo-femural.



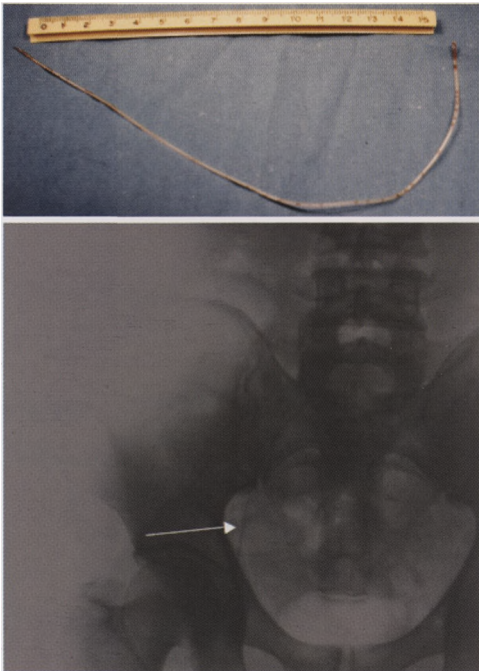
252. Trombose venosa

O estudo flebográfico mostra trombose parcial da veia cava inferior infra-renal e da veia íliaca esquerda. Vê-se também um filtro na veia cava inferior colocado abaixo das entradas das veias renais. A TC mostra imagem correspondente a hematoma sub-capsular hepático e trombose parcial da veia cava inferior.



253. Prótese endovascular na veia cava

Apesar dos cuidados profiláticos, mecânicos e medicamentosos, a embolia pulmonar tem incidência elevada. Se há formação de trombos na veia femoral, na íliaca ou na cava, a prevenção do embolismo indica a inserção de filtro, gesto que é realizado pela imagiologia de intervenção por via percutânea (veia jugular ou veia femoral).



254. Cateter perdido nas veias femoral e íliaca interna
No decorrer de cateterismo uma manobra intempestiva tracionou o catéter que foi seccionado pela extremidade da agulha condutora.



255. Linfedema congênito

Linfedema primário congênito manifestado na infância. A mãe e irmãos são portadores da afecção (doença de Milroy). O cintigrama mostrava menor número de troncos linfáticos e de menor calibre que o normal.



256. Linfedema congénito

O linfedema primário é devido a perturbações do desenvolvimento dos linfáticos em áreas específicas. Pode ser hereditário ou não hereditário. Doente de 14 anos com linfedema congénito dos membros inferiores, escroto e pênis. Sofria de ataques recorrentes de linfangite. As figuras mostram também desenvolvimento na pele de protuberâncias rugosas e vesículas que podem drenar linfa. Uma das imagens mostra um dos aspectos da terapêutica cirúrgica que consistiu em anastomoses linfático-venosas e excisão de tecido linfangiomatoso.

257. Linfedema primário do escroto, pênis e membros inferiores

Anastomoses linfático-venosas a nível da região inguino-escrotal. O método procura promover a decompressão da estase linfática. A visualização dos vasos linfáticos foi conseguida com injeção de Azul de Evans.





258. Linfedema secundário

Resulta de processos patológicos ou cirúrgicos que interrompem a drenagem linfática. Linfedema pós-esvaziamento ganglionar axilar e radioterapia por neoplasia da mama. A pele é acentuadamente espessa.



259. Linfedema pós mastectomia e radioterapia

Ao linfedema associava-se plexite rádica.



260. Linfedema pós mastectomia

O linfedema que se acentuou com a radioterapia .



261. Linfedema secundário

Doente submetido a operação de Milles e linfadenectomia aorto-iliaca.

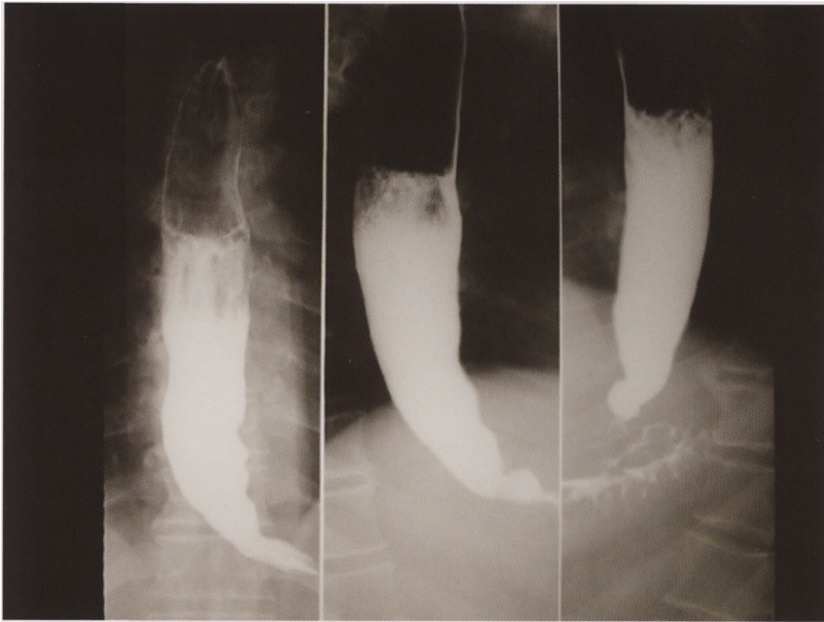


262. Linfangioma do Hallux

Lifangioma circunscrito à extremidade interna do dorso do pé e ao dedo grande. A doente referia que a lesão ulcerada fora resistente a múltiplas terapêuticas locais dirigidas à cicatrização. A última imagem mostra o resultado obtido após excisão do linfangioma e aplicação de enxertos de pele livre.

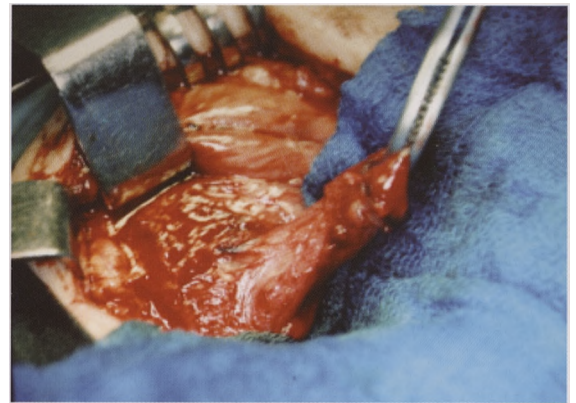
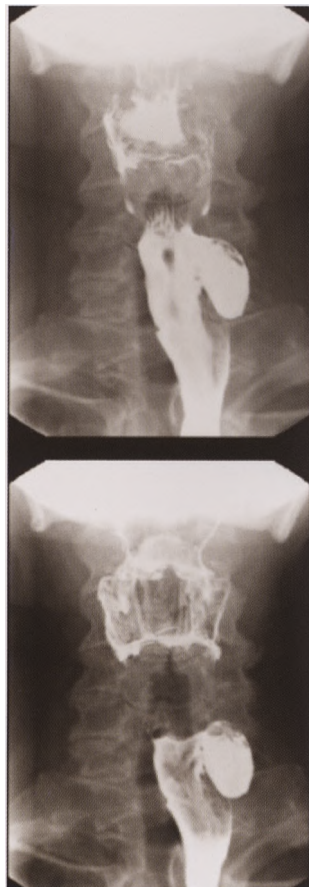
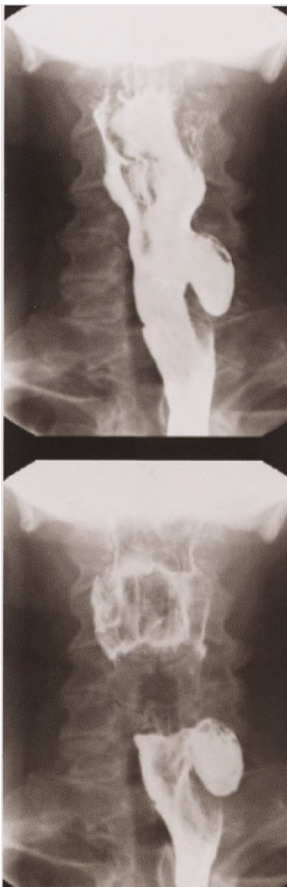
Esófago, Diafragma

Capítulo 11



263. Acalásia

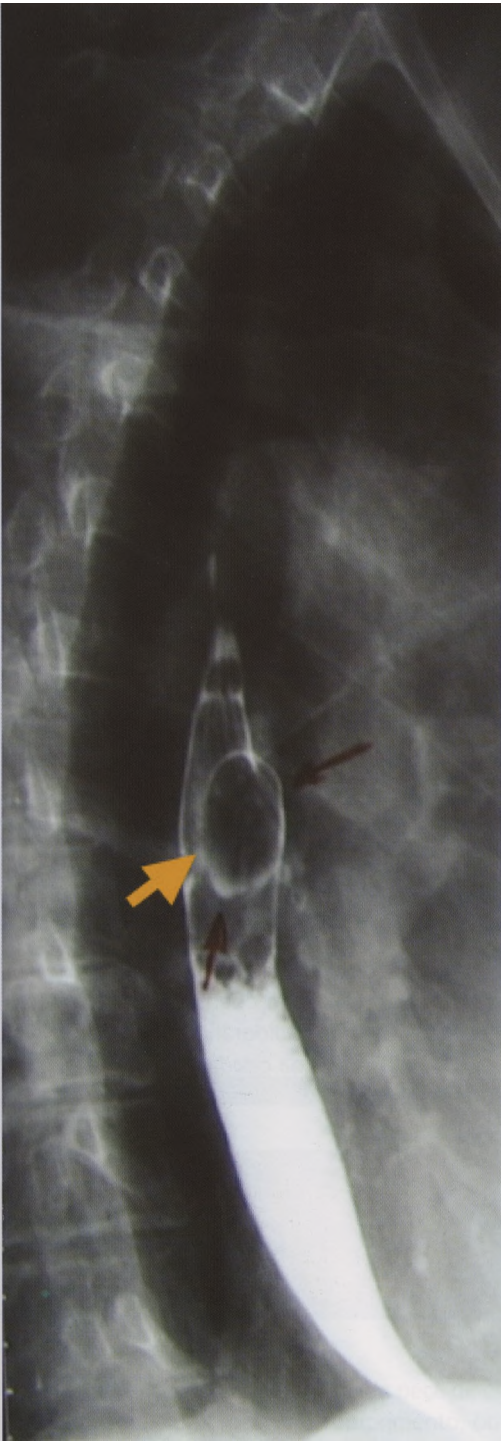
Afeção de etiologia desconhecida que à deglutição condiciona peristaltismo anormal no corpo esofágico e incapacidade de relaxamento do esfíncter esofágico inferior. A disfagia é sintoma dominante, e porque o esófago pode reter alimentos a regurgitação é habitual. A imagem do trânsito esofágico com papa baritada mostra o esófago distendido e um aperto na área cárdio-esofágica.



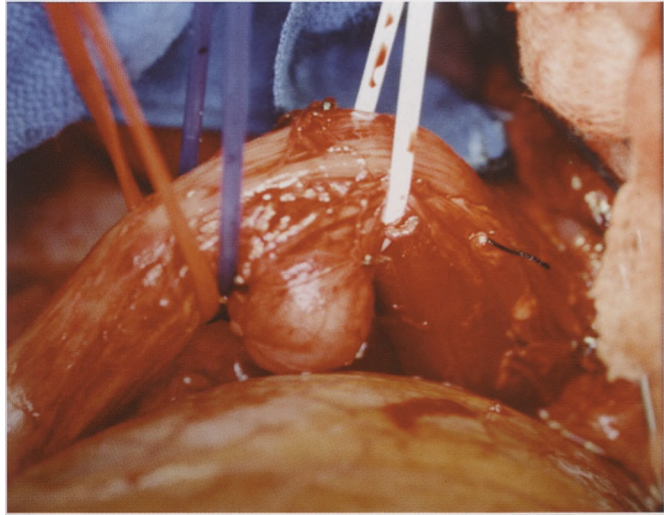
264. Divertículo de Zenker

Divertículo faríngeo-esofágico.

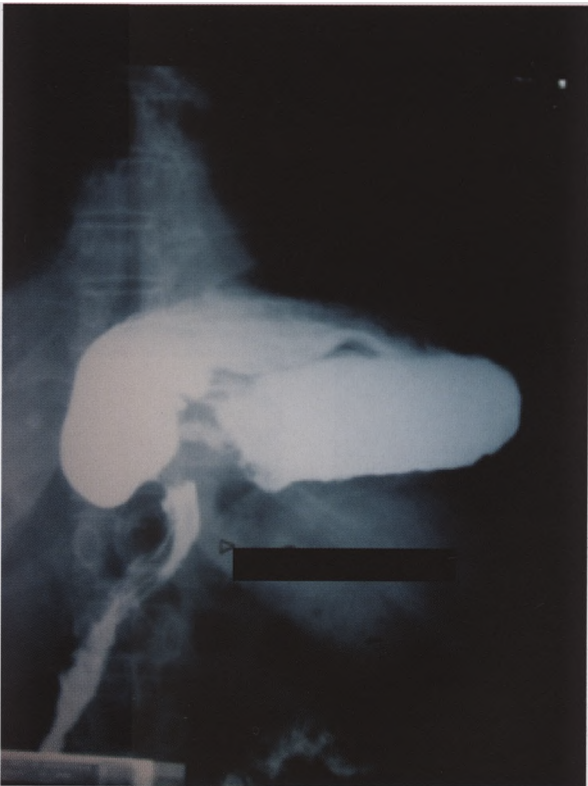
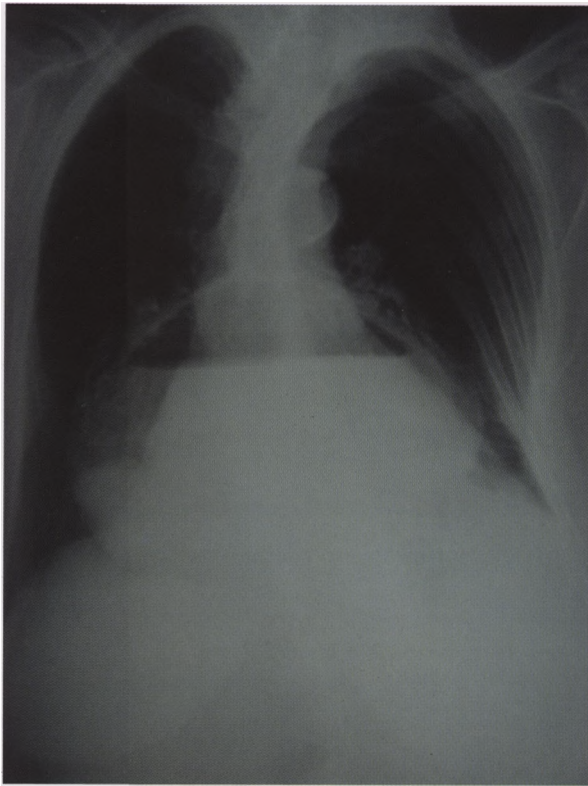
Provoca disfagia, interrupções no trânsito esofágico durante a ingestão e regurgitação de alimentos não digeridos.



265. Divertículo do terço médio do esófago
Os divertículos do esófago médio são considerados divertículos de fracção, mas alguns podem ser causados por anomalias da motilidade esofágica.

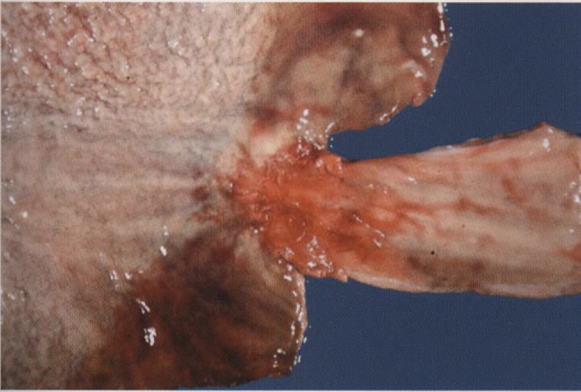


266. Divertículo epifrénico do esófago e hérnia do hiato
O divertículo epifrénico localiza-se no terço distal do esófago. É classicamente considerado divertículo de pulsão e associado a perturbações da motricidade esofágica.



267. Hérnia do hiato esofágico

As imagens referem-se a um doente sem sintomatologia específica. O estudo radiográfico ocasional revelou a presença do estômago na cavidade torácica.



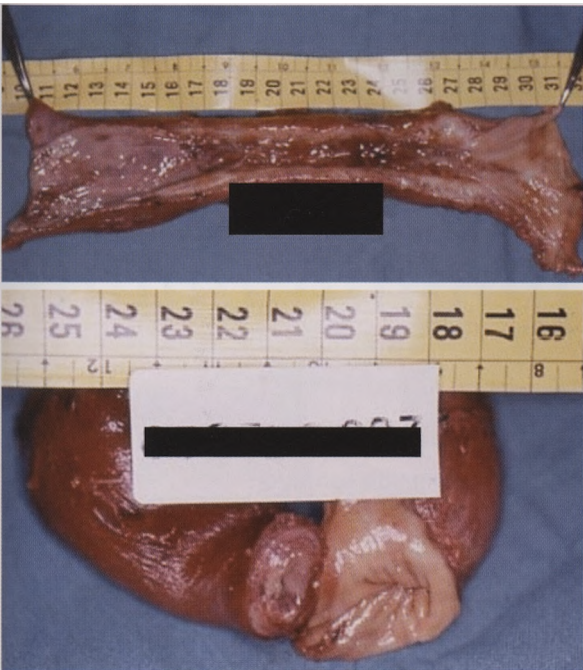
268. Varizes esofágicas

Peça de autópsia que mostra ruptura de varizes esofágicas e hemorragia infiltrativa da porção terminal do esôfago e fundo gástrico.



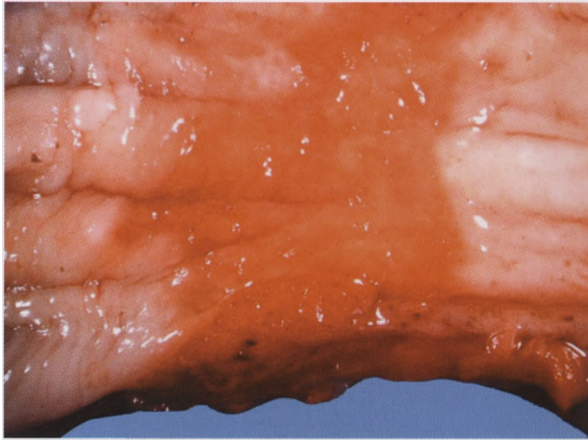
269. Varizes esofágicas

A hipertensão portal favorece o desenvolvimento de varizes na submucosa gastro-esofágica que constituem uma derivação do sistema porta para o sistema cava. A imagem refere-se a trânsito esofágico baritado que mostra a morfologia típica das varizes.



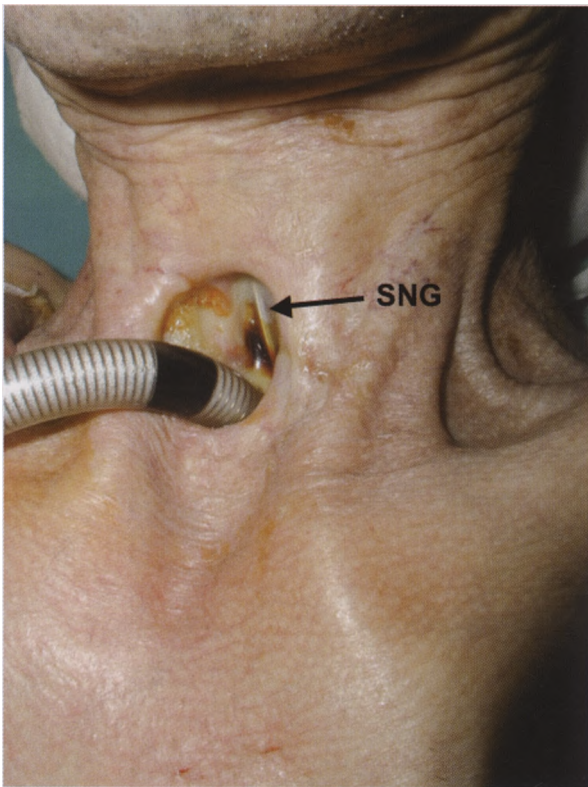
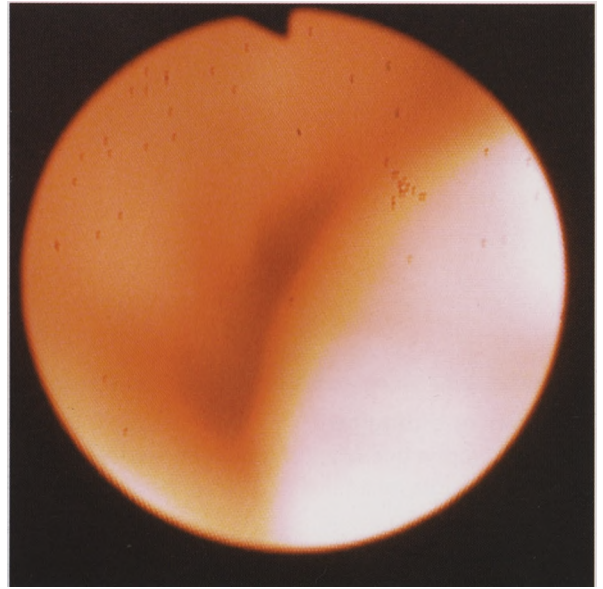
270. Esofagite cáustica

Estenose cáustica: na porção média da peça de esofagectomia sub-total com 18 cm de comprimento, observa-se uma zona estenótica com extensão de 8 cm, cujo revestimento interno (mucoso), era irregular e hemorrágico. Nesta zona observa-se espessamento acentuado da parede. Uma das imagens evidencia a diferença existente nos diâmetros entre a zona normal e a atingida.



271. Esofagite cáustica

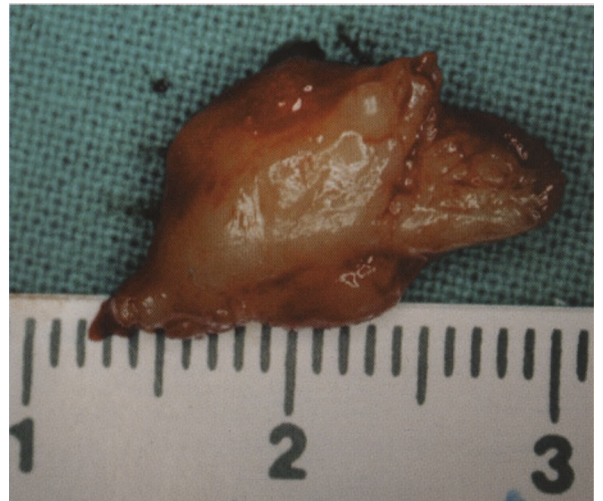
A imagem mostra um dos focos da lesão esofágica com apagamento e infiltração hemorrágica da mucosa.



273. Esofagostomia

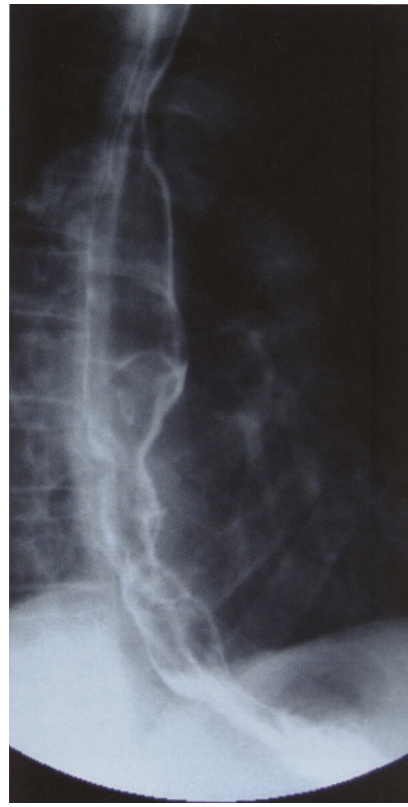
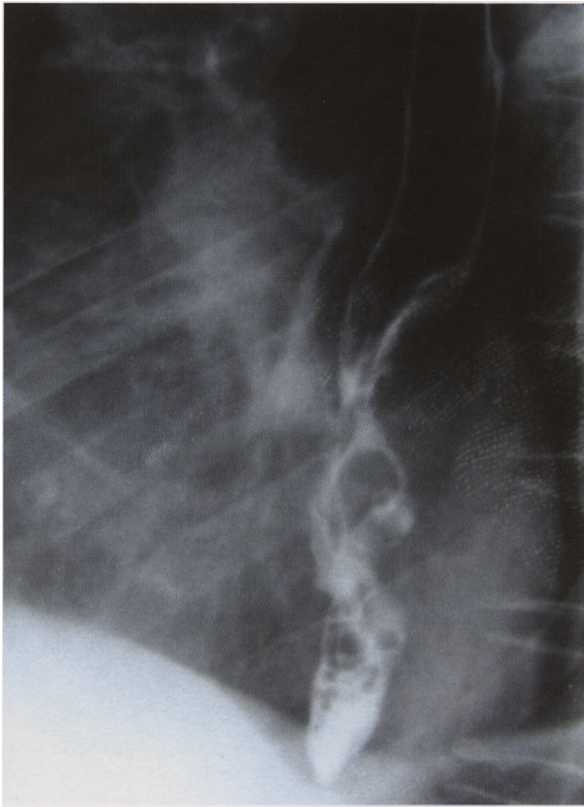
Sequela de laringectomia.

A imagem mostra a sonda nasogástrica (SNG) depositada na parede posterior do esôfago, assim como a prótese respiratória.



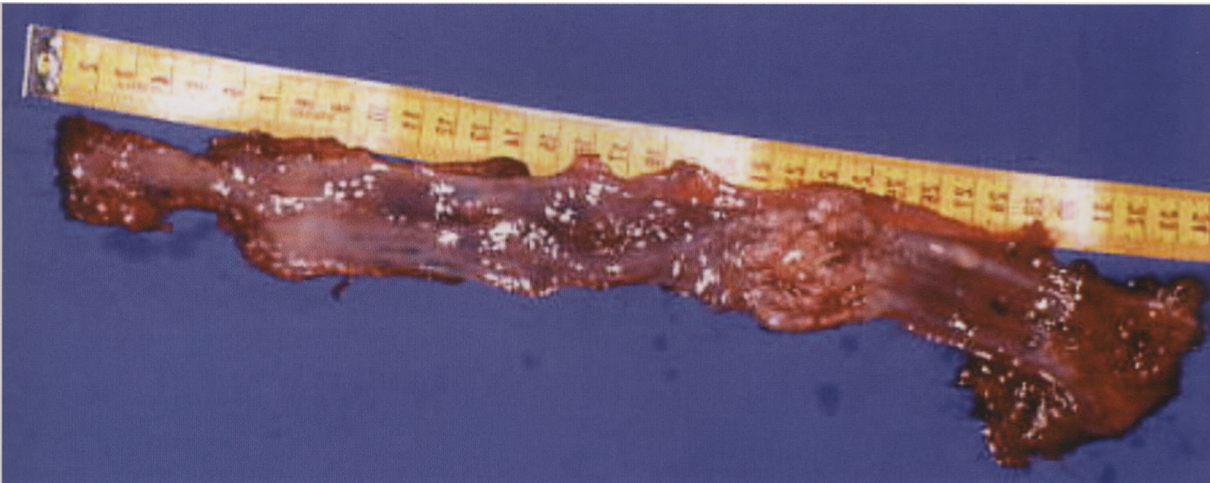
272. Leiomioma do esôfago

Doente com queixas de odinofagia. A endoscopia revelou uma zona de estreitamento do lúmen com mucosa regular, mobilizável e de coloração normal. O estudo baritado referenciou a lesão que foi excisada por enucleação. Era ovóide com 2 cm de eixo maior.



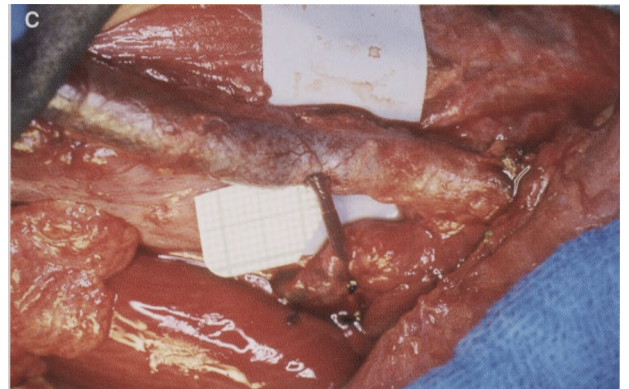
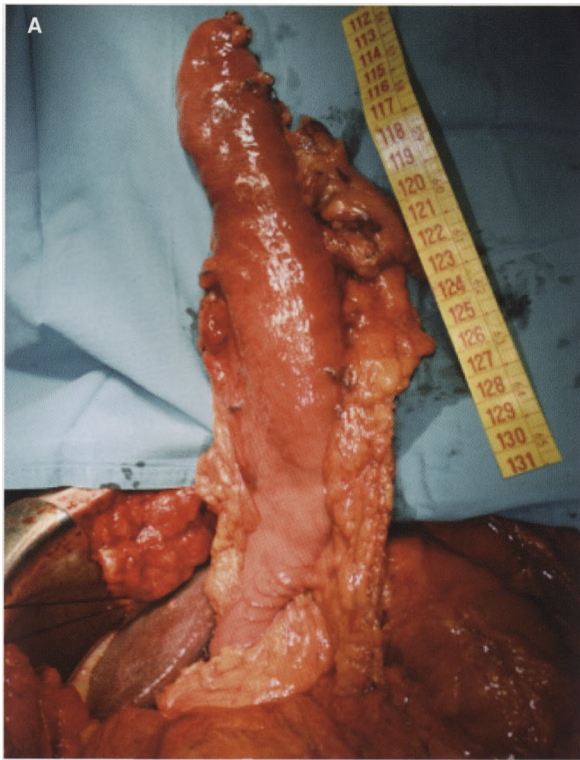
274. Carcinoma esofágico

O estudo radiográfico mostra estreitamento irregular do lúmen, aspecto que não se altera nas várias incidências da mesma área.



275. Tumor duplo do esófago

A incidência de cancro esofágico síncrono ou metácrono está aumentada em doentes com tumores primitivos da cabeça e do pescoço. A doente a que se refere a imagem fora submetida a laringectomia por tumor maligno dois anos antes.



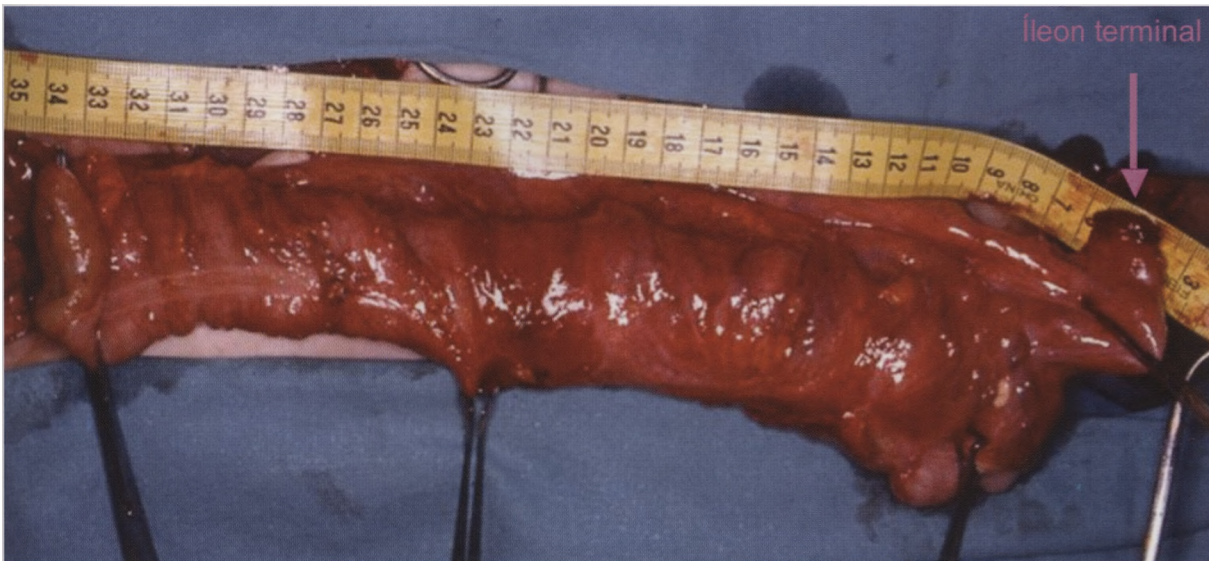
276. Esofagogastroplastia

O estômago, pelas dimensões e vascularização, é o órgão preferencial para esofagoplastia na patologia maligna. Por vezes a extremidade proximal, a cervical, manifesta perturbações vasculares, particularmente congestão (A). Nestas circunstâncias preconizamos a realização de anastomoses de vasos da extremidade gástrica - veias e artérias (vasos curtos) - a vasos cervicais. A - Gastroplastia; B - Vasos curtos a anastomosar; C - Anastomose à veia jugular interna

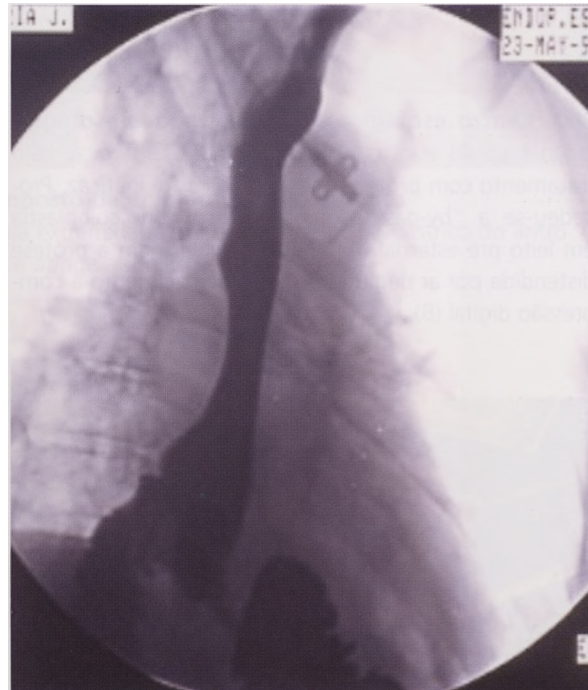
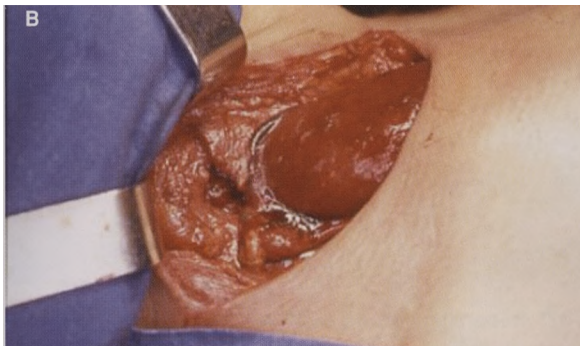
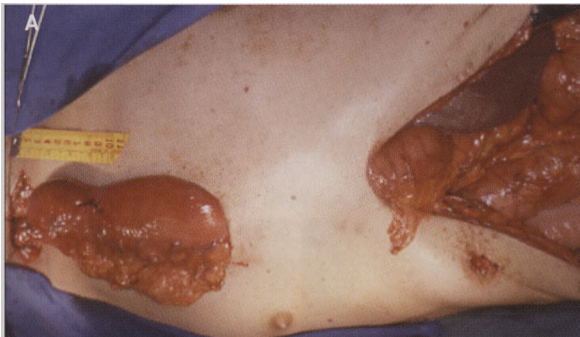


277. Esofagocoloplastia

A sua utilização é particularmente condicionada por eventual patologia intrínseca e pela distribuição vascular. No levantamento da peça preconizamos a preservação de vasos da área que atingirá a região cervical para a eventualidade de se tornar conveniente anastomosa-los a vasos cervicais.



278. Esofagocoloplastia com a extremidade ileal
O perímetro do íleon e o do esôfago são semelhantes.

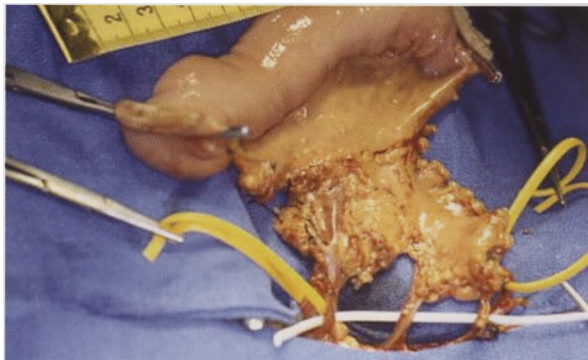


279. Esofagocoloplastia pré-esternal

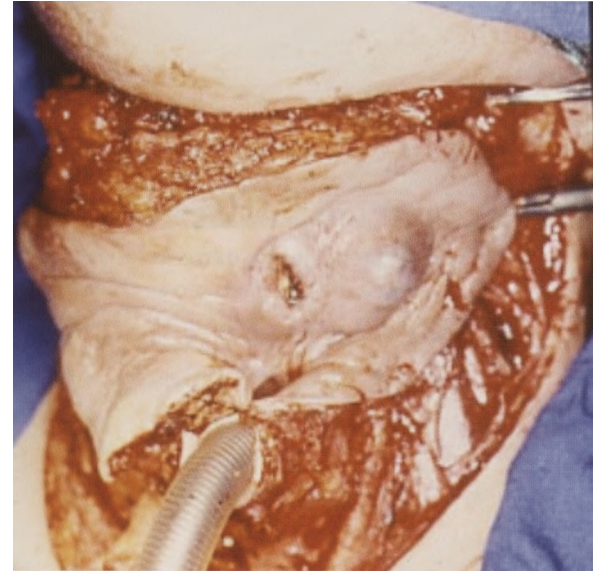
A passagem da prótese no túnel subcutâneo pode lesar a sua vascularização e comprometer a viabilidade. Assim é prudente que a ascensão se faça em dois tempos sucessivos mediante uma incisão intermédia localizada entre o apêndice xifóide e a região cervical. As imagens mostram a subida e exteriorização da coloplastia (A) e a reintrodução da porção que fora exteriorizada e que irá atingir a zona receptora (região cervical) (B). O estudo radiográfico mostra o trânsito restabelecido.



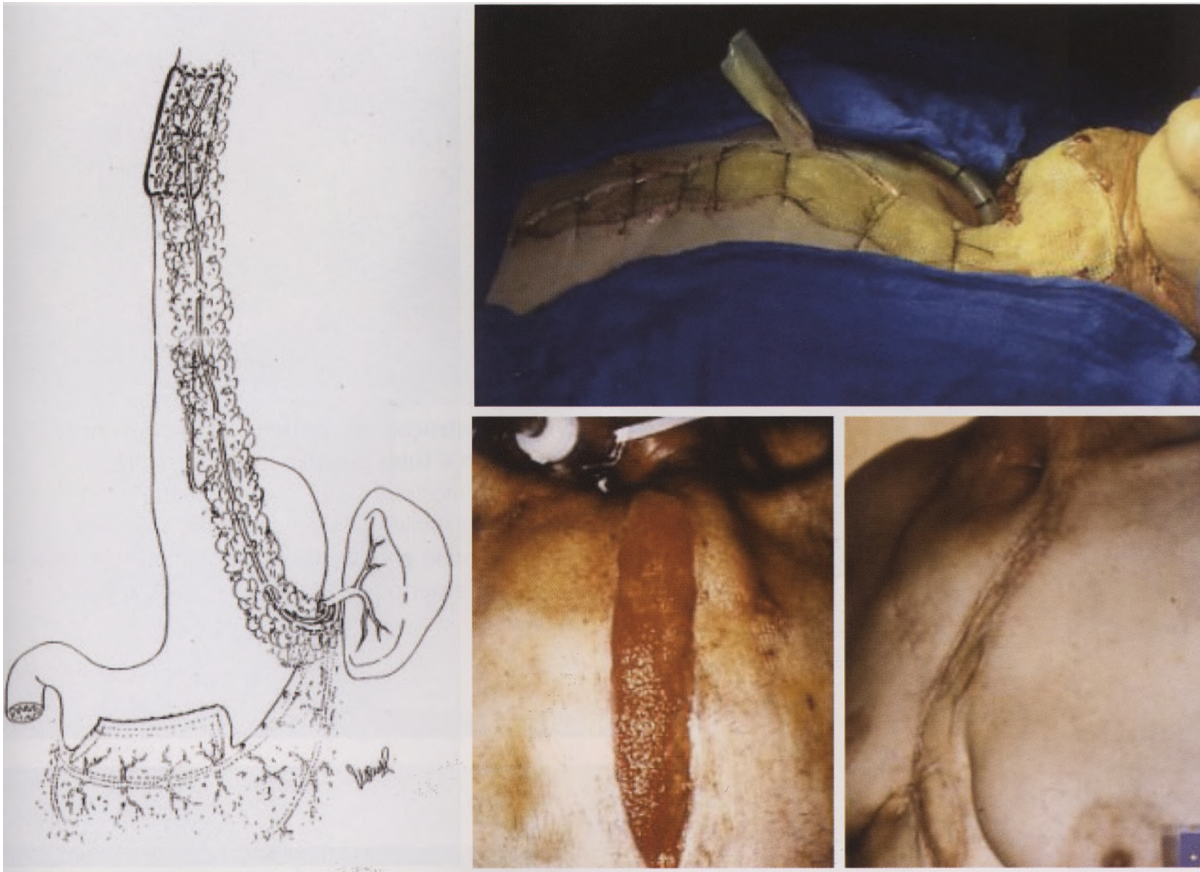
280. Cancro esofágico - fístula traqueo-esofágica
Doente de 48 anos com fistula traqueo-esofágica, cujo tratamento com prótese endoesofágica foi ineficaz. Procedeu-se a "by-pass"esófago-gástrico com coloplastia em leito pré esternal. As imagens evidenciam a prótese distendida por ar deglutido (A) e o esvaziamento á compressão digital (B).



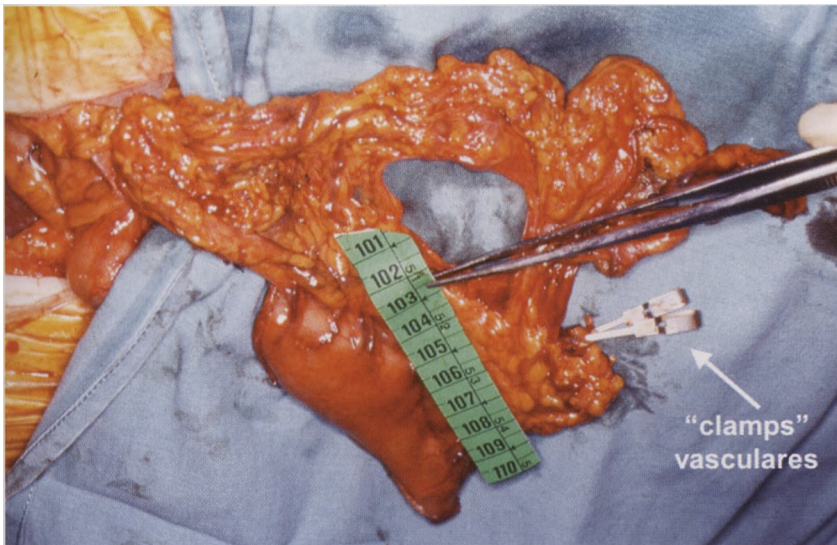
281. Enxerto livre de intestino delgado
O intestino delgado como enxerto livre revascularizado constitui o material de eleição para a reconstrução do esófago cervical.



282. Reconstrução do esófago cervical com ansa intestinal livre
Doente submetida a laringectomia por carcinoma adenóide cístico das glândulas salivares minor da laringe. Dois anos depois recidivou com invasão esofágica. A intervenção cirúrgica paliativa incluiu reconstrução esofágica cervical com ansa intestinal livre coberta com retalho peitoral.



283. Reconstrução do esôfago cervical com retalho composto de epíplon e tubo gástrico
Retalho pediculado nos vasos gastro-epiplóicos esquerdos cuja extremidade é um tubo de tecido gástrico do antro. O retalho é depositado em leito pré-esternal criado por incisão e atinge a região cervical.



284. Reconstrução do esôfago cervical com retalho de epíplon e tubo gástrico Na imagem os "bull-dogs" referenciam os topos direitos da secção das artéria e veia gastro-epiplóicas que poderão ser anastomosados a vasos cervicais. Aprecia-se também a dimensão do tubo gástrico.

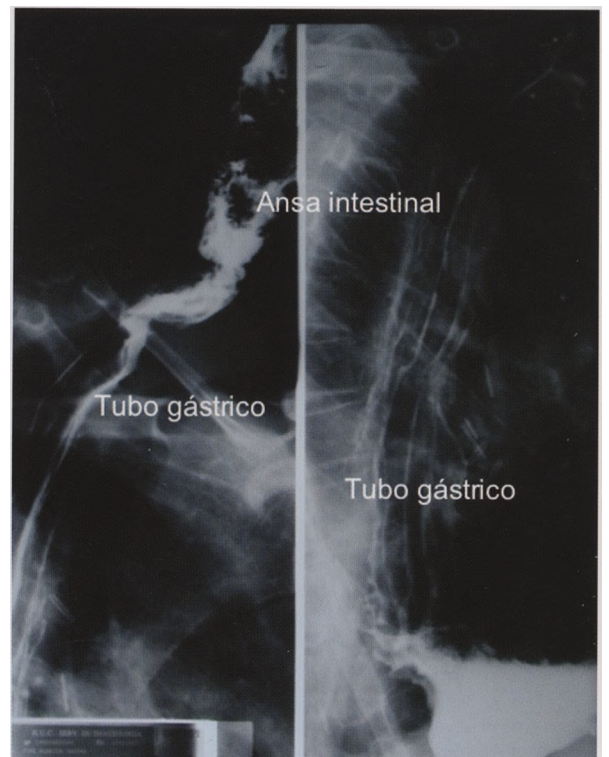


285. Reconstrução do esôfago cervical com retalho de epíloon e tubo gástrico

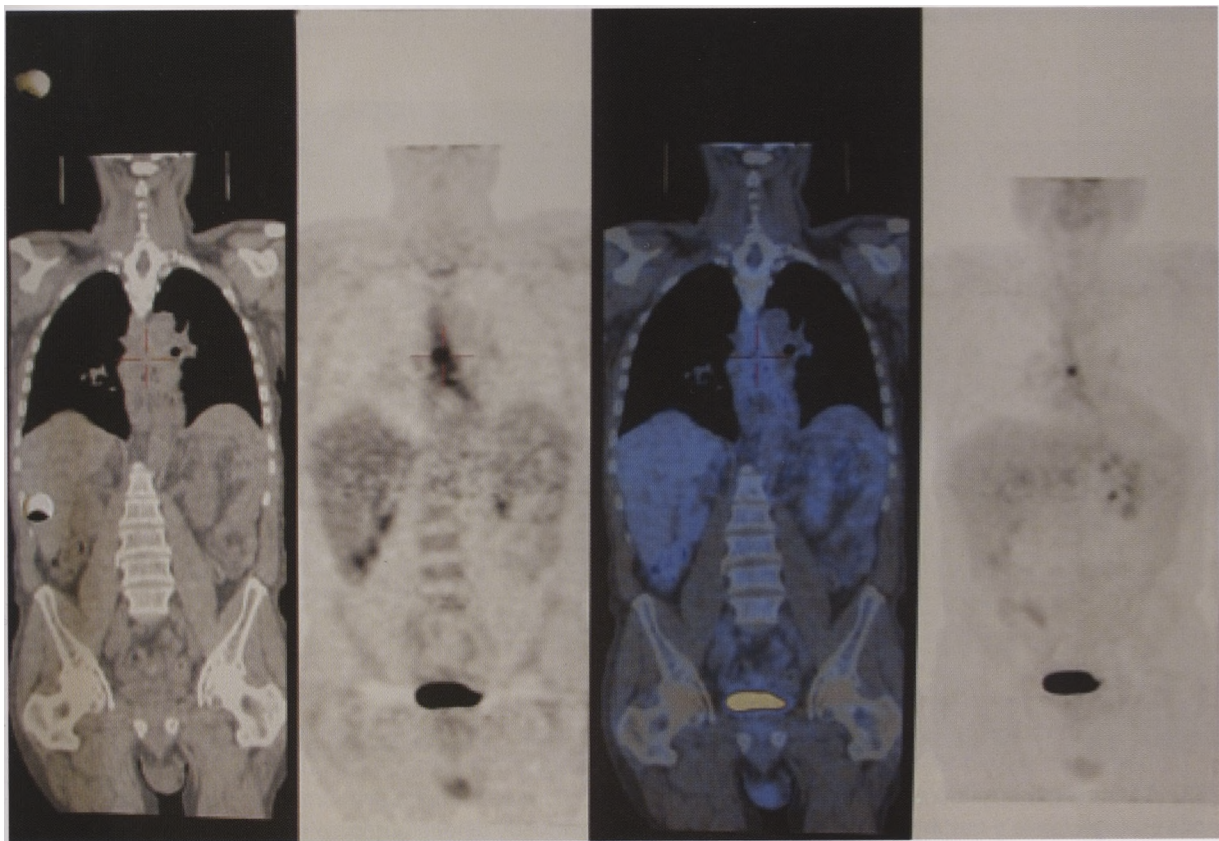
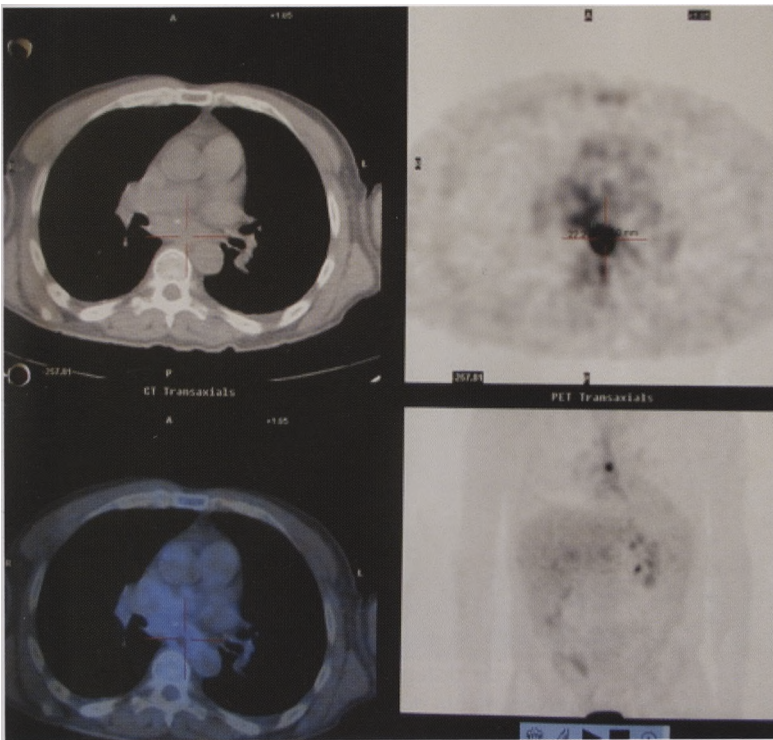
As imagens mostram o tubo gástrico depositado no leito receptor e restabelecida a continuidade digestiva. O epíloon é rebatido protegendo as anastomoses; se necessário receberá enxertos de pele livre.

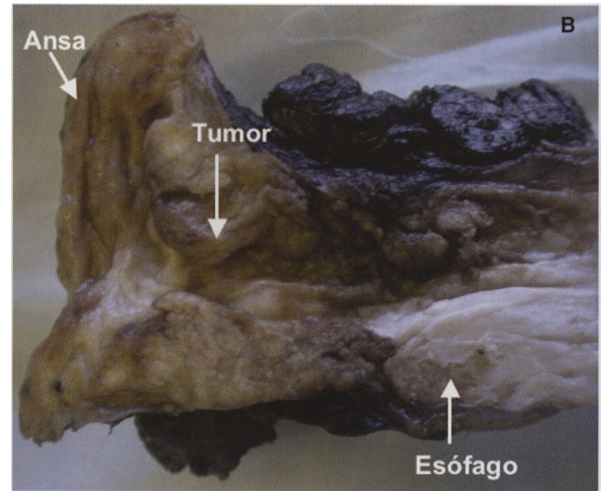
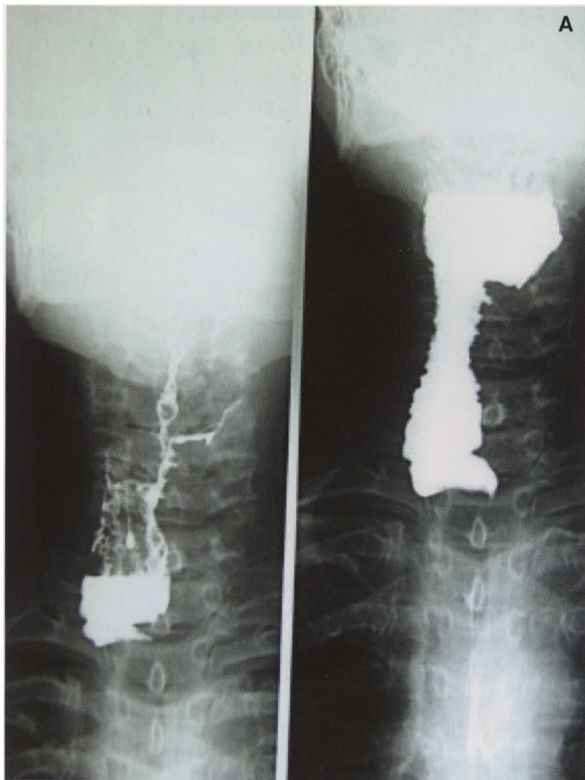
286. Reconstrução do esôfago cervical com ansa intestinal livre

Doente submetido a esofagectomia total e reconstrução com tubo gástrico. Ao 18º dia surgiu fistula cervical por necrose da extremidade proximal da gastroplastia. Entre a base da língua e o tubo gástrico foi entreposta uma ansa intestinal livre.

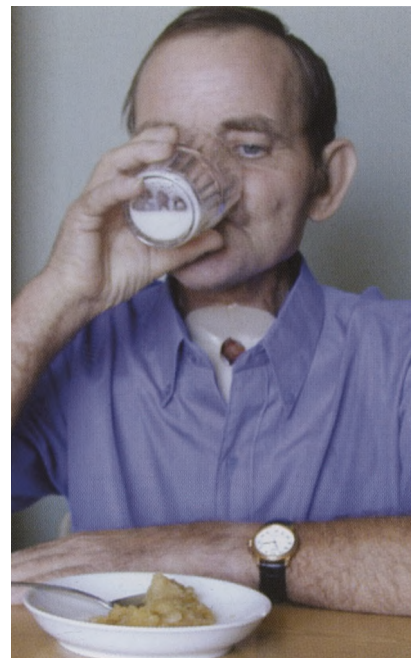
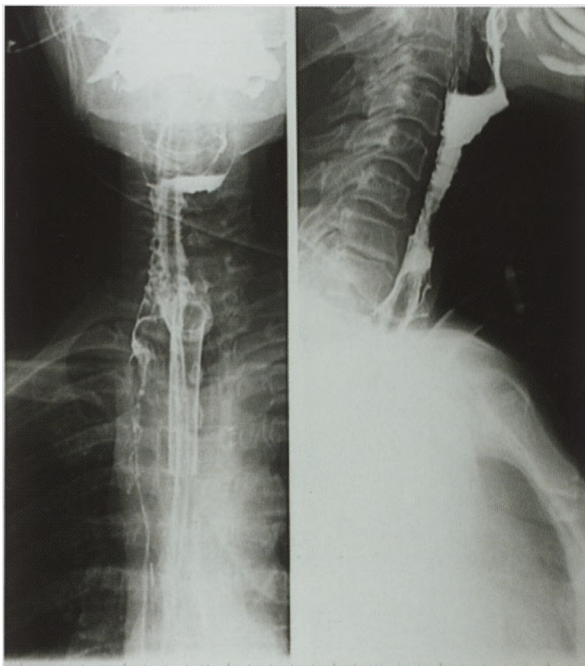


287. Carcinoma esofágico
Quatro anos após a esofagectomia, por tomografia de emissão de positrões com FDG - F18, foi posta em evidência doença tumoral activa no tubo da gastroplastia.

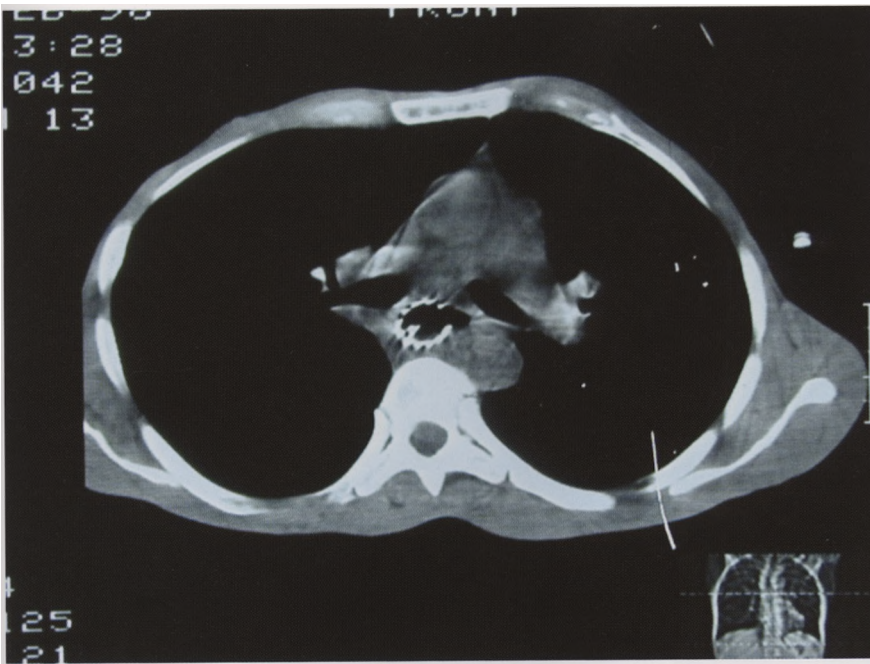




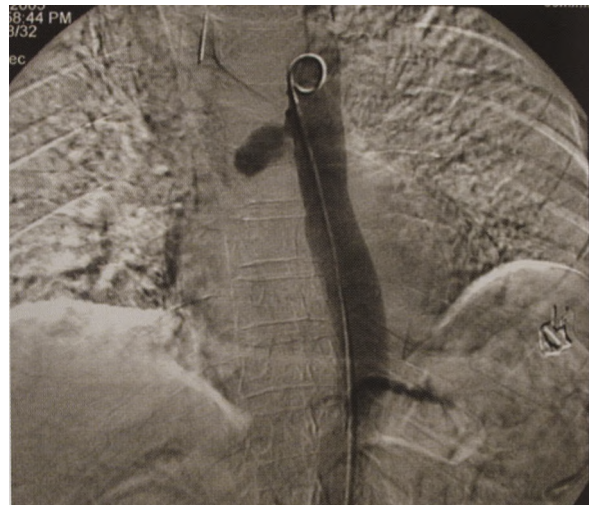
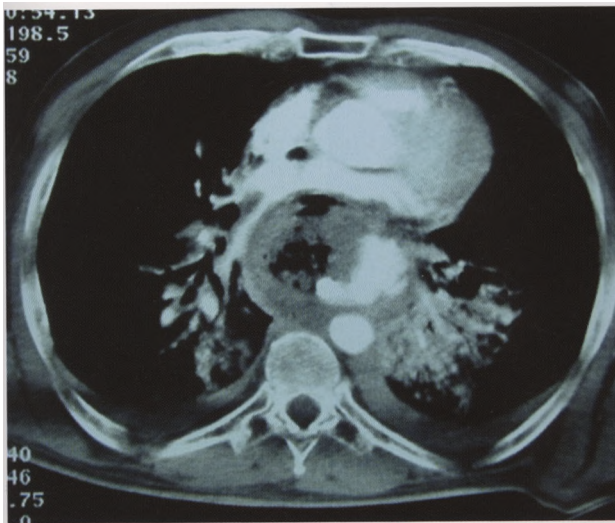
288. Adenocarcinoma do esófago restante
Doente submetido a reconstrução do esófago-cervical com ansa de intestino delgado. Quatro anos depois, em quadro de disfagia total, diagnosticou-se novo tumor imediatamente distal à anastomose inferior. A - imagens da interrupção do lúmen da ansa intestinal cervical; B - imagem da peça operatória.



289. Adenocarcinoma do esófago restante
Após esofagectomia e gastroplastia, o doente recuperou a capacidade de deglutição.

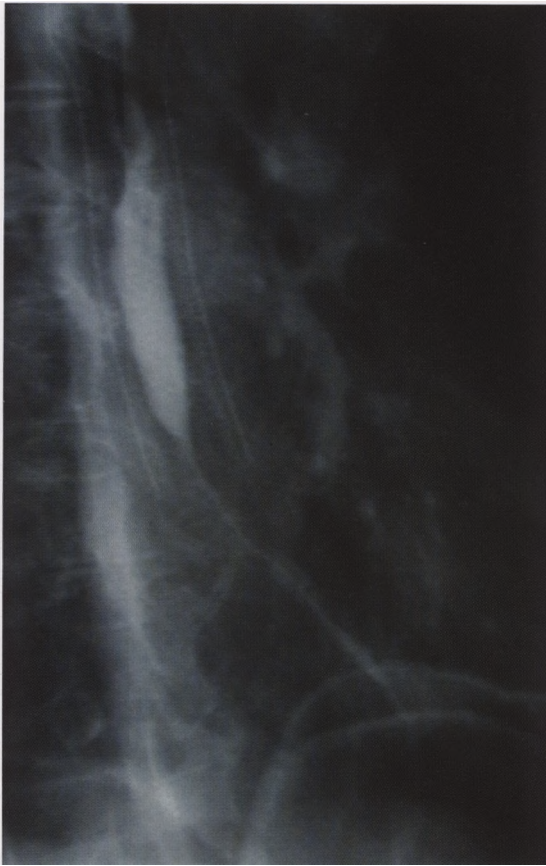


290. Tumor do esôfago
Fratura de prótese endoluminal e constituição de fistula esôfago-bronquica.



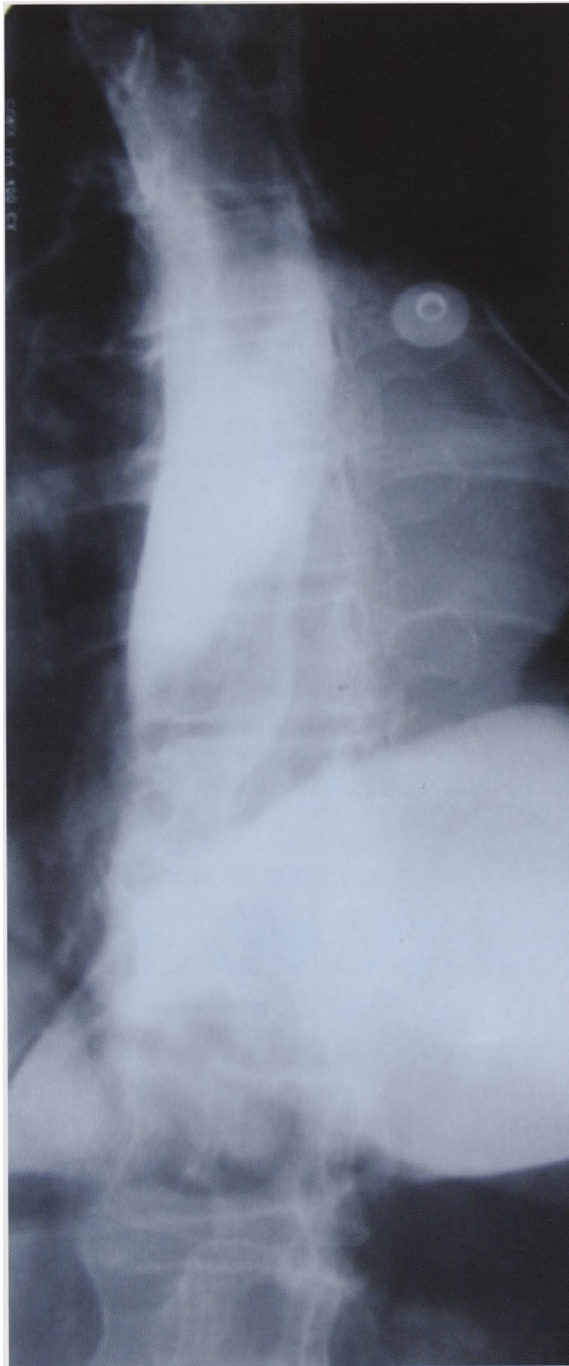
291. Carcinoma esofágico

Doente submetido a esofagectomia sub-total, esofagogastropastia e radioquimioterapia adjuvante. Houve implantação tumoral na gastropastia e fistula aorto-digestiva. Uma das imagens mostra haver passagem de produto de contraste da aorta descendente para o lúmen do tubo gástrico. A aortografia de subtração digital (DSA) revela rotura da aorta descendente no seu contorno interno com extravazamento do contraste em forma de pseudoaneurisma.



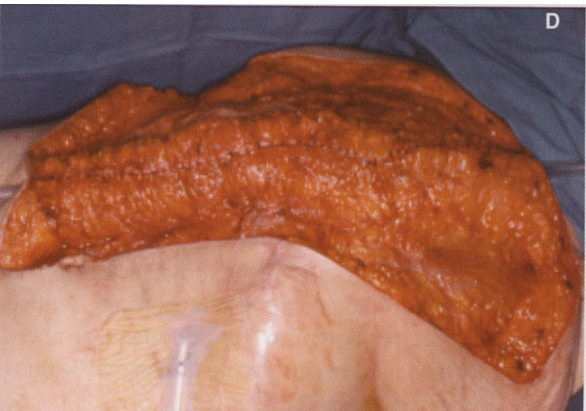
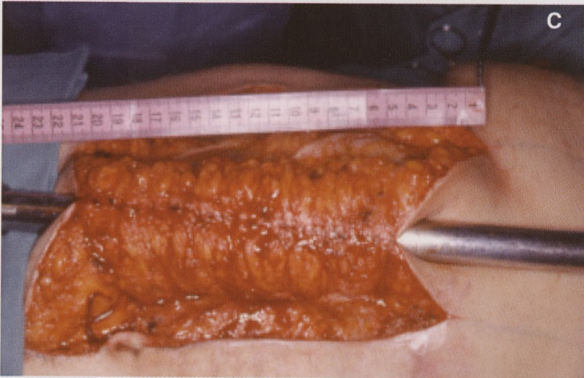
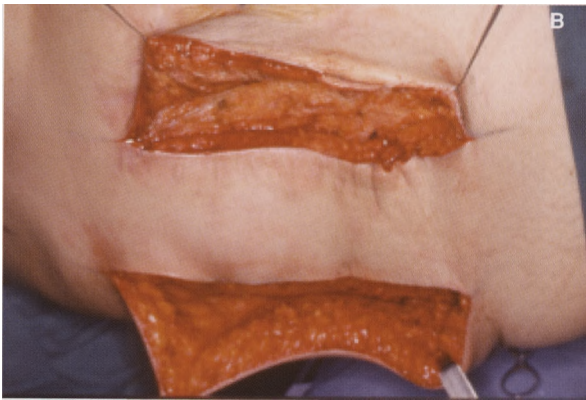
292. Esófago - perfuração instrumental

As imagens referem-se a um doente com carcinoma esofágico. No decorrer das manobras para introdução de endoprótese houve rotura esofágica. Foi submetido a esofagostomia cervical e enterostomia de alimentação.



293. Esofagoplastia com retalho cutâneo tubular pré-esternal (1)

Doente de 59 anos submetida a gastrectomia total por cancro gástrico. O trânsito foi reconstruído com anastomose esófago-jejunal em Y de Roux. Sobreveio uma fistula anastomótica que após correcção cirúrgica reapareceu. A doente chegou-nos em sepsis. A gastrografina ingerida acumulou-se no espaço sub-diafragmático correspondente ao abscesso. Procedeu-se ao encerramento das extremidades esofágica e jejunal, drenagem mediastínica e abdominal, jejunostomia de alimentação e esofagostomia cervical.



294. Esofagoplastia-retalho cutâneo tubular pré-es-
ternal (2)

Para reconstrução do trânsito "esofágico"optou-se por um retalho cutâneo tubulado. Esta opção fundamentou-se em: I - condições ambientais intra-abdominais (quatro laparotomias e sequelas de abscessos); II - diverticulose cólica generalizada; III - flacidez da pele devido ao emagrecimento e ao volume mamário que tornava viável a construção dum retalho tubular sepultado em subcutâneo. As imagens mostram: A - esofagostomia cervical e fístula mucosa esofágica; B - referência dos limites do retalho para a plastia esofágica e dos retalhos que o cobririam; C - neo-esôfago a ser moldado com tubo de rectossigmoidoscopia de 2cm de diâmetro; D - neo-esôfago pronto a ser sepultado por retalhos laterais; E - pós-operatório imediato.

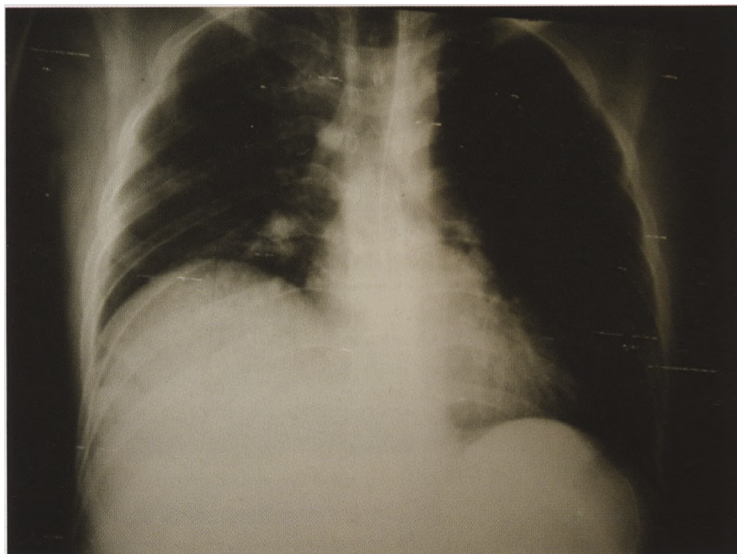


295. Esofagoplastia - retalho cutâneo tubular pré-es-
ternal (3)

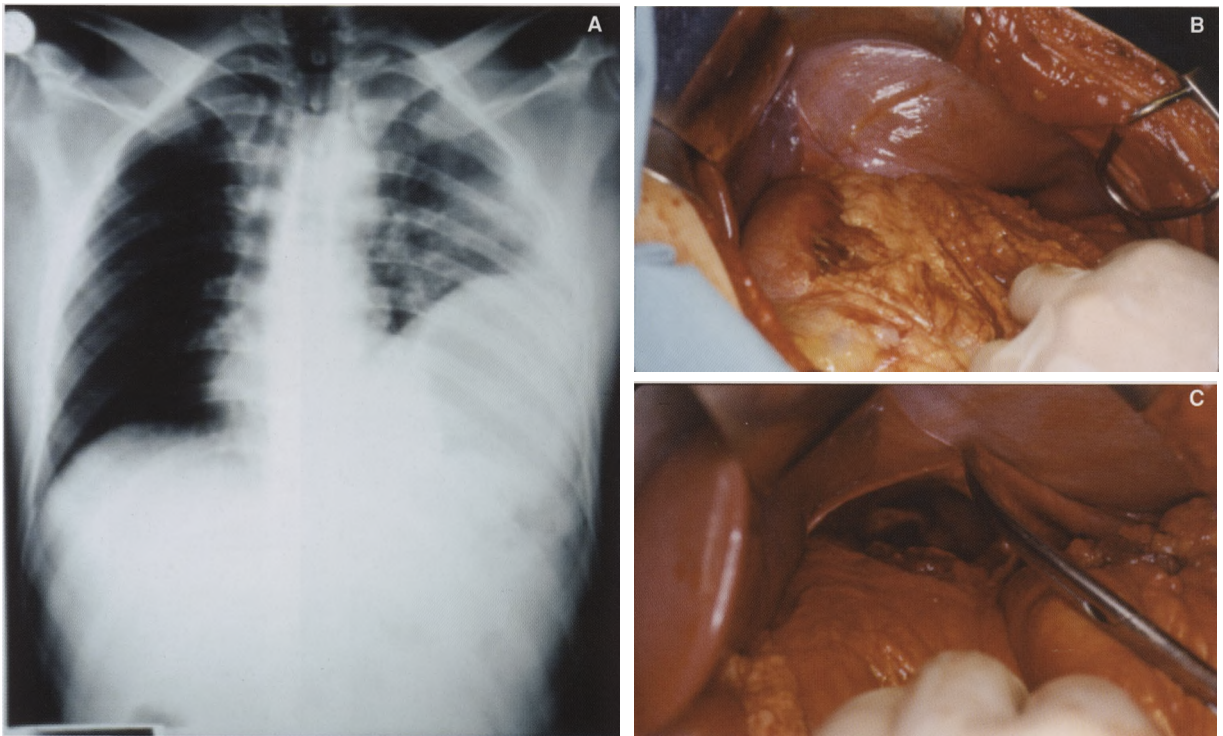
A imagem mostra a "fístula mucosa" da porção esofágica abandonada "in situ" * e o trajecto subcutâneo do neo-esôfago (assinalado por setas).



296. Estenose de anastomose esófago jejunal
Doente submetido a gastrectomia total por neoplasia gástrica e que vinte meses depois surgiu com disfagia e vômitos alimentares. A imagiologia mostra angulação da anastomose esófago-jejunal com estenose e distensão a montante. Tratava-se de recidiva tumoral.

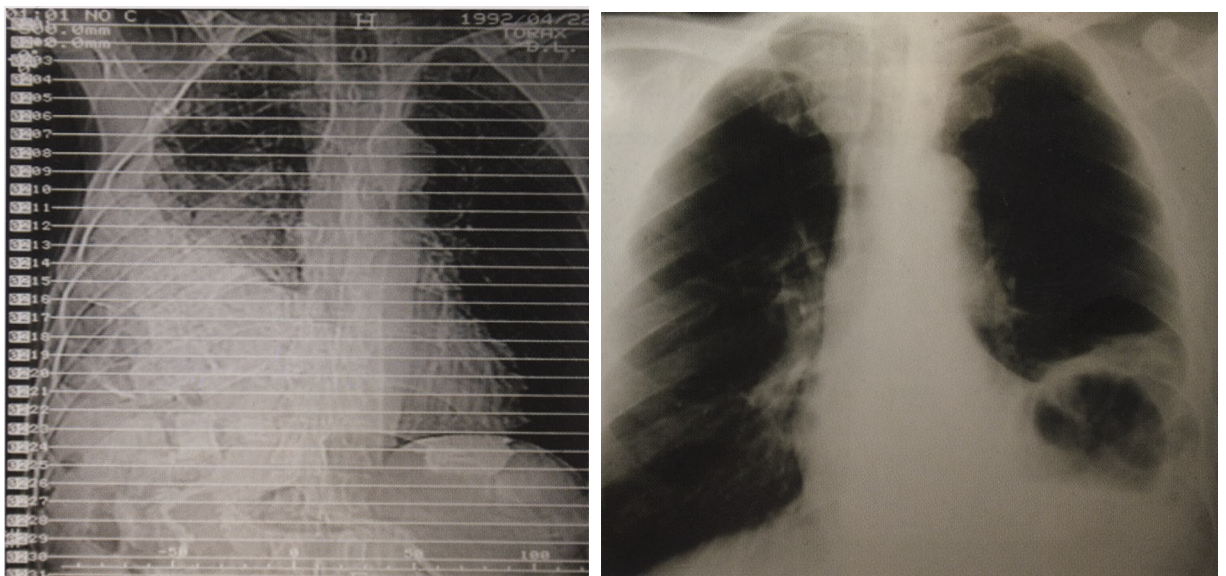


297. Eventração do hemidiafragma direito
Sequela de lesão traumática do nervo frênico.



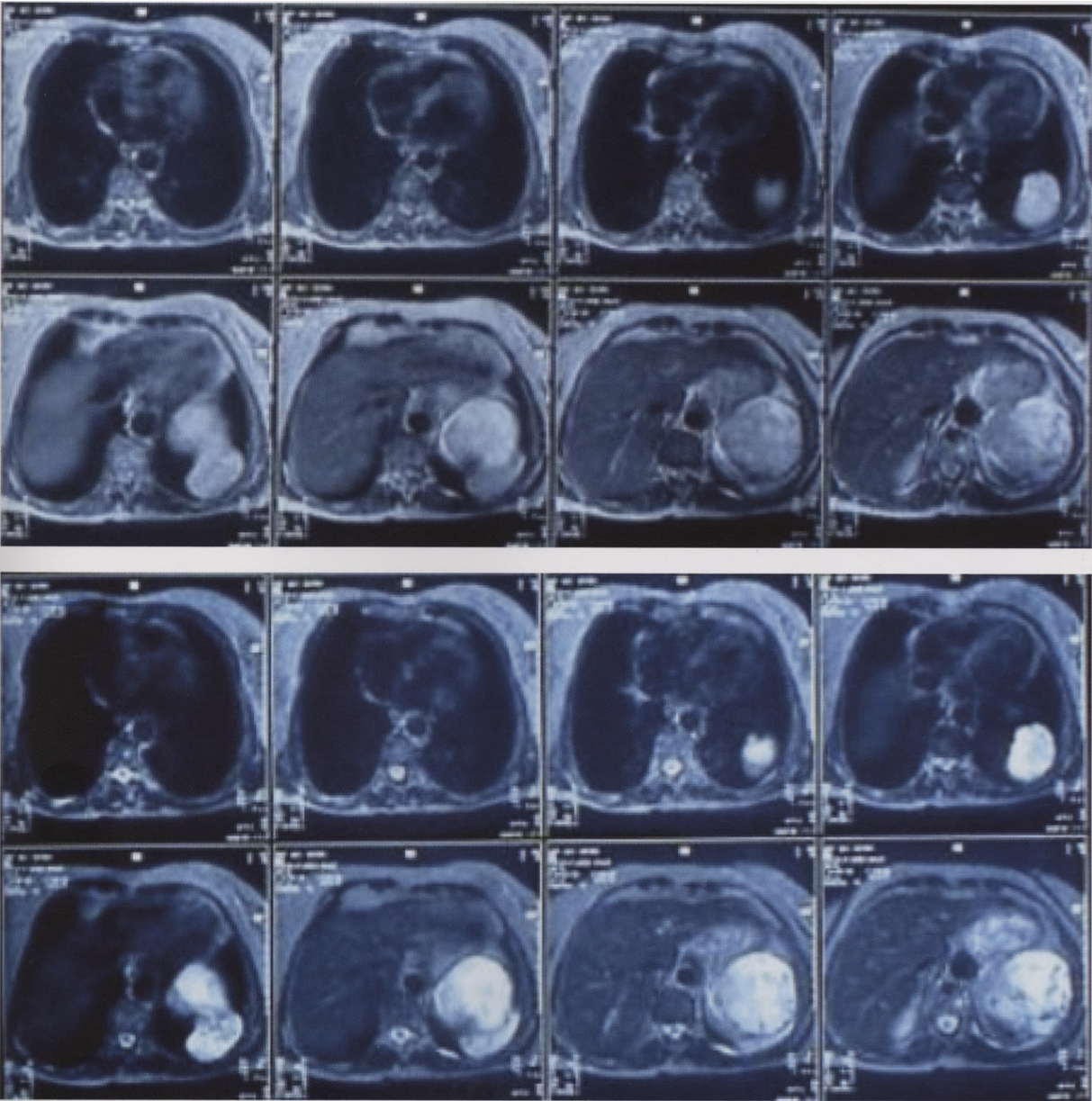
298. Hérnia diafragmática traumática

Provocada por contusão abdominal. Manifesta-se com maior frequência à esquerda. Devido ao aumento de gradiente de pressão entre o abdómen e o tórax, as vísceras abdominais penetraram na cavidade torácica. Ilustrações: A - Desvio do mediastino e compressão do pulmão pelos órgãos que invadem a cavidade pleural; B - Vísceras abdominais que atravessam o diafragma; C - Rotura diafragmática.



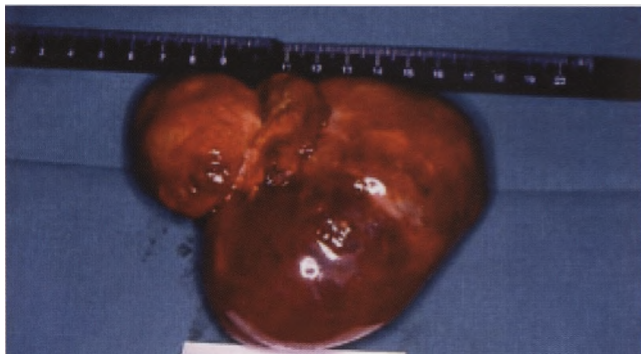
299. Hérnia diafragmática traumática

A rotura diafragmática traumática manifesta-se mais frequente à esquerda porque o fígado concede protecção à direita. As figuras mostram hérnias diafragmáticas à direita e à esquerda.



300. Tumor do diafragma

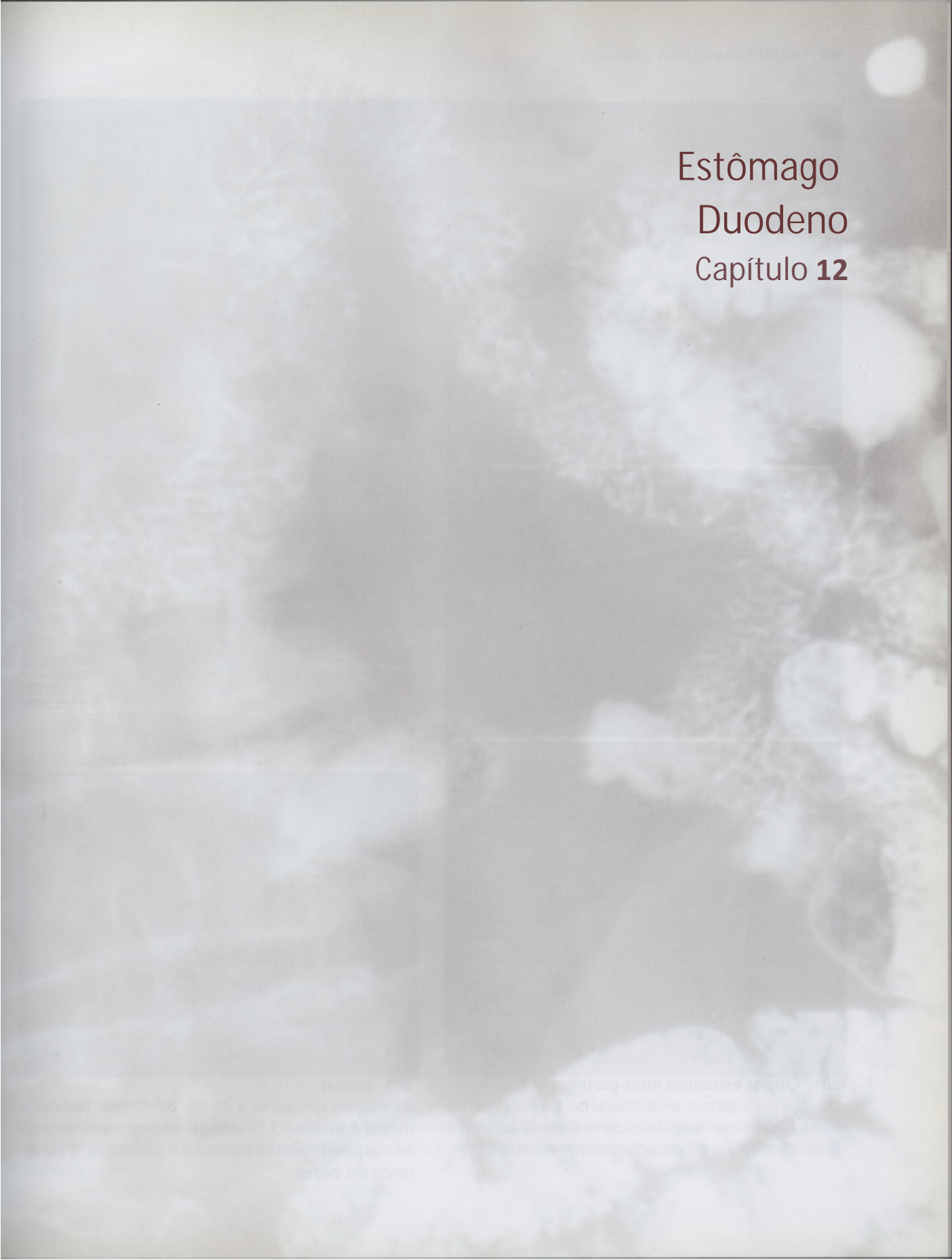
Clinicamente manifestava-se por síndrome dolorosa na base torácica. Localizava-se na cúpula diafragmática esquerda, era de morfologia bilobulada uma supra e outra infra-diafragmática; o diafragma como que estenosava o tumor. O estudo anátomo-patológico mostrou ser multicavitário e tratar-se de linfangioma cavernoso com aspectos inflamatórios. Decorridos 18 anos a doente mantinha-se assintomática.

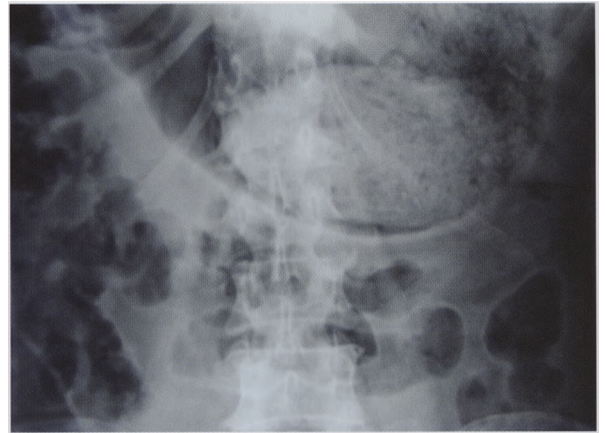
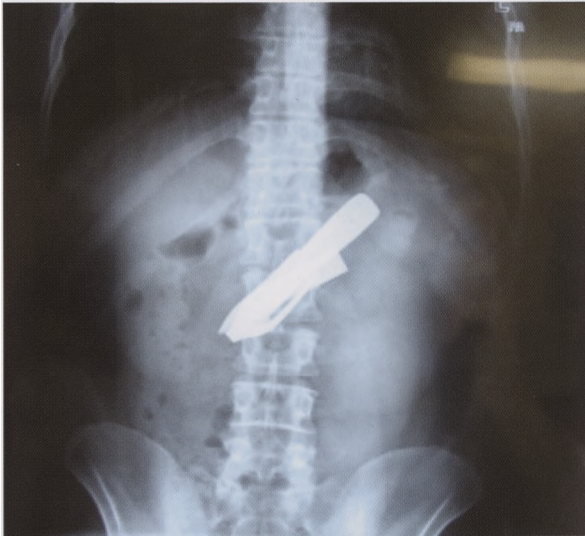


Estômago

Duodeno

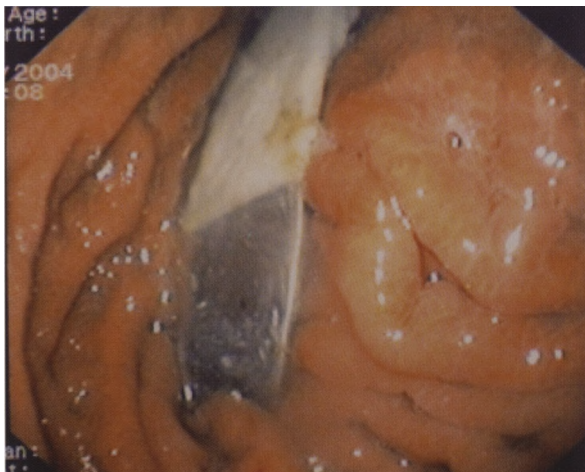
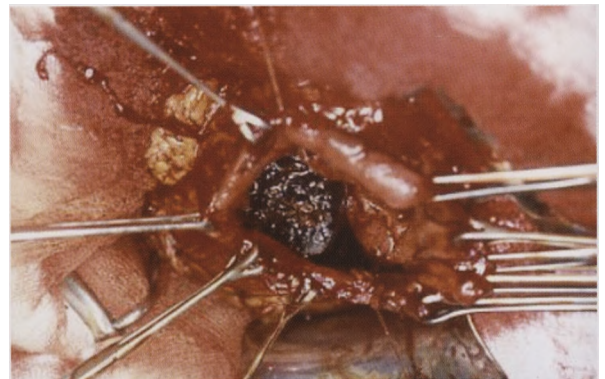
Capítulo 12





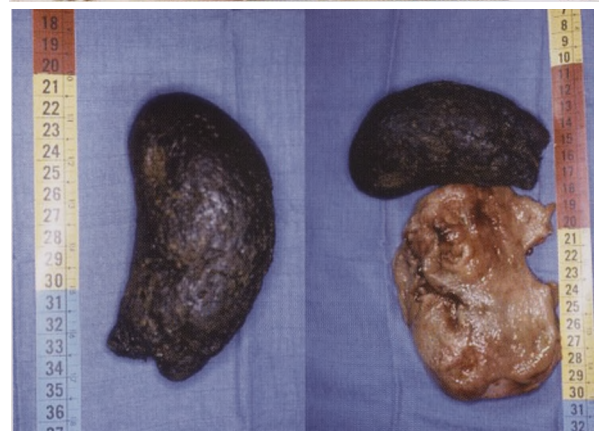
302. Bezoar

Neste doente o exame radiográfico simples permitiu a visualização do bezoar. Foi tratado por via endoscópica.



301. Corpos estranhos intra-gástricos

Os objectos ingeridos encontravam-se envoltos por fita adesiva, pelo que seria diminuto o risco de lesarem o tubo digestivo. Foram extraídos por via endoscópica.



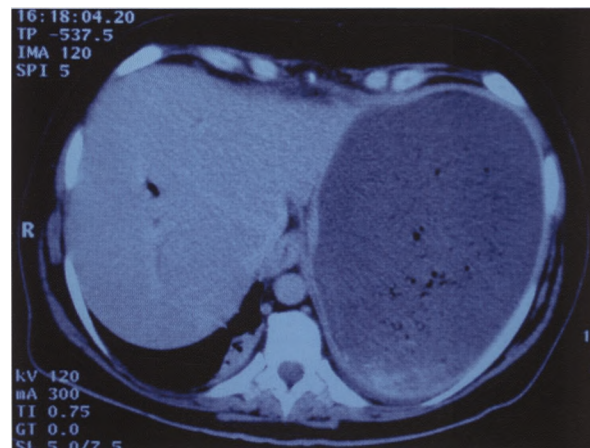
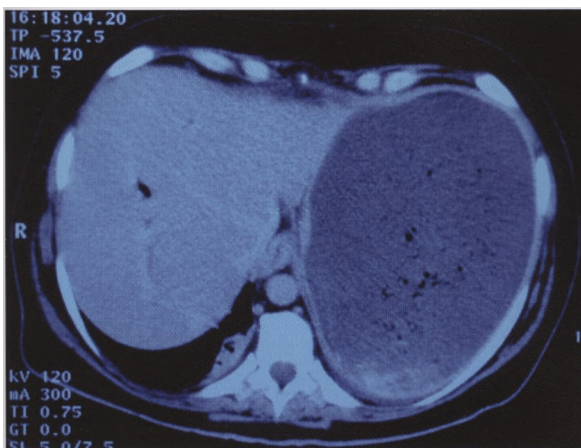
303. Bezoar

As imagens referem-se a doente de 70 anos, deficiente mental e asilado. O tricobezoar encontrava-se encastado na parede gástrica e provocara perfuração. A consistência era pétreo.



304. Gastroparésia crónica.

O cólon dispunha-se em grinalda por empurramento pelo estômago distendido. A situação foi refractária a terapêutica procinética. O doente foi submetido a gastrectomia total e esofagojejunostomia em Y de Roux.

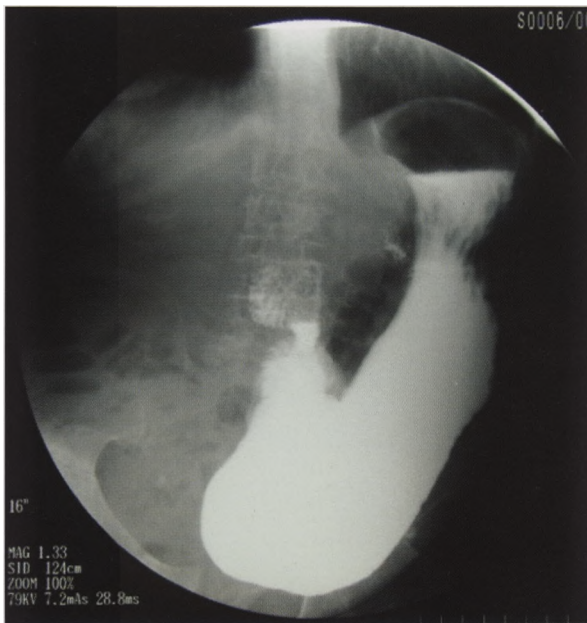


305. Gastroparésia

Doente com antecedentes de úlcera duodenal e em tratamento com anti-depressores tricíclicos, foi submetido a duodenopancreatectomia por ampuloma. Dez dias após a alta hospitalar foi novamente admitido por dilatação aguda do estômago.

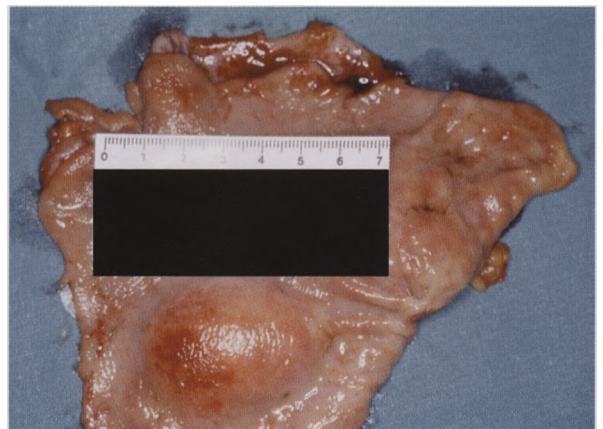


306. Estase gástrica por estenose pilórica.



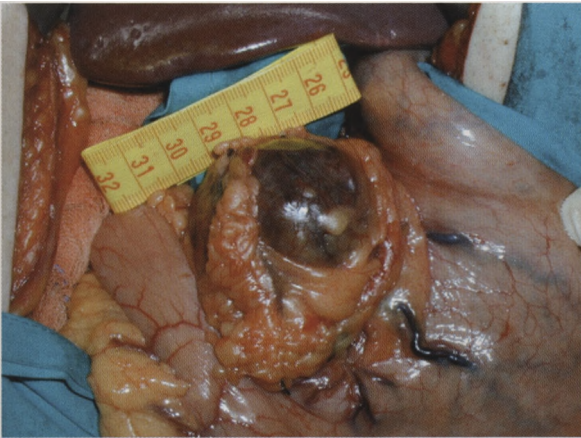
307. Estenose pilórica

A estenose pilórica provocava acentuada distensão gástrica com esvaziamento lento e tardio. O estômago atingia profundamente a cavidade pélvica. O vômito continha abundantes alimentos por digerir.



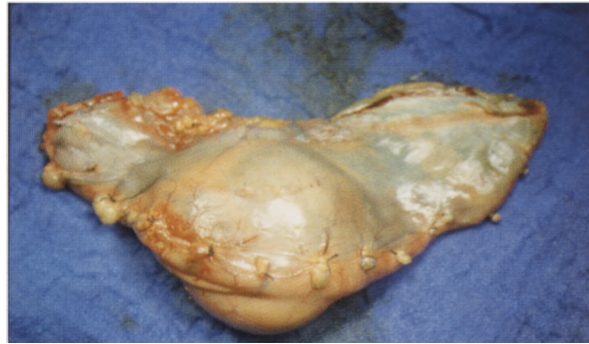
308. Lipoma gástrico

A mucosa gástrica que recobria a lesão de conformação nodular com 5x3cm e localizada na sub-mucosa, apresentava fenômenos de gastrite crônica atrófica e áreas de erosão.



309. Leiomioma gástrico

Estes tumores actualmente integram o grupo dos GIST (tumores estromais gastro-intestinais) referido a um conjunto de lesões digestivas de origem conjuntiva cuja expressão é um marcador, a proteína C-Kit. Os leiomiomas gástricos são frequentemente assintomáticos ou com sintomatologia fruste de dispépsia, como aconteceu no doente a que se refere a imagem. O diagnóstico foi achado ecográfico. Por vezes a manifestação inicial é a hemorragia por ulceração do tumor.



310. Leiomioma gástrico ulcerado (GIST)

Nesta peça é visível a úlcera fonte da hemorragia.



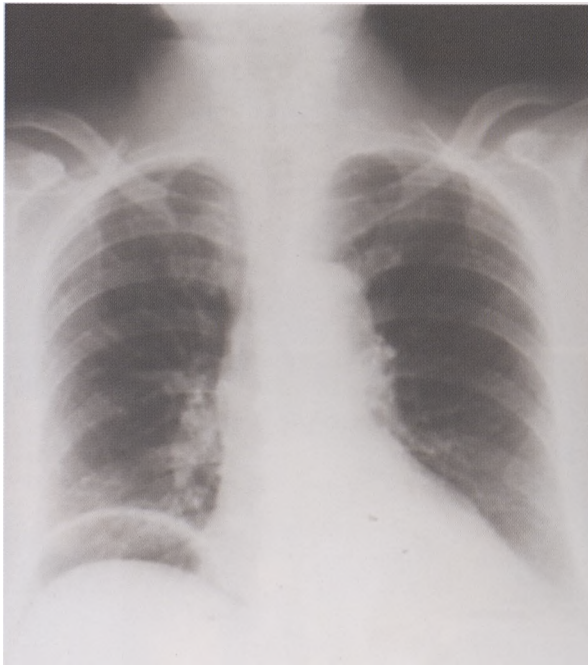
311. Gastrostomia

A gastrostomia é preferencialmente conseguida por via endoscópica. Neste doente a obstrução tumoral do esôfago impediu a progressão da exploração endoscópica.

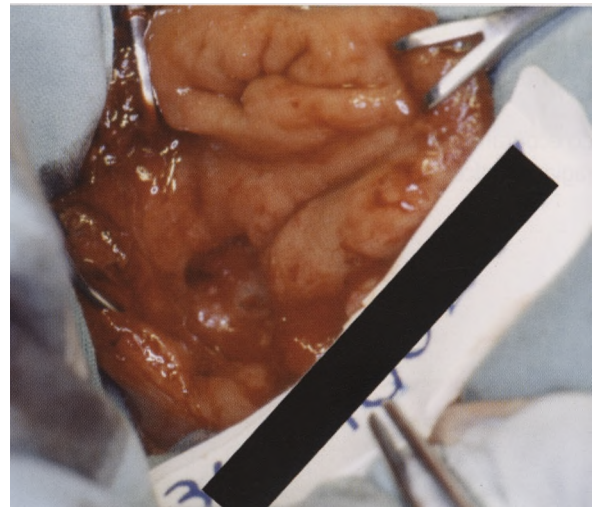
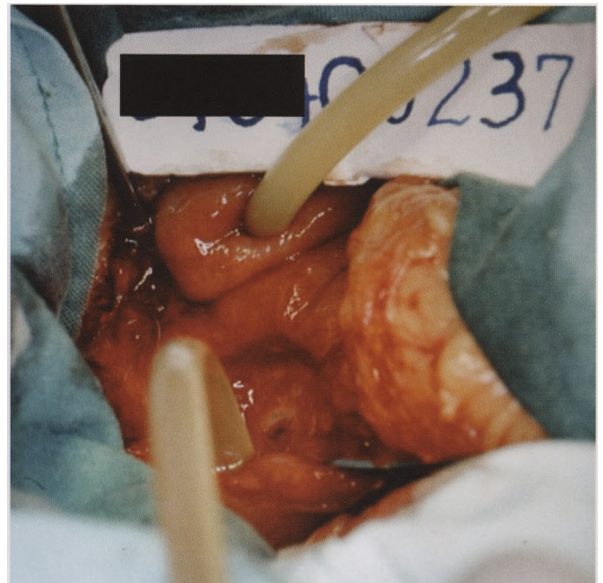


312. Úlcera duodenal perfurada

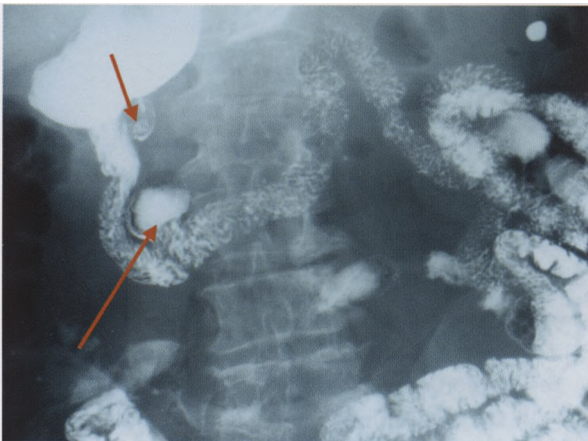
A perfuração por úlcera duodenal é mais frequente que a da úlcera gástrica.



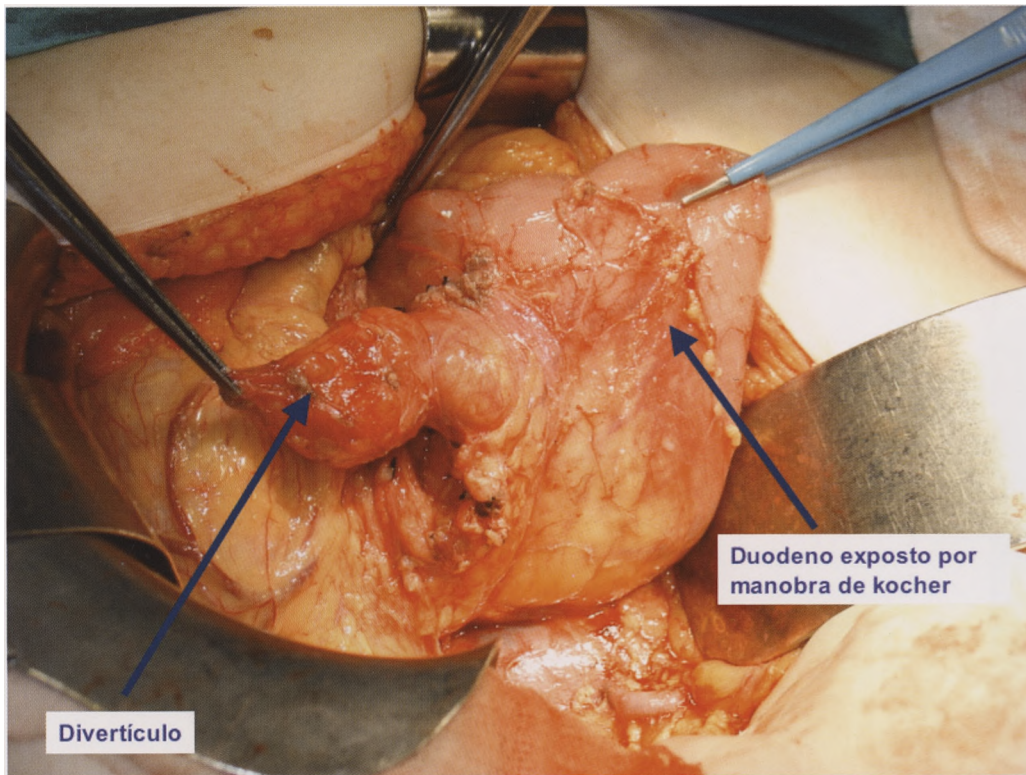
313. Pneumoperitoneu
Perfuração de úlcera duodenal. O RX abdominal realizado com o doente de pé, mostra uma área de ar sub-difragmática.



314. Úlcera duodenal
Hemorragia digestiva por úlcera da parede posterior do bulbo duodenal. O tubo de aspiração está introduzido na úlcera.

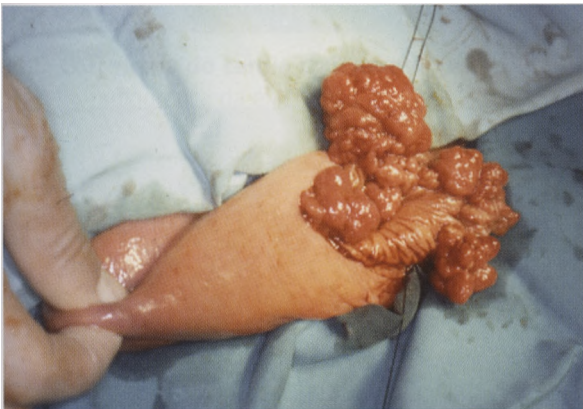


315. Divertículos Duodenais (1).



316. Divertículos Duodenais (2)

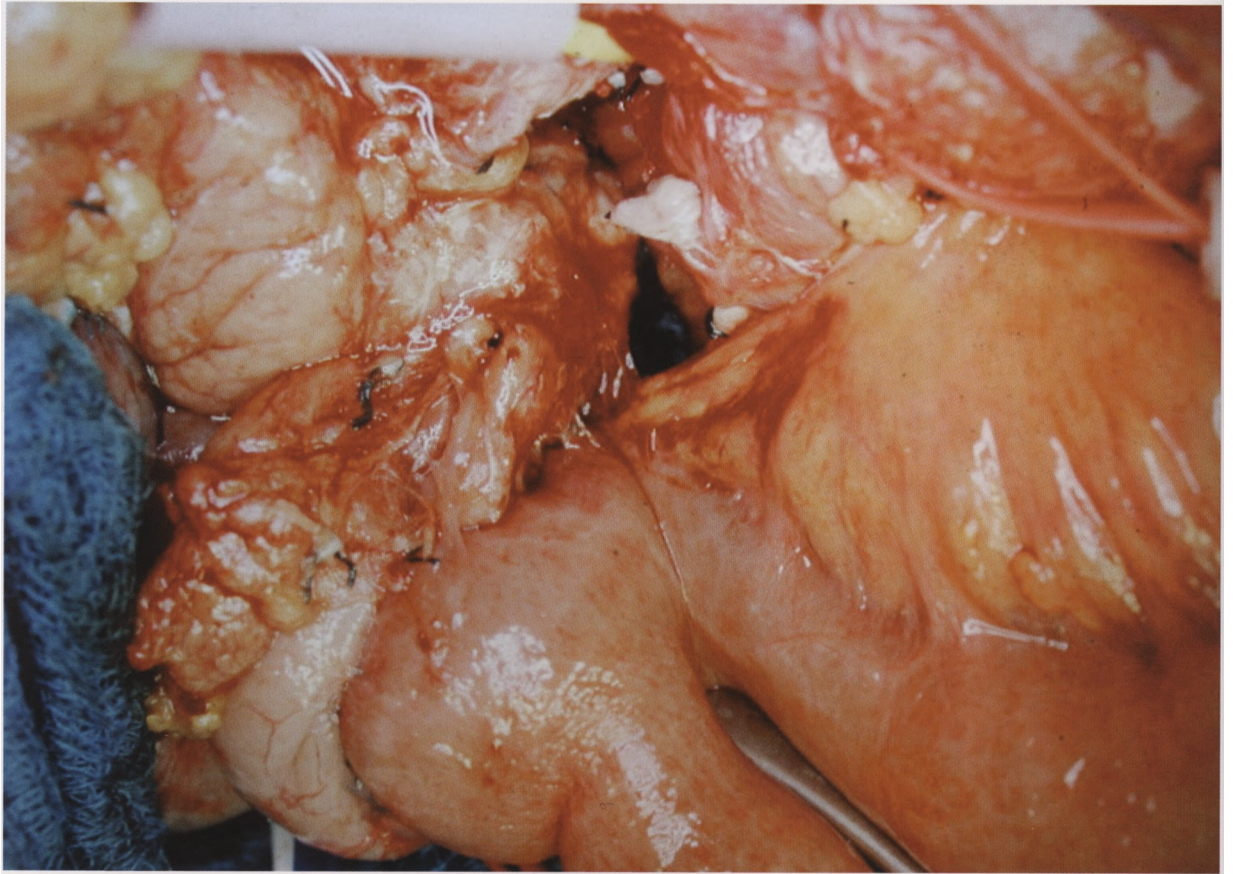
Tratava-se de doente com anemia crónica devido a hemorragia do divertículo. A imagem mostra o divertículo que está exposto mediante manobra de Kocher.



317. Tumor do duodeno - adenoma das glândulas de Brunner

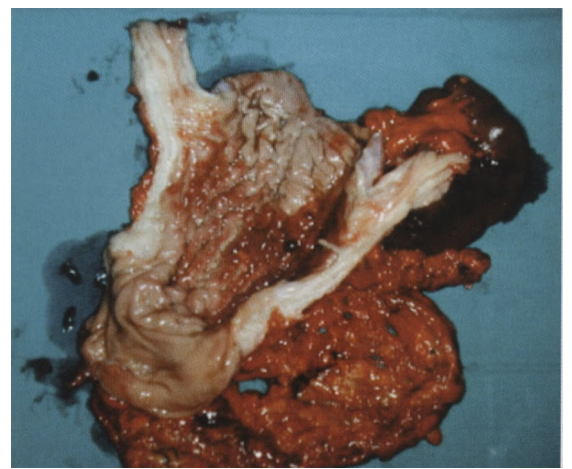
Doente com 24 anos, com história de crises esporádicas de dores epigástricas e vômitos. O estudo radiográfico e endoscópico revelou tratar-se de tumor da primeira porção do duodeno. Histologicamente tratava-se de adenoma das glândulas de Brunner.





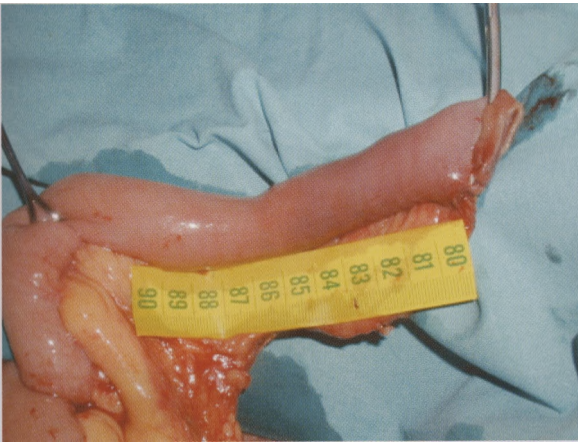
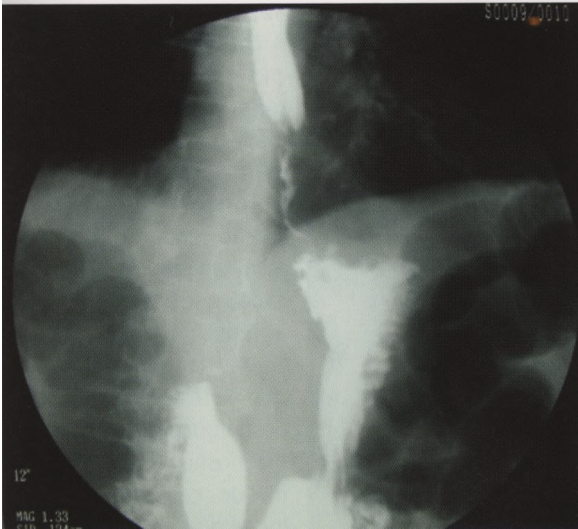
318. Carcinoma duodenal.

Entidade rara que condiciona a sintomatologia característica dos tumores perí-ampolares

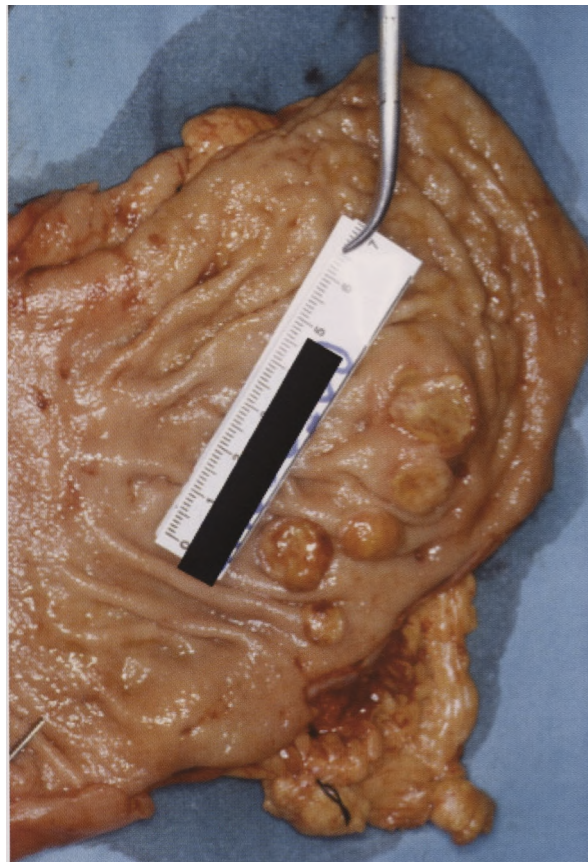


319. Tumor do cárdia com infiltração do esófago

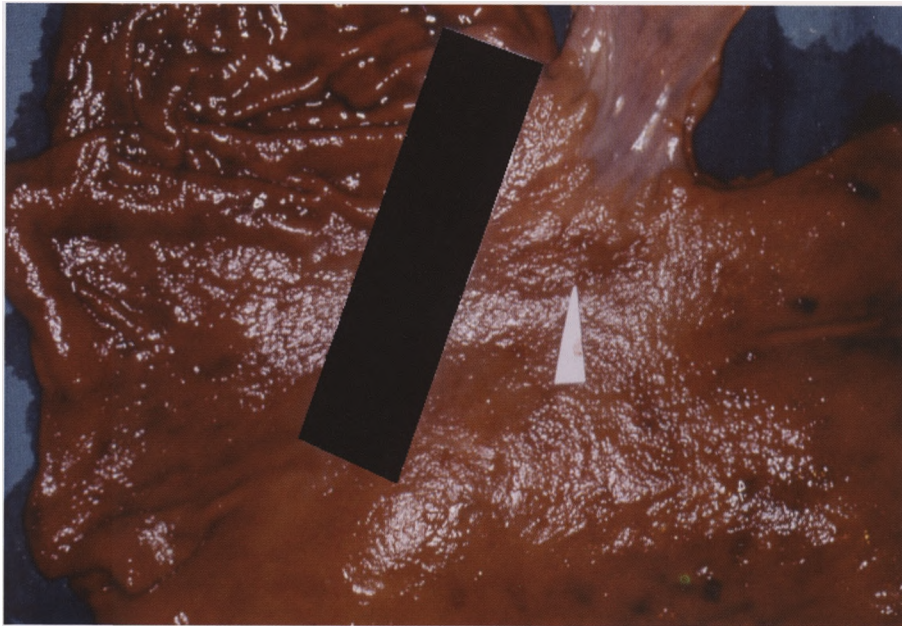
A linite plástica é um adenocarcinoma pouco diferenciado (células em anel de sinete).



320. Carcinoma do cardia com invasão esofágica
Imagem radiográfica da extensão tumoral e aspecto per-
operatório da ansa a aplicar em Y de Roux.



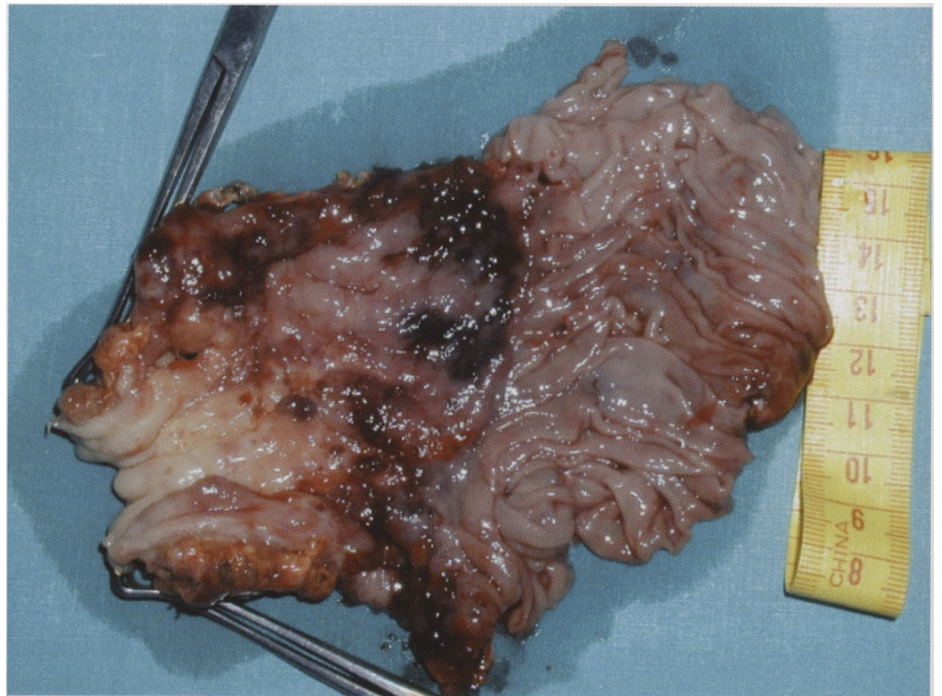
321. Carcinoma indiferenciado multifocal do estô-
mago
O doente apresentava formações sésseis polipóides, algu-
mas com ulceração superficial conferindo aspecto crate-
riforme.



322. Carcinoma gástrico
A cerca de 2 cm da transição esófago-gástrica apresentava-se uma lesão deprimida com bordos ligeiramente elevados, numular com 1cm de diâmetro. A secção mostrou que assentava em tecido esbranquiçado, que não ultrapassava a túnica muscular e tinha limites laterais pouco nítidos. A restante mucosa era despregueada e rosada. O diagnóstico histopatológico foi de carcinoma gástrico inicial do tipo intestinal.

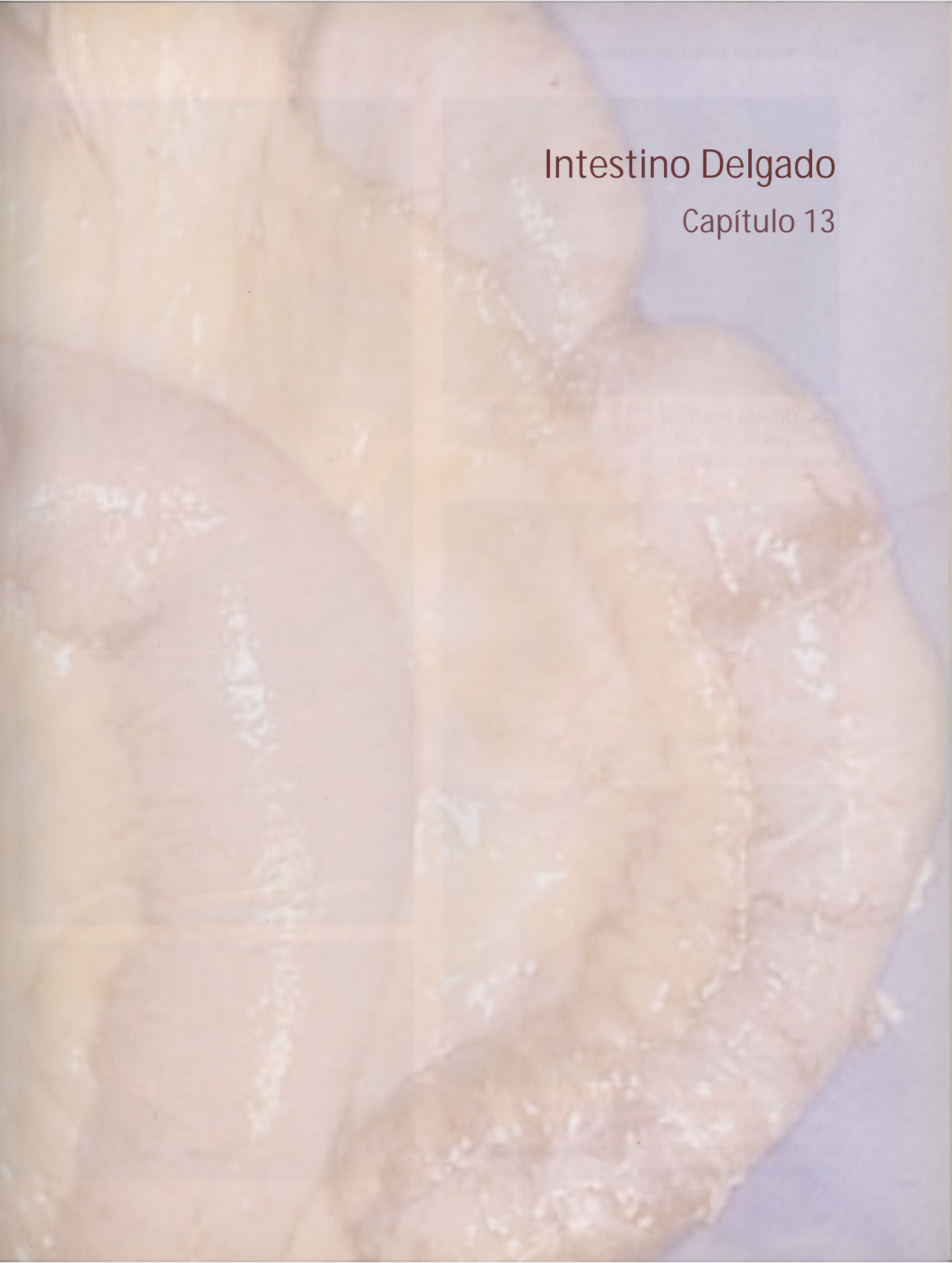
323. Carcinoma do coto gástrico

Doente gastrectomizado havia 16 anos, por úlcera duodenal. Como neste doente, a sede preferencial do tumor é a parte inferior do coto. Por coexistirem metástases hepáticas disseminadas, a ressecção teve carácter paliativo.



Intestino Delgado

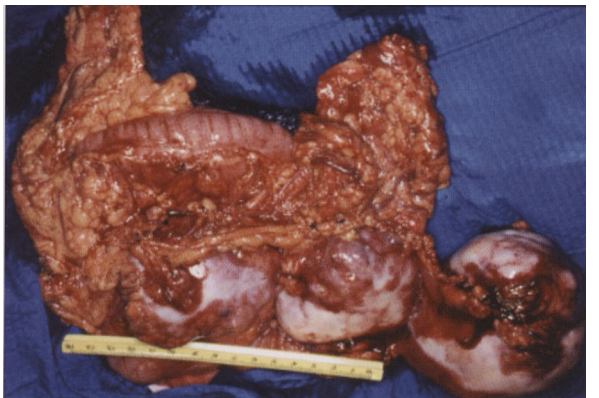
Capítulo 13



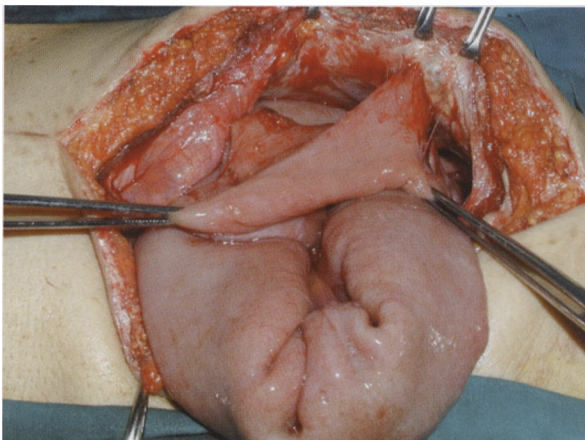


324. Oclusão intestinal

Status pós cirurgia abdominal que condicionou aderências e angulações entre ansas.

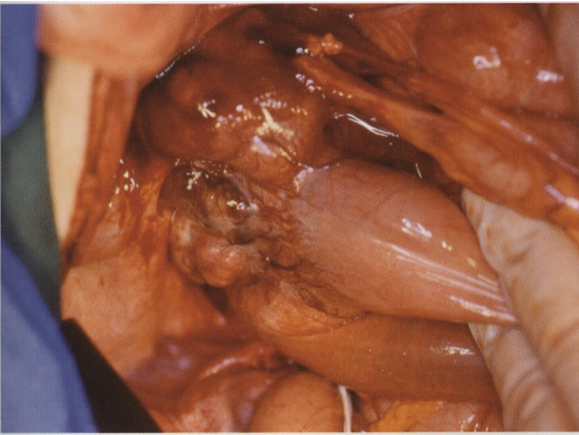


325. Oclusão intestinal por carcinomatose.



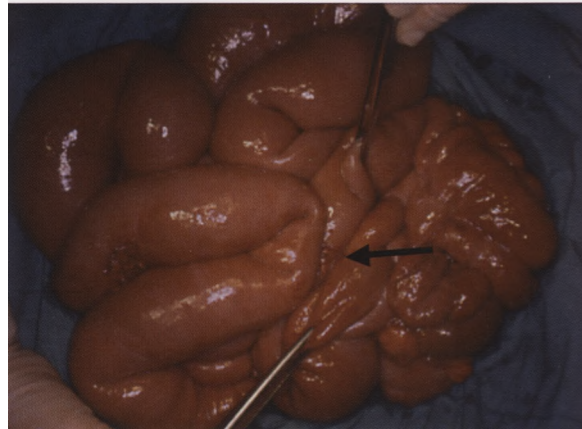
326. Oclusão intestinal

Oclusão intestinal pós-operatória provocada por aderências à parede abdominal. Notar a diferença de diâmetros entre a ansa aferente e a eferente.



327. Oclusão intestinal

Tumor do intestino delgado aderente à parede pélvica. A angulação provocava estenose e oclusão intestinal.



328. Oclusão intestinal por brida.

É nítida a distensão das ansas a montante da brida.



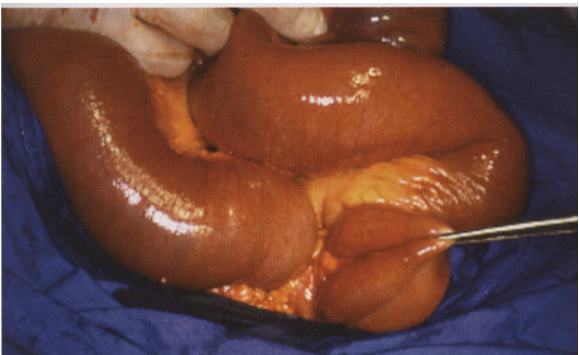
329. Oclusão intestinal.

Volvo do intestino delgado. A figura mostra necrose na ansa e o pedículo de torção em pré-rotura. Há diferença de diâmetro das ansas, a montante e a jusante da torção.



330. Oclusão intestinal

Volvo do intestino delgado. A rotação do intestino sobre o seu pedículo mesentérico comprometeu a vascularização. O atraso no tratamento conduziu à gangrena e perfuração.



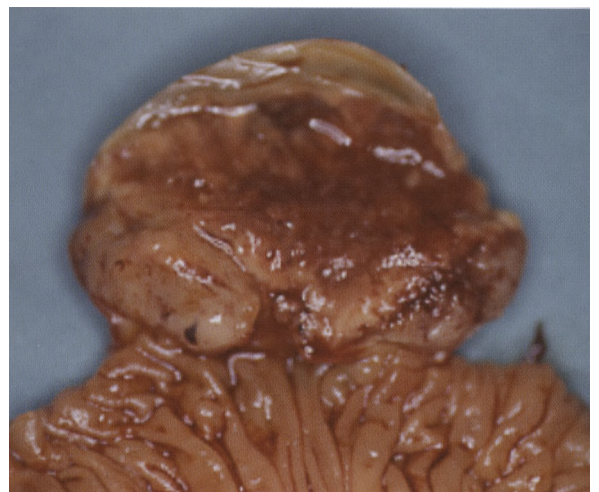
331. Oclusão intestinal - Hérnia interna

Um orifício intra-abdominal congênito ou adquirido é potencialmente local de introdução duma ansa intestinal. Os orifícios adquiridos podem resultar de intervenção cirúrgica, criados por aderências de ansas ou por crescimento tumoral. A passagem do conteúdo intestinal pela ansa fica retido pela estenose; a ansa distende-se e o retorno venoso é comprometido favorecendo o enfarte.



332. Oclusão intestinal

A formação de aderências entre ansas intestinais adjacentes criou um orifício através do qual se insinuou uma ansa que ficou aprisionada. A imagem (A) mostra a oclusão intestinal por hérnia interna motivada pela brida (B).



333. Oclusão intestinal

Oclusão intestinal por invaginação de causa tumoral. Notar a diferença de calibre entre as porções invaginante (proximal) e a invaginada (distal), assim como o aspecto do tumor que provocou a invaginação.



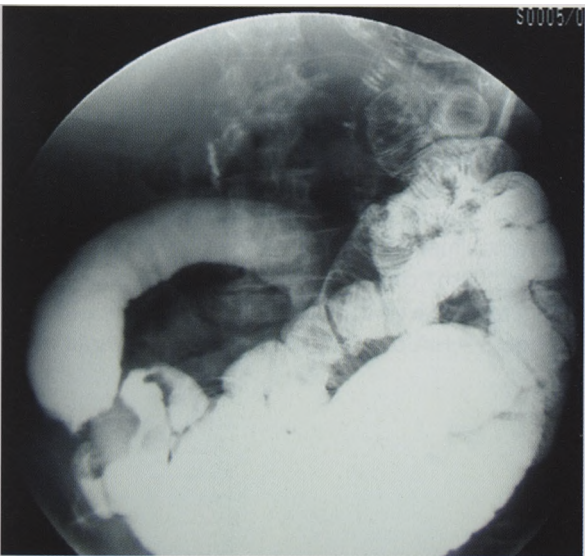
334. Oclusão intestinal

Homem de 60 anos com diagnóstico de ventre agudo oclusivo. Identificou-se um tumor jejunal extraluminal que adería às ansas vizinhas e provocava angulação obstrutiva.



336. Leiomioma do intestino delgado

Localizava-se a 10 cm do ângulo Treitz; foi sede de hemorragia e provocou invaginação. São visíveis as ulcerações que condicionaram a hemorragia.



335. Oclusão intestinal

Área de estenose circunferencial de contornos irregulares em ansa de intestino delgado condicionada por tumor. Notar a marcada distensão das ansas a montante com perda de relevo mucoso.



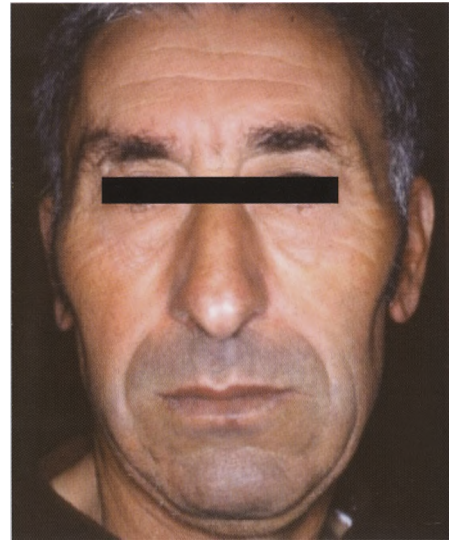
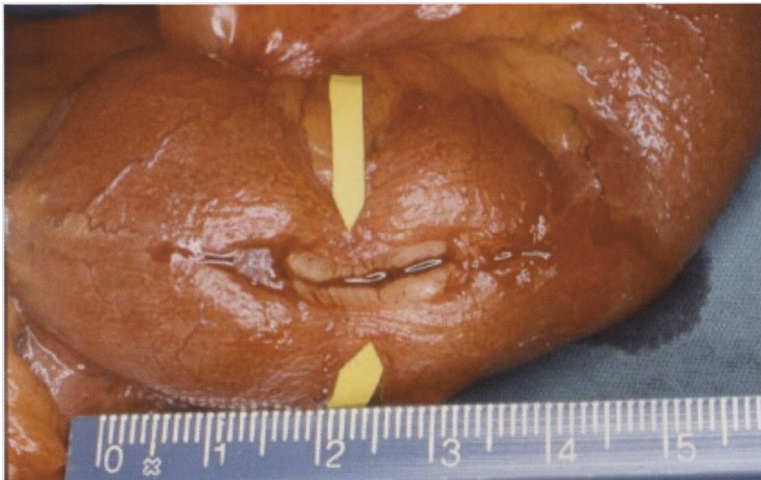
337. Ileo biliar

É notório o cálculo endoluminal e a distensão intestinal a montante da obstrução.



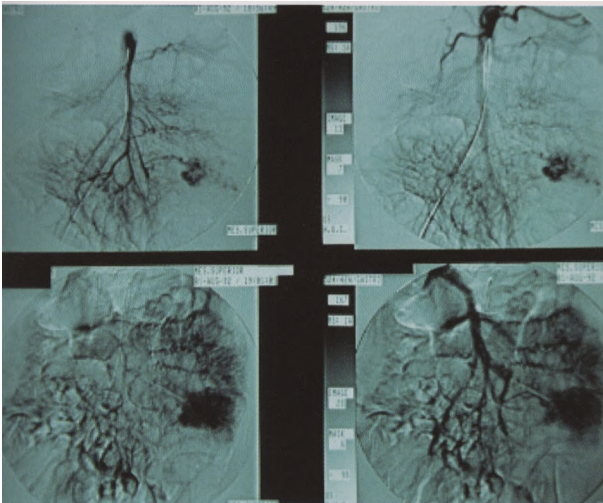
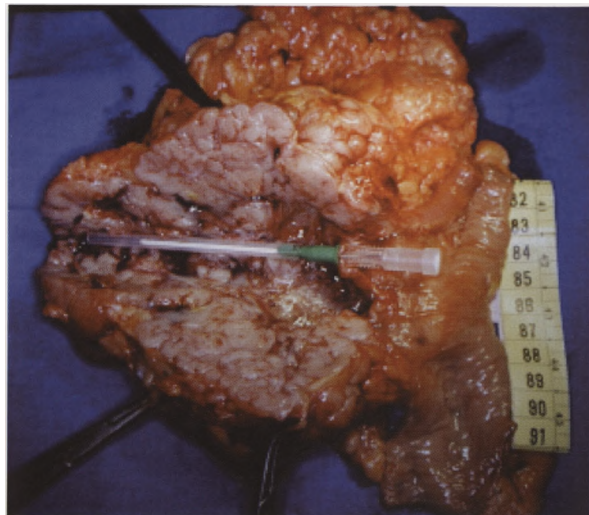
338. Oclusão intestinal

O trânsito intestinal está interrompido. O Rx simples do abdômen, colhido de pé, mostra ansas distendidas com níveis hidro-aéreos.



339. Tumor Carcinóide

Tumor de evolução lenta com elevada capacidade metastática, essencialmente hepática. No decorrer duma consulta por queixas abdominais inespecíficas, o doente foi acometido por um "flush" cutâneo facial, sensação de calor e taquicardia. Inquirido referiu que estas crises eram esporádicas e também relacionáveis com a ingestão de banana e tomate. Houve confirmação da elevação de serotonina sanguínea e do ácido 5 - HIA urinário bem como metastização hepática. O tumor localizava-se no ileo terminal.

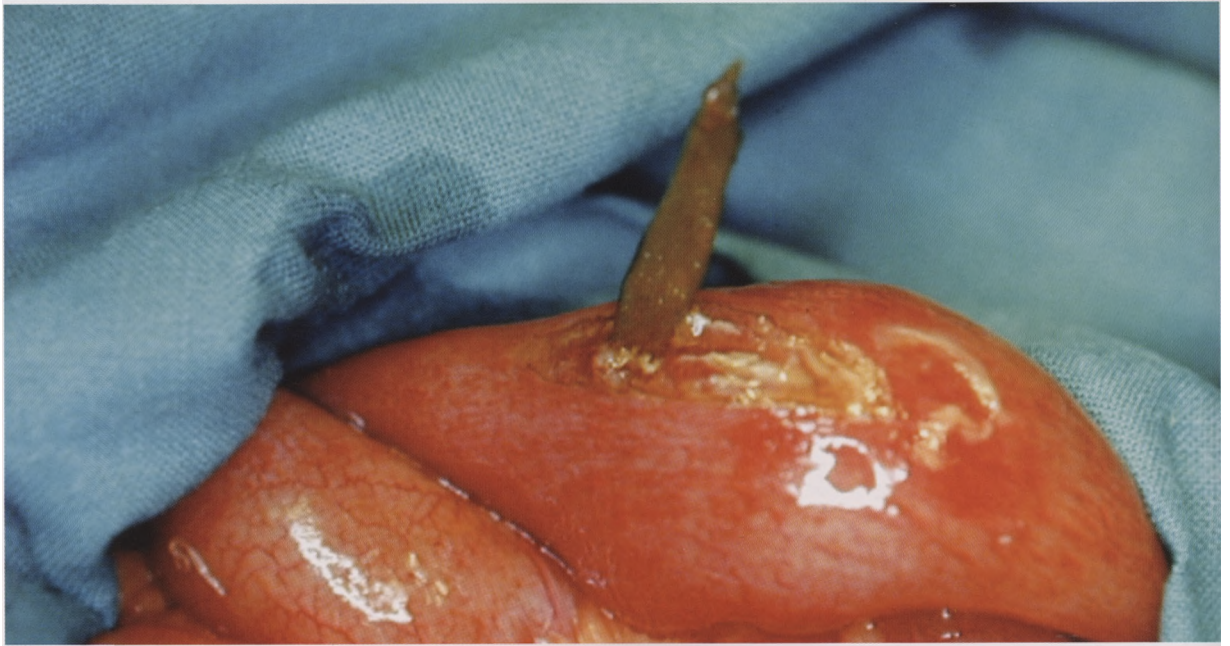


340. Leiomiossarcoma

Leiomiossarcoma do jejuno. Tratava-se de um tumor volumoso centralmente ulcerado e necrosado formando uma cavidade sacular com abertura para o lúmen. A manifestação clínica foi hemorragia com localização confirmada por angiografia. As imagens mostram a relação do tumor com a parede externa do intestino e com o lúmen.

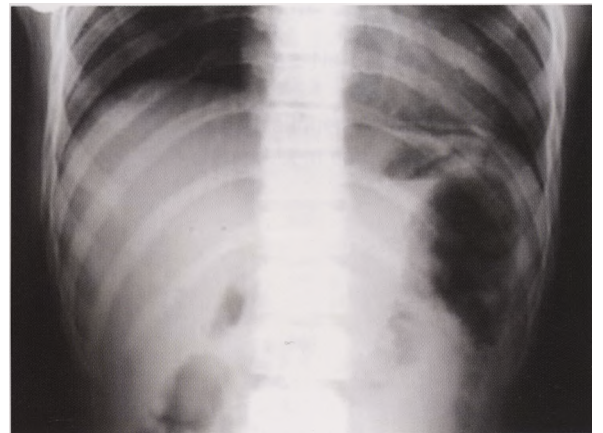
341. Corpos estranhos deglutidos.





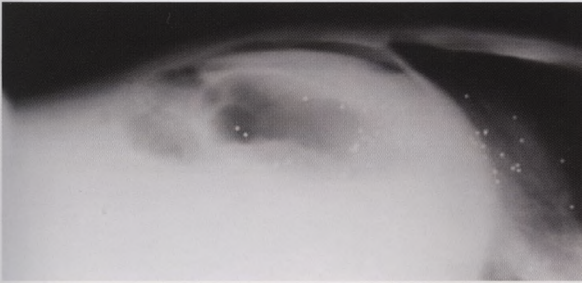
342. Perfuração intestinal

Provocada por fragmento de madeira deglutido (palito). O diagnóstico de entrada foi ventre agudo por rotura de viscera.



343. Perfuração intestinal

Perfuração do jejunum provocada por instrumento perfurante (agressão com agulha de tricó). O radiograma simples do abdômen mostra extensa calote gasosa.



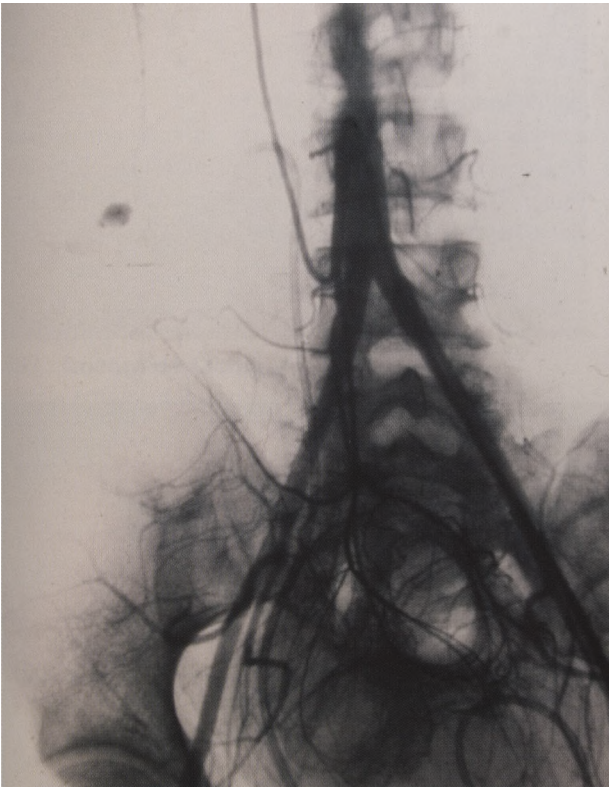
344. Perfuração intestinal

Imagem de radiograma simples do abdómen, colhida de perfil com o doente em decúbito dorsal. Mostra calote gasosa e grãos de chumbo de tiro de caçadeira.



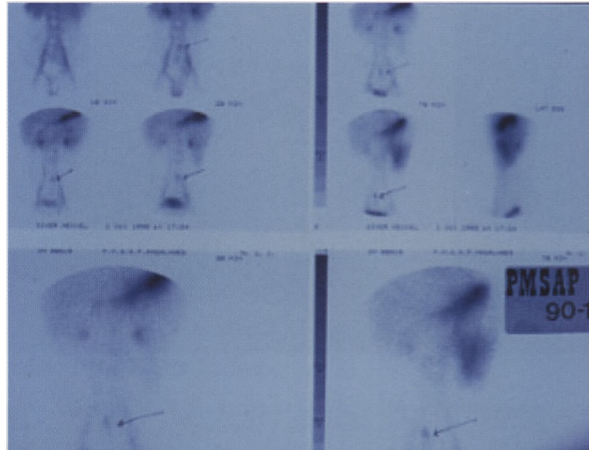
345. Rotura traumática

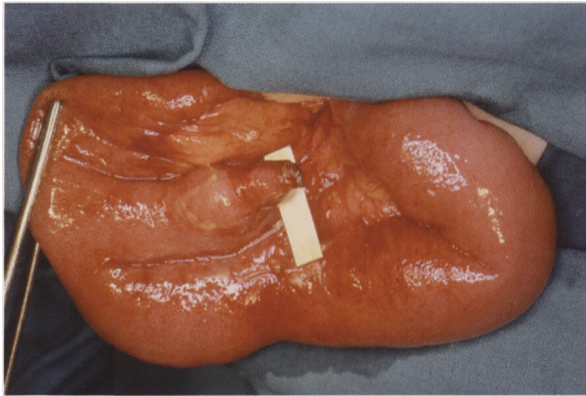
Rotura de intestino delgado devida a traumatismo fechado, por atropelamento.



346. Divertículo de Meckel

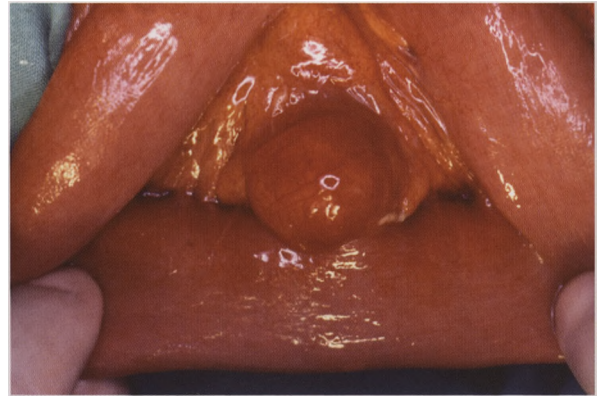
Hemorragia com origem em mucosa gástrica ectópica. A angiografia e a cintigrafia com eritrócitos marcados permitiram a identificação hemorrágica.





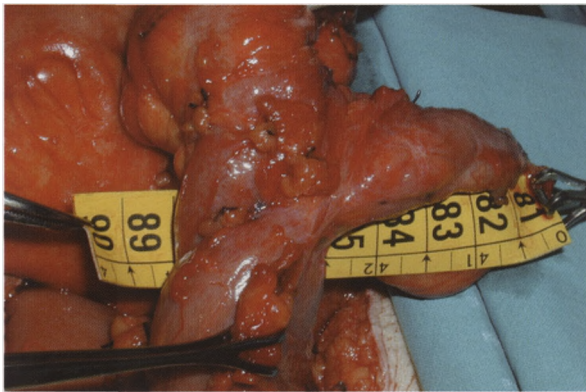
347. Divertículo de Meckel

Diverticulite; identifica-se necrose da extremidade do divertículo.



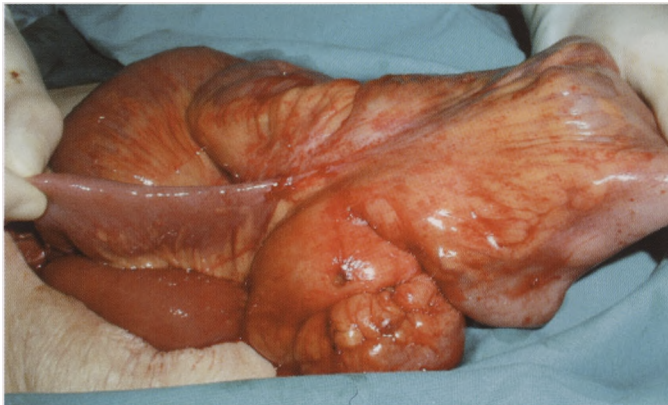
348. Divertículo jejunal

Achado incidental. Estes divertículos, tidos por adquiridos, em regra são assintomáticos, muito embora alguns se manifestem, inclusivamente por hemorragias. Localizam-se no bordo mesentérico do intestino na emergência dos vasos rectas e entre as duas lâminas do meso.



349. Síndrome da ansa cega

Complicação tardia de anastomose intestinal termino-lateral criando um fundo do saco que permite a acumulação e estagnação de conteúdo fecalóide provocando disbiose. Neste caso a ansa cega media cerca de 6 cm.



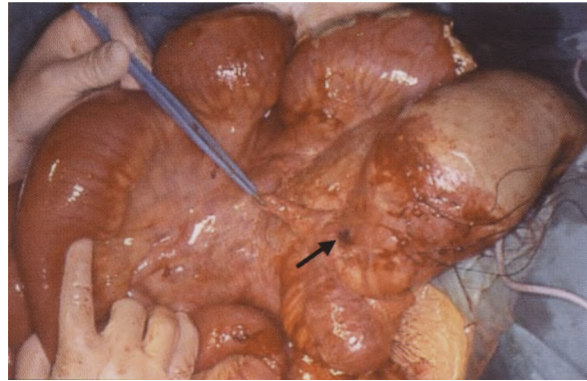
350. Doença de Crohn

O estabelecimento de bridas provoca estenoses e angulações responsáveis por estase, crises sub-oclusivas ou oclusão intestinal. Nestes doentes, ao extenso processo inflamatório ileal juntavam-se aderências inter-ansas e segmentos estenosados. Os quadros clínicos eram de oclusão intestinal.





351. Doença de Crohn
Imagem de doente com peritonite e obstrução intestinal. É visível a distensão intestinal marcada, bem como angulações de ansas e aderências com membranas de fibrina.



352. Doença de Crohn
Fístula interna.



353. Doença de Crohn
Fístula enterocutânea na fossa ilíaca direita.



354. Doença de Crohn
Neste doente às fístulas nadegueiras associavam-se fístulas perineais.

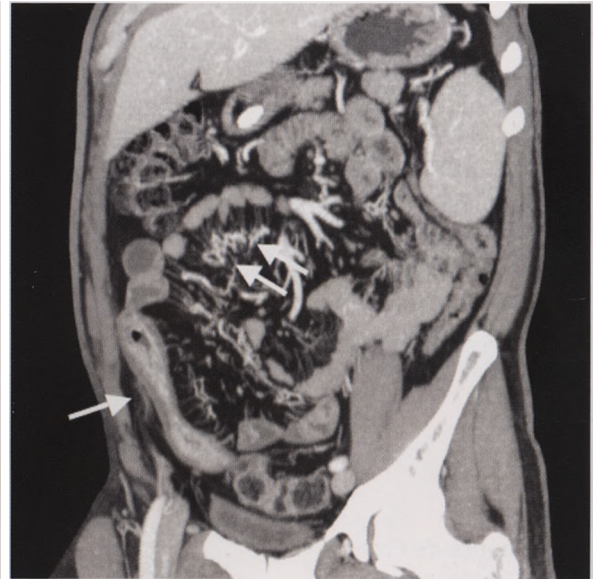
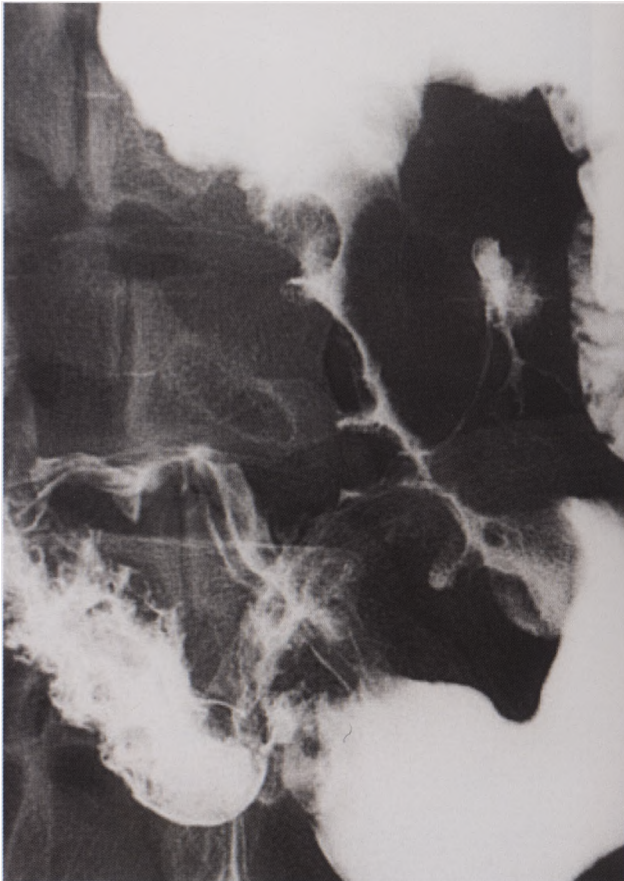
355. Doença de Crohn - Manifestações extra-intestinais

A doença de Crohn pode manifestar-se a qualquer nível do tubo digestivo, dos lábios ao ânus, mas também por lesões extra-intestinais (cutâneas, oculares e articulares).





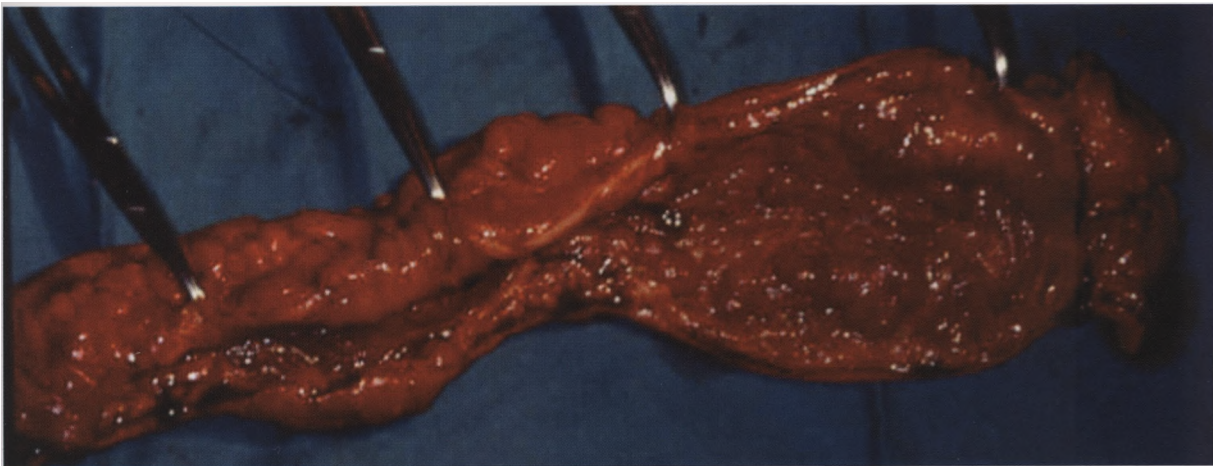
356. Doença de Crohn
Manifestações cutâneas.



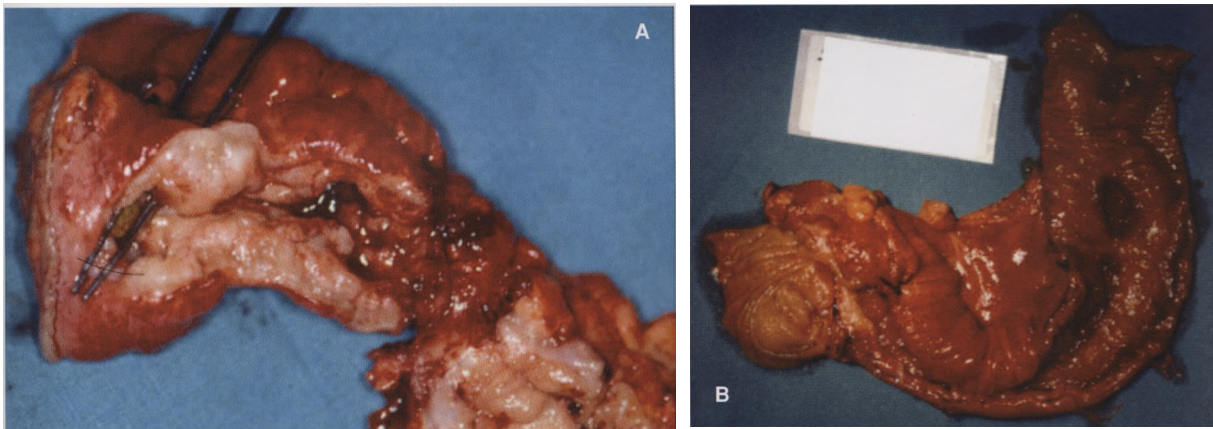
357. Doença de Crohn

A) O exame radiológico com trânsito baritado mostra imagens típicas da lesão: estenoses longas, irregulares por edema parietal, bem como ulcerações transmuralis.

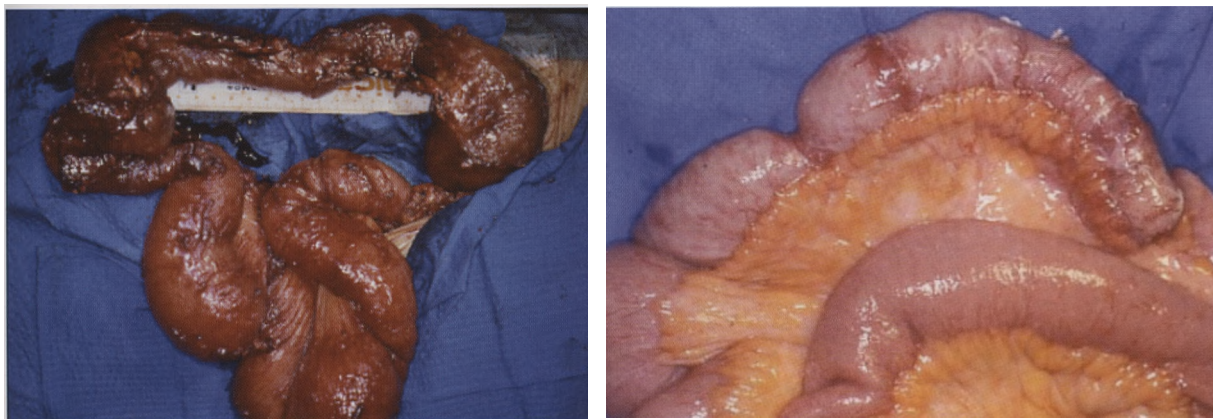
B) trânsito do intestino delgado por TC multicorte. Observa-se espessamento parietal com realce da mucosa (seta) bem como o sinal do pente correspondente a hipervascularização mesentérica (dupla seta). Estas alterações traduzem doença em actividade.



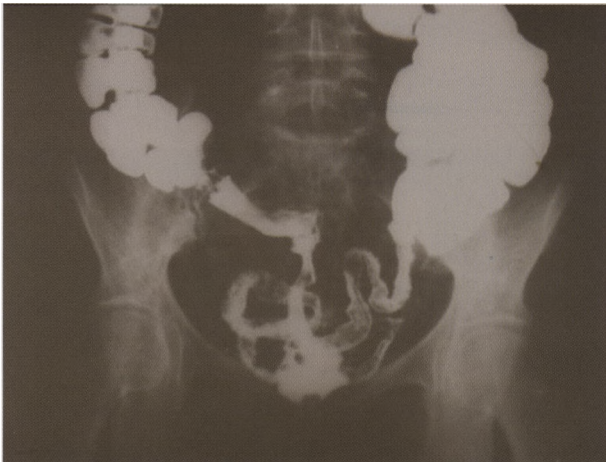
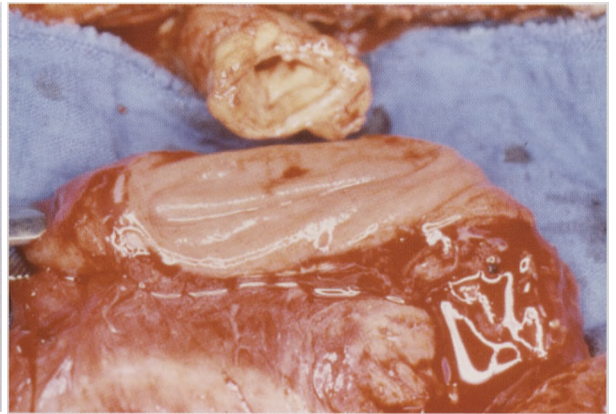
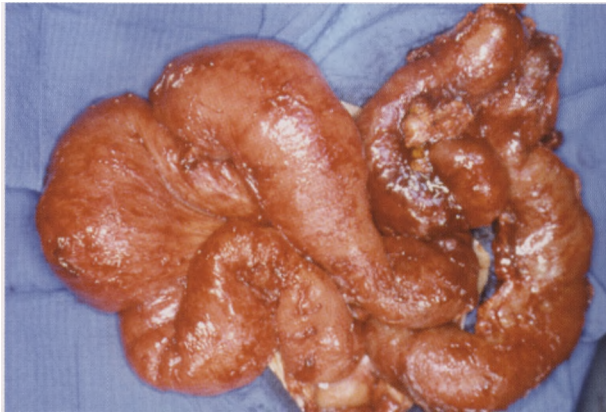
358. Doença de Crohn - peça operatória
É manifesta a parede rígida e espessada provocando estenose do lúmen.



359. Doença de Crohn - peças operatórias.



360. Intestino rádico
De entre as complicações da enterite rádica a obstrução é das mais comuns. A parede apresenta-se espessada e com aspecto telangiectásico da serosa.



361. Intestino rádico

Múltiplas aderências e angula es determinavam oclusão intestinal. A zona atingida apresentava aspecto coriáceo e o lúmen diminuído e rígido, em "tubo de chumbo".

362. Enterostomia de alimenta o   Witzel

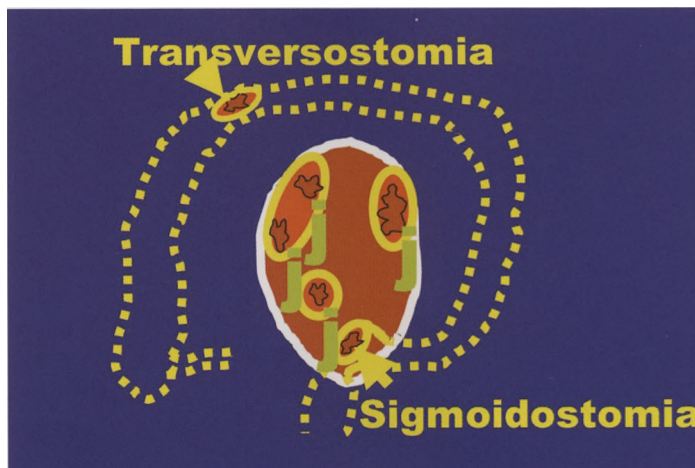
Destina-se a criar acesso ao lúmen intestinal com objectivos nutricionais. A sonda é introduzida no lúmen intestinal e sepultada por pontos sero-serosos.





A

363. Enterostomias iatrogénicas - A
Fístulas enterocutâneas por sucessão de intervenções mal sucedidas.



B

364. Fístulas enterocutâneas secundárias a intervenções cirúrgicas sucessivas - B
As imagens referem-se a doente proveniente de outro hospital que apresentava colostomias, enterostomias e laparostomia, sequelas de intervenções cirúrgicas sucessivas.



C

365. Fístulas enterocutâneas secundárias a intervenções cirúrgicas sucessivas - C

Foi efectuado lise de peritonite adesiva maciça, restabelecimento do trânsito eólico, ressecção jejunal com anastomose primária e encerramento da parede abdominal.



366. Angiodisplasia

Afecta principalmente pessoas com idade superior a 60 anos e localiza-se preferencialmente no cego e colon ascendente. Contudo, têm sido observada em jovens e localizada no intestino delgado. A imagem mostra angiodisplasia do intestino delgado. Neste doente o diagnóstico foi -inadêntal.



367. Hemangiomas do intestino delgado

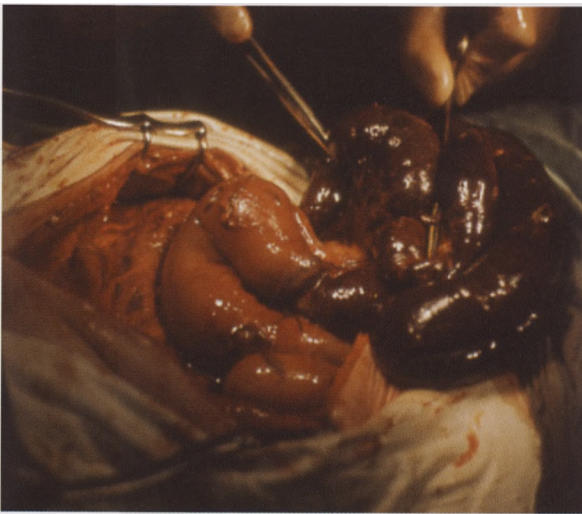
Referem-se a doente cuja manifestação clínica era anemia persistente.



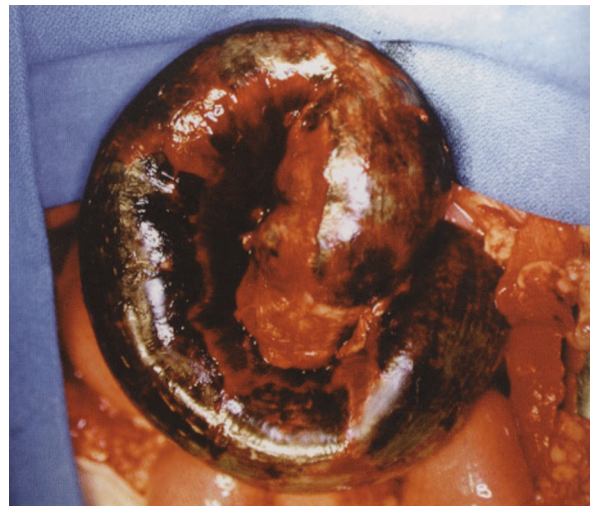
368. Isquemia intestinal não oclusiva
Não há compromisso dos vasos importantes. A afecção é determinada por situações que condicionam vasoconstrição esplâncnica e baixo fluxo de perfusão sanguínea como acontece em certas disritmias cardíacas ou sépsis.



369. Isquemia intestinal
Isquemia por oclusão arterial. A imagem permite comparar as características do intestino saudável com as do intestino isquêmico.



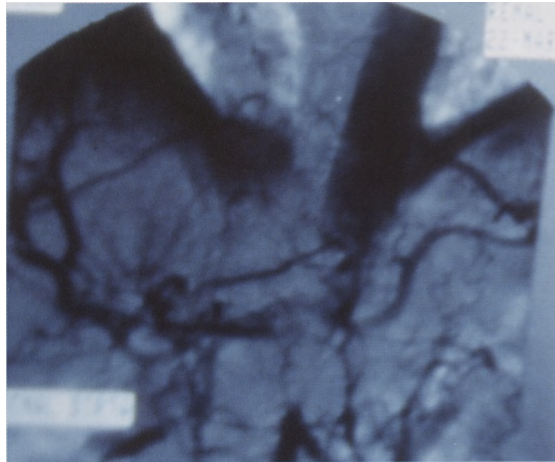
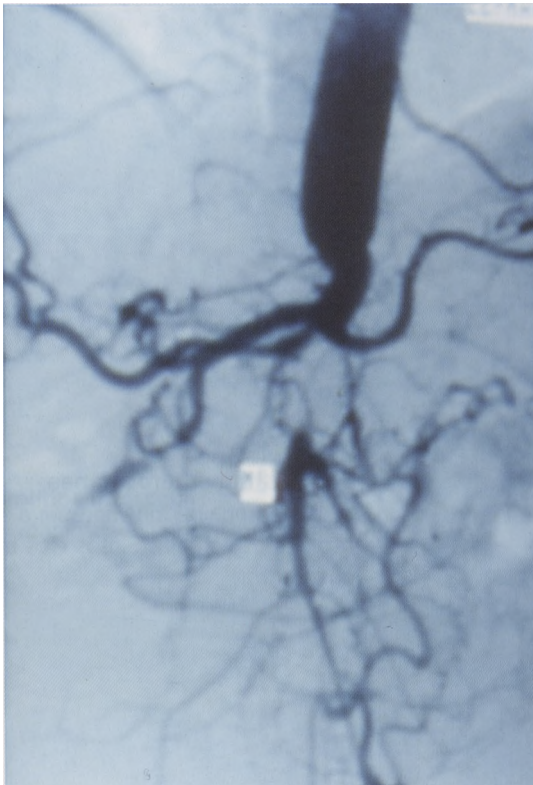
370. Enfarte intestinal
Oclusão da artéria mesentérica superior distante da emergência na aorta. O intestino apresenta-se distendido, parético e de cor vinosa.



371. Necrose intestinal
Ansa de intestino delgado estrangulada introduzida num orifício congênito do meso sigmóide. Encontrava-se em rotura eminente.



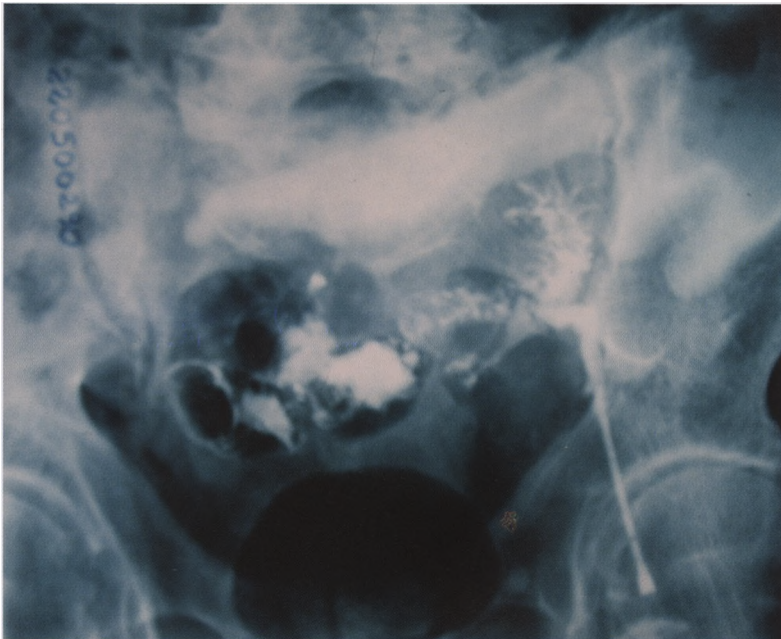
372. Isquemia intestinal
Oclusão da artéria mesen-
térica superior. O compro-
misso vascular obrigou á
resseção de intestino del-
gado que ficou reduzido
aos 150 cm proximais. A
porção ressecada apresen-
tava-se distendida, atô-
nica, de cor vinosa e com
conteúdo hemorrágico.



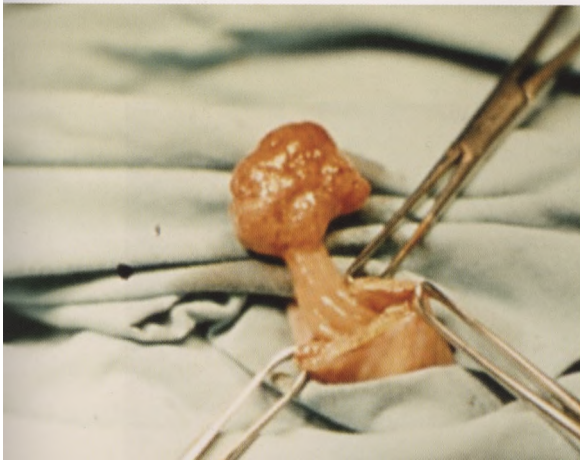
373. Trombose da artéria mesentérica superior
A terapêutica incluiu trombectomia.



374. Trombose da artéria mesentérica superior
A terapêutica consistiu em trombectomia e reconstrução arterial com prótese.



375. Fístula enterocutânea
A fistulografia permite apreciar a extensão dos trajectos fistulosos e os órgãos envolvidos.



376. Pólipos intestinais
Podem manifestar-se por hemorragia e/ou oclusão.



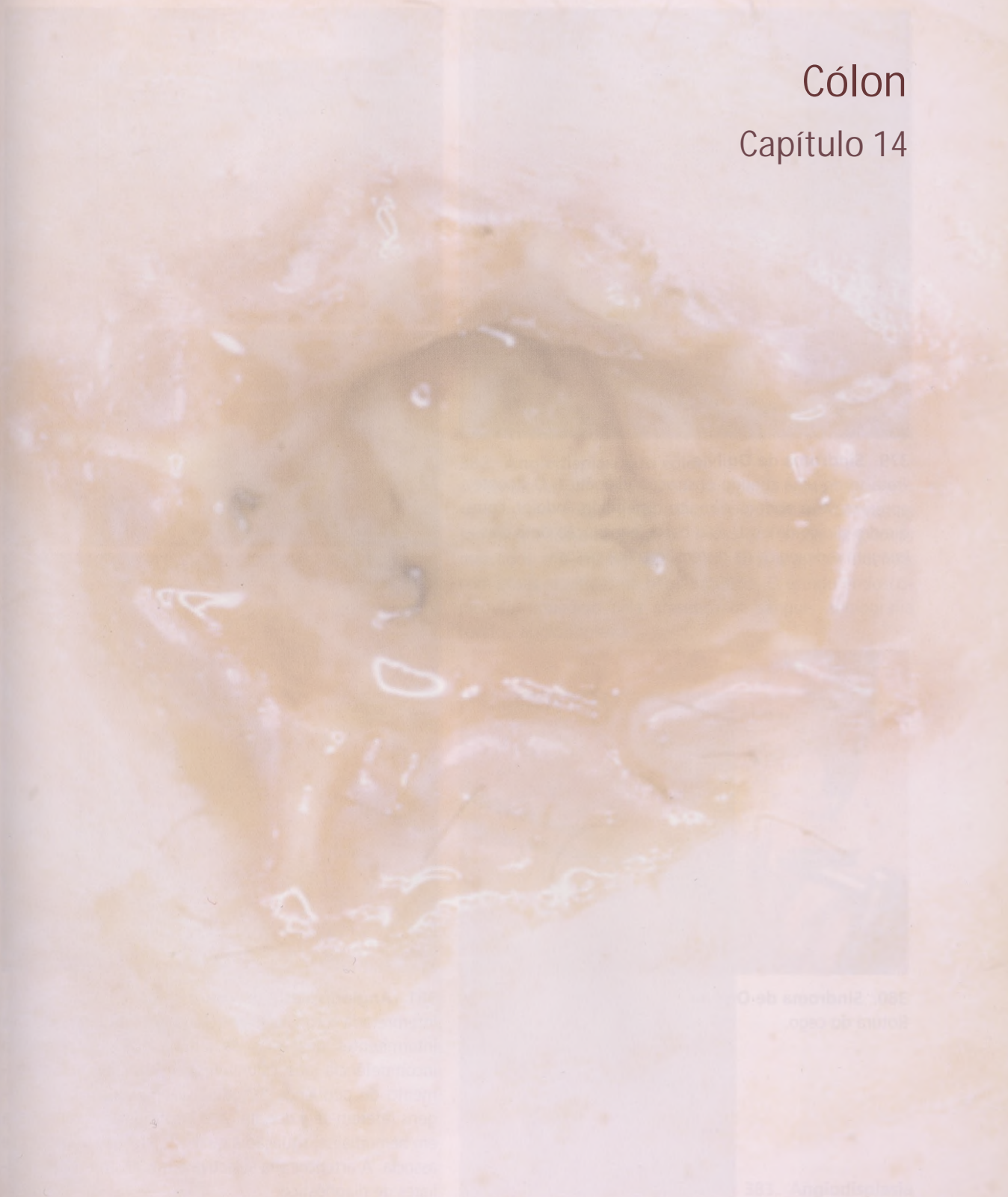
377. Síndrome de Peutz-Jeghers
Caracterizado por pigmentação cutânea-mucosa e polipose gastro-intestinal. A doente foi internada por oclusão intestinal. Os depósitos de melanina eram manifestos nos lábios e mãos.



378. Síndrome de Peutz-Jeghers
Caracterizado por manchas melânicas sub-ungueais e da mucosa.

Cólon

Capítulo 14



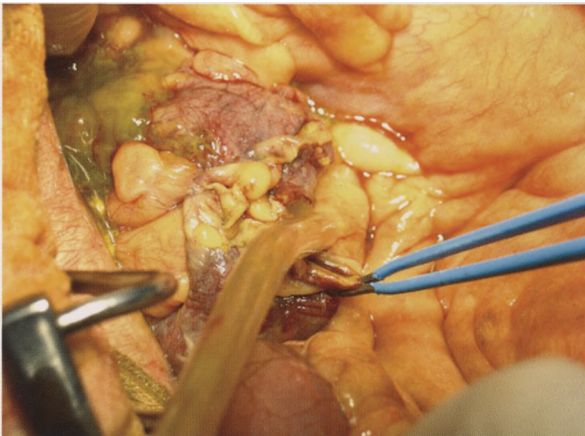
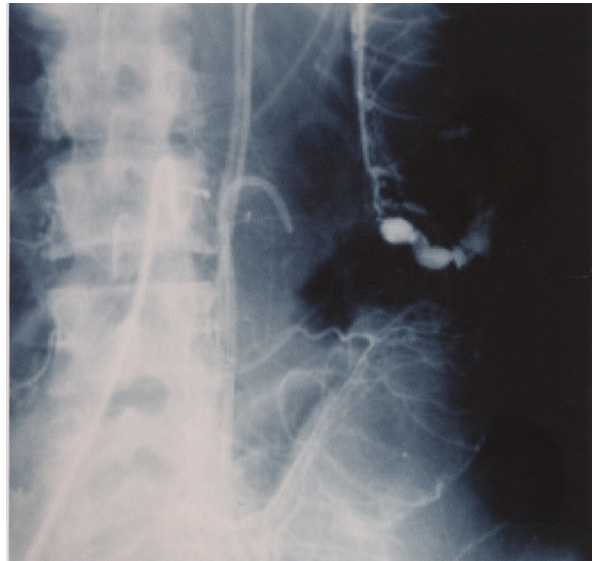
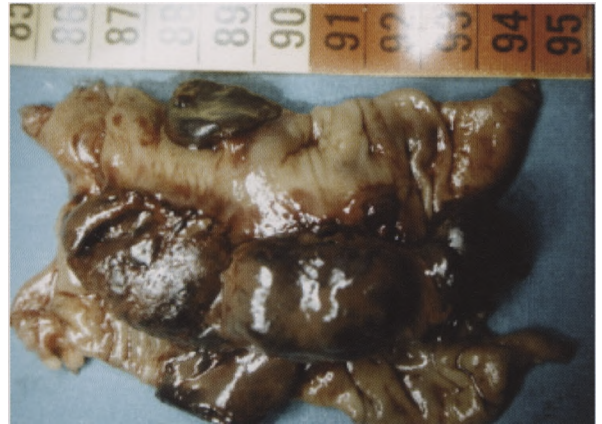
380 Síndrome de Ovario policístico

383 Angiodisplasia



379. Síndrome de Ogilvie

Trata-se de uma pseudo-obstrução idiopática. O doente apresentava o abdómen muito distendido, indolor, com quadro clínico de obstrução baixa, e evolução de 3 dias. Imagem radiológica de distensão cólica gasosa.

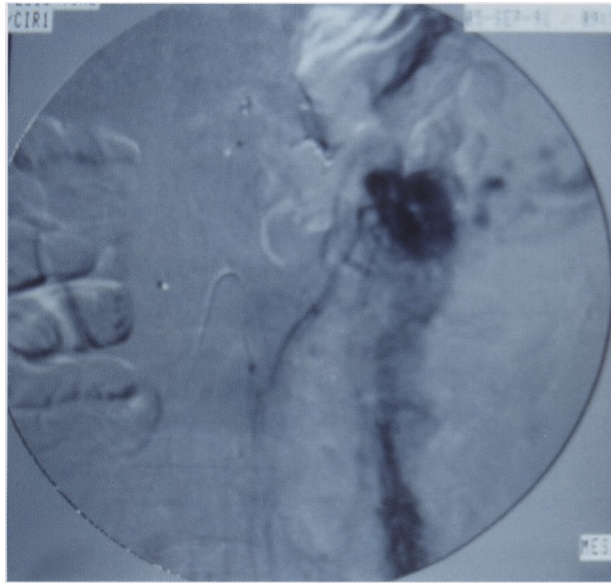
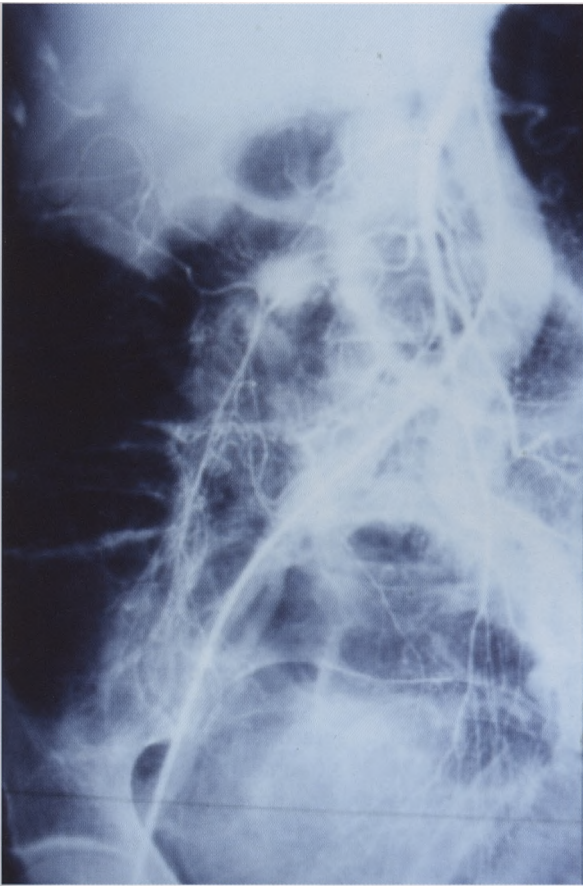


380. Síndrome de Ogilvie

Rotura do cego.

381. Angiodisplasia do cólon

Interpretada como lesão adquirida resultante de oclusões intermitentes das veias da submucosa que provocam incompetência dos esfíncteres pré-capilares e aparecimento de pequenos "shunts" artério-venosos. As imagens referem-se a doente com insuficiência renal crónica em hemodiálise, situação à qual esta afecção por vezes se associa. A arteriografia selectiva é um dos métodos auxiliares de diagnóstico.

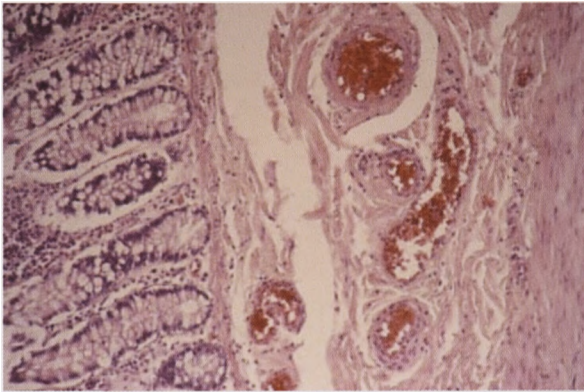


382. Angiodisplasia do cólon

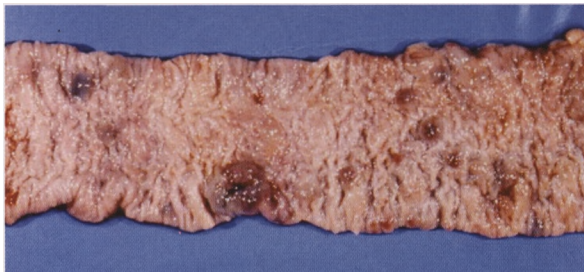
As tentativas para localização da sede da hemorragia nem sempre são eficazes. Os métodos usualmente utilizados são, além dos endoscópicos, a cintigrafia com eritrócitos marcados e a angiografia. As imagens mostram doentes com crises repetidas de hematoquécia. O estudo endoscópico foi impedido pela presença de sangue; angiografia revelou angiodisplasia



383. Angiodisplasia



384. Angiodisplasia.



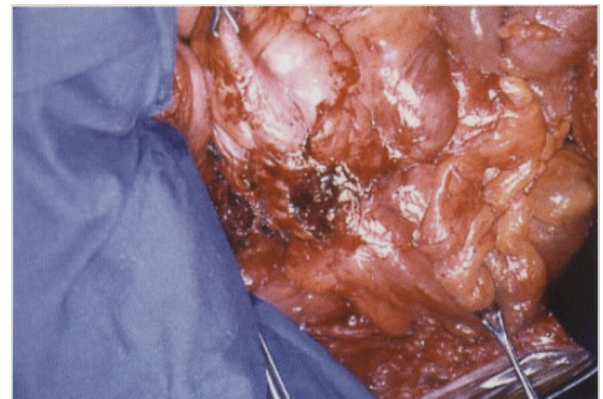
385. Angiodisplasia do cólon

As imagens seguintes são elucidativas da morfologia que as lesões apresentam. A peça de ressecção mostra múltiplos focos de angiodisplasia dispostos ao longo de todo o cólon. Neste doente com síndrome de Rendu-Osler-Weber não foi possível localizar os locais de hemorragia e foram infrutíferas as tentativas de embolização por radiologia de intervenção.



386. Diverticulose cólica não complicada

O carácter assintomático benigno, determina que o diagnóstico seja fortuito no decorrer da endoscopia ou por clister opaco. São visíveis fragmentos de bário retidos nos divertículos. Há que alertar o doente para eventuais complicações.



387. Diverticulite

A inflamação diverticular pode ocorrer em qualquer segmento cólico. O quadro clínico clássico é o de "apendicite à esquerda" porque a localização dos divertículos é essencialmente sigmóideia. Pode tomar características pseudo tumorais com oclusão intestinal, e acompanhar-se de outras complicações como: hemorragias, abscessos, fístulas e peritonite generalizada. Na imagem visualiza-se um fístula e peritonite estercoral.

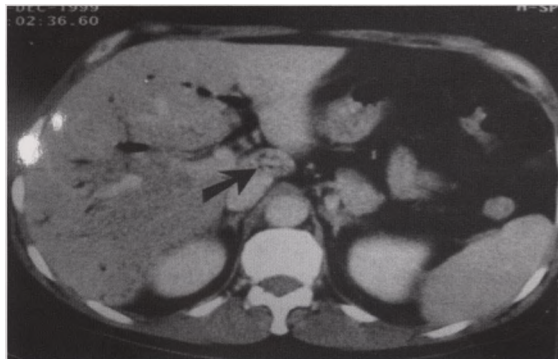
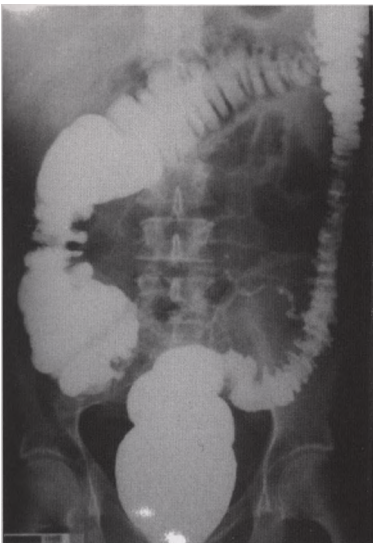
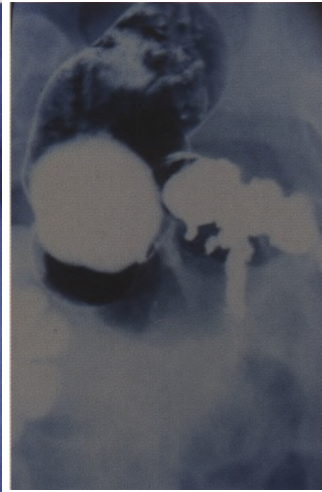
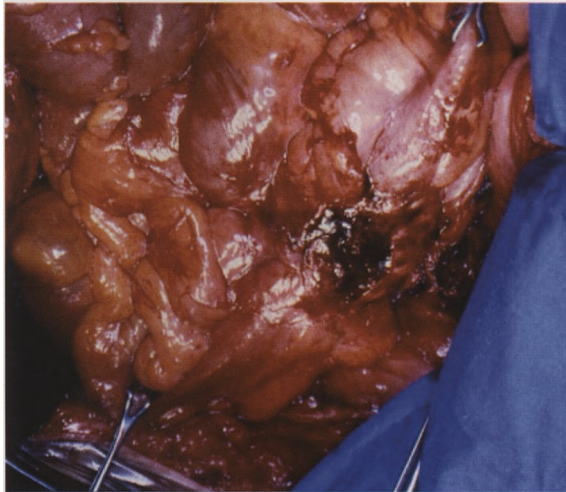


388 Diverticulite

A área atingida apresenta-se espessada e retraída. A inflamação, o edema e a fibrose tornam o órgão muito aderente às estruturas adjacentes. A massa inflamatória endurecida pode mimetizar um tumor maligno.

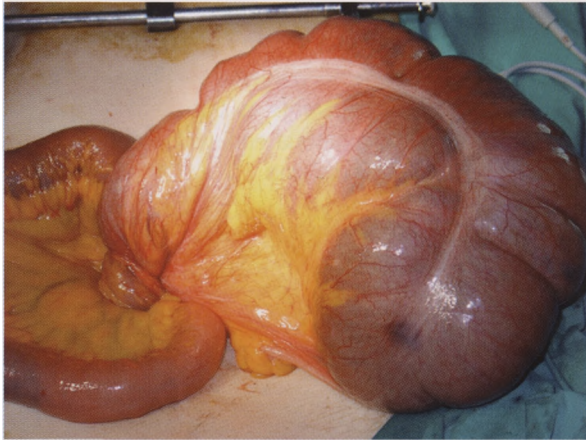
389. Divertículo do cólon sigmoide fistulizado

As fístulas podem constituir-se para os órgãos da vizinhança (bexiga, ureter, uretra, vagina, útero, cego, intestino delgado) perineo e pele.



390. Diverticulite complicada.

Intravazamento de contraste para uma veia cólica. Existe igualmente ar na veia porta (aerportia)



391. Volvo do cego.



392. Volvo do cólon sigmóide

Homem de 78 anos admitido no Serviço de Urgência em crise de dores abdominais mais localizadas no hipogastro e fossa ilíaca esquerda, situação precedida de episódios idênticos. O abdômen era assimétrico com aumento do volume à esquerda e meteorismo acentuado; a ampola rectal estava vazia. O diagnóstico foi confirmado por clister opaco com produto hidrossolúvel, que mostra obstrução muito acentuada e distensão a montante.

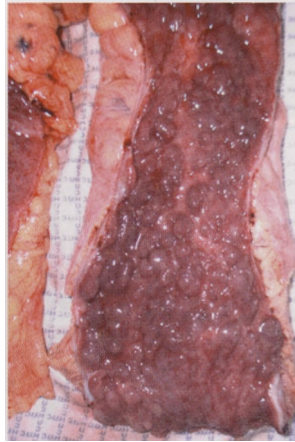
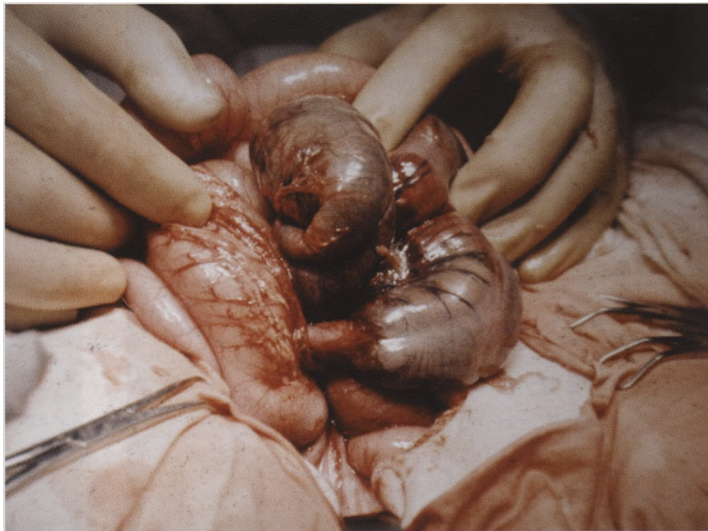


393. Volvo do cólon sigmóide

Diagnóstico confirmado por clister opaco com contraste hidrossolúvel.

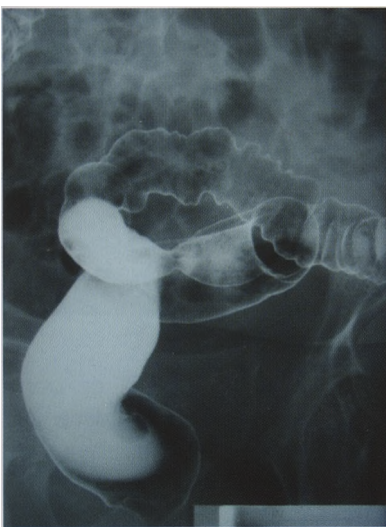
394. Volvo do cólon sigmóide

A torsão do pedículo provocou interrupção vascular e gangrena. A imagem mostra o intestino com a torsão já defeita.



395. Colite ulcerosa

A peça de proctocolectomia apresenta mucosa normalmente pregueada nos primeiros 40 cm proximais sendo a restante de aspecto congestivo, em empedrado, identificando-se fissuras e lesões pseudo-polípides, particularmente na área distal.



396. Estenose r dica do cólon sigmóide

Doente submetida a radioterapia por tumor pélvico. Referia dores abdominais, irregularidades do trânsito intestinal e crises de escorrências anais muco-sanguinolentas. O estudo radiológico mostra diminui o do calibre do cólon sigmóide numa extensão de cerca de 2 cm com diâmetro mínimo de 1,3 cm; os contornos da estenose são regulares (perda da austra o normal).



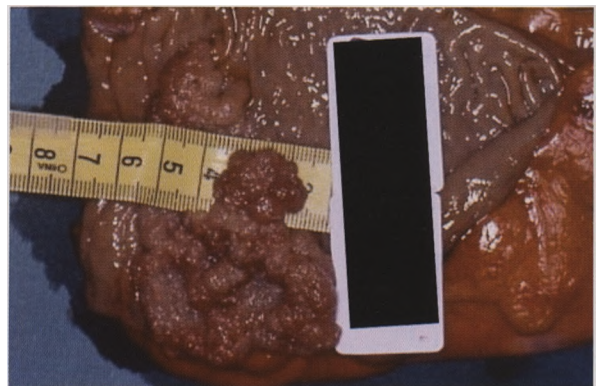
398. Lipoma do cólon

É um tumor de aparecimento raro. O doente referiu ausência de sintomatologia clínica; a manifestação inicial foi hemorragia.



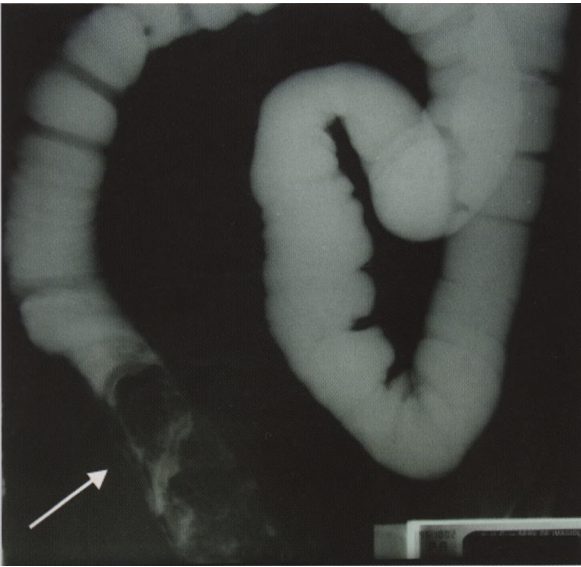
397. Doença de Hirschprung

Adulto com 20 anos anteriormente submetido a operação de Duamel. O clister baritado mostra distensão - mega-sigmóide e mega-recto - e estenose na junção anorectal. Encontram-se múltiplos fecalitos na parte distendida.



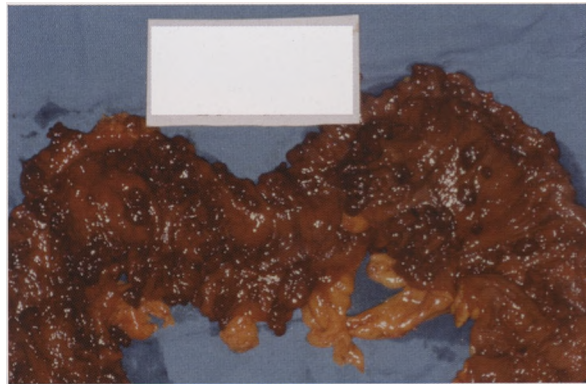
399. Tumor do cólon sigmóide (1)

Adenoma tubulo-viloso. Formação tumoral de crescimento exófito de superfície polipóide com dimensões de 4,5 x 7 cm, sendo o eixo maior perpendicular ao eixo intestinal. A placa seguinte corresponde ao estudo imagiológico deste doente.



400. Tumor do cólon sigmóide (2)

O estudo imagiológico por clister opaco mostra imagem de subtração do tipo infiltrativo - vegetante com desorganização do relevo mucoso mas com manutenção de distensibilidade.



401. Polipose cólica familiar

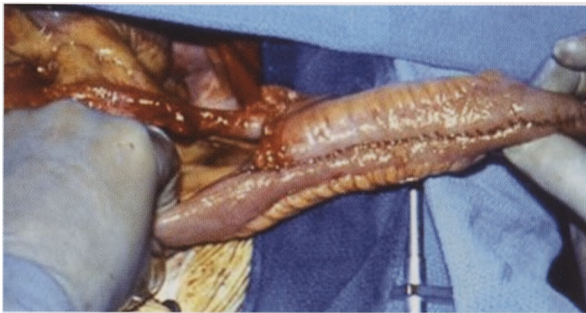
(Polipose adenomatosa familiar - FAP)

Trata-se de um síndrome hereditário autossômico dominante definido pela existência de centenas de pólipos adenomatosos no cólon e recto. Requer tratamento cirúrgico atempado, pois invariavelmente os pólipos sofrem degenerescência maligna antes dos 50 anos.



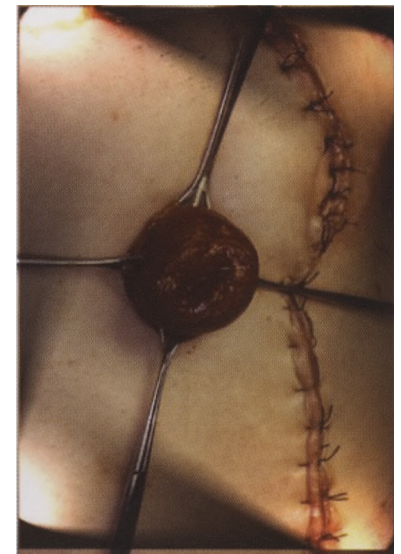
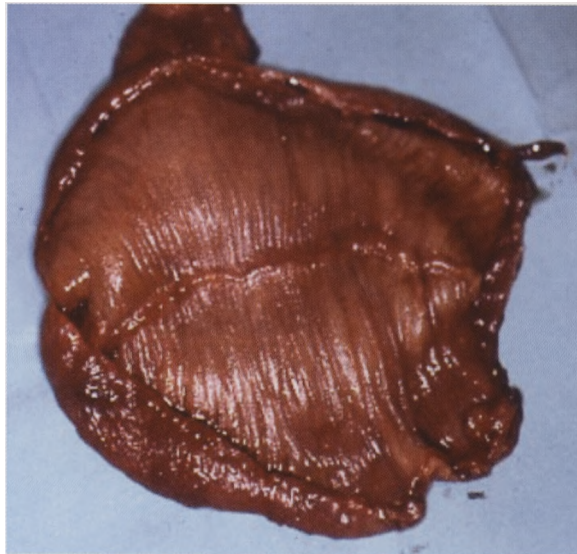
402. Polipose cólica familiar

(Polipose adenomatosa familiar - FAP). É frequente a coexistência de mais que um pólopo malignizado na altura do diagnóstico.



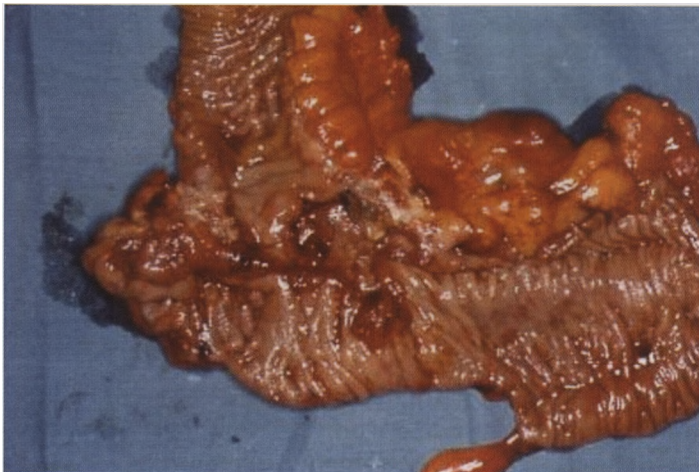
403. Bolsa ileal em J

Nos doentes em que há indicação para proctocolectomia total e anastomose íleoanal, procede-se à confecção de bolsa ileal em J. A imagem mostra o momento em que se apreciava a dimensão da bolsa cuja extremidade atingiria o períneo, sem tensão.

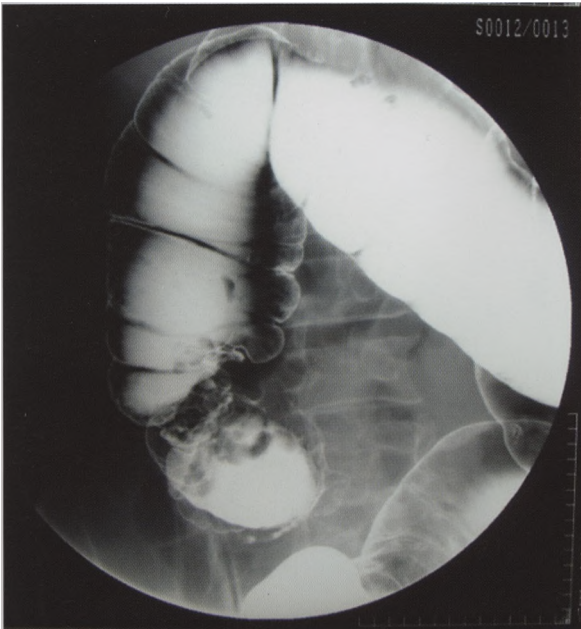


404. Bolsa ileal removida

Por vezes desenvolve-se na bolsa ileal um processo inflamatório intenso -"pouchitis" (A)- que pode, nos casos mais graves, indicar a sua remoção, ficando o doente com uma ileostomia terminal de Brooke (B).



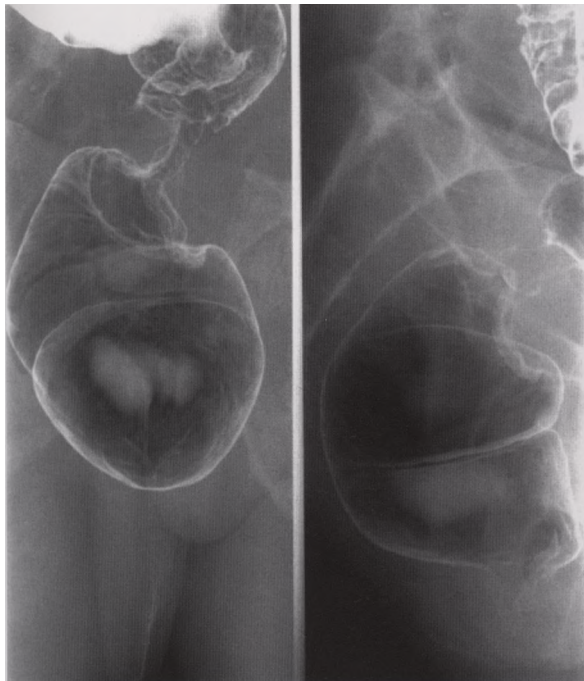
405. Tumor do cego.



406. Adenocarcinoma do cólon ascendente
No clister opaco com duplo contraste, é visível a imagem de subtração de morfologia circunferencial e contornos irregulares.



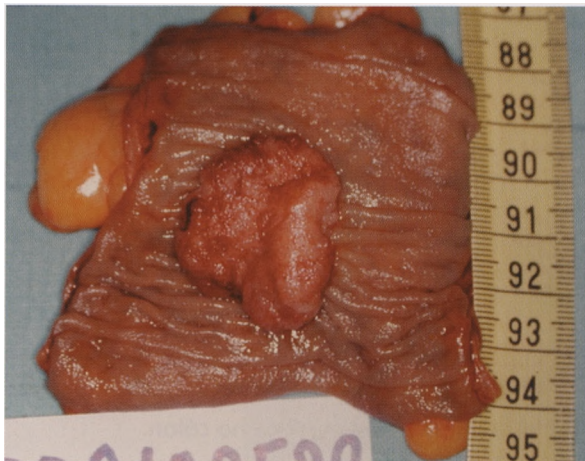
408. Adenomas degenerados no cólon.



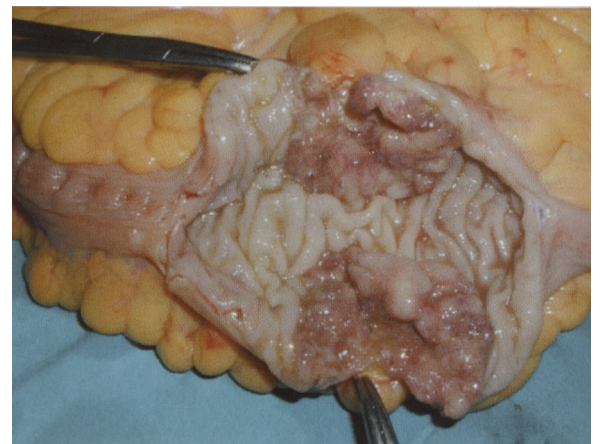
407. Carcinoma do colon
As imagens obtidas evidenciam carcinoma que envolve o órgão e concede um aspecto em "caroço de maçã".



409. Adenocarcinoma do cólon
Homem de 53 anos, admitido no hospital em sub-oclusão. Havia história de crises de obstipação alternadas com diarreia e fezes sanguinolentas. O tumor era infranqueável ao endoscópio; o fígado apresentava múltiplas metástases.



410. Adenocarcinoma do cólon
Tumor que apesar das pequenas dimensões, apresentava múltiplas metástases hepáticas. O doente foi submetido a uma ressecção sem intuito curativo.



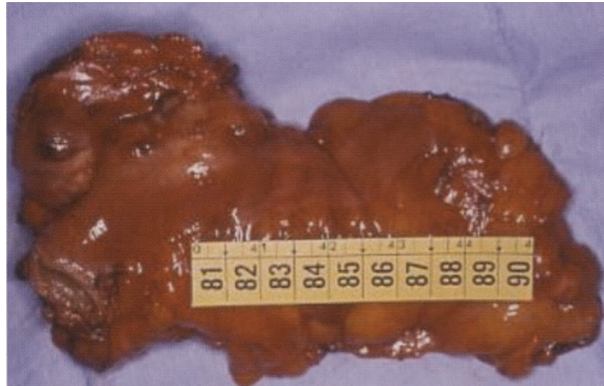
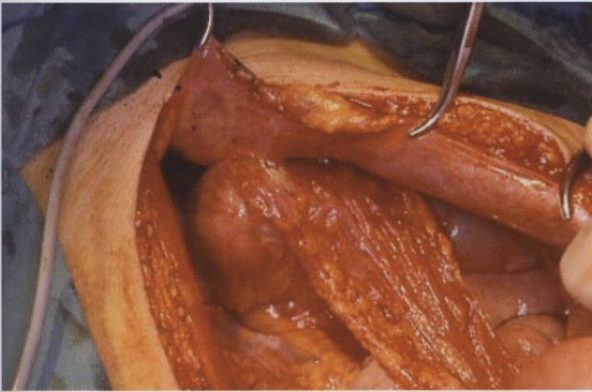
411. Adenocarcinoma do cólon descendente estenosante.

Peça de hemicolectomia. Está referenciado na emergência da artéria mesentérica inferior um conglomerado de adenopatias.



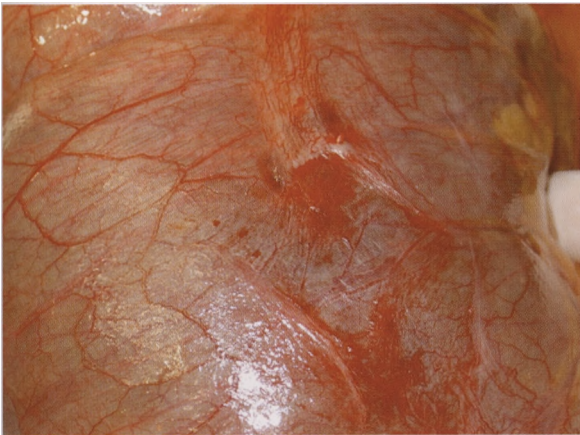
412. Tumor metácrono do cólon

Doente submetido previamente a ressecção rectal e reconstrução com anastomose colorrectal baixa. A seta indica a anastomose primitiva.



413. Tumor do cólon sigmoide

Tumor aderente à parede abdominal. A existência de metástases disseminadas indicou uma recessão paliativa.



414. Diástase da serosa do cólon ascendente

Provocada por distensão devido a oclusão por tumor do cólon esquerdo associada a válvula fleo-cecal continente.



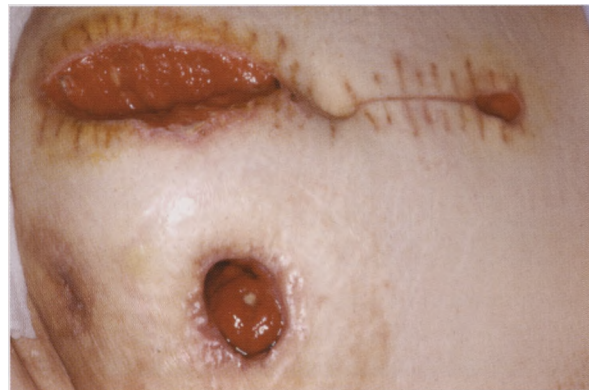
416. Colostomia - complicações

Afundamento da colostomia e estomite.



415. Colostomia - complicações

Estase venosa e edema determinados por compressão no trajecto transparietal.

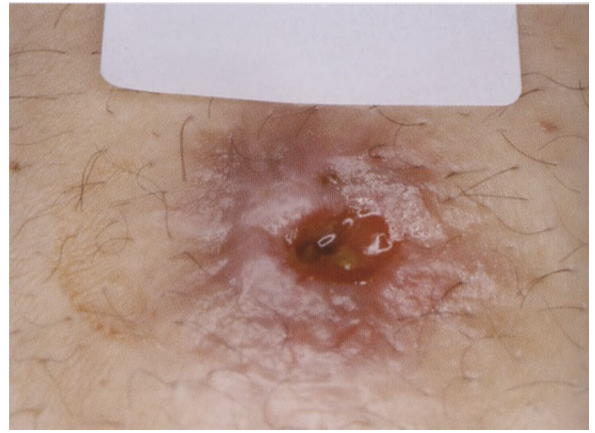


417. Colostomia - complicações

Deiscência da sutura da colostomia e da laparotomia cuja origem se atribuiu a abscesso peri-estomal.



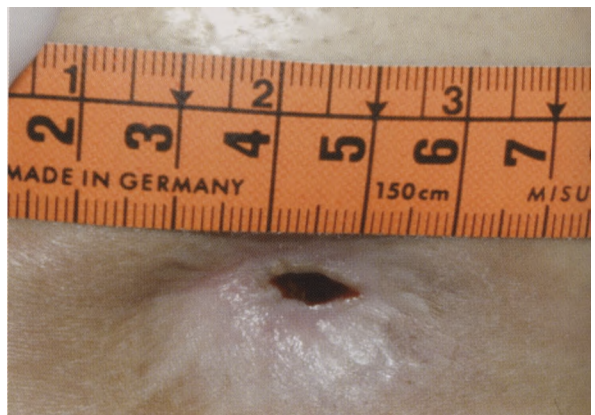
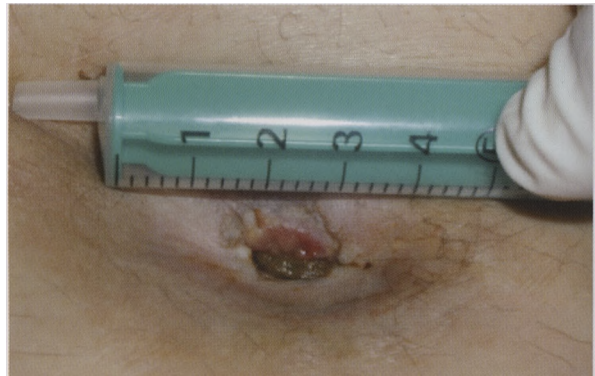
418. Colostomia - complicações
Volumosa hérnia paraestomal.



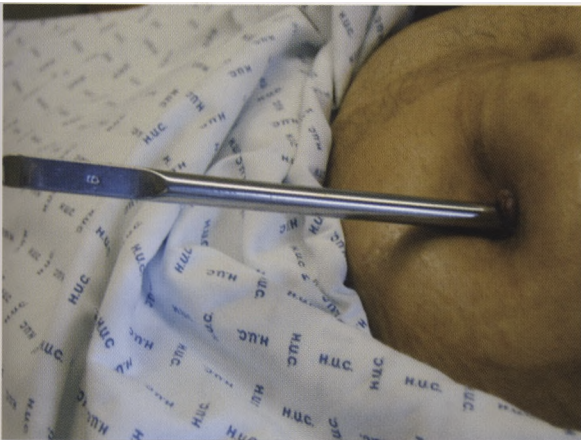
420. Colostomia - complicações
Estenose da colostomia. Como causas invocam-se a isquémia, a infecção, a retracção e o afundamento do estorna.



419. Colostomia - complicações
Dificuldade de adaptação do saco de colostomia à parede abdominal. A hérnia para-estomal dificultava a contenção do saco. A colocação da colostomia em prega cutânea ou junto a estrutura óssea (espinha ilíaca antero-superior assinalada com ponto azul) não permite a boa adaptação do saco.



421. Colostomia - complicações
Estenose e afundamento.



422. Colostomia - complicações
Dilatação da estenose com vela de Hegar.



424. Colostomia - complicações
Prolapso de colostomia em ansa, com os dois ramos prolapsoados. Nestes casos muitos doentes têm dificuldades defecatórias.



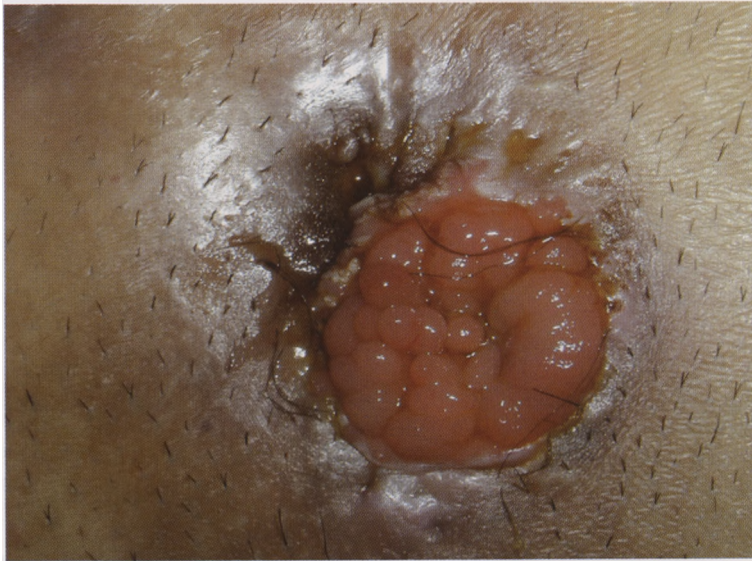
423. Colostomia - complicações
Dermatite pericostômica. As lesões da pele são atribuídas aos efluentes intestinais cuja acção se deve a deficiente contenção por má adaptação do saco.



425. Colostomia - complicações
Prolapso de colostomia terminal.



426. Abscesso peri-colostomia
Abscesso sub-cutâneo fistulizado. A introdução do corante revela a comunicação entre os dois orifícios.



427. Colostomia
Mucosa cólica de aspecto hiperplasiado.



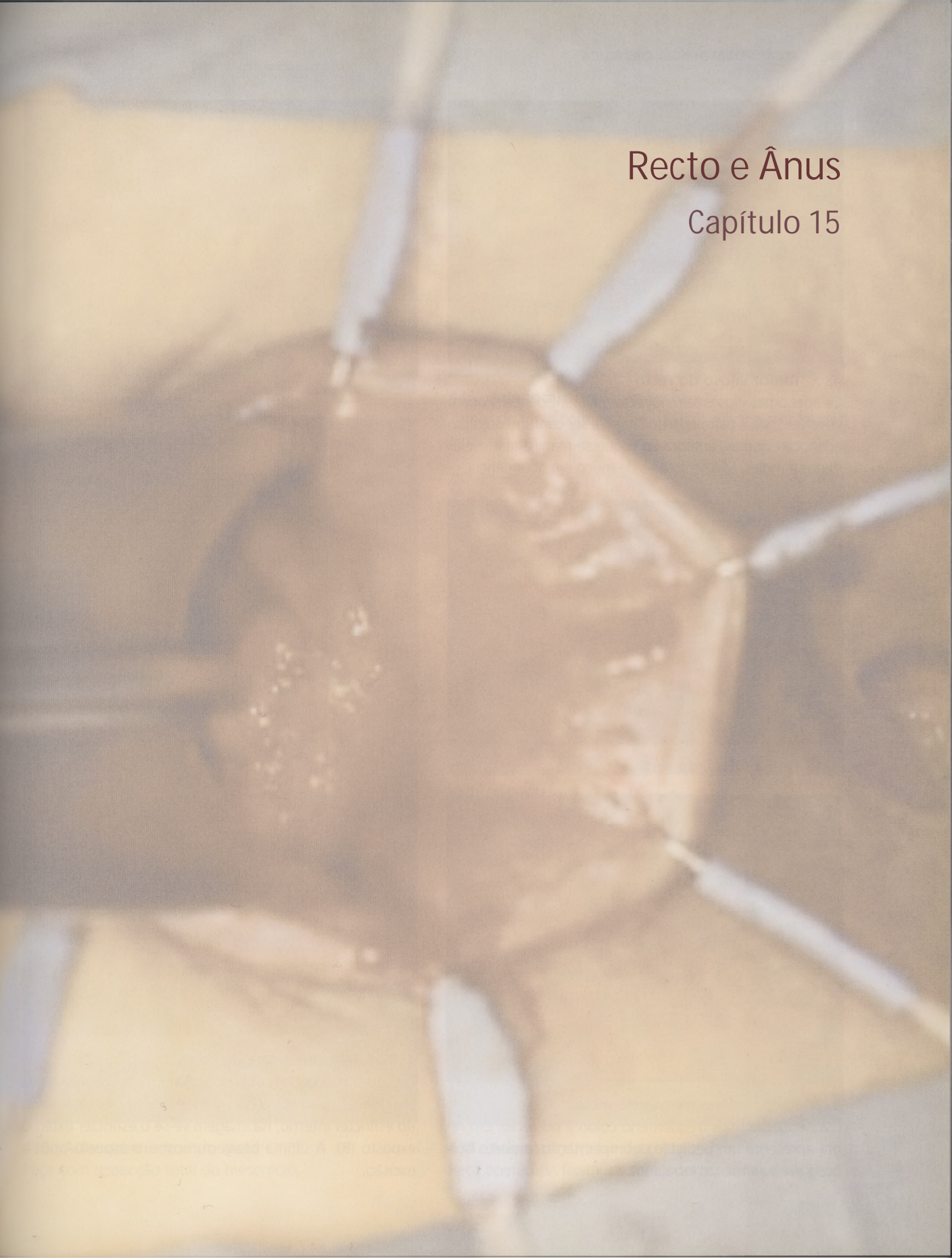
428. Colostomia
Invasão tumoral da pele peri-estomal. A origem do tumor na colostomia foi atribuída a causas relacionadas com a primeira intervenção (implantação celular) ou a tumor metácrono.



429. Colostomia
Tumor no lúmem do prolapso.

Recto e Ânus

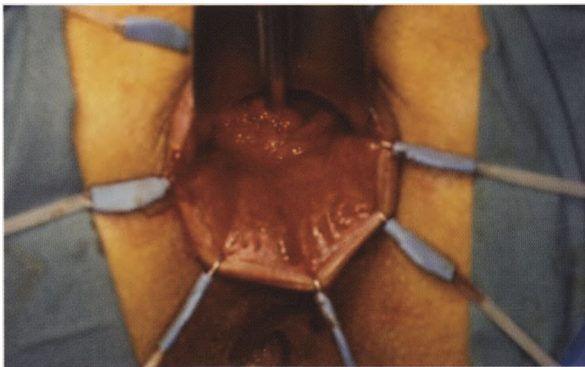
Capítulo 15



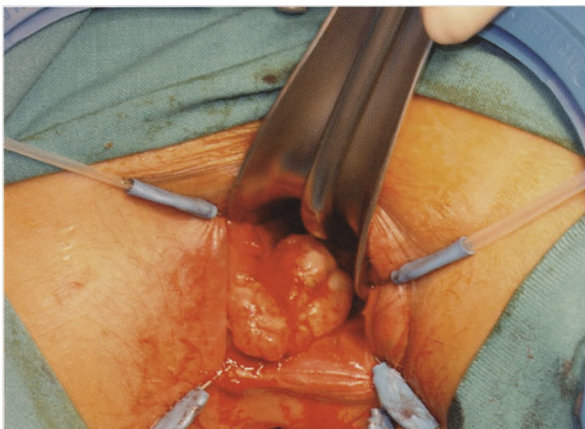


430. Tumor viloso do recto

Os adenomas vilosos têm no recto maior incidência. Podem envolver toda o perímetro do lúmen e ser confundidos com adenocarcinomas, embora ao toque se manifestem aveludados e moles. São secretores de muco em abundância.

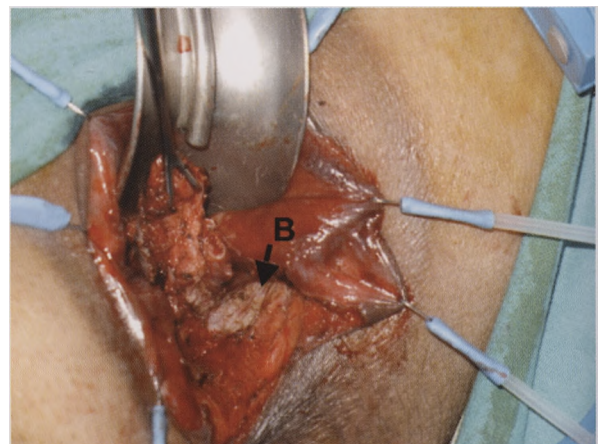
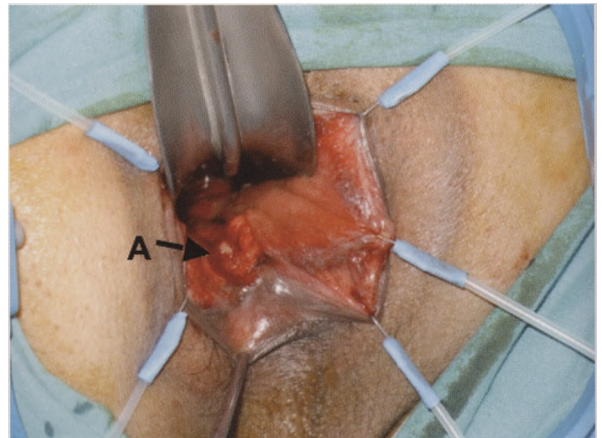


431. Tumor viloso do recto.



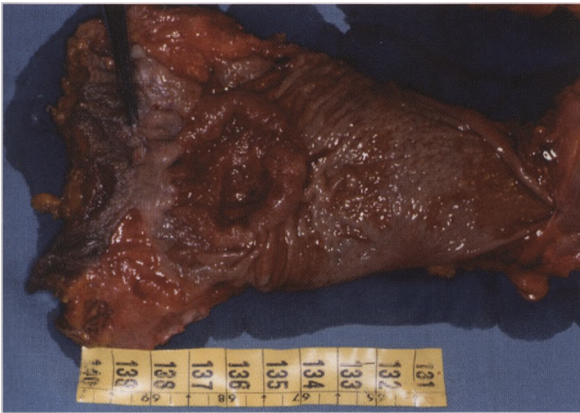
432. Pólipo adenomatoso do recto.

É a neoplasia mais frequenteno colon e no recto. Em regra apresenta um pedículo de implantação, aspecto bolboso irregularmente lobulado.



433. Adenocarcinoma do recto.

Lesão estadiada como T1N0 que atingia a línea pectínea (A). Procedeu-se a excisão transanal com levantamento do esfíncter interno; na imagem vê-se o esfíncter externo exposto (B). A última imagem mostra o aspecto após a excisão.



434. Adenocarcinoma do canal anal
Peça cirúrgica de amputação abdômino-perineal.



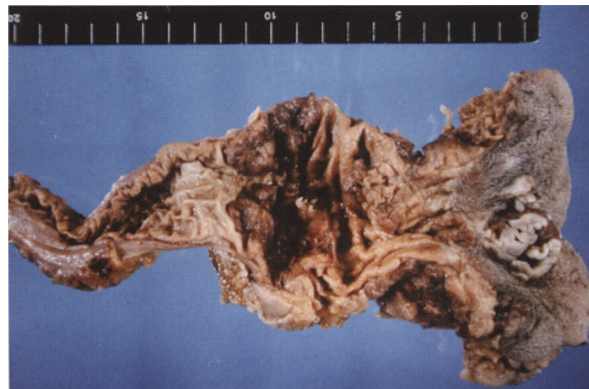
436. Adenocarcinoma do recto
Tumor do recto com invasão vaginal, vulvar e metástases cutâneas.



435. Adenocarcinoma do recto
Peça com ressecção total do mesorecto.



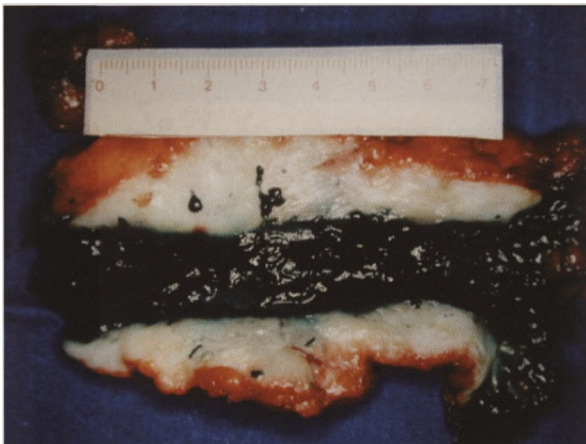
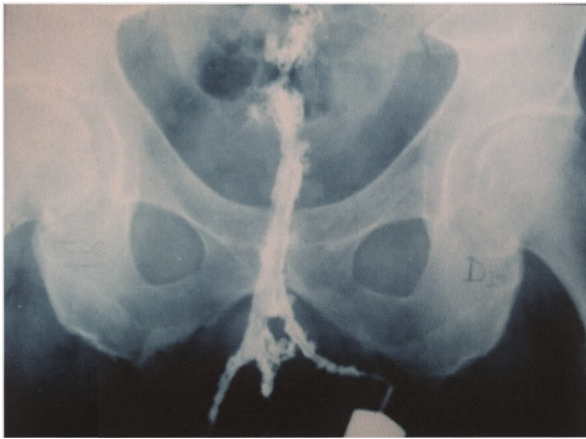
437. Adenocarcinoma do recto
Tumor do recto com invasão e fistulização para o perineo.



438. Adenocarcinoma do recto
Peça operatória fixada de tumor com invasão do ânus.

439. Adenocarcinoma do recto

Recidiva perineal em doente submetido a amputação abdómino-perineal.



440. Sinus perineal sequela de operação de *Miles*

Como sequela de ressecção rectal por via abdómino-perineal, surgiu um trajecto fistuloso que resistiu às terapêuticas habituais e cujas dimensões e trajectos são apreciados na fistulografia. Foi submetido a excisão cirúrgica; para melhor identificação da extensão e limites do trajecto fistuloso utilizou-se azul de metileno.



441. Deiscência de sutura perineal

Doente com neoplasia maligna do recto com invasão da parede posterior da vagina. Após radioterapia neo-adjuvante foi submetida a excisão do recto, da parede posterior da vagina e histerectomia total com anexectomia. A imagem mostra deiscência das suturas perineal e vaginal com exposição da parede anterior da vagina.



442. Sequela pós ressecção abdomino-perineal por adenocarcinoma do recto
Deiscência do encerramento perineal primário. Para o preenchimento da loca utilizou-se um retalho mio-cutâneo do músculo recto interno.



443. Sinus perineais após operação de Milles
Na imagem identificam-se dois orifícios cutâneos correspondentes a sinus após operação de *Milles* por carcinoma. A resistência ao tratamento médico determinou a excisão ampla dos tecidos afectados. No preenchimento da loca, dadas as suas dimensões, utilizaram-se dois retalhos compostos musculo-cutâneos de recto interno.



444. Lesão rádica perineal
Sequela de tratamento de adenocarcinoma do recto em doente submetido a operação de *Milles*



445. Tumor do canal anal exteriorizado

A lesão incluía a pele perianal. As queixas referidas pelo doente eram prurido, desconforto anal e perdas mucosanguinolentas. Durante meses submeteu-se a auto-tratamentos dirigidos ao que pensava serem hemorroidas.



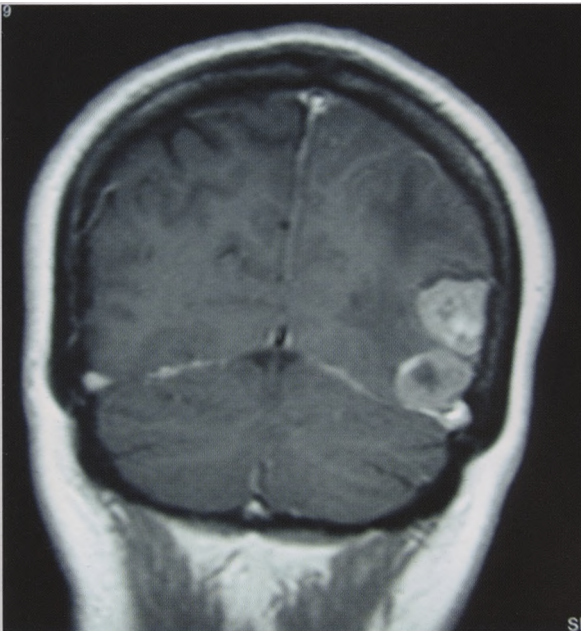
446. Cancro do ânus em hidrosadenite

As imagens referem-se a um homem de 40 anos com antecedentes de plastia nadego-perineal por hidrosadenite. Quatro anos após diagnosticou-se neoplasia maligna do ânus (seta). Foi submetido a ressecção abdômino-perineal.





447. Lesões de radiodermite
Sequela de terapêutica por tumor do ânus.



448. Metástases cerebrais - cancro do recto
Desencadeiam síndromas tumorais expansivos intracranianos o que exige fazer o diagnóstico diferencial com tumores primitivos.



449. Metástase de cancro do recto na mão
Doente com disseminação metastática que atingia estruturas da mão.



450. Doença de Crohn ano-recto-perineal
Ressecção anorectal por via abdómino-perineal. Em regra, a ferida perineal é encerrada e a cicatrização obtida por primeira intenção. Contudo há circunstâncias em que após deiscência, a cicatrização se processa por segunda intenção, como ocorreu neste doente multioperado a persistentes fístulas rectoperineais.



451. Doença de Crohn
Destrução esfinteriana por intervenções múltiplas a fístulas perianais. A doente recorreu ao hospital por incontinência de gases e fezes. Foi diagnosticada doença de Chron.



452. Prolapso mucoso do recto
De notar a dermatite condicionada por esta situação.



453. Prolapso rectal completo "prolapsus recti"

O segmento prolapsado é constituído por todas as tûnicas da parede do recto e fica separada do anus por um sulco circular; tem configuração cilindro-cônica com pregas concêntricas.



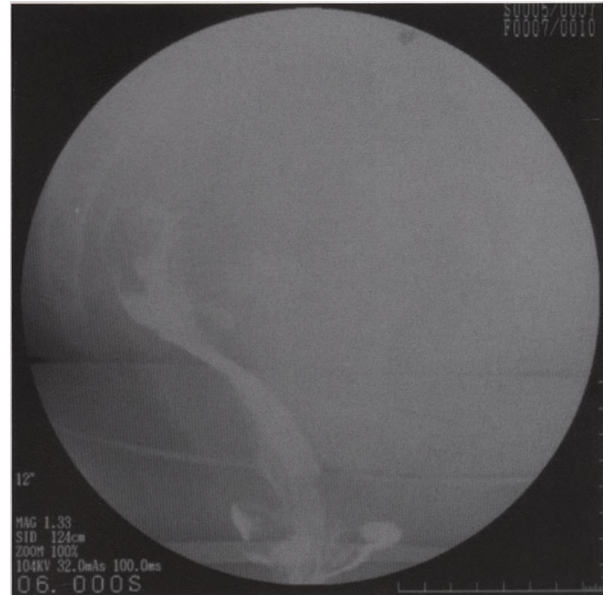
454. Prolapso rectal.



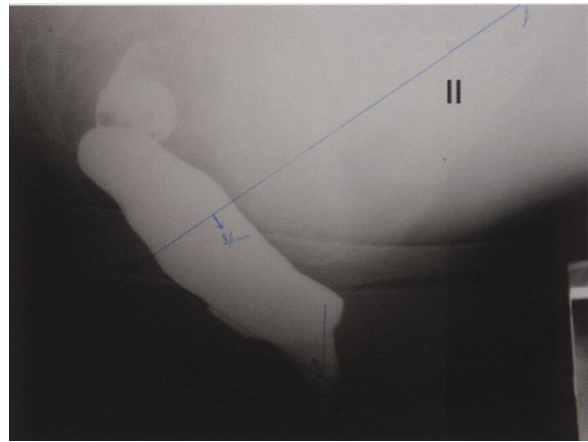
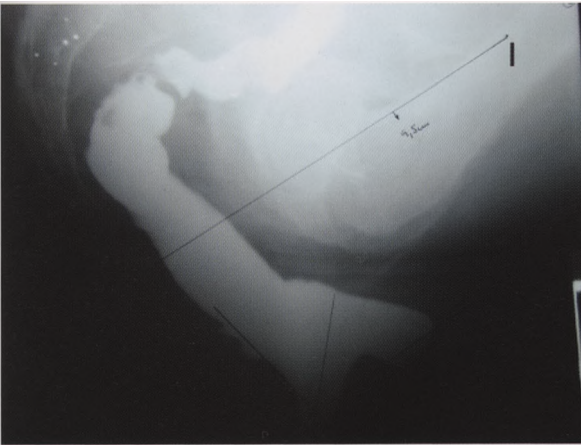
455. Rectocelo
Por toque rectal exterioriza-se a parede vaginal posterior através da vulva.



456. Rectocelo
Por toque vaginal pode exteriorizar-se através do ânus a parede anterior do recto.

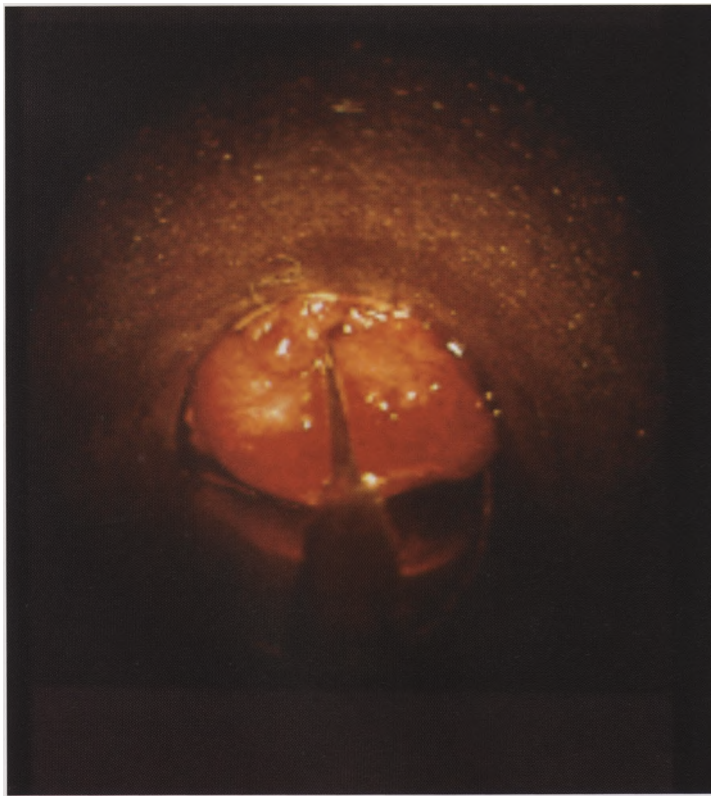


457. Rectocelo
Na defecografia identifica-se uma imagem aditiva no contorno anterior do recto (rectocelo) bem como uma invaginação intra-anal da parede do recto (prolapso rectal).



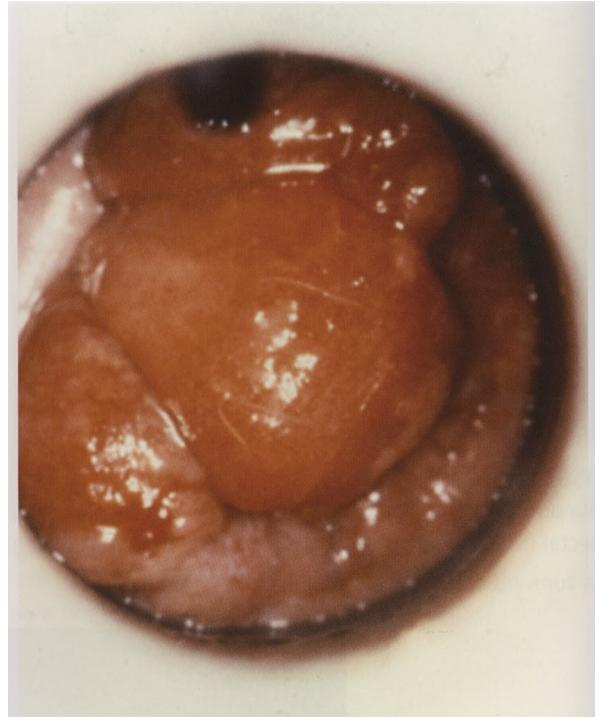
458. Rectocelo

Na primeira imagem da defecografia observa-se um volumoso rectocelo anterior; na segunda, após tratamento transrectal (STARR), persistiu um esboço do rectocelo mas sem expressão clínica.



459. Hemorroidas (1)

Patologia que afecta mais de metade do total de doentes que procuram a consulta de proctologia. A imagem representa hemorroidas de grau I, vistas através do anuscópio; observam-se edema e congestão sem prolapso. Os sintomas são ocasionais.



460. Hemorroidas (2)

A imagem representa hemorroidas de grau II; observam-se edema e congestão sem prolapso.



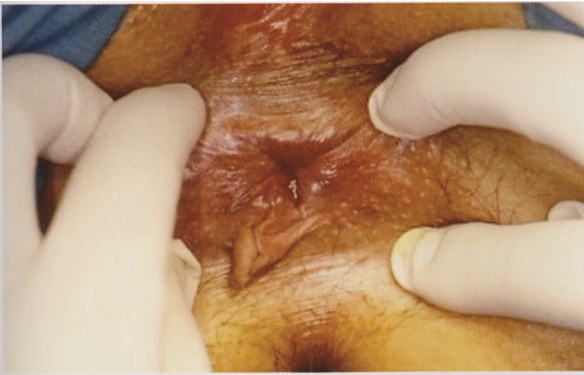
461. Hemorroidas (3)

A imagem representa hemorroidas de grau III; observam-se edema, congestão e prolapso. O prolapso era redutível, e refazia-se com o esforço defecatório.



462. Hemorroidas (4)

A imagem representa hemorroidas de grau IV; observam-se edema, congestão e prolapso permanente.



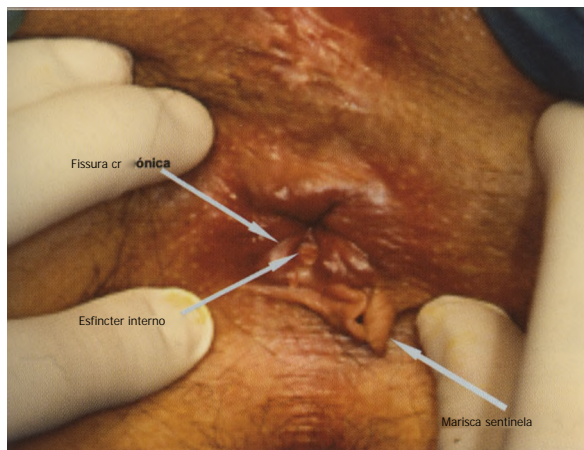
463. Fissura anal
É uma rotura da mucosa e da pele do rebordo do canal anal, em regra localizada na linha média posterior, expondo o esfíncter interno.



466. Fissuras anais por sodomização.



464. Fissura anal aguda.



465. Fissura anal crónica



467. Condilomas peri-anais



468. Condilomas perianais

Lesões de aspecto papiliforme, com crescimento em couve-flor ou em pequenas pápulas avermelhadas, pruriginosas, dolorosas e acompanhadas de escorrências, por vezes hemorrágicas. As dimensões das lesões dos doentes a que correspondem as imagens, envolviam toda a margem anal e tornavam difícil a visualização do ânus.

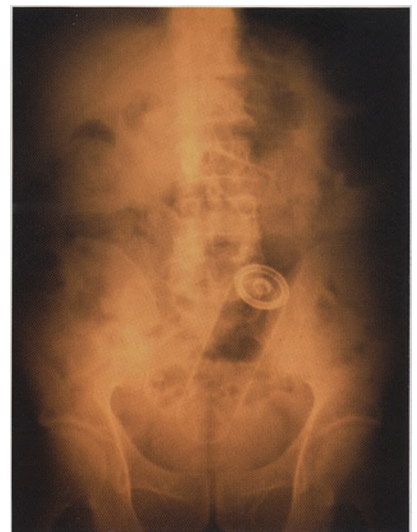


469. Condilomatose perianal.



470. Recto - Corpos estranhos

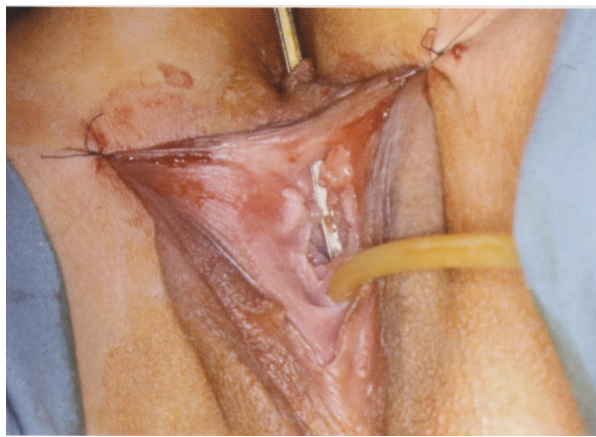
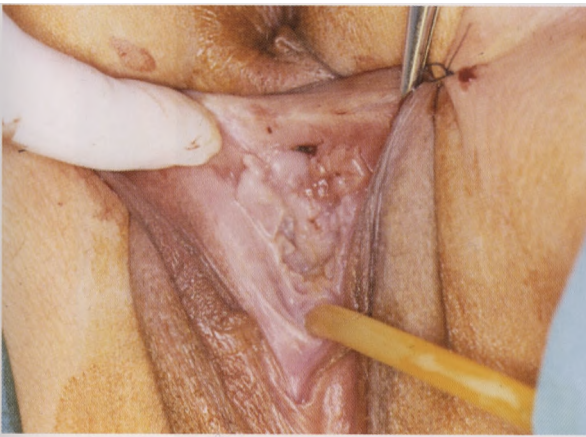
Objectos introduzidos por práticas viciosas. A procura do hospital é motivada por lesões ou por retenção e impossibilidade de expulsão.





471. Fístula perianal

O aparecimento da fístula foi precedido de abcesso peri-anal. A exploração do trajecto fistuloso é feita com prudência para não criar um falso trajecto.



472. Fístula recto-vaginal

Fístula de causa obstétrica com 30 anos de evolução. A doente referia expulsão pela vagina de escurências fecais e gases. O diagnóstico é evidente tanto por rectoscopia como por exame endovaginal.



473. Abscesso perianal com necrose cutânea
Abscesso perianal com fleimão propagado ao perineo anterior e escroto que provocou necrose cutânea.



474. Fleimão perianal
Iniciado por abscesso perianal atingiu o escroto. Observa-se edema escrotal acentuado e necrose cutânea.



475. Sequela de fleimão perineal com necrose cutânea
Observa-se tecido de granulação após remoção do tecido necrosado.



476. Amibíase

Infiltração recto-perineal e destruição tecidual peri-recto-anal. Neste doente coexistiam abscessos hepáticos da mesma etiologia.



477. Estenose anal

Imagem colhida em doente colostomizada por estenose anal, sequela de intervenções por "hemorroidas" (sic). O orifício anal apresentava 3mm de diâmetro o que determinava incapacidade total de defecação. A estenose pode surgir como sequela de outras intervenções anais como as dirigidas a fístulas.



478. Prurido anal idiopático

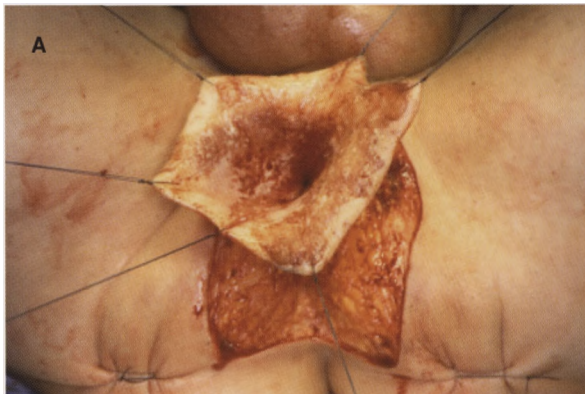
Homem, 37 anos, com queixas que perduravam havia 10 anos. Não foi encontrado factor etiológico local ou sistémico. Foram tentadas múltiplas terapêuticas, que incluíram desparasitação, higiene peri-anal, tratamentos locais e apoio psiquiátrico. Foi classificado como prurido idiopático. A excisão da pele perianal e reconstrução com retalho escrotal foi eficaz.





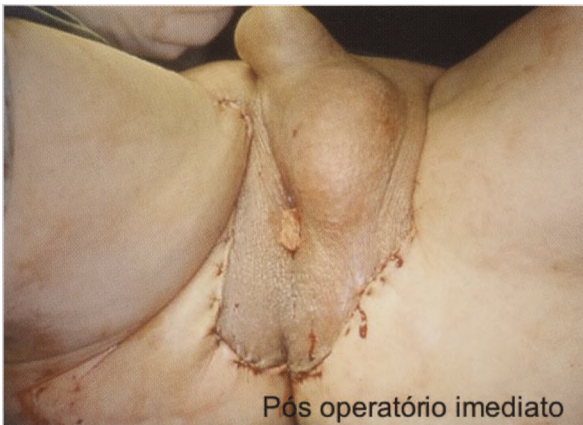
479. Doença de Paget peri-anal (adeno-carcinoma intra-epitelial)

Lesão de estabelecimento progressivo, lento, de coloração vermelho brilhante acompanhada de exsudato seroso e prurido anal intenso. A pesquisa de possível neoplasia gastro-intestinal coexistente foi negativa.



480. Doença de Paget (peroperatório)

O doente, de 83 anos, recusou a ressecção abdomino perineal. Procedeu-se á excisão ampla da pele e mucosa ano-rectal; o leito cruento recebeu um retalho escrotal. As imagens mostram tempos de ressecção-A e o retalho escrotal no leito receptor-B



481. Doença de Paget - pós-operatório

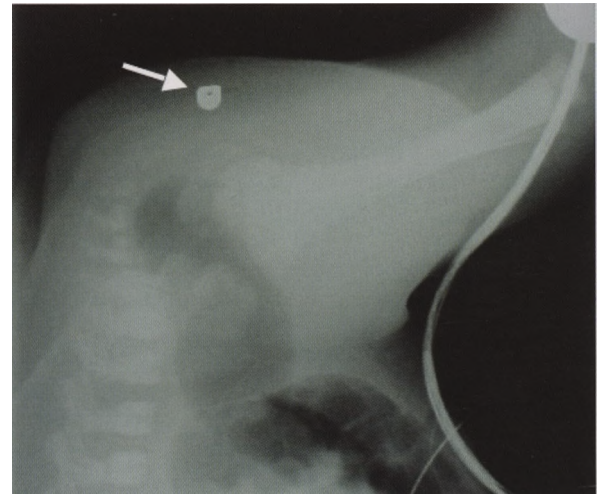
O doente abandonou o acompanhamento ao quarto mês com receio de que o "obrigassem a tirar o ânus".

482. Doença de Paget - evolução do tumor

Aos cinco meses o doente voltou por referir dor perineal persistente. Havia recidiva da lesão; insistiu na recusa da ressecção rectal por via abdómino-perineal. As imagens referem-se a aspectos da evolução da doença no pós operatório.



483. Doença de Paget - evolução do tumor
Aspecto aos doze meses. Oclusão total ano-rectal e invasão do retalho escrotal.



484. Imperfuração anal

São múltiplas as variações anatómicas de imperfuração anal. O tipo comum consiste na inexistência de ânus localizando-se o recto com a extremidade obstruída e distendida, na pélvis. O invertograma permite apreciar a distância entre a extremidade do recto e o períneo. Para este estudo radiográfico referencia-se com marca metálica o local onde se deveria localizar o ânus e mantém-se o bebé em posição invertida durante alguns minutos. O radiograma de perfil mostra-nos o períneo (marca radiopaca assinalada com seta) e a extremidade do recto cheia de ar.



485. Imperfuração anal
Fístula recto-vestibular.



486. Imperfuração anal
Fístula dando saída a mecónio.

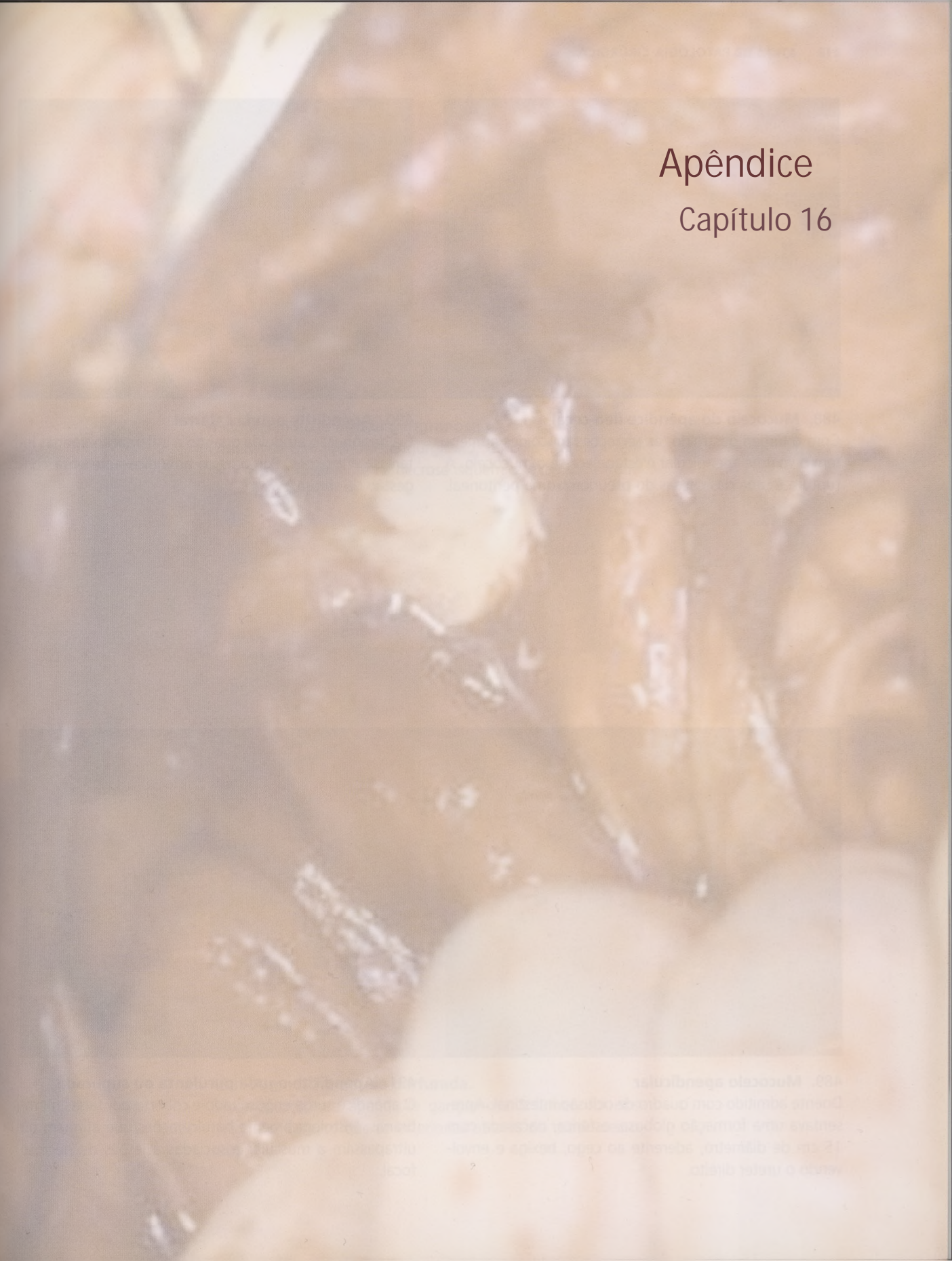


487. Sinus pilonidal

Caracterizado por ser sede de abscessos agudos ou crónicos. Em fase de estabilização existem fístulas que dão saída a escorrências e pêlos. Atinge principalmente os jovens e particularmente os do sexo masculino. Pode ser doloroso e sede de infecção com formação de abscesso. A imagem mostra cicatriz de incisão para drenagem de abscesso e dois orifícios de drenagem espontânea.

Apêndice

Capítulo 16

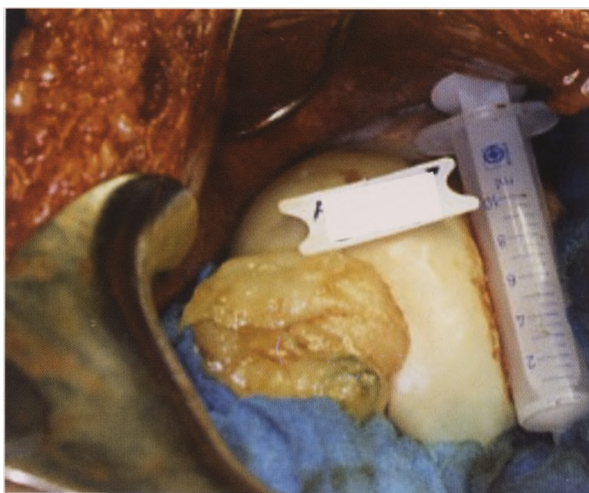




488. Mucocele do apêndice íleo-cecal
Com o lúmen obstruído, as secreções mucóides aumentam o volume apendicular e estabelece-se o mucocele. A ruptura é uma das causas do pseudomixoma peritoneal.



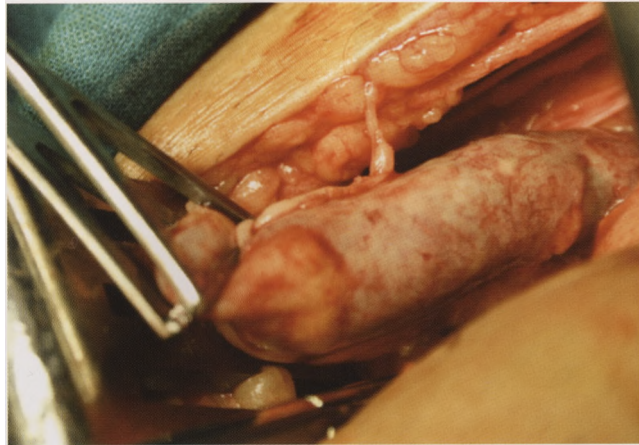
490. Apendicite aguda catarral
É a designação atribuída quando a inflamação apenas interessa a mucosa. Por vezes o apêndice apresenta congestão da serosa.



489. Mucocele apendicular
Doente admitido com quadro de oclusão intestinal. Apresentava uma formação globosa, esférica, nacarada com 15 cm de diâmetro, aderente ao cego, bexiga e envolvendo o ureter direito.

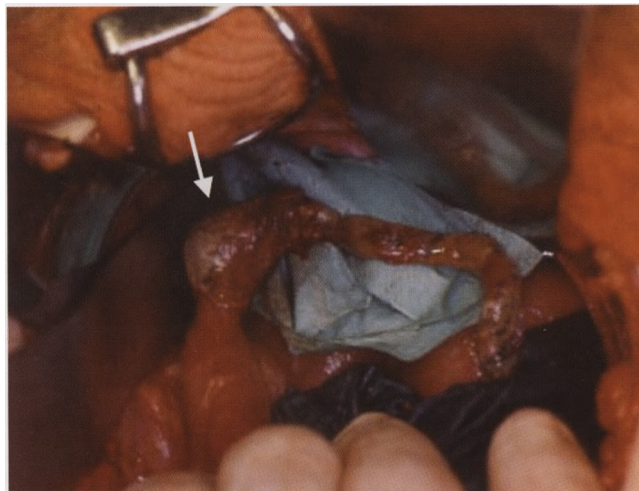


491. Apendicite aguda purulenta ou supurada
O apêndice surge engurgitado e coberto por falsas membranas. Histologicamente há ulcerações que atingem ou ultrapassam a muscular associadas a lesões de necrose focal.



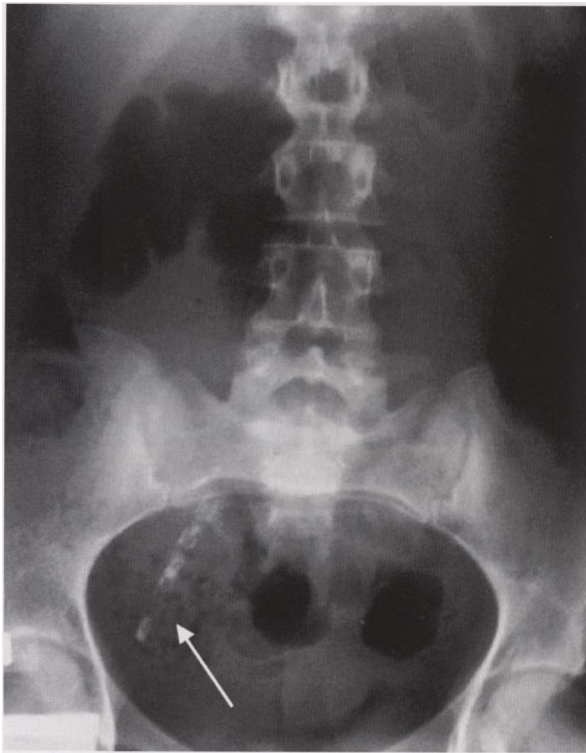
492. Apendicite aguda gangrenosa

Observa-se um apêndice engurgitado, de coloração acinzentada. Histologicamente há necrose isquêmica extensa e trombozes vasculares.



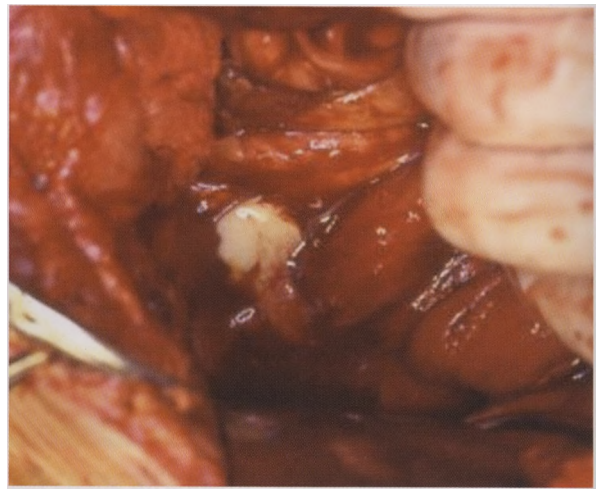
493. Apendicite aguda perfurada.

É complicação da apendicite gangrenosa. O lúmen foi obstruído por fecalito que se exterioriza através do tecido necrosado.



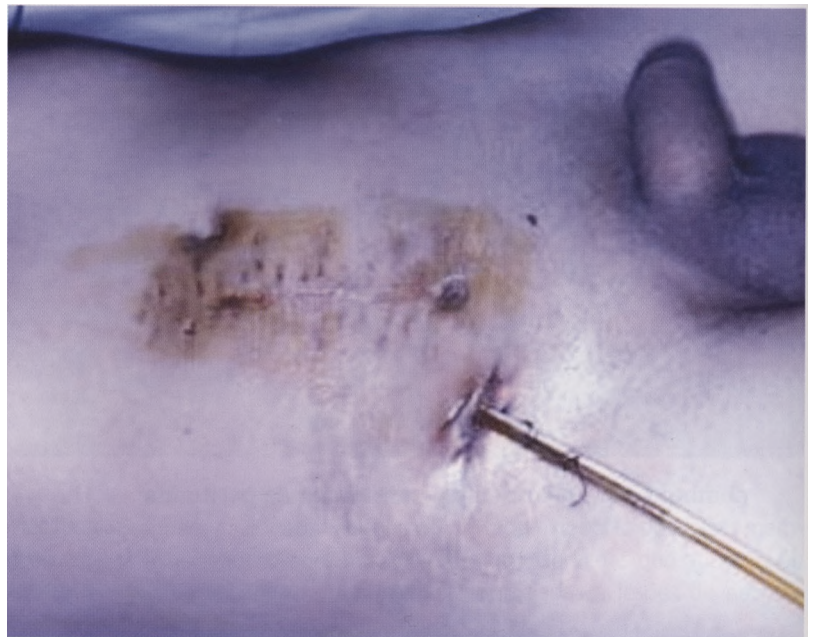
494. Fecalito calcificado

A obstrução do apêndice provocada por fecalitos pode desencadear apendicite aguda.



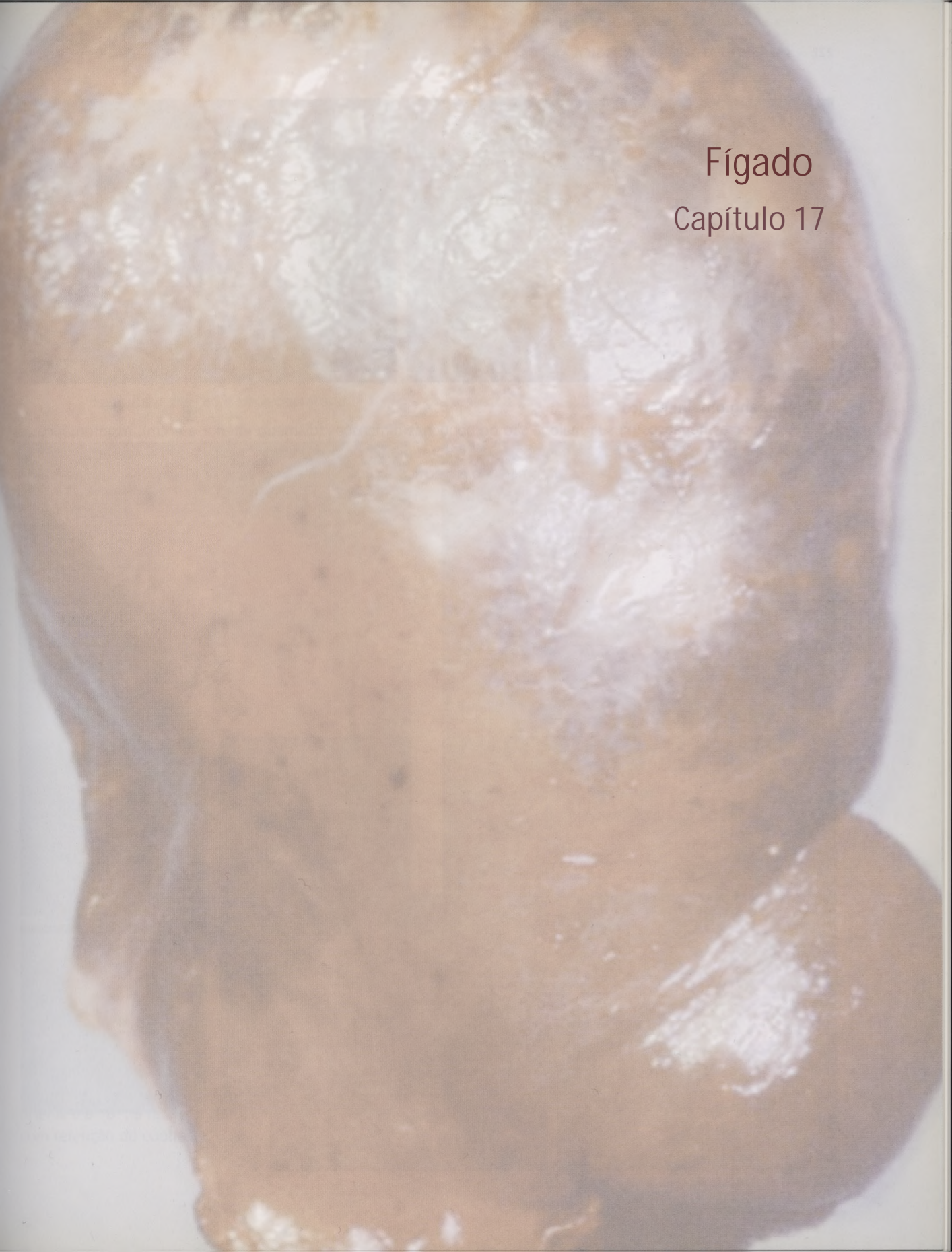
495. Abscesso pós apendicectomia

Doente submetido a apendicectomia por apendicite gangrenosa e peritonite. Nestas circunstâncias as complicações supuradas pós operatórias incluem abscessos de localização variável, como na fossa ilíaca direita, espaços subfrenico, meso-celiaco e pélvico. Por vezes há abscessos múltiplos. Neste doente a localização era inter-ansas.

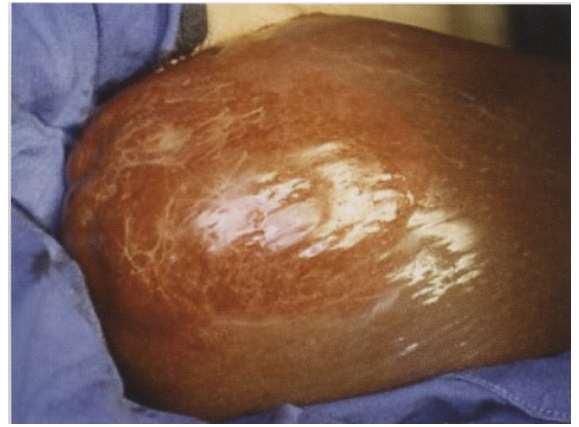
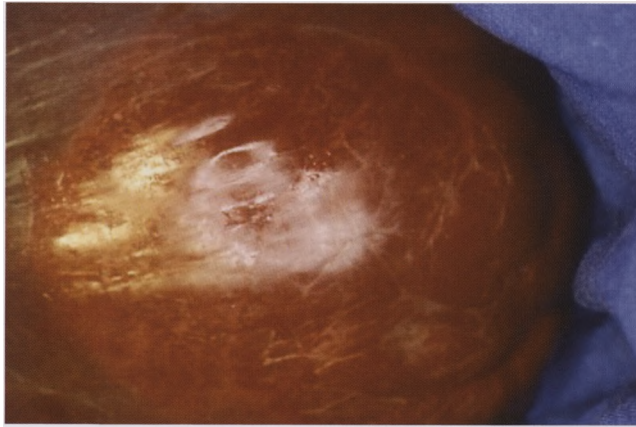


496. Fístula pós apendicectomia

Drenagem de fístula entero-cutânea, complicação pós-operatória de apendicite aguda supurada.

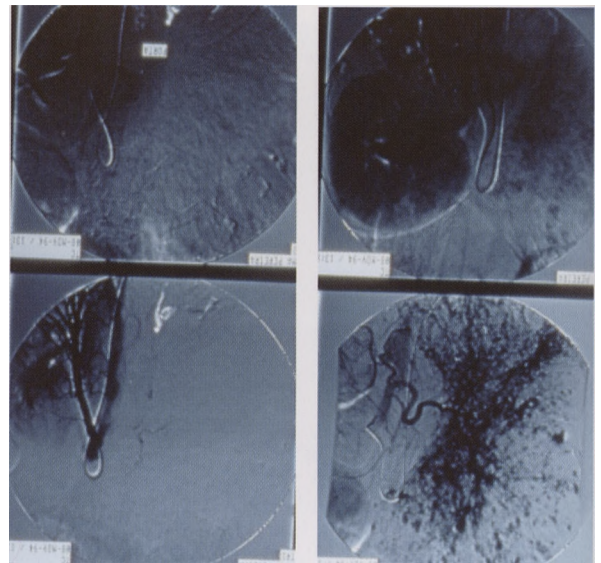


Fígado
Capítulo 17



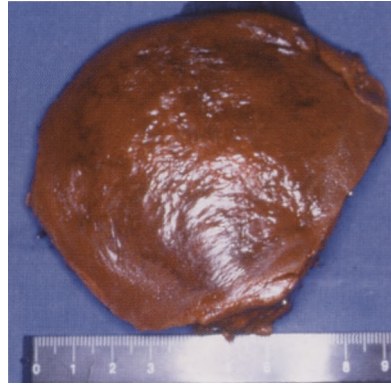
497. Hemangioma hepático

Os hemangiomas hepáticos na sua maioria são de pequenas dimensões (diâmetro inferior a 4 cm), assintomáticos e não associados a complicações. Os hemangiomas de maiores dimensões, pelo tamanho e compressão que exercem nos órgãos adjacentes, manifestam-se por sintomas não específicos como desconforto e/ou sensação de distensão abdominal, dor e hemorragia espontânea ou pós traumática.



498. Hemangioma hepático

Hepatomegália e estudo angiográfico.

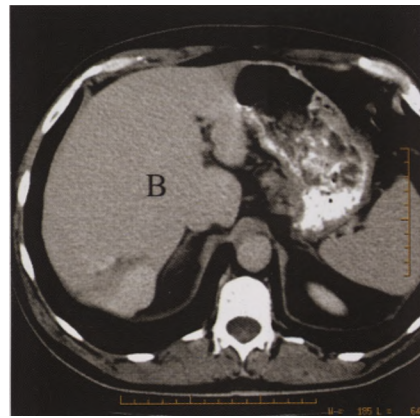
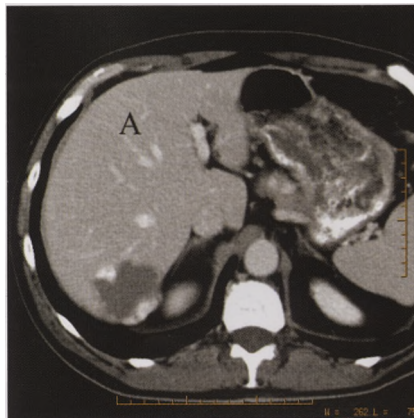


499. Hemangioma hepático
Leito da ressecção e peça operatória.

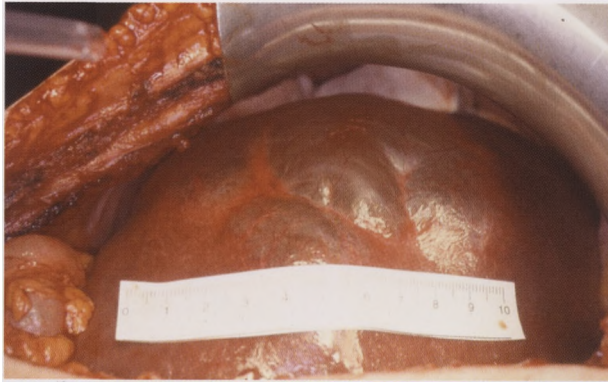


500. Hemangioma hepático
O risco de ruptura espontânea ou traumática acresce com as dimensões.

501. Hemangioma hepático
Imagem de peça de ressecção.



502. Hemangioma hepático.
A imagem "A" representa a fase arterial e a "B", a fase mais tardia com retenção do contraste.

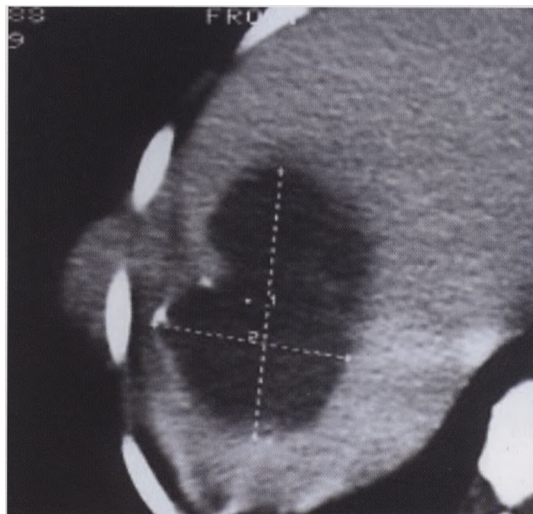
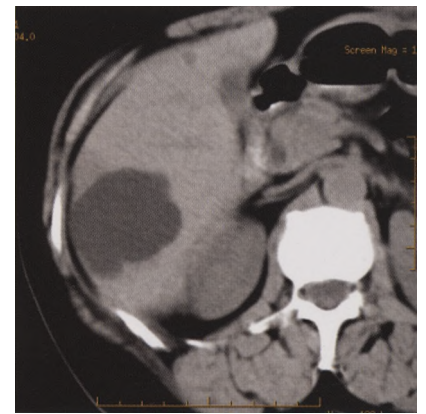
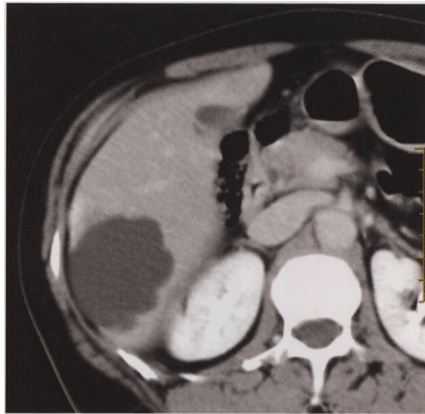


503. Quisto biliar

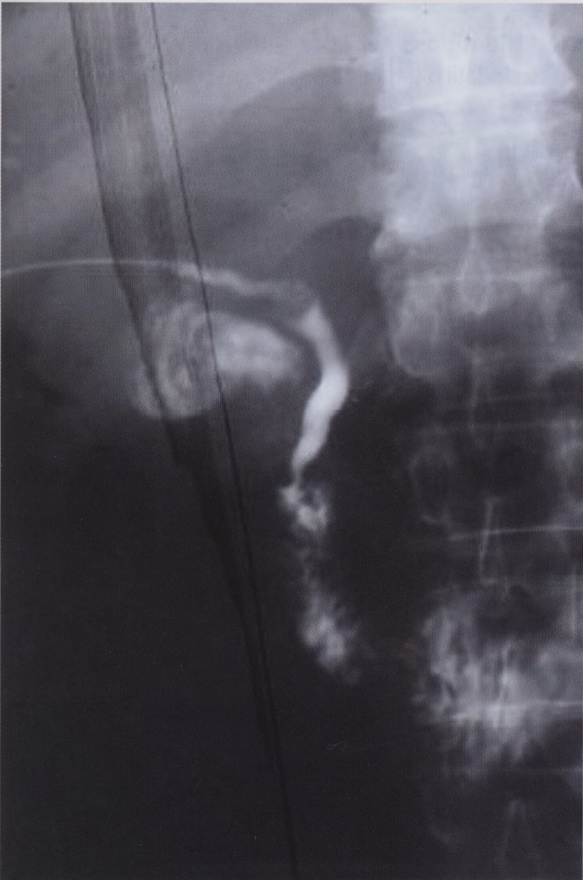
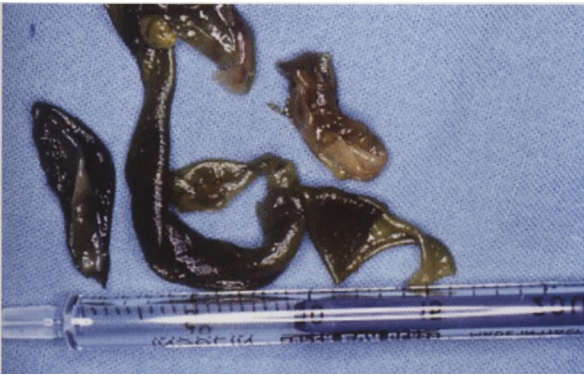
A parede é constituída por epitélio semelhante ao biliar. O conteúdo não é biliar e não comunica com as vias biliares. Em regra o diagnóstico é ocasional no momento de uma ecografia hepática. A doente a que se refere a imagem queixava-se de mal estar inespecífico a nível do hipocôndrio direito.

504. Quisto biliar

As imagens correspondem a quisto biliar simples no lobo direito do fígado. Não capta contraste.

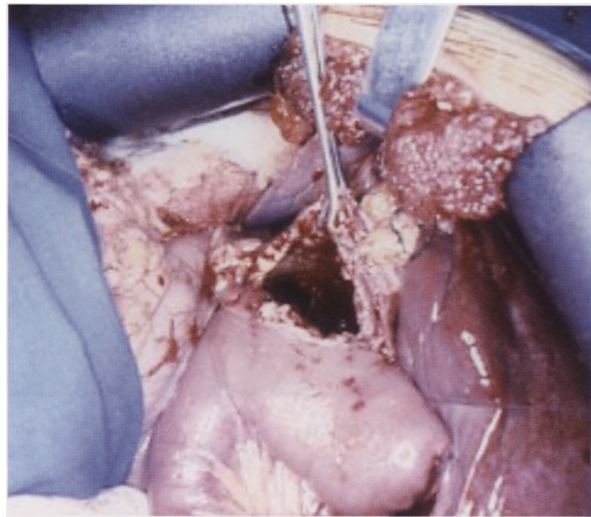


505. Hidatidose hepática
Quisto hidático fistulizado para a pele. A fístula cutânea é uma das complicações do quisto hidático.



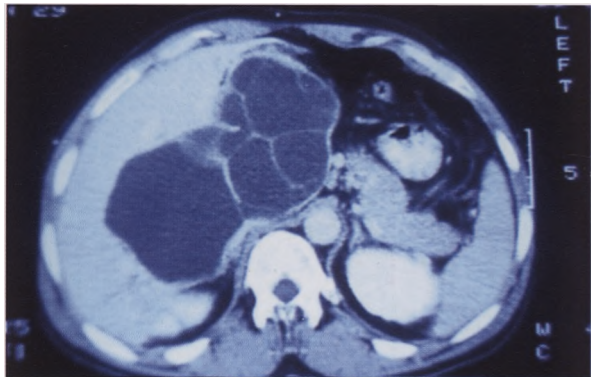
506. Hidatidose hepática

Oclusão do canal hepático e do colédoco por membranas de hidatidose.



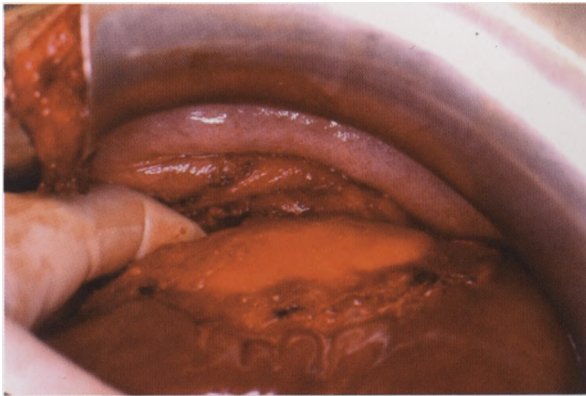
507. Hidatidose hepática

Quisto hidático anastomosado a ansa jejunal. Nos quistos localizados junto a estruturas vasculares importantes como no hilo hepático, será prudente não proceder a pericistectomia, mas antes a derivação para ansa intestinal.

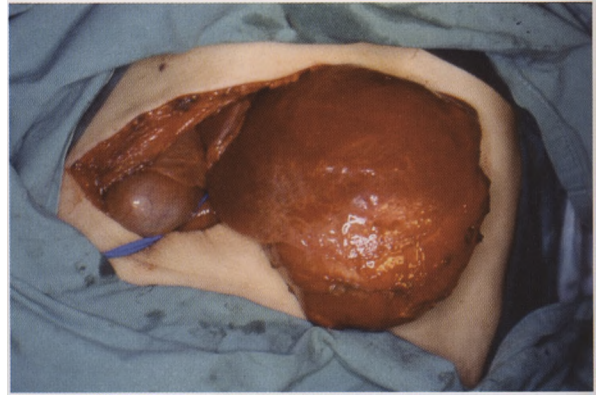


508. Hidatidose hepática

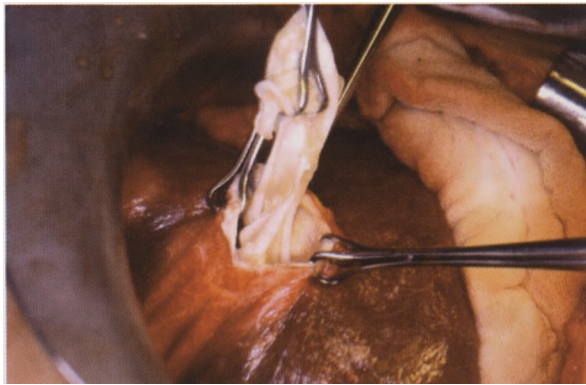
O parênquima hepático adjacente à lesão apresenta atrofia por compressão. A expansão do quisto pode comprimir os canais hepáticos susceptíveis de necrosar e fistulizar para dentro do quisto.



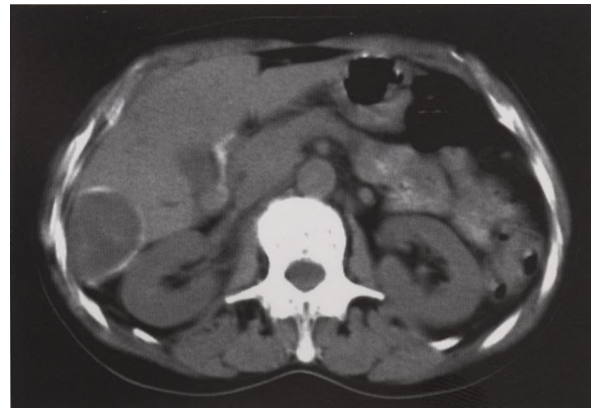
509. Hidatidose hepática
Quisto hidático hepático aderente ao diafragma.



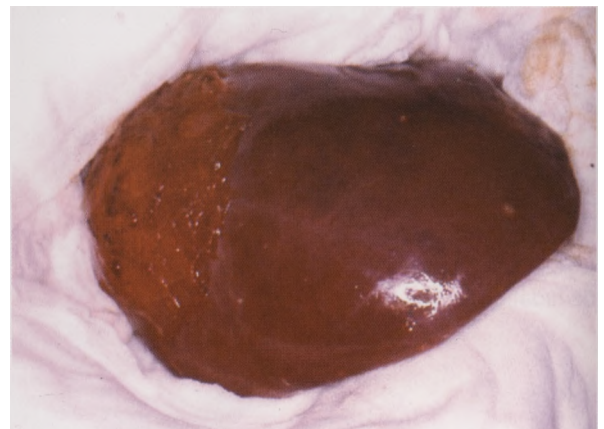
511. Hidatidose hepática
Quisto hidático hepático do lobo esquerdo.



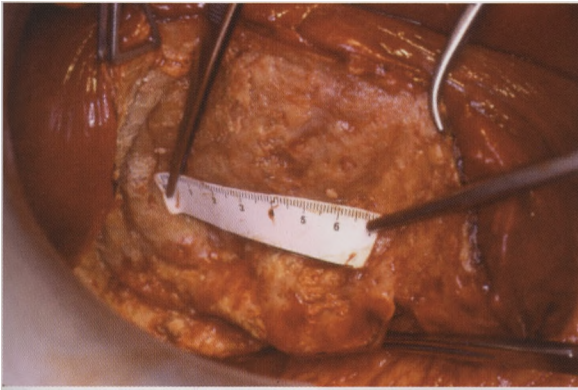
510. Hidatidose hepática
Abertura de quisto hidático e excisão de membranas.



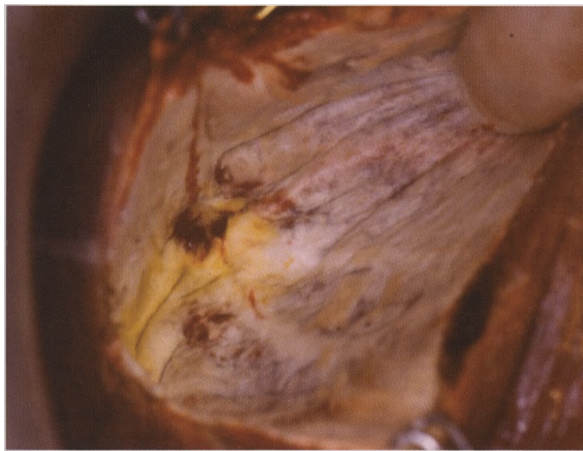
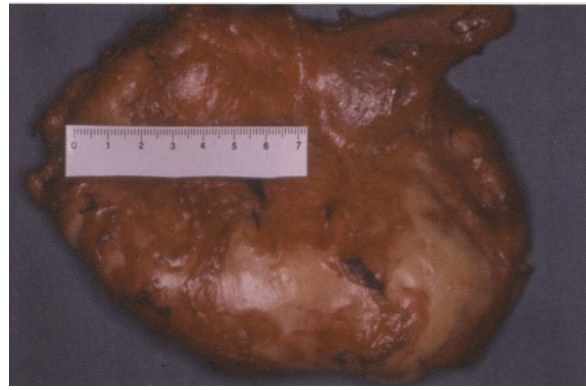
512. Hidatidose hepática
Quisto hidático hepático do lobo direito com calcificação parietal.



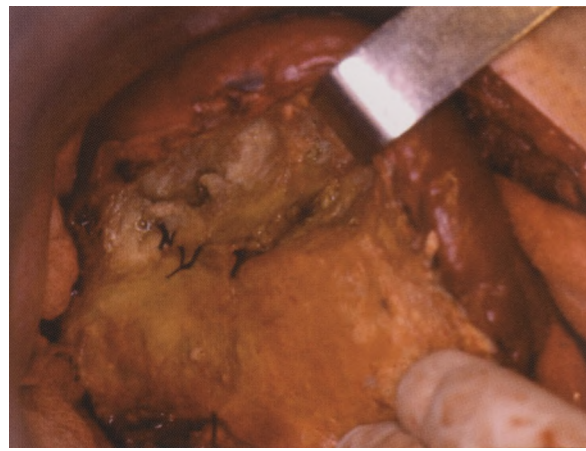
513. Hidatidose hepática
Quisto hidático hepático. Isolamento do campo operatório com compressas embebidas em água oxigenada.



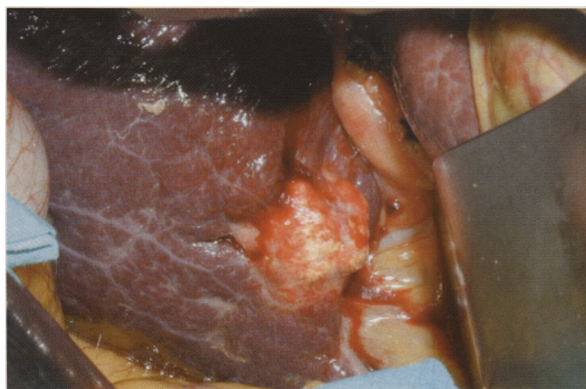
514. Hidatidose hepática
Leito de ressecção e peça operatória.



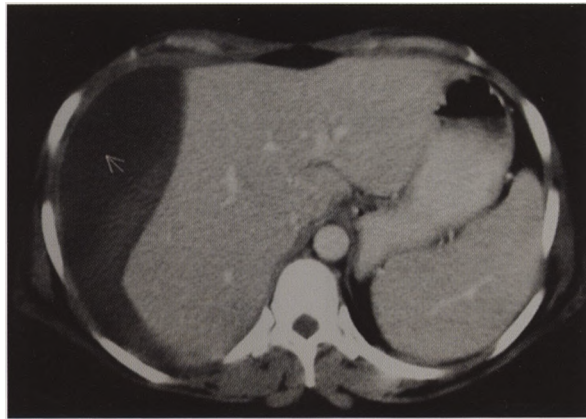
515. Hidatidose hepática
Fístulas biliares e encerramentos com suturas.



516. Hidatidose hepática
Vesículas filhas.

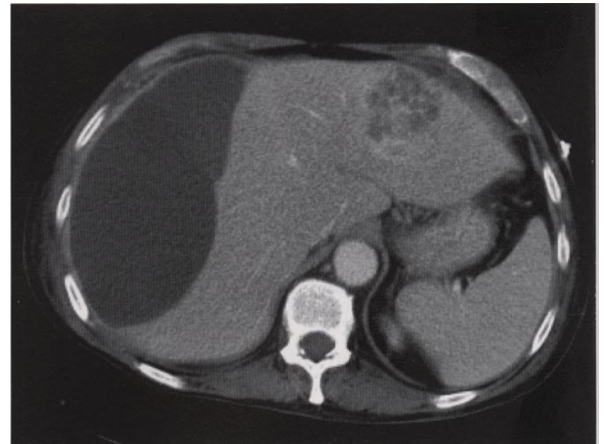
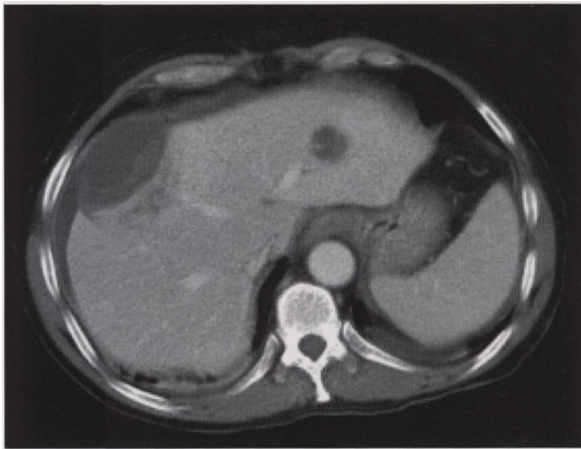


517. Hidatidose hepática
Quisto hidático hepático calcificado, localizado junto ao leito vesicular, segmento VII.



518. Síndrome de H.E.L.L.P.

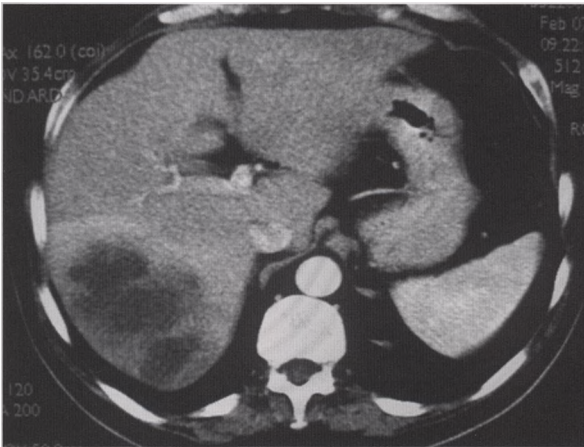
Hematoma sub-capsular hepático adjacente ao contorno externo do lóbulo direito, medindo 17x16x6, ocorrido à 32.^a semana de gestação.



519. Hematoma sub-capsular e abscesso hepático

À admissão o doente referia dores no hipocôndrio direito de aparecimento súbito, após traumatismo a que não atribuiu importância. As imagens colhidas por TAC foram interpretadas como hematoma sub-capsular e lesão nodular hepática primitiva. Em estudo de controle confirmou-se o hematoma e que no lobo esquerdo a formação "nodular" tinha crescido significativamente. A hipótese de abscesso intra-hepático foi então aventada e confirmada por ressonância magnética. O doente omitira que 10 antes dias lhe fora drenado um abscesso peri-anal.



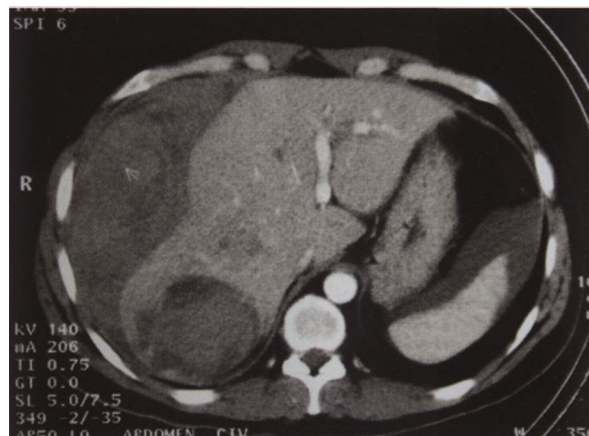
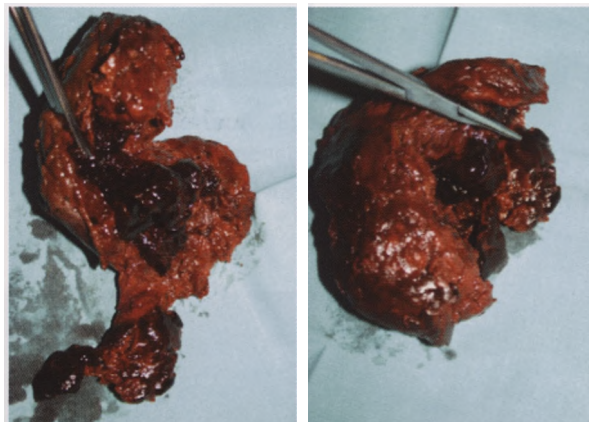


520. Abscesso hepático.



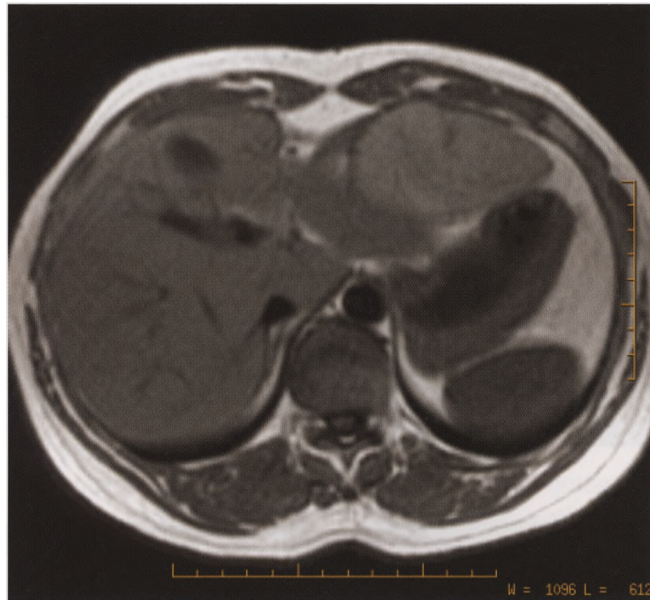
521. Vasculite

Vasculite por sépsis em hematoma abcedado intra-hepático pós-traumático.



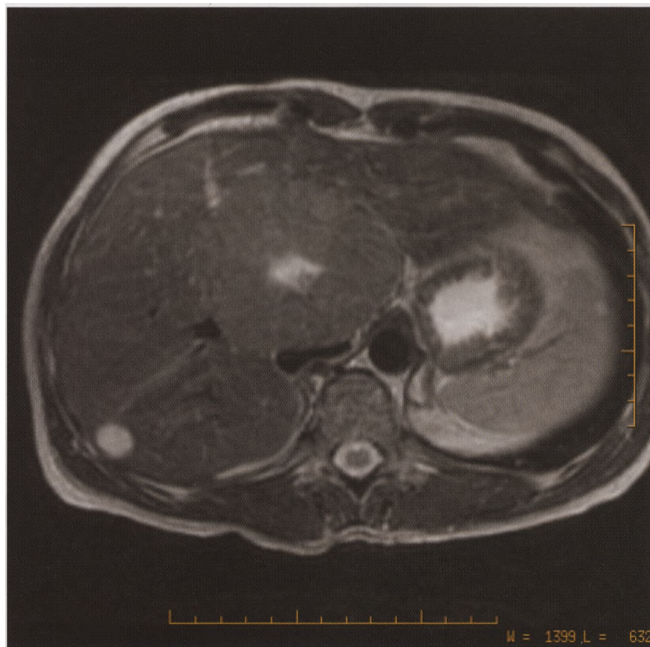
522. Fígado - Adenoma

Hemorragia espontânea de adenoma com hematoma gigante sub-capsular. A rotura da cápsula, por distensão, motivou o hemoperitoneu. As imagens da peça operatória mostram coágulos intra-tumorais e na TAC é visível o tumor, o hematoma subcapsular e o hemoperitoneu.



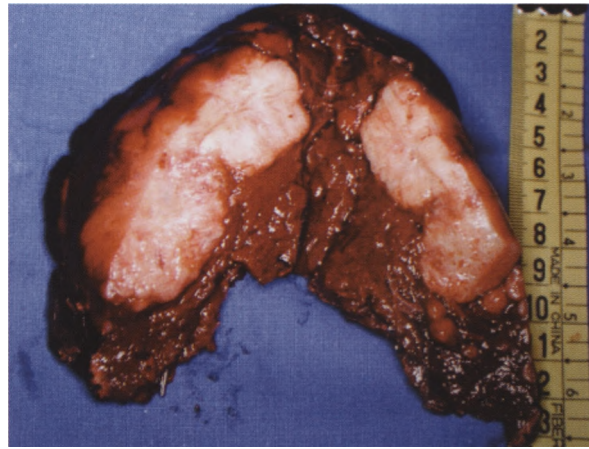
523. Adenoma hepático

Adenoma hepático hiperintenso em T1 localizado nos segmentos laterais do lobo esquerdo.

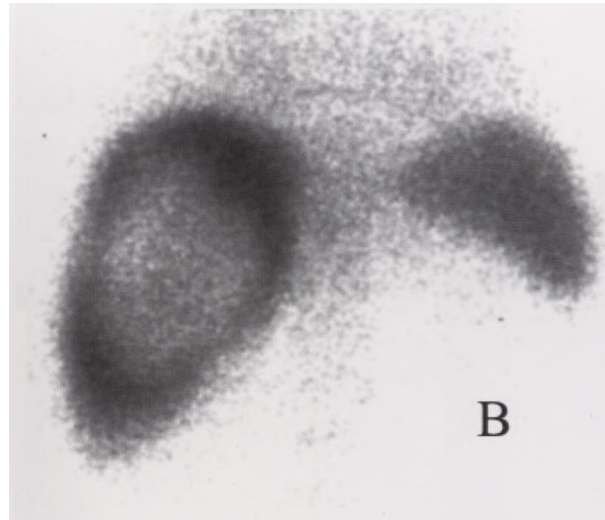
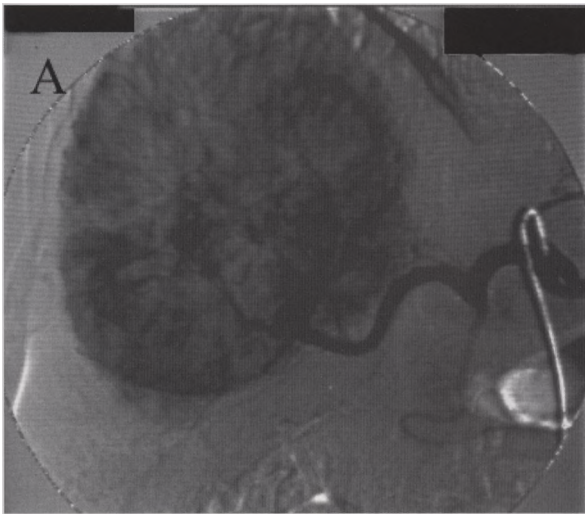


524. Hiperplasia nodular focal

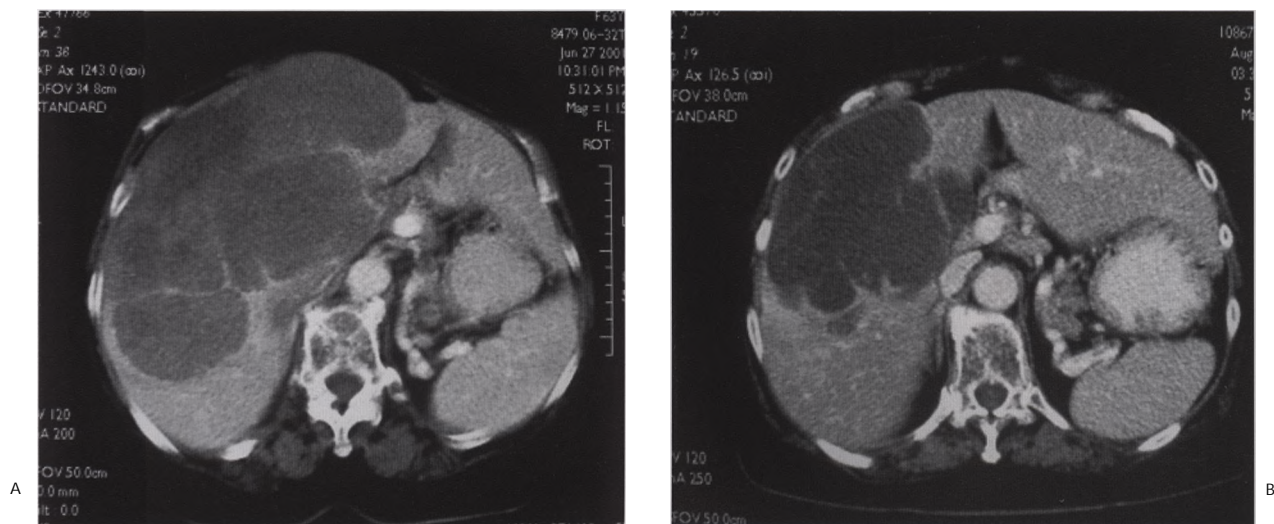
A imagem refere-se a RM de uma hiperplasia nodular focal com cicatriz central; também no lobo direito do fígado há uma lesão mais pequena que é um hemangioma.



525. Carcinoma hepatocelular
Tempo de ressecção e peça operatória.

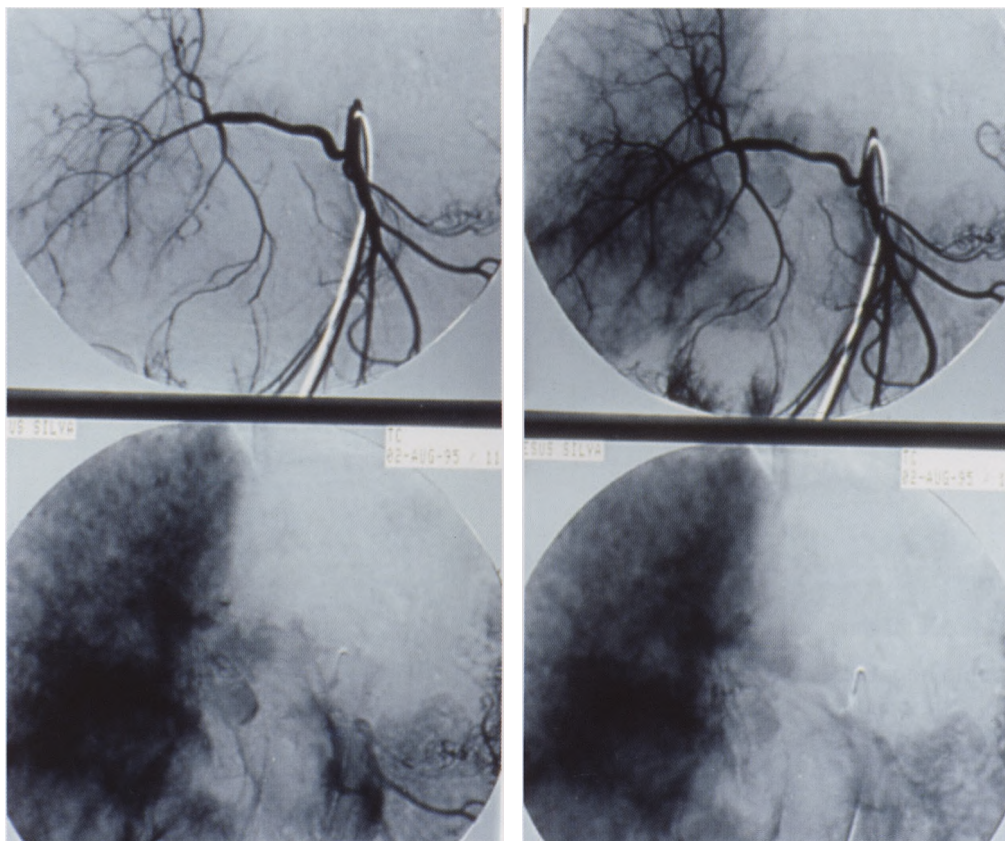


526. Carcinoma hepatocelular
A imagem (A) corresponde a um carcinoma hepatocelular numa arteriografia - fase arterial - mostrando a grande vascularização do tumor. O estudo cintigráfico com tecnécio (B) mostra o defeito focal provocado pelo tumor.



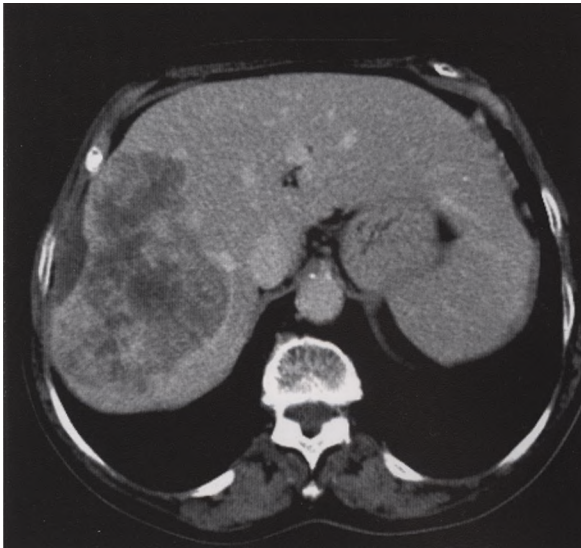
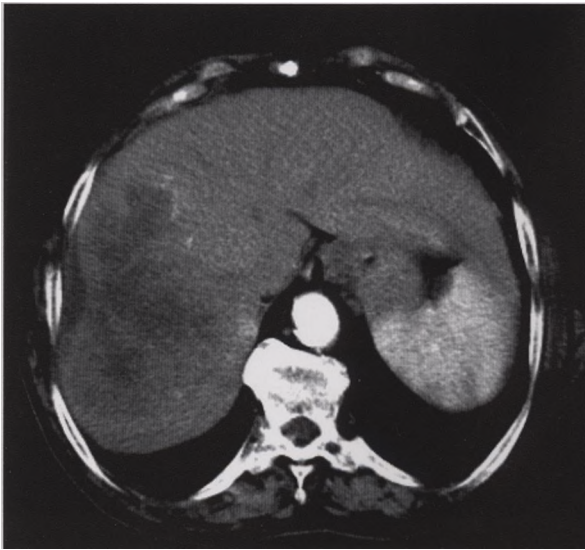
527. Linfoma hepático

As imagens, de linfoma primário, correspondem ao pré-tratamento (A) e a linfoma pós-quimioterapia (B). Há evidente redução das dimensões da massa tumoral hepática.



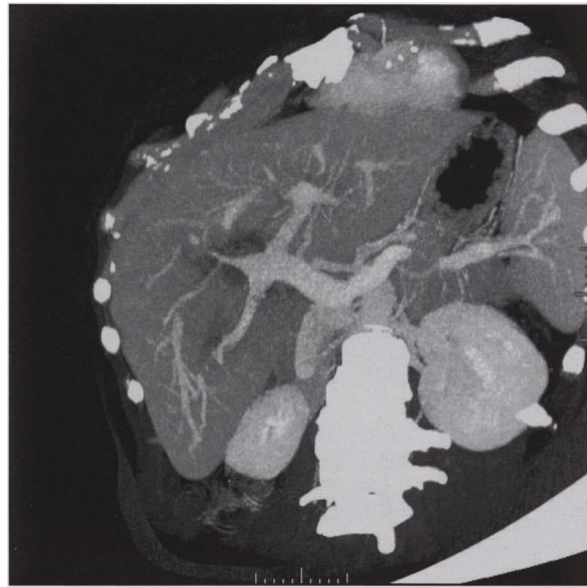
528. Metástases hepáticas

Metástases hepáticas - estudo arteriográfico.



529. Colangiocarcinoma

As imagens correspondem a um colangiocarcinoma intra-hepático com retracção capsular, respectivamente na fase arterial e portal.



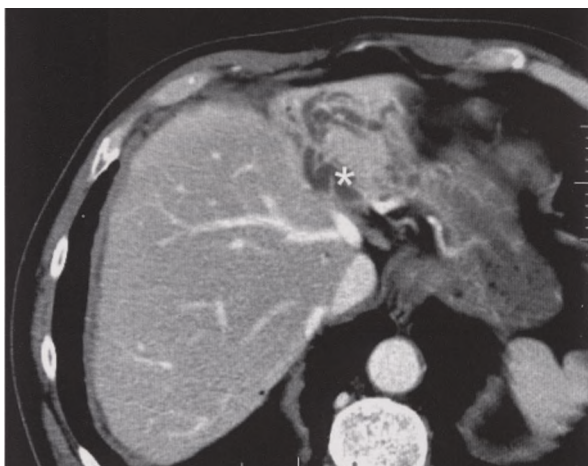
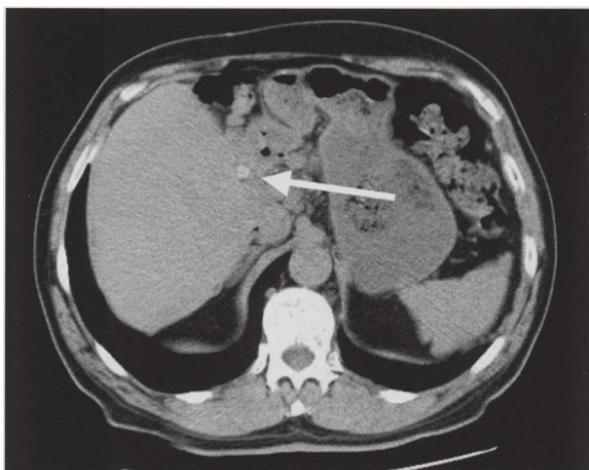
530. Tumor envolvendo a veia porta

A imagem corresponde a uma portografia por TAC em que se vê envolvimento tumoral da veia porta nomeadamente da bifurcação anterior do ramo direito.

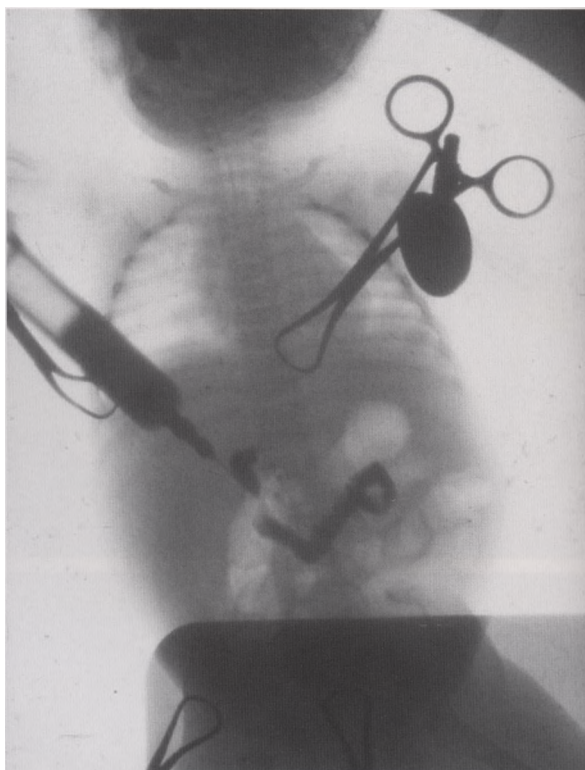


531. Tumor de Klatskin - colangiorressonância

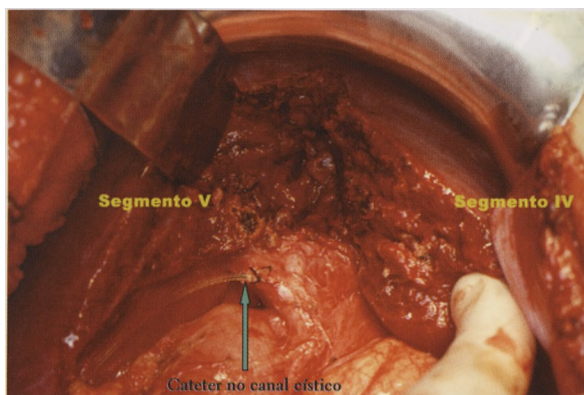
A imagem mostra o tumor com envolvimento da convergência hilar.



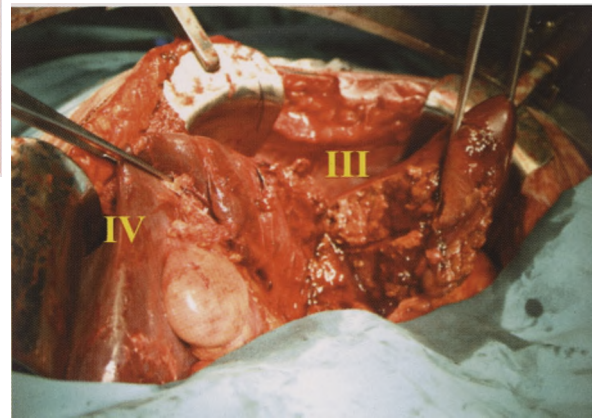
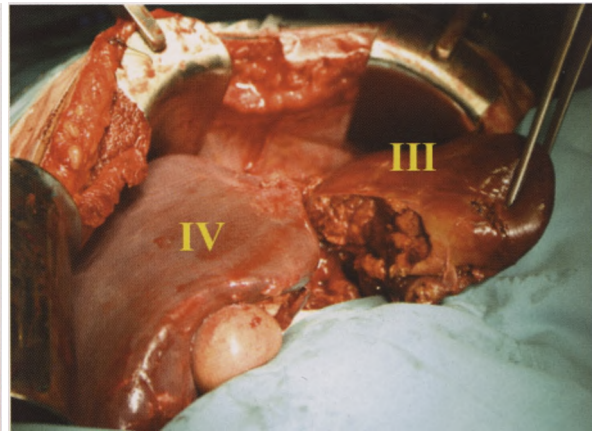
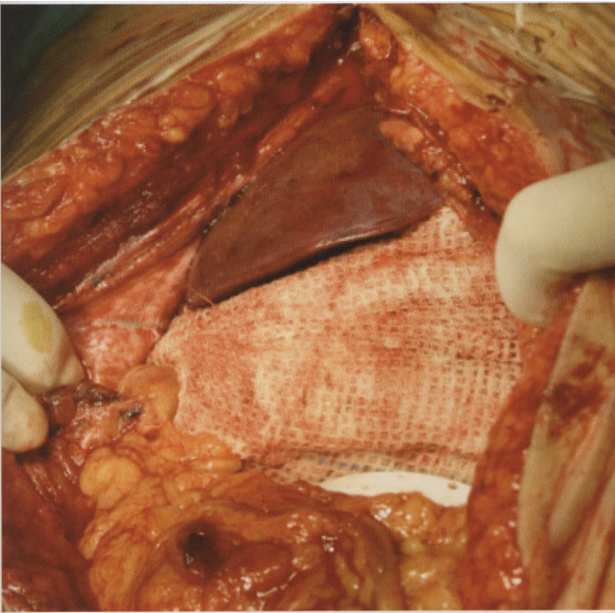
532. Cálculo intra-hepático
Cálculo do canal hepático esquerdo (seta) com dilatação das vias biliares a montante (*).



533. Agenesia das vias biliares intra-hepáticas.
A extensão da atresia biliar é variável. A atresia intra-hepática é rara. O sistema extra-hepático é atingido com maior frequência.

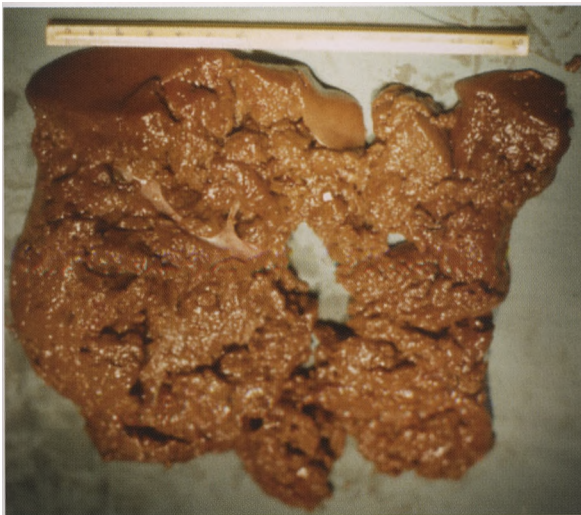


534. Fractura do fígado
A fractura passou pelo plano da fissura porta principal (entre os segmentos IV e V). O hemoperitôneo era moderado porque a fractura ocorreu na "fronteira" entre a parte hepática direita e a esquerda (cada qual vascularizada por um ramo terminal da veia porta). Na imagem está referenciado o cateter introduzido no canal cístico.



535. Fractura do fígado

Doente politraumatizado transferido de outro hospital com "packing" abdominal por fractura hepática. Nas imagens referentes às faces antero-superior e inferior do fígado observa-se fractura na transição dos segmentos III e IV interessando toda a espessura e coincidente com o ligamento falciforme e o sulco umbilical.

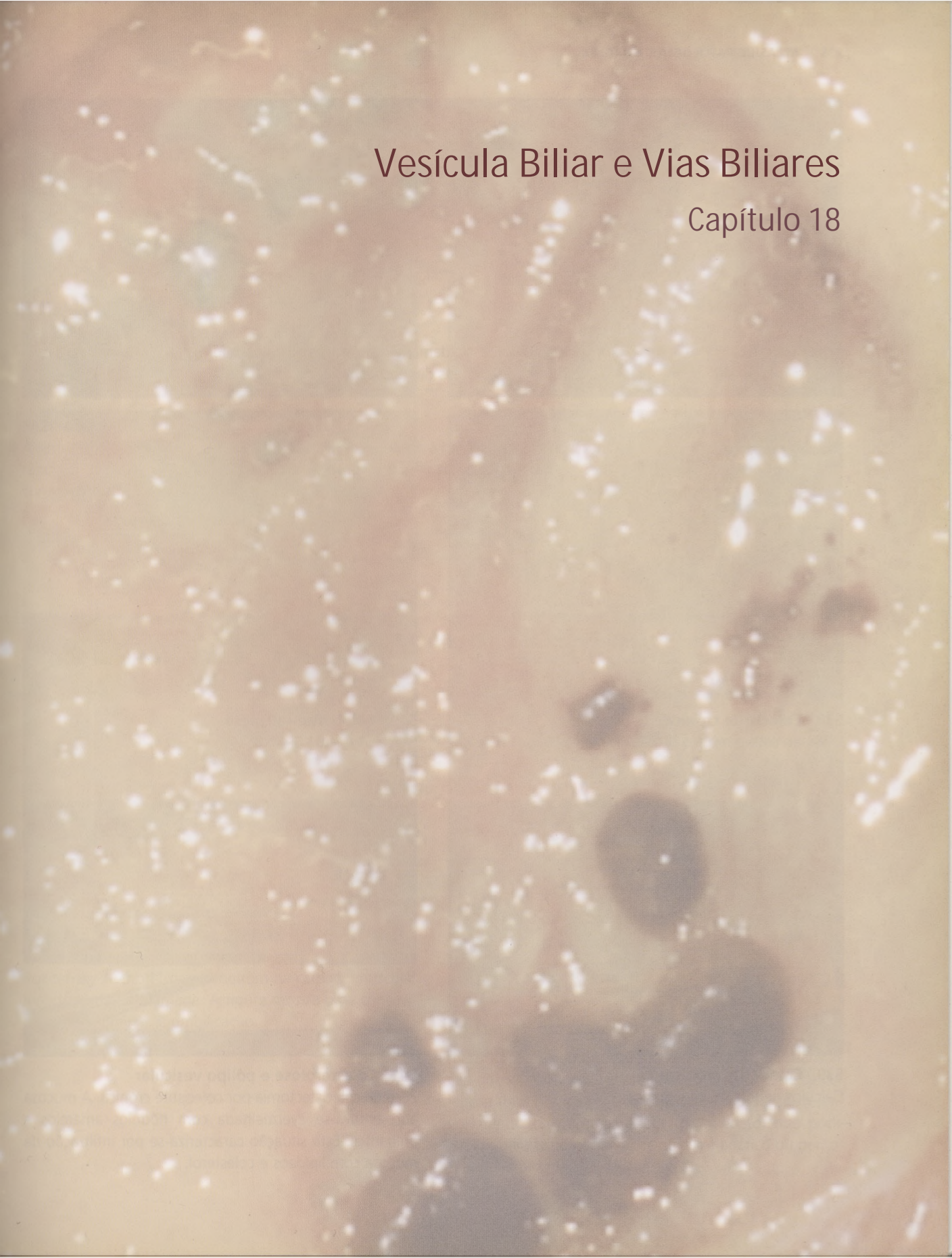


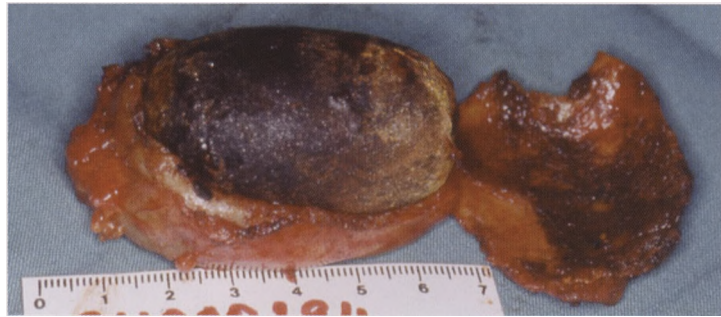
536. Esfacelo hepático

Porção do lobo direito do fígado esfacelado e só preso por um fragmento da cápsula de Glisson. No momento da laparotomia a hemorragia do leito hepático era diminuta. As contusões hepáticas predominam no fígado direito e de entre as lesões possíveis invocam-se a fractura parenquimatosa com rotura capsular, o hematoma intrahepático com risco de hemobilia e abscesso, e o esfacelo.

Vesícula Biliar e Vias Biliares

Capítulo 18





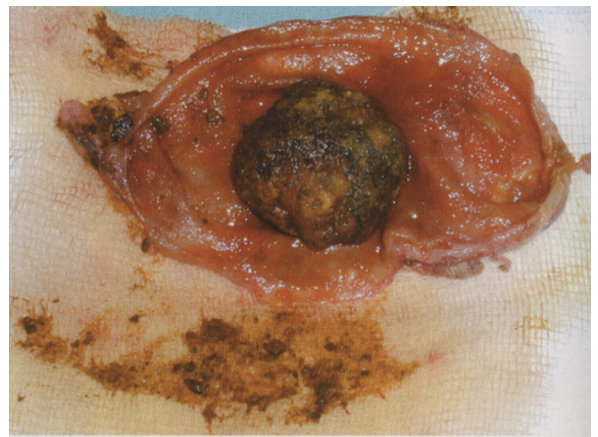
537. Colectistite crónica

Vesícula biliar de paredes acentuadamente espessadas e contendo um só cálculo de colesterol de grandes dimensões.



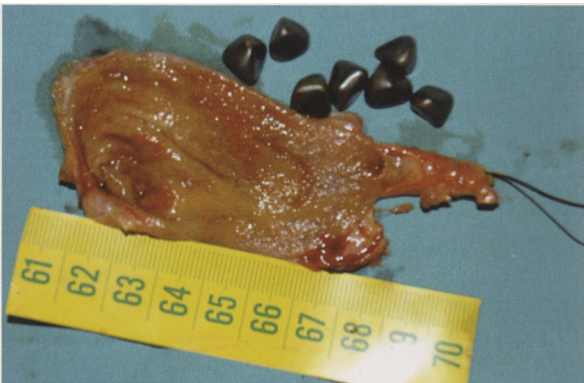
538. Colectistite crónica

O lúmen estava repleto de cálculos encastoados na pare- de vesicular.



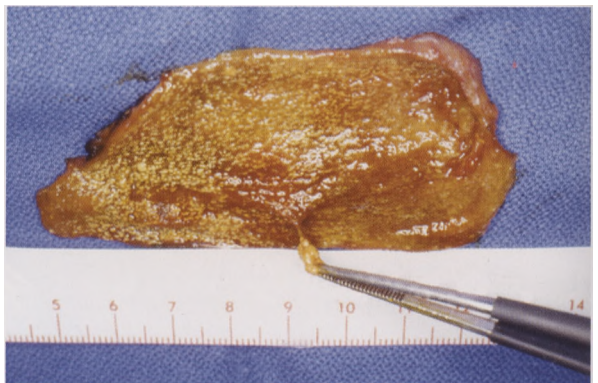
540. Colectistite calculosa

Cálculos e lama biliar,



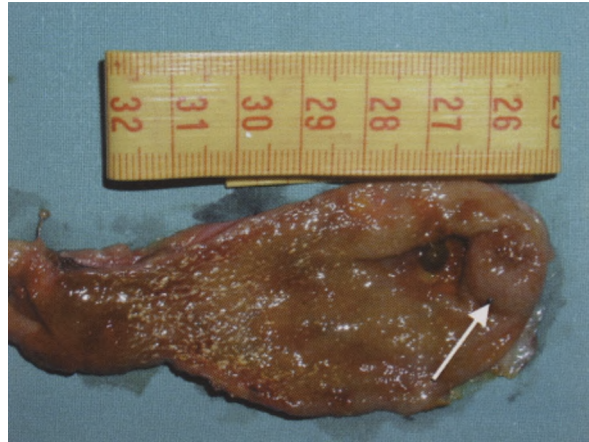
539. Colectistite crónica

Cálculos negros multifacetados.



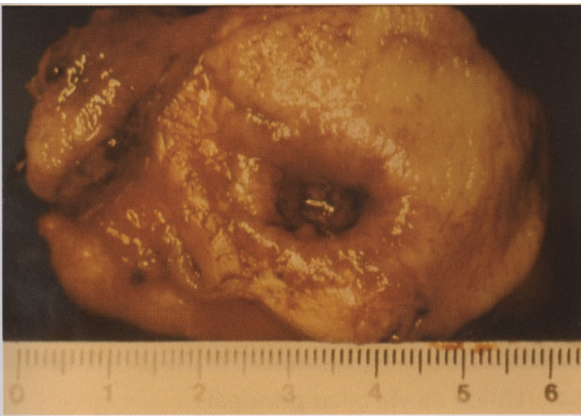
541. Colesterolose e pólipos vesicular

Peça de colecistectomia por colecistite crónica. A mucosa apresentava-se avermelhada com nódulos amarelos e brilhantes. Esta situação caracteriza-se por infiltração da mucosa com lipídeos e colesterol.



542. Adenoma vesicular

A sintomatologia referida por este doente era semelhante à da colecistolitíase, com dor no hipocôndrio direito, intolerância a gorduras, náuseas e vômitos. O adenoma vesicular solitário com dimensões superiores a um centímetro é tido como lesão pré maligna.



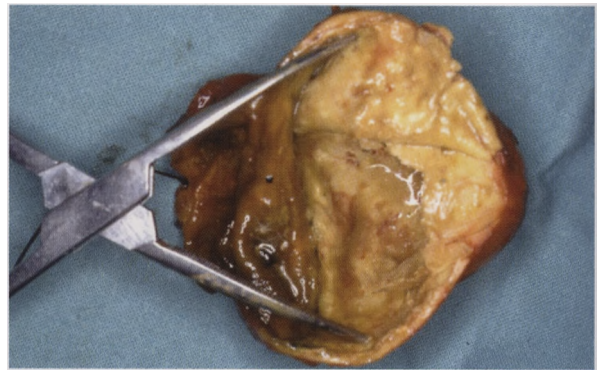
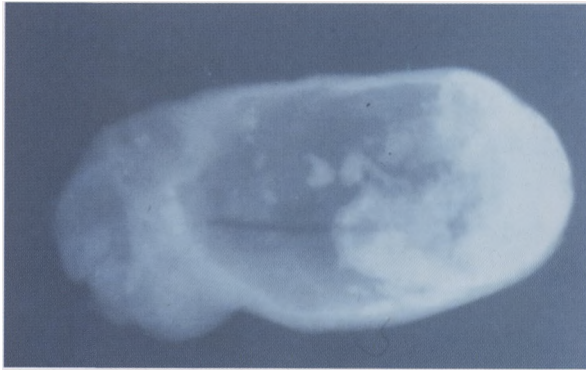
543. Adenomiomatose

Vesícula biliar litíase com adenomiomatose. Situação caracterizada por divertículos da mucosa "seios de Rokitansky-Aschoff" que penetram na camada muscular hipertrofiada e inflamada. A figura mostra uma concavidade endoluminal e umbilicação.



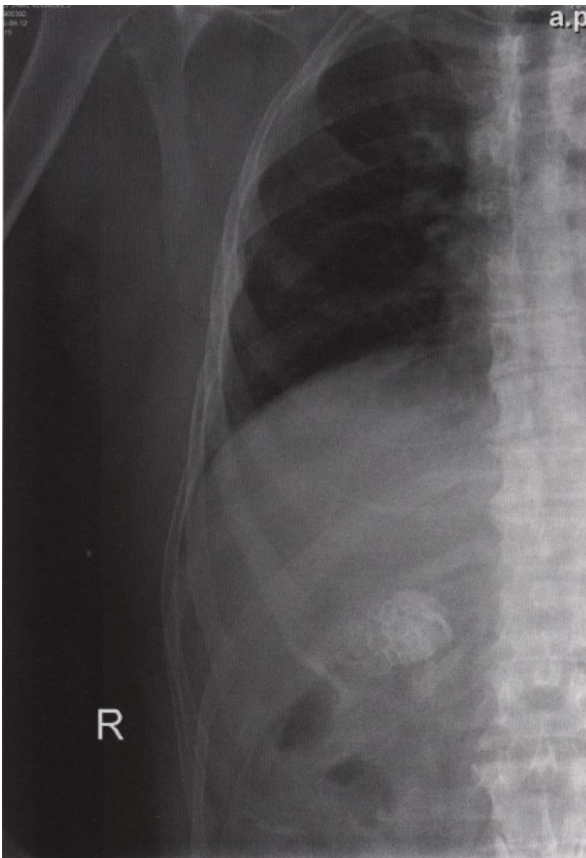
544. Vesícula biliar - Hidrópsia

O encravamento do cálculo biliar a nível do cístico isola a vesícula do circuito biliar e desencadeia um quadro inflamatório com produção de muco e aumento da reabsorção dos sais biliares. O conteúdo vesicular torna-se de cor leitosa (bílis branca), meio de cultura propício ao desenvolvimento de germens e pus (piocolecisto) que pode evoluir para fístula biliar, abscesso sub-hepático ou peritonite generalizada.

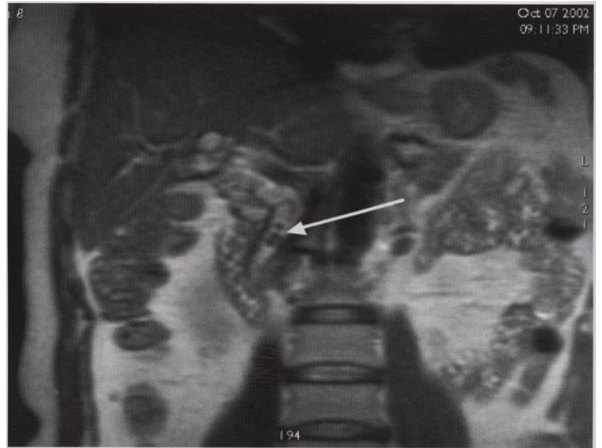


545. Vesícula Porcelânica

A vesícula calcificada (porcelânica) está associada a uma alta incidência de carcinoma da vesícula.



546. Cálculos biliares radiopacos.



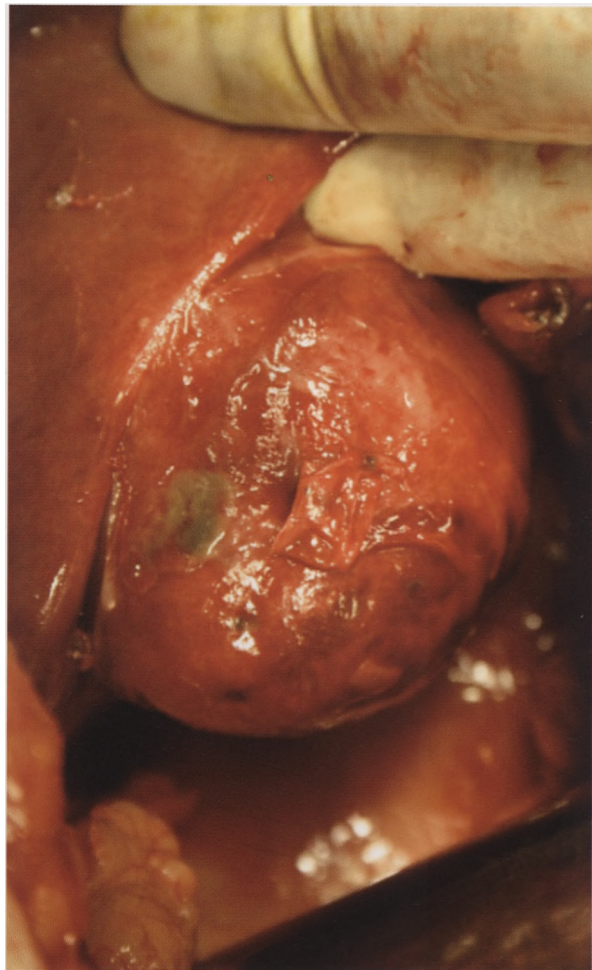
547. Litíase da via biliar principal

A litíase da via biliar principal ocorre mais frequentemente no colédoco (seta). Pode ocluir parcial ou completamente o lúmen. A litíase intra-hepática é muito rara.



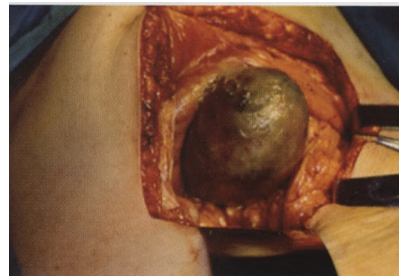
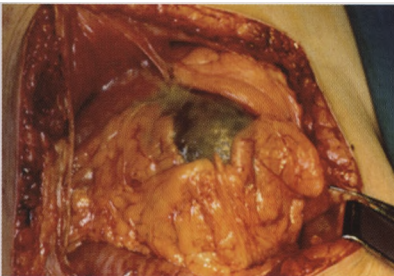
548. Neo-vesícula

O síndrome pós-colecistectomia é atribuível a múltiplas causas entre as quais o coto cístico residual longo e distendido. O doente referido na imagem foi reoperado quatro anos após a colecistectomia.



549. Colecistite aguda

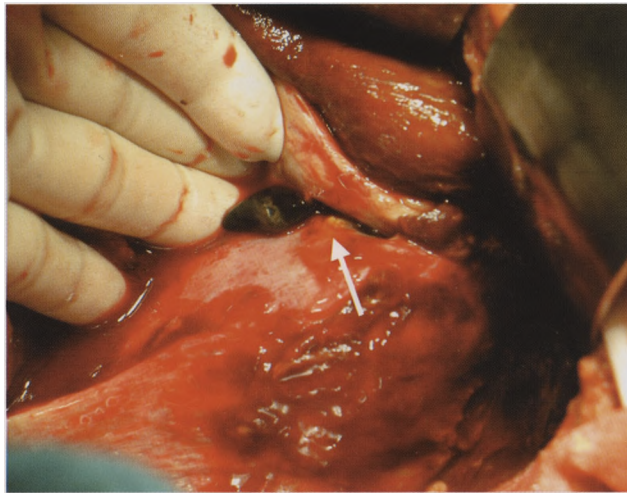
A vesícula apresenta-se muito distendida com a parede congestionada e foco de necrose localizado no fundo



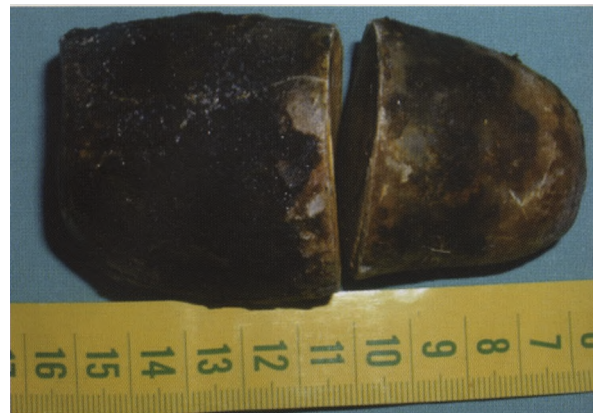
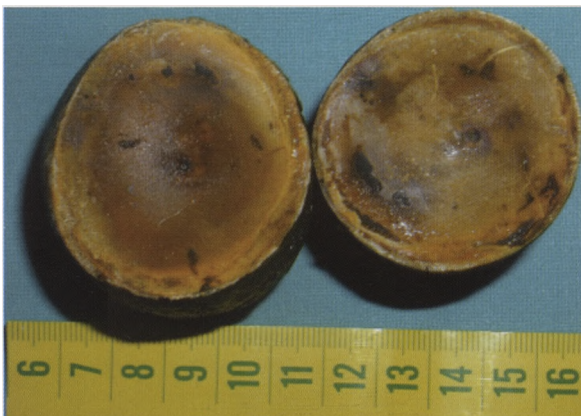
550. Colecistite gangrenosa

Complicação de colecistite aguda litíase em que o aumento da pressão intraluminal provoca isquemia, ulceração e necrose da parede vesicular. Os órgãos perivesiculares e o epiploon envolvem a vesícula, aderem á serosa contrariando a extensão da inflamação á cavidade peritoneal.

551. Colecistite aguda
Ruptura da vesícula biliar
com peritonite biliar. A
imagem mostra um cál-
culo saído através da
perfuração.

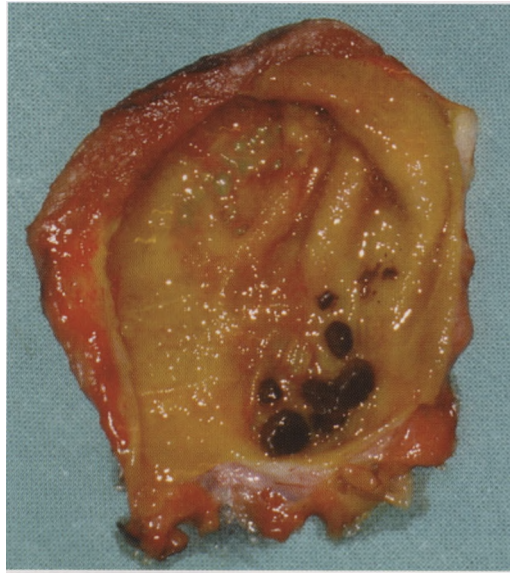


552. Colecistite aguda
perfurada - (A)
Mulher obesa, múlti-
para, de 74 anos. A ima-
gem mostra rotura da
vesícula biliar com exte-
riorização de cálculos
muito volumosos.

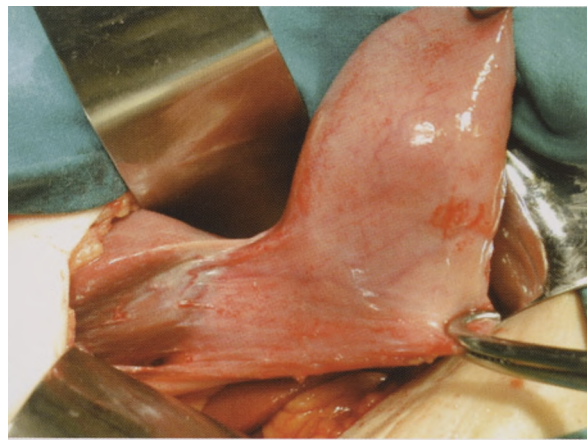
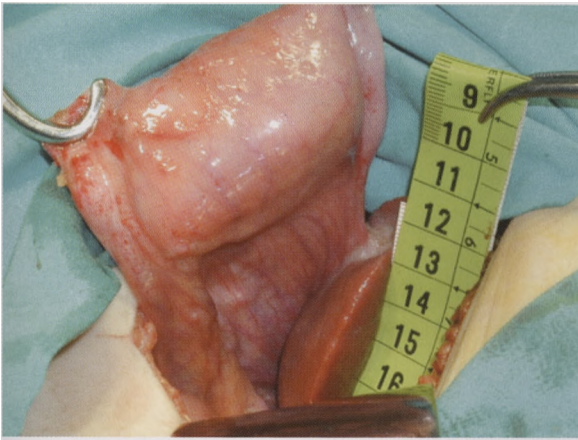


553. Colecistite aguda perforada - (B)

Os dois cálculos adaptavam-se entre si por superfícies lisas de coloração amarelo aczentadas. Eram constituídos por camadas concêntricas de bilirrubinato de cálcio e colesterol com o centro composto por sais de bilirrubina e de colesterol. A superfície destes era irregular.



554. Colectistite aguda
Vesícula inflamada de parede espessada, edemaciada, hiperêmica, contendo cálculos.

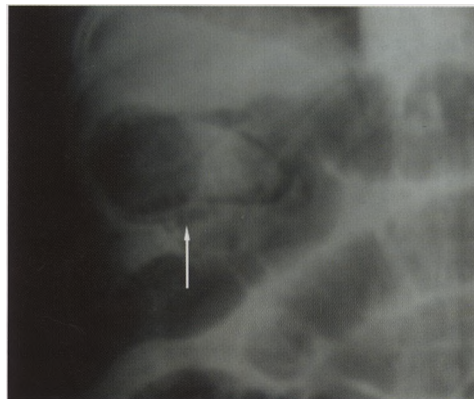


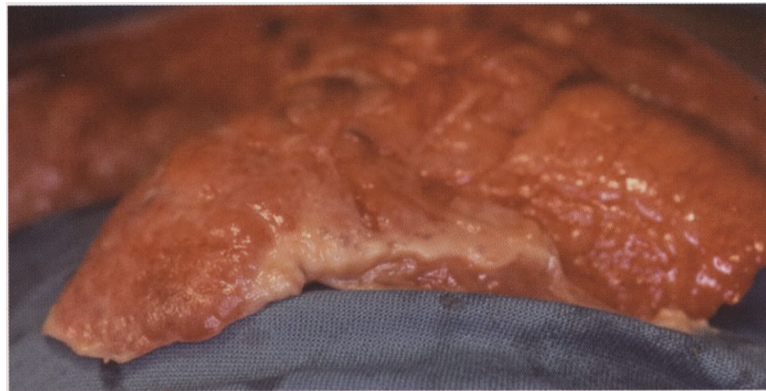
555. Colectistite aguda

Uma outra causa de colecistite aguda por obstrução do fluxo biliar é o volvo do mesentério vesicular, variação anatômica pouco comum.

556. Colectistite enfisematosa

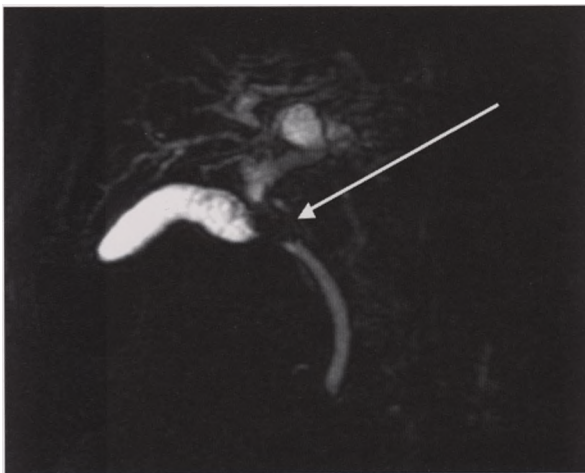
Doente com antecedentes de cólicas biliares e em crise de colecistite aguda. O RX simples do abdômen mostra os contornos da parede da vesícula biliar com enfisema e um cálculo.





557. Enfisema do epíploon

Doente de 62 anos, diabético com colecistite enfisematosa. A parede da vesícula e do epíploon que lhe aderira apresentavam-se infiltrados por gás.



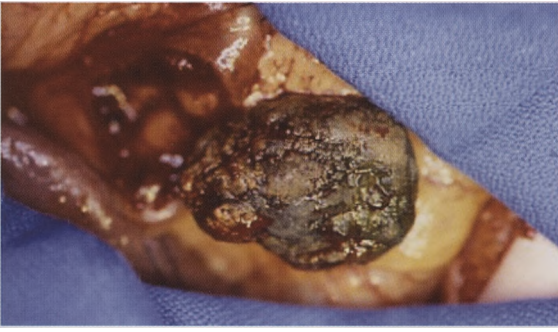
558. Síndrome de Mirizzi

A imagem corresponde a doente com icterícia obstrutiva devida a compressão extrínseca do canal hepático comum provocada por um cálculo biliar encravado no colo da vesícula. O cálculo está referido pela seta.

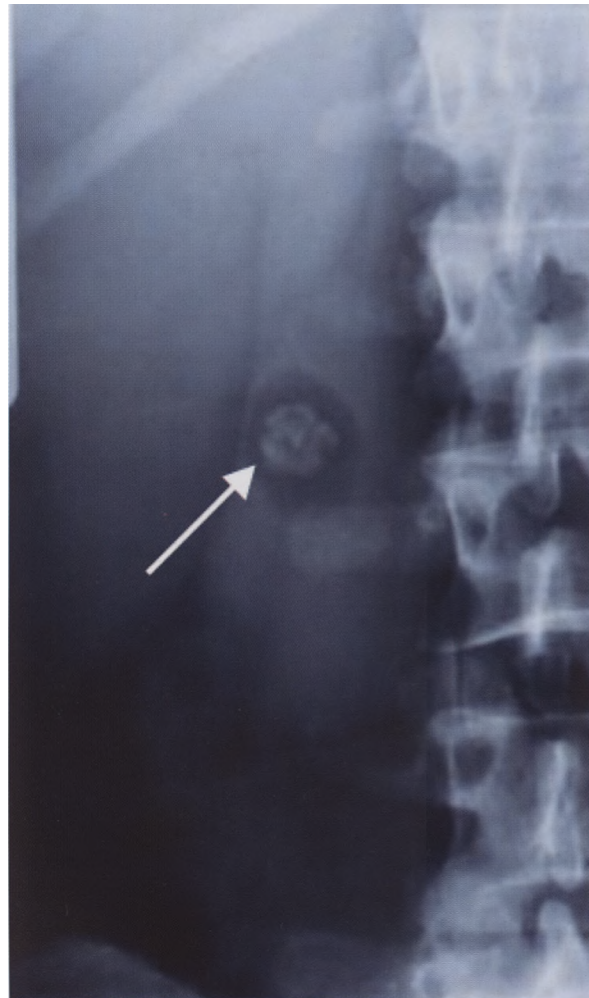
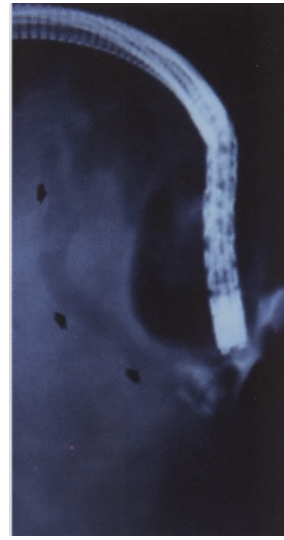
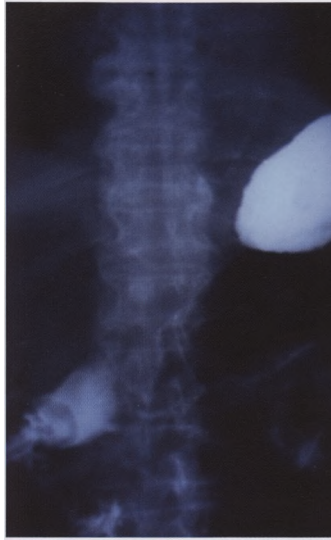


559. Colecistostomia

Intervenção de recurso alternativo, quando a colecistectomia é arriscada ou a gravidade do doente a contraindica. Neste doente, com colecistite aguda, o processo inflamatório muito acentuado escondia as relações anatómicas e comprometia a dissecação, sendo realizada uma colecistostomia com sonda que saiu acidentalmente. A descompressão continuou pelo trajecto estabelecido.

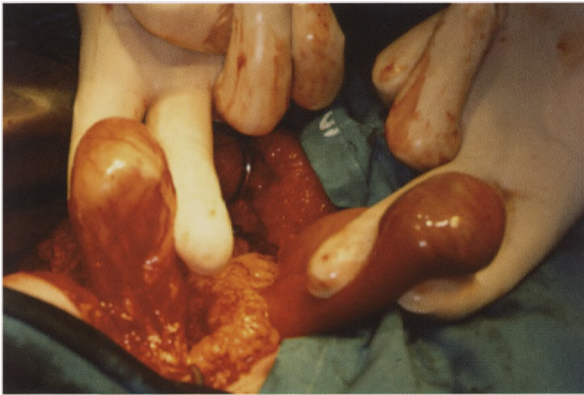


560. Ileus biliar duodenal - Síndrome de Bouveret
 Homem de 89 anos, deu entrada com quadro clínico de dores epigástricas, vômitos de estase, sub-icterícia das conjuntivas e oligúria. Havia encravamento de um cálculo biliar no duodeno que migrara através de fistula colecistoduodenal. A duodenotomia permitiu o acesso e a extracção do cálculo (A). Os estudos radiográficos mostram interrupção a nível da primeira porção do duodeno (B) e aerobilia (C).



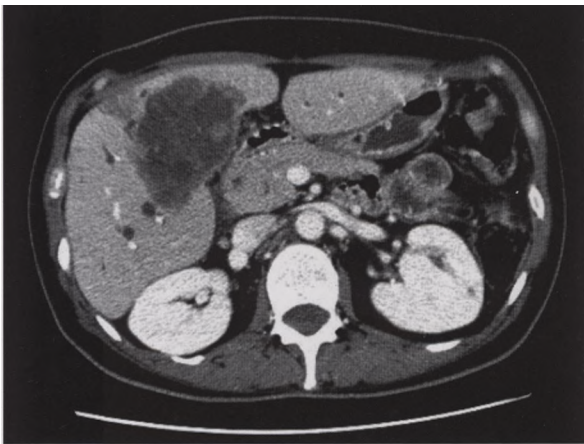
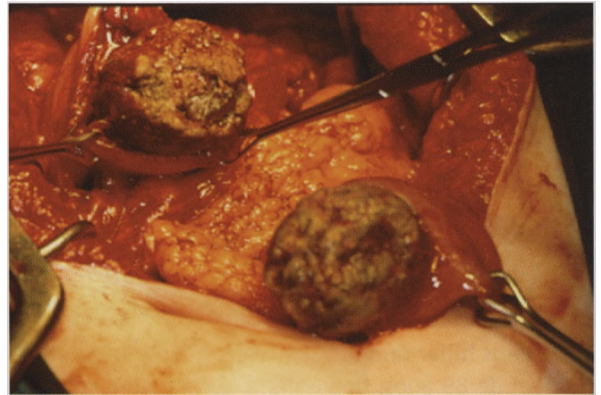
561. Ileus biliar

Mulher de 84 anos, deu entrada no hospital com sintomatologia de oclusão intestinal. A crise inicial surgira havia 48 horas. Seguiram-se períodos de acalmia sem dores e sem vômitos. As crises correspondiam a período de encarceramento do cálculo que era radiologicamente visível (seta).



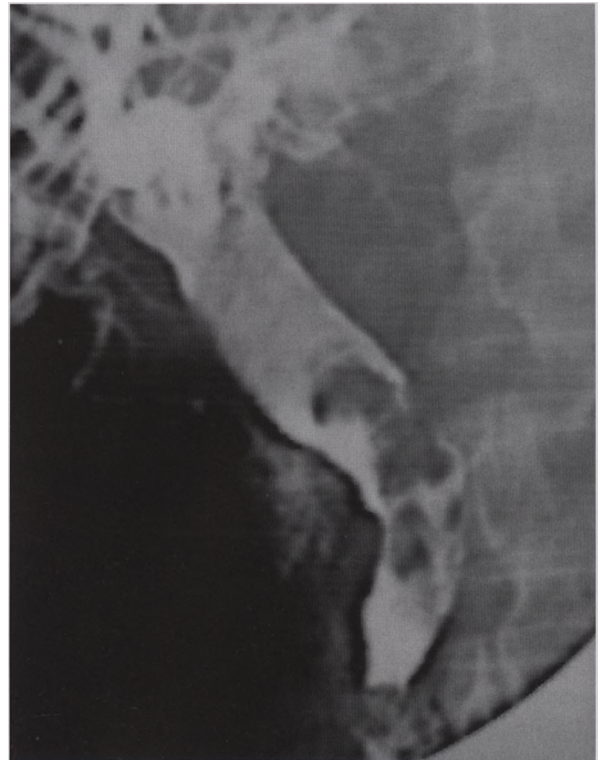
562. Ileus biliar

Neste doente a obstrução intestinal, por cálculos biliares, existia a dois níveis. É complicação rara da litíase biliar.



563. Carcinoma da vesícula biliar

A imagem é de um carcinoma da vesícula biliar com envolvimento e invasão do fígado adjacente nos segmentos IV e V.

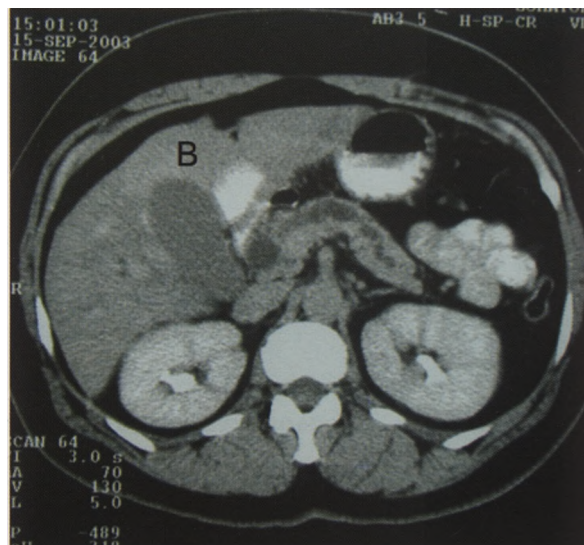
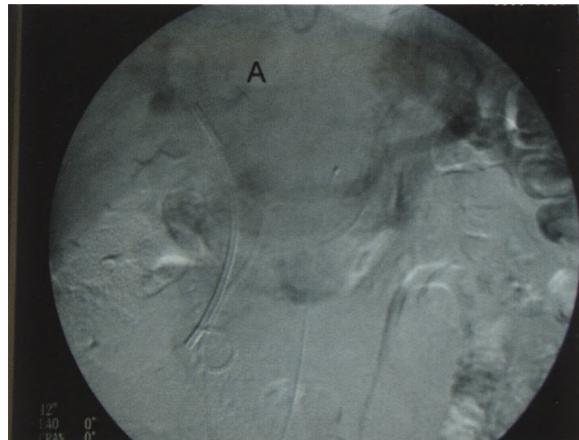


564. Colangiocarcinoma polipóide

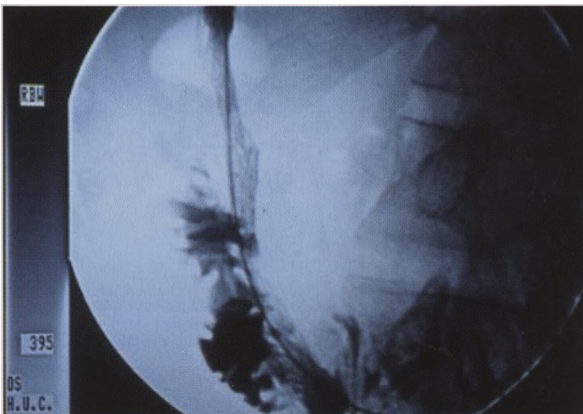
Exame por CPRE mostrando o defeito de repleção endoluminal irregular.



565. Colangiografia por Ressonância Magnética
Há dilatação das vias biliares intra-hepáticas e do colédoco até à região distal; diagnóstico possível - ampuloma.



566. Colangiocarcinoma de localização distal
Mulher de 54 anos, com icterícia de três meses de evolução. Observam-se próteses nas vias biliar e pancreática. A biópsia revelou colangiocarcinoma e a angiografia não mostrou compromisso vascular. A figura (B) mostra a vesícula e o canal de Wirsung distendidos. Foi submetida a duodeno-pancreatectomia-cefálica(DPC).



567. Colangiocarcinoma
Nos tumores irresssecáveis o tratamento paliativo para restabelecer o fluxo biliar pode conseguir-se mediante a utilização de "by-pass" cirúrgico ou de prótese introduzida por via percutânea ou endoscópica. A imagem mostra a utilização de uma prótese para recanalização da via biliar.



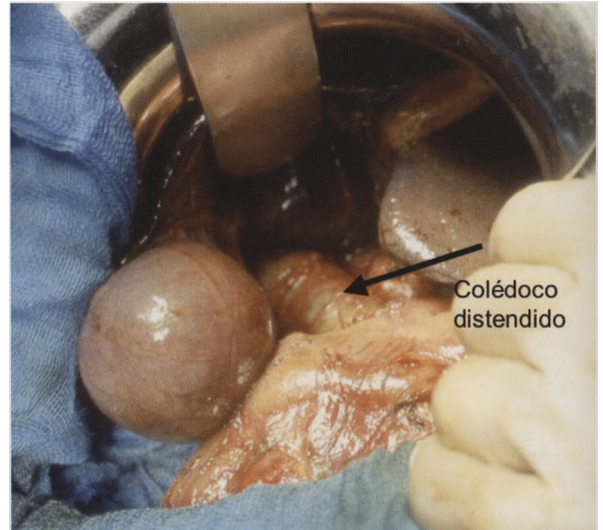
568. Icterícia
Tom icterico da mucosa sub-lingual.



569. Drenagem biliar externa, percutânea trans-hepática.
É um método paliativo que permite aliviar a icterícia obstrutiva, mas cuja morbidade não é irrelevante, devido a obstrução da prótese, crises de colangite e sépsis.



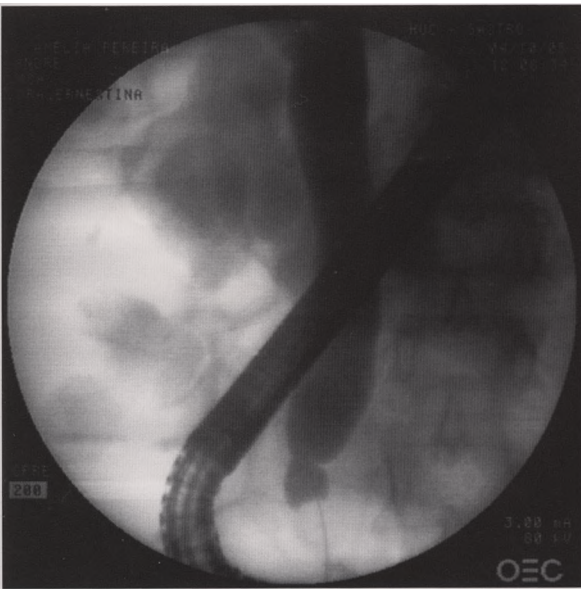
570. Sinal de Courvoisier
Doente de 68 anos, icterico, que referia desconforto abdominal sem dor. A observação tangencial do abdómen revelava uma tumefação no hipocôndrio direito correspondendo à vesícula biliar distendida que era palpável (sinal de Courvoisier) e cuja causa primária era um tumor da cabeça do pâncreas.



571. Obstrução do colédoco distal
A figura mostra acentuada distensão do colédoco. Identifica-se também a vesícula biliar globosa e tensa. A obstrução devia-se a ampuloma.

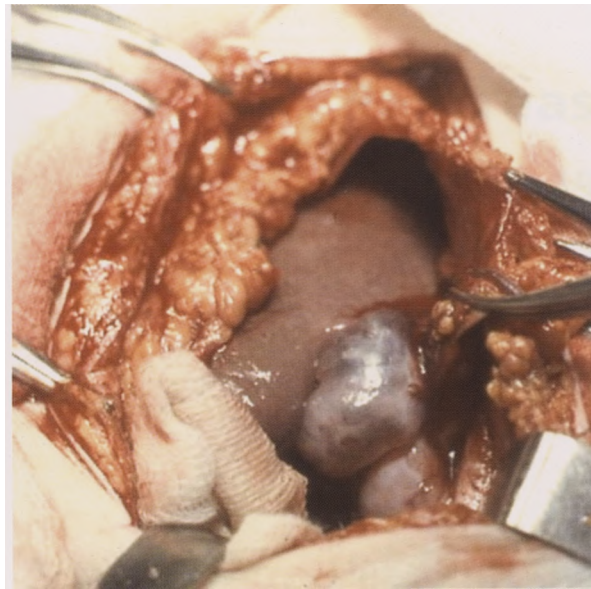


572. Distensão da vesícula biliar
A distensão da vesícula era apreciável na palpação abdominal - sinal de Courvoisier



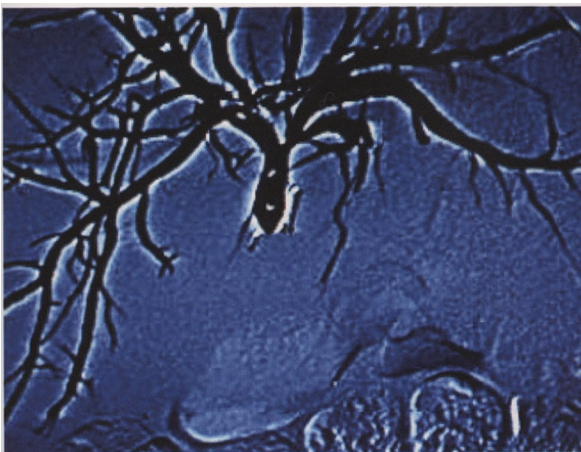
573. Colangiograma

Observa-se acentuada dilatação da VBP com estenose na porção terminal. Tratava-se de ampuloma.



574. Vesícula - lesão traumática

Traumatismo (hemoperitoneu por arrancamento parcial da vesícula do leito)



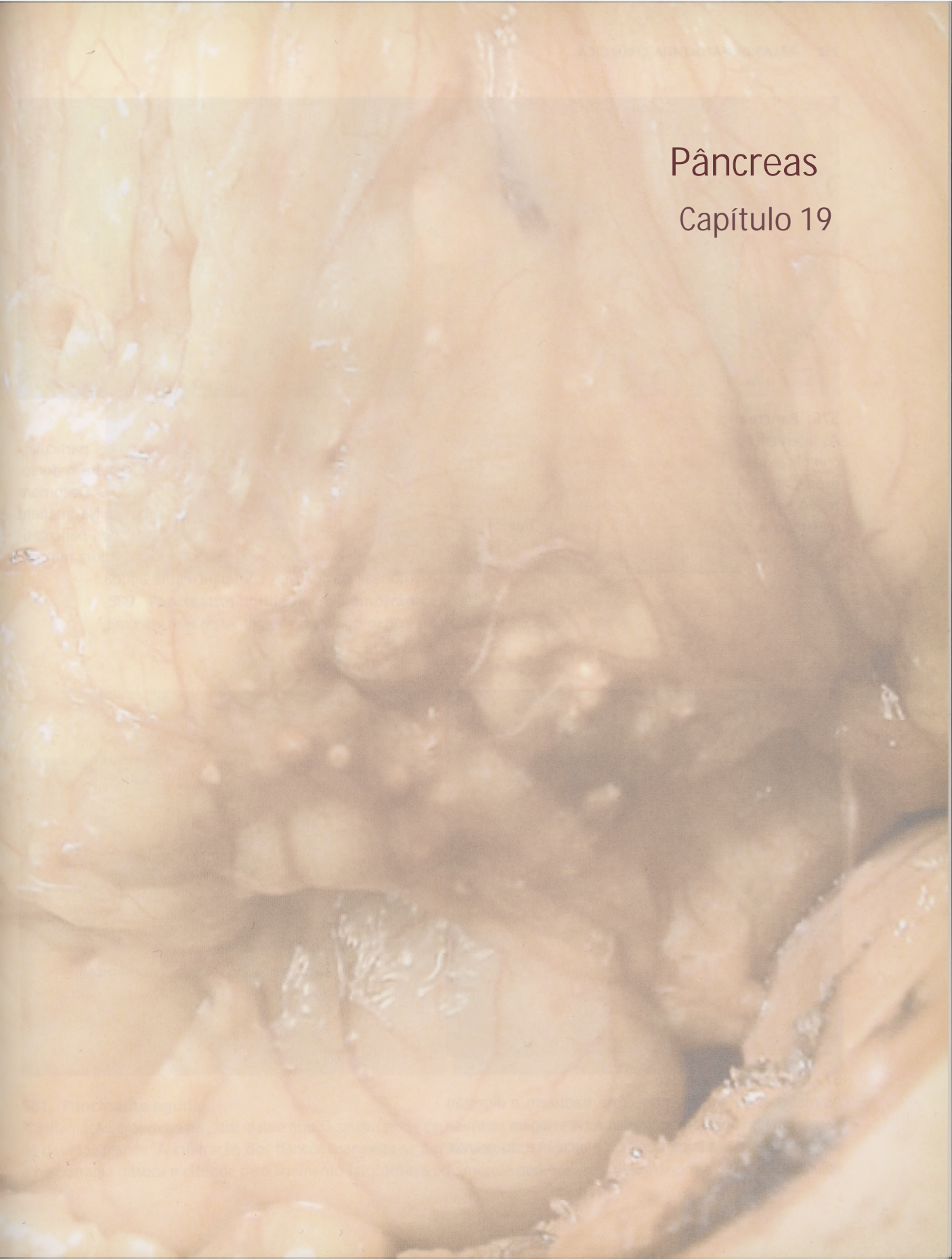
575. Colédoco

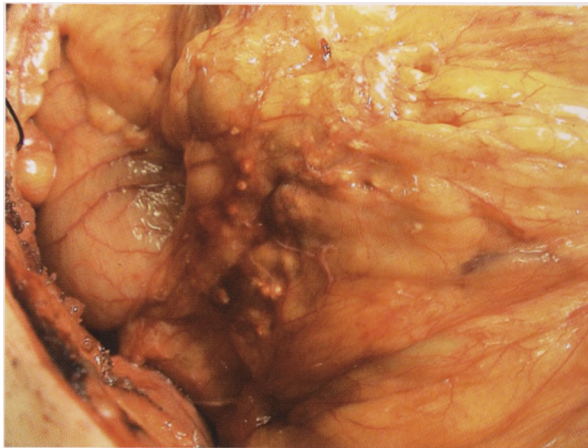
Estenose pós-operatória que foi tratada por anastomose colédoco-coledócica com ressecção da zona estenosada.



Pâncreas

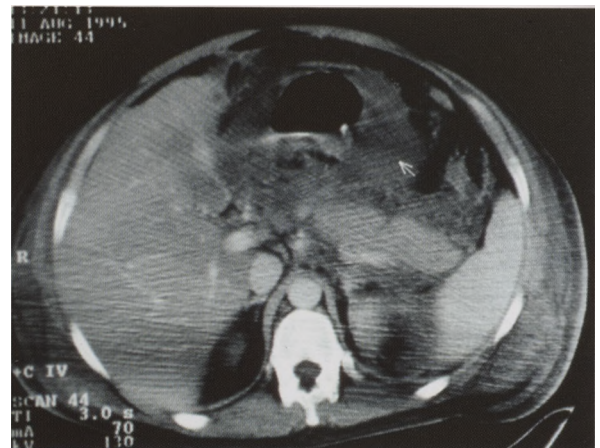
Capítulo 19





576. Pancreatite aguda

As intervenções na papila duodenal (p.ex. CPRE) podem complicar-se de pancreatite que em regra tem pequena expressão clínica. Contudo, o quadro pode ser mais acentuado e atingir mesmo a necrose pancreática. A imagem mostra o aspecto característico de citoesteatonecrose em "pingos de cera".



578. Pancreatite aguda

Doente de 66 anos, com dores abdominais particularmente referidas ao epigastro e irradiadas para o dorso. Apresentava rigidez abdominal e choque. Decorriam catorze horas desde o início dos sintomas. Na imagem identificam-se múltiplas colecções líquidas peri-pancreáticas e peri-gástricas com densificação da gordura retroperitoneal, compatíveis com pancreatite aguda.



577. Citoesteatonecrose

As manchas de citoesteatonecrose traduzem a digestão de gorduras. São esbranquiçadas e na imagem veem-se disseminadas pelas superfícies do pâncreas e do grande epíloon.

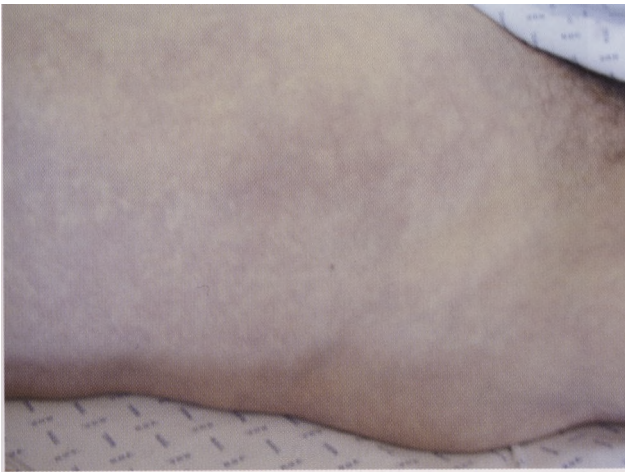


579. Pancreatite aguda necro-hemorrágica

Infiltração hemorrágica retro-peritoneal e peri-pancreática.

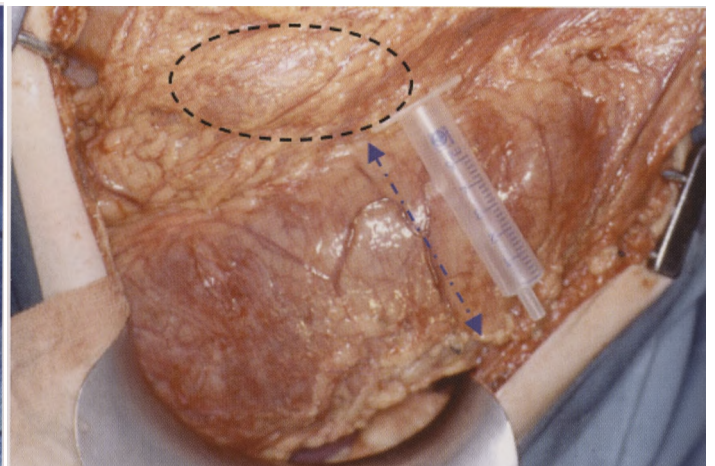
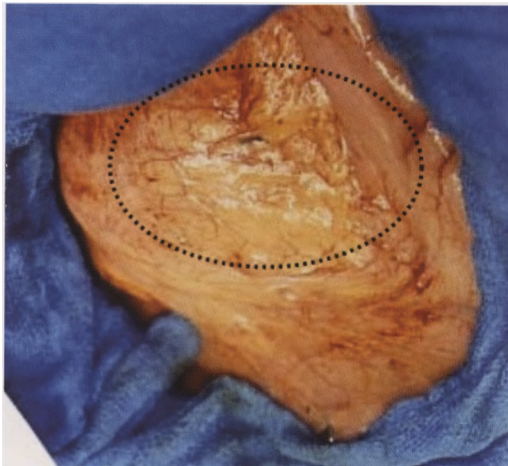


580. Pancreatite aguda necro-hemorrágica
Em pâncreas restante após duodeno-pancreatectomia cefálica.



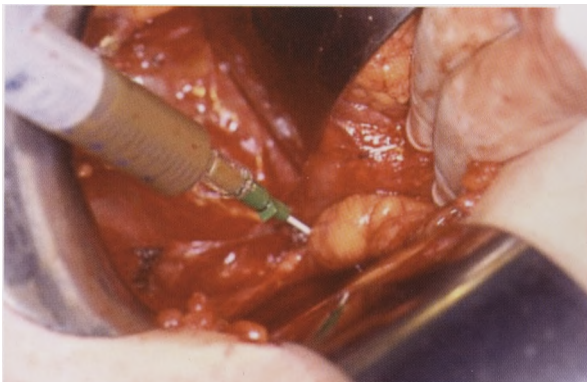
581. Pancreatite aguda

A inflamação e necrose na pancreatite aguda severa pode causar hemorragia retroperitoneal que se expande infiltrando os diversos planos. A infiltração dos flancos manifesta-se por equimoses, situação conhecida por SINAL DE TURNER. Se a hemorragia diseca e difunde pelo ligamento falciforme a equimose é peri-umbilical designando-se SINAL DE CULLEN.

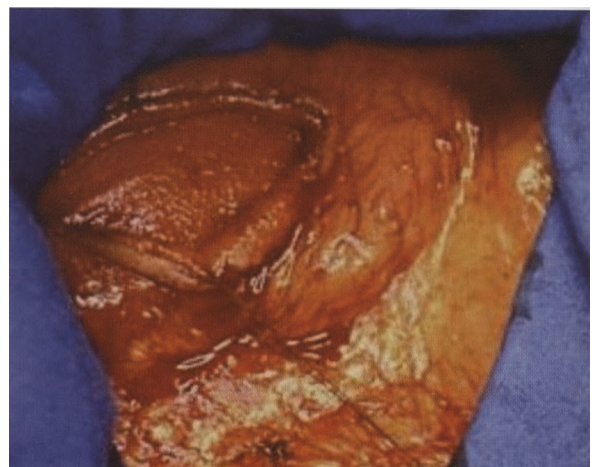


582. Pseudoquisto do pâncreas

Complicação da pancreatite aguda. Por vezes o pseudoquisto atinge grandes dimensões e mimetiza um tumor abdominal. Em regra a drenagem percutânea guiada ou por via endoscópica é terapêutica suficiente. A intervenção cirúrgica é necessária quando não há involução espontânea ou a drenagem não é eficaz. Na imagem (A) o pseudoquisto faz protusão através do pequeno epíploon (linha pontuada); na imagem (B) identifica-se protusão junto ao bordo duodenal (linha tracejada) e distensão do duodeno (seta azul) por compressão a jusante.

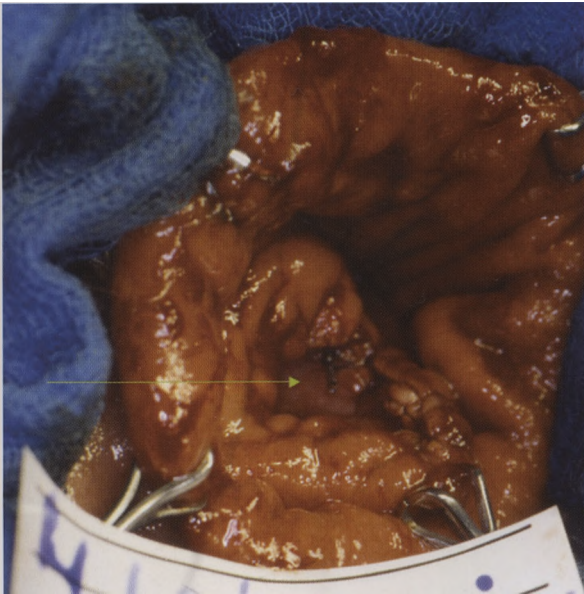


583. Pseudoquisto do pâncreas
Aspiração do conteúdo de pseudoquisto.

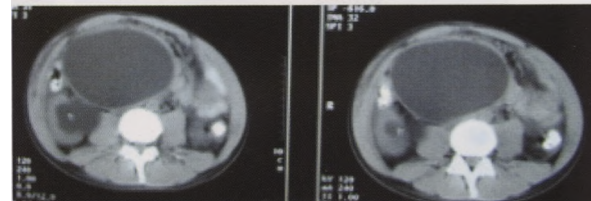
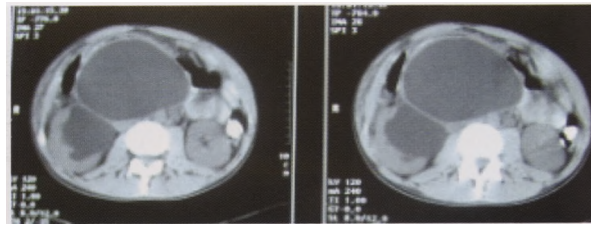


584. Pseudoquisto do pâncreas

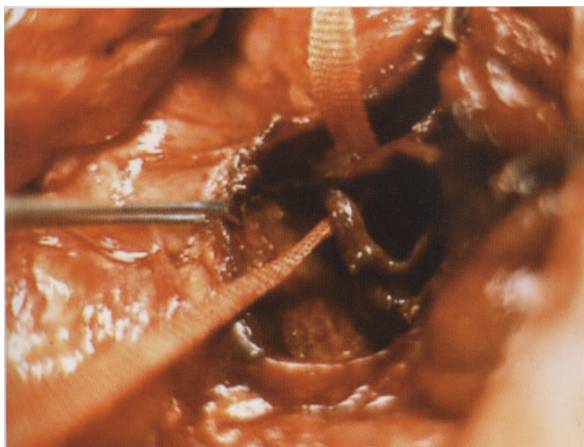
Se o pseudoquisto faz protusão por contacto íntimo na parede gástrica ou duodenal, é possível drená-lo por cistogastrotomia ou cistoduodenostomia. A imagem mostra a gastrotomia na parede anterior e a protusão da parede posterior provocada pelo pseudoquisto.



585. Pseudoquisto do pâncreas
Drenagem por cistogastrostomia. A seta mostra a cavidade quística drenada para o lúmen gástrico.



586. Pseudoquisto do pâncreas
Doente 32 anos com antecedentes de pancreatite aguda. A posição de flexão ventral era antiálgica; coexistia aumento do volume abdominal, traduzindo as dimensões da lesão. A dificuldade de retorno venoso provocada pela compressão da veia cava, condicionava edema exudativo e petéquias nos membros inferiores. Foi submetido a drenagem percutânea ecoguiada com sucesso.

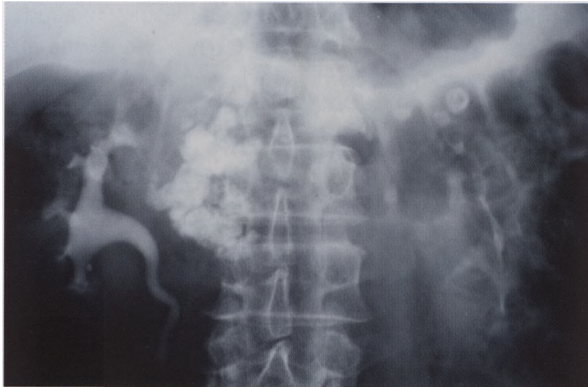


587. Abscesso pancreático
O abscesso pancreático pode manifestar-se semanas depois de desencadeada a pancreatite. O tecido necrótico de coloração achocolatada requereu remoção cirúrgica e drenagem. Na loca visualizam-se duetos pancreáticos.



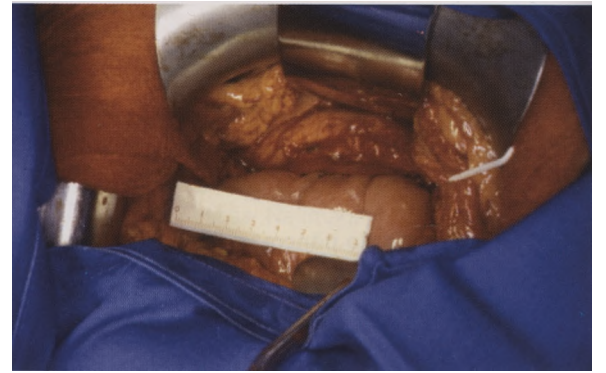
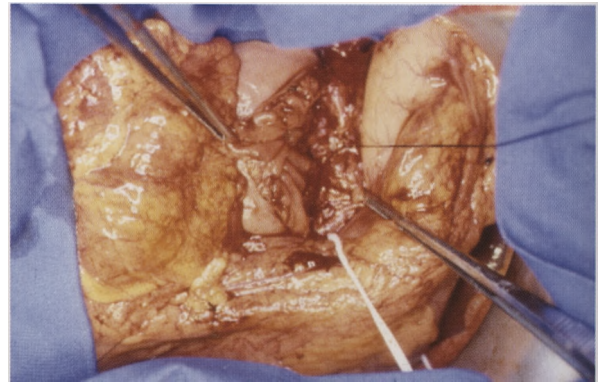
588. Pancreatite crónica

A perda ponderal é atribuída a refeições diminutas e má absorção. Nesta doente a ingestão de alimentos desencadeava crises dolorosas abdominais, particularmente quando a sua constituição integrava gorduras.



589. Pancreatite crónica

Doente de 45 anos com hábitos alcoólicos acentuados desde a puberdade. Referia surtos de dores abdominais e diarreia. A palpação do epigastro despertava dores intensas e identificava uma massa dura com diâmetro aproximado de 7cm e esplenomegália. O radiograma do abdómen revelou a existência de cálculos nos canais pancreáticos.



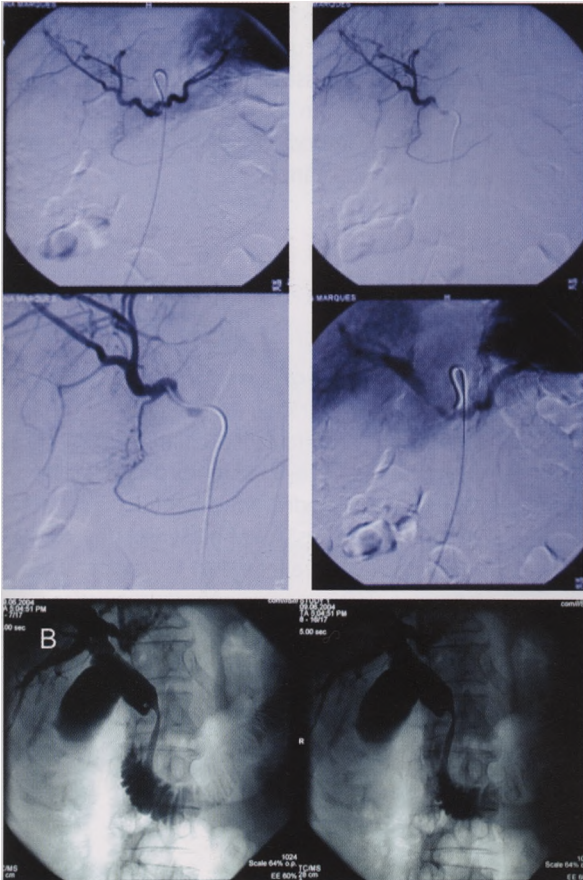
590. Pancreatite crónica - Operação de Pwestoff

A imagem A mostra a anastomose posterior já realizada e os bordos anteriores referenciados. Na imagem B vê-se a anastomose já terminada.



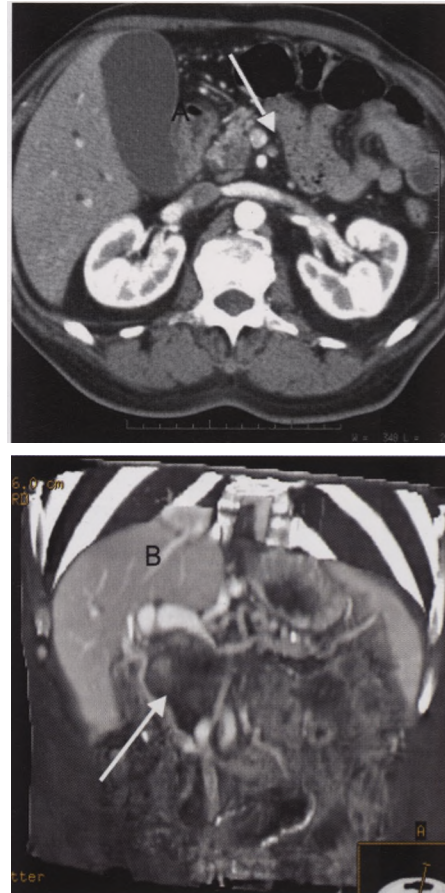
591. Cistadenoma pancreático

As imagens mostram a mobilização duodenopancreática (manobra de Kocker) e a peça operatória.



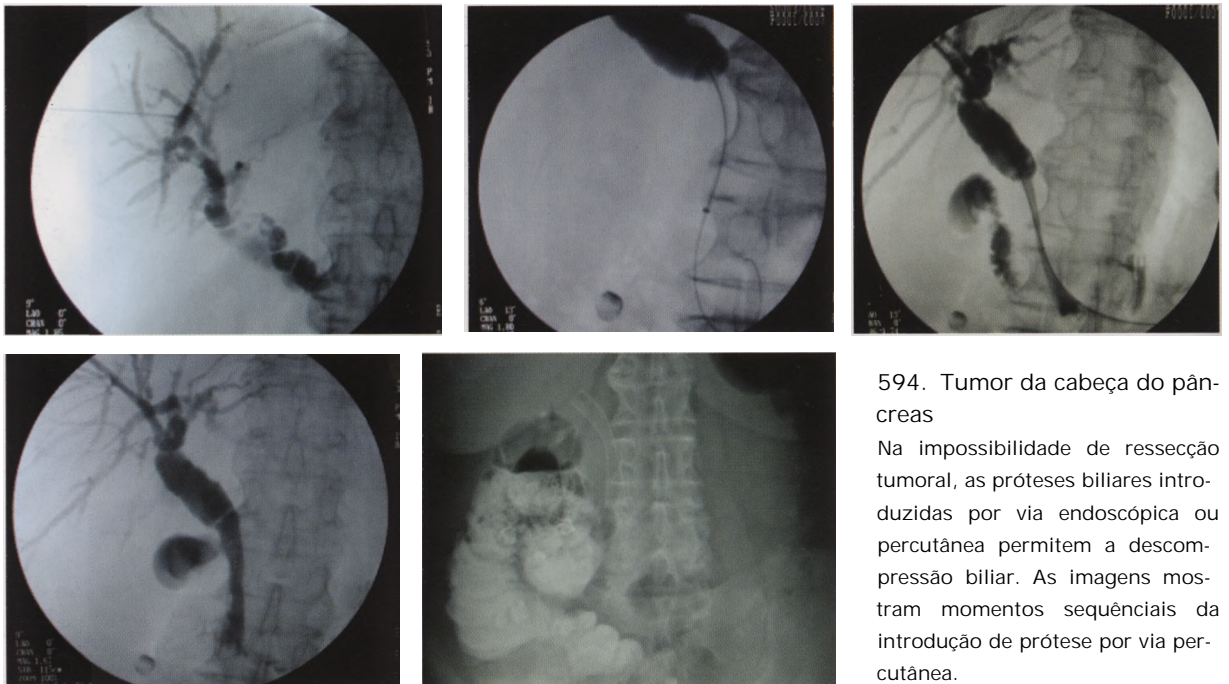
592. Tumor da cabeça do pâncreas

Tumor da cabeça do pâncreas irresssecável por envolvimento venoso (veia porta) (A). Tratamento com endoprótese (B).



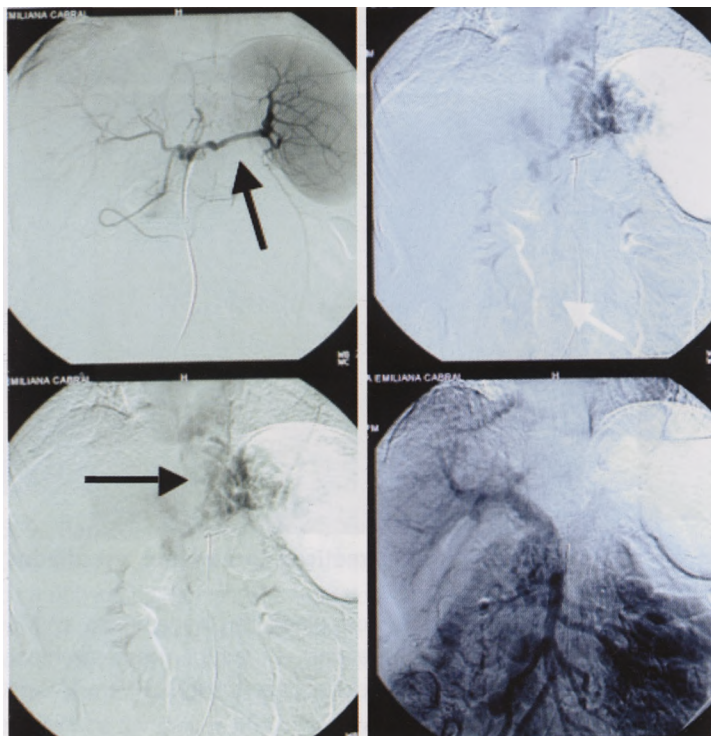
593. Tumores pancreáticos localmente estadiados por TAC

A: tumor ressecável com plano de clivagem com a VMS (veia mesentérica superior). B: tumor irresssecável por envolvimento da veia porta. Reconstrução 3D em TAC de multidetectores.



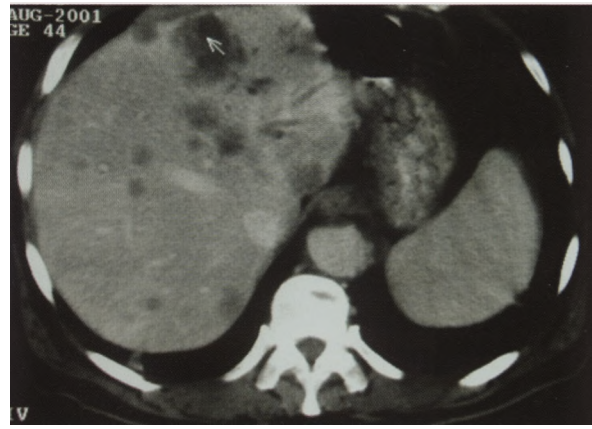
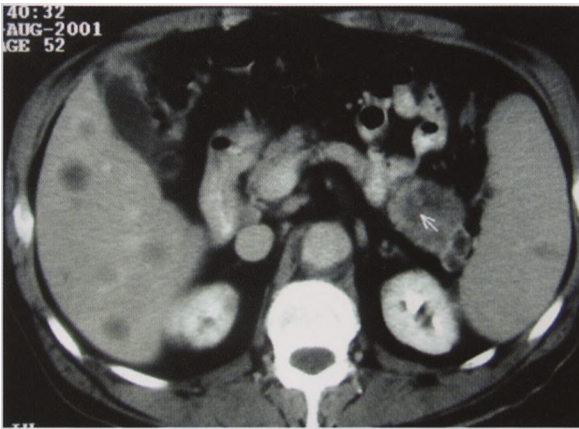
594. Tumor da cabeça do pâncreas

Na impossibilidade de ressecção tumoral, as próteses biliares introduzidas por via endoscópica ou percutânea permitem a descompressão biliar. As imagens mostram momentos sequenciais da introdução de prótese por via percutânea.



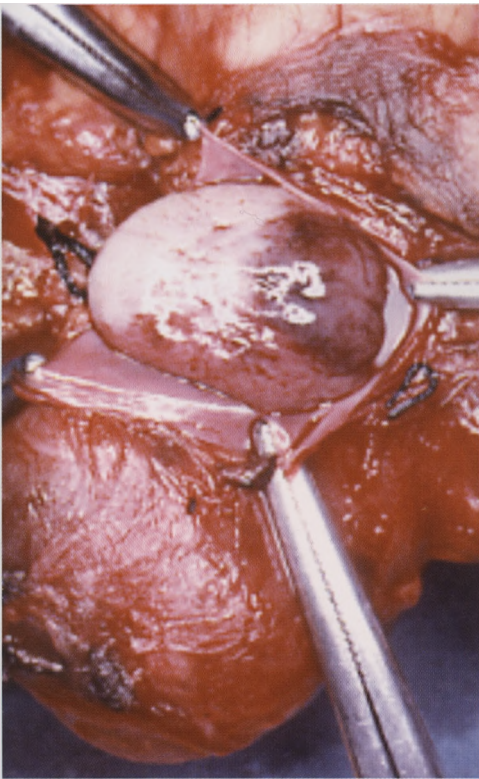
595. Tumor do corpo e cauda do pâncreas

O estudo angiográfico mostra oclusão total da veia esplênica, circulação colateral com vasos do fundo gástrico e esôfago; o eixo mesentérico-portal e o porta intra-hepático não apresentam alterações. A RM evidencia uma formação expansiva que integra o corpo e cauda do pâncreas. Tratava-se de neoplasia quística



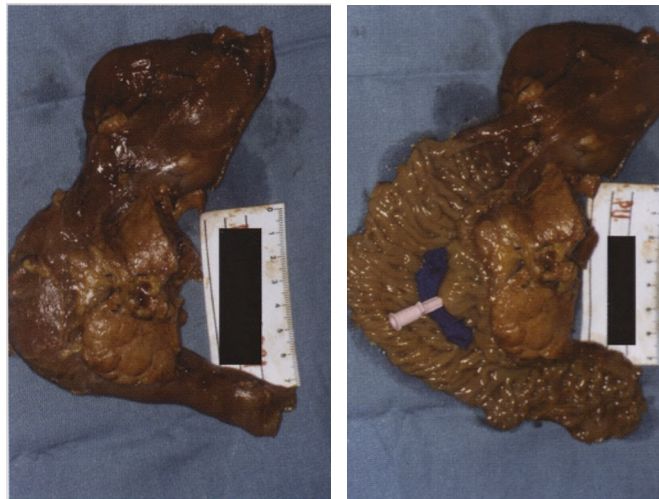
596. Tumor da cauda do pâncreas

As imagens mostram uma massa sólida com realce heterogêneo a nível da cauda do pâncreas junto ao hilo esplênico, medindo cerca de 5,5 cm de eixo maior, com aparente invasão das estruturas vasculares esplênicas e múltiplos nódulos hepáticos dispersos pelo parênquima (metástases).

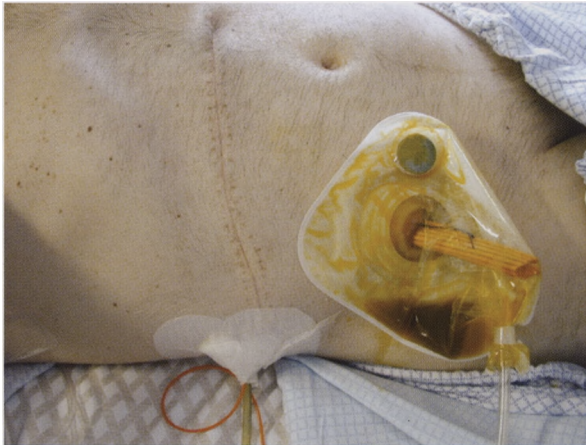


597. Tumor do pâncreas

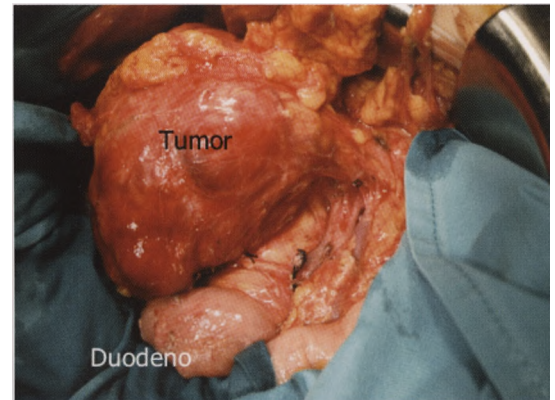
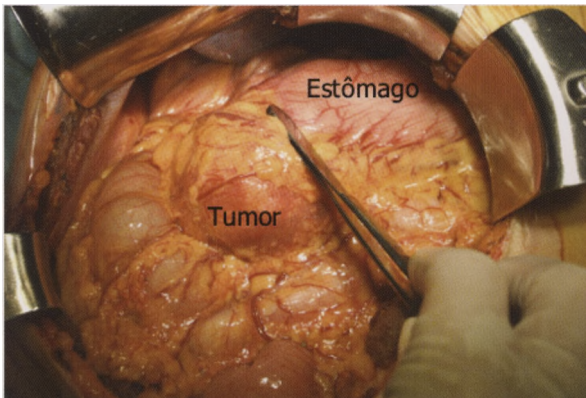
Venotomia da porta que mostra metástase de tumor do pâncreas.



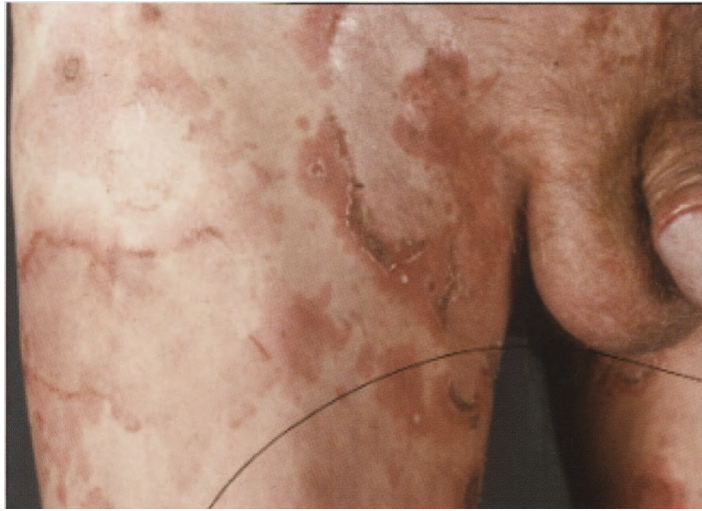
598. Duodenopancreatectomia - peça operatória.



599. Duodenopancreatectomia - fistula biliar
A fistula biliar é uma das complicações da duodeno-pancreatectomia

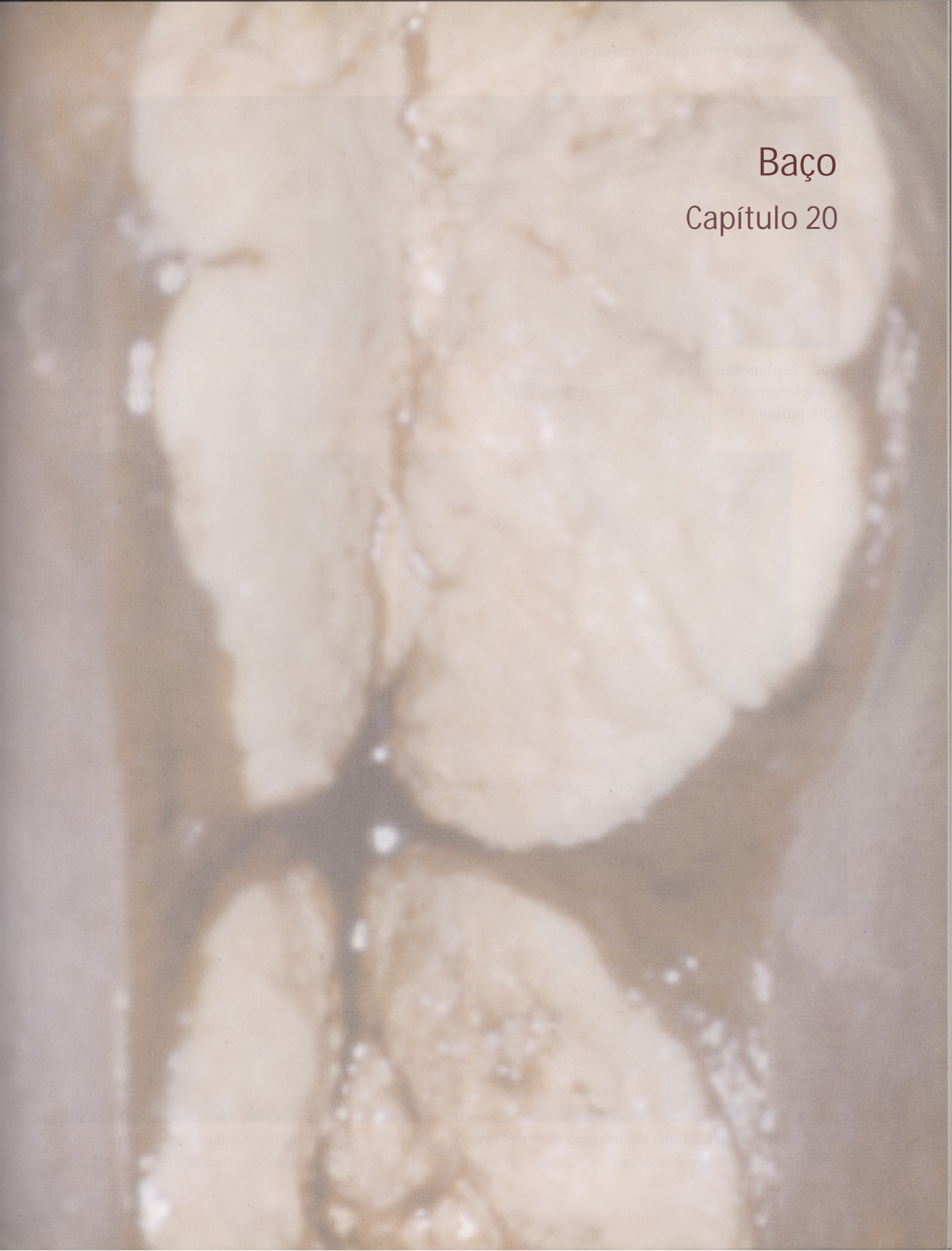


600. Tumor neuroendócrino do pâncreas
A angiografia selectiva do tronco celíaco revelou um tumor hipervascular da cabeça do pâncreas



601. Glucagonoma

Eritema necrótico migratório. As manifestações dermatológicas estendem-se pela parede abdominal inferior, períneo e pregas de flexão. Nas lesões eritematosas instalam-se vesículas bolhosas migratórias que formam crostas e cicatrizam deixando uma zona hiperpigmentada que constitui o eritema necrolítico migratório.



Baço
Capítulo 20



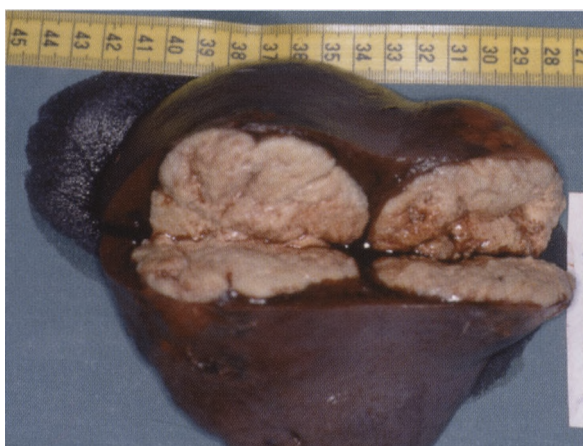
602. Esplenomegália

A esplenomegália é comum a muitos estados patológicos agudos e crônicos de natureza muito diversificada. Doente com púrpura trombocitopénica idiopática. Foi submetido a esplenectomia.



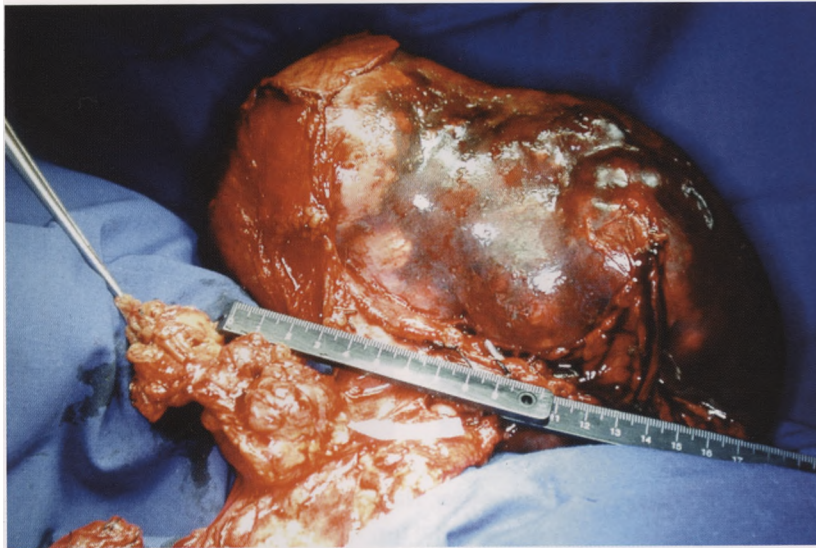
603. Baço - Linfoma

Os linfomas associam com frequência localizações secundárias esplénicas.



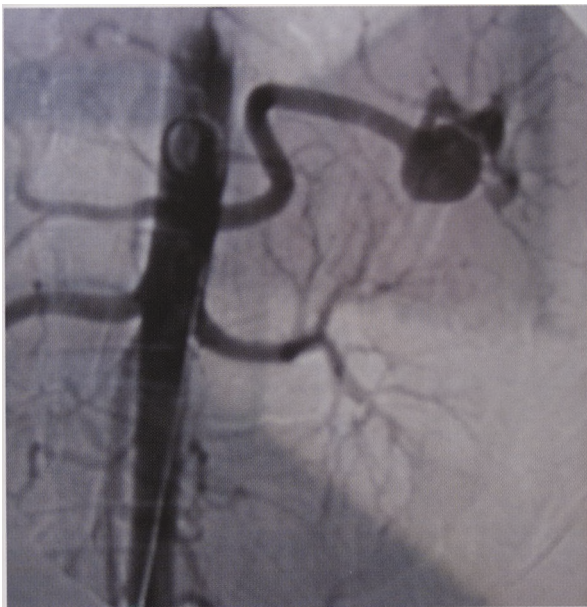
604. Baço

Metástase de melanoma.



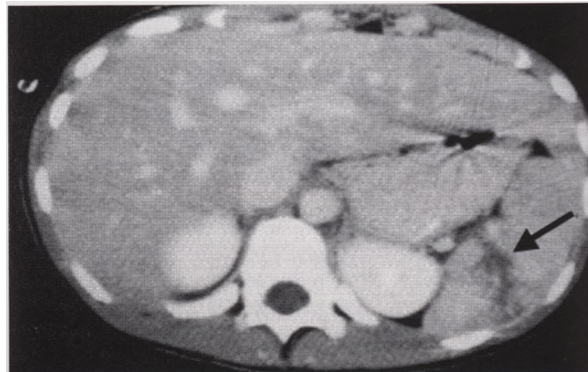
605. Tumor da cauda do pâncreas com invasão esplênica

O diagnóstico clínico de tumor do corpo e cauda do pâncreas é difícil. Doente com 67 anos em plena actividade profissional que referia desconforto epigástrico e alteração do estado geral. O exame clínico aparentava normalidade. O tratamento cirúrgico consistiu em esplenectomia e pancreatectomia caudal.



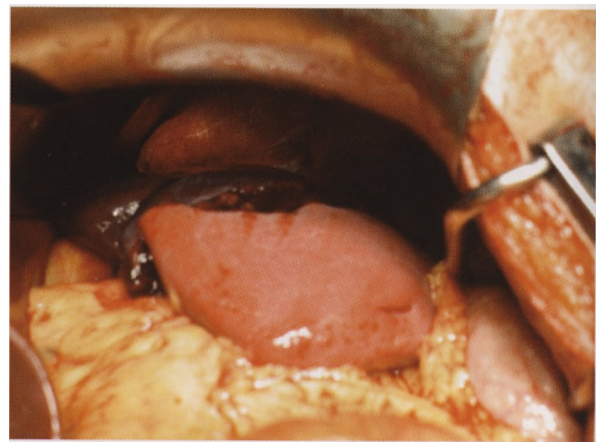
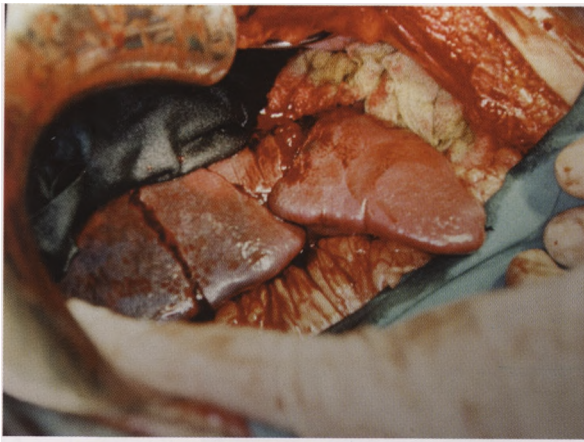
606. Aneurisma da artéria esplênica

São mais frequentes na mulher. Nesta doente de 22 anos o diagnóstico foi ocasional. O tratamento consistiu na ressecção aneurismática com conservação do baço.



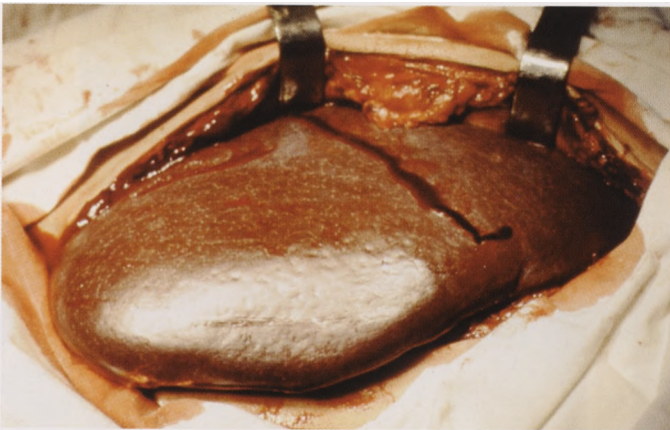
607. Traumatismo esplênico com fractura

O tratamento conservador elimina o risco de sépsis pós-esplenectomia assim como o risco inerente à laparotomia que não é isenta de inconvenientes. Mas este tipo de tratamento só está indicado em doentes seleccionados (estabilidade hemodinâmica, TAC caracterizando a lesão, ausência de lesões associadas intra ou retroperitoneais com indicação cirúrgica, necessidade limitada de transfusões relacionadas com a lesão esplênica) e sob a vigilância permanente com equipa cirúrgica disponível a todo o momento.



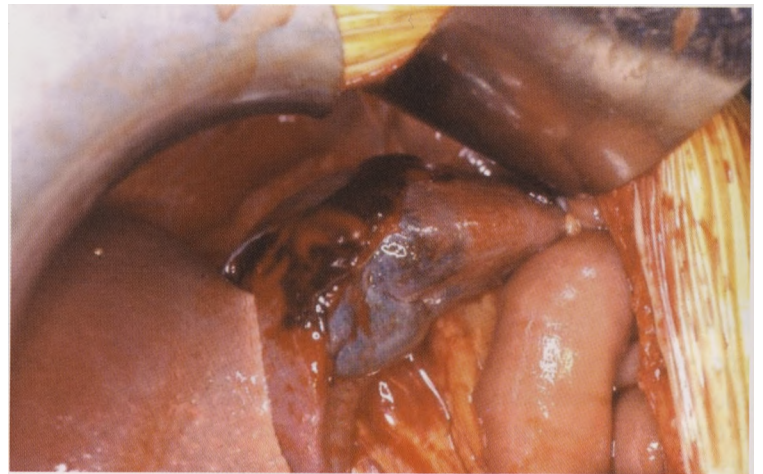
608. Rotura esplénica

Rotura esplénica com avulsão parcial do pedículo vascular. Nas lesões esplênicas traumáticas há que procurar preservar o órgão, particularmente nas crianças. As imagens mostram tecido esplênico desvascularizado que foi ressecado (esplenectomia parcial).



609. Fractura de baço patológico

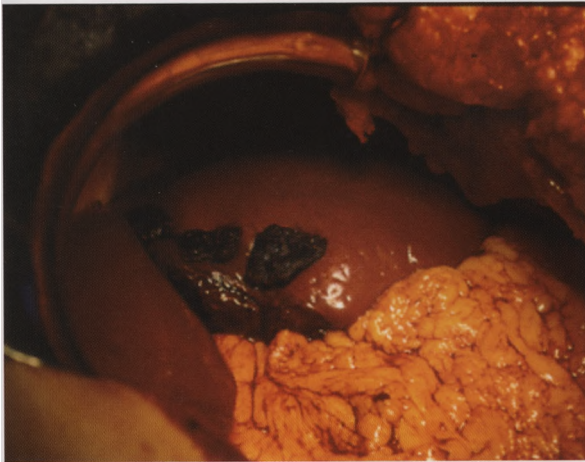
Doente de 43 anos vítima de queda accidental, na rua, a que não atribuiu importância. Decorridos 30 minutos, entrou na urgência em choque e com síndrome abdominal agudo. Tinha hábitos alcoólicos arrastados. A esplenomegália associava-se fígado cirrótico.



610. Hematoma sub-capsular.

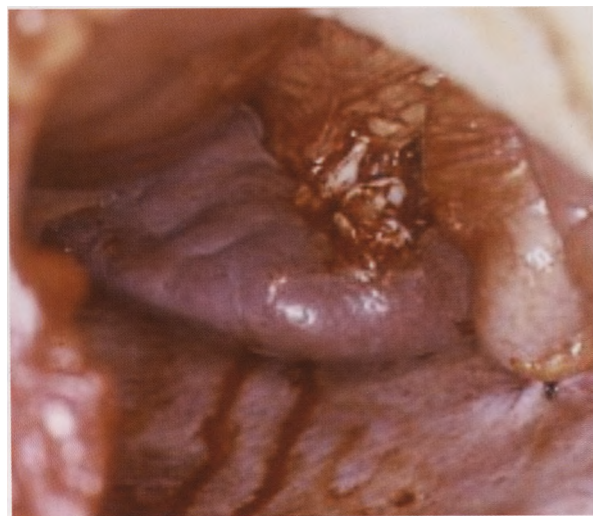


611. Hematoma intra-esplênico.



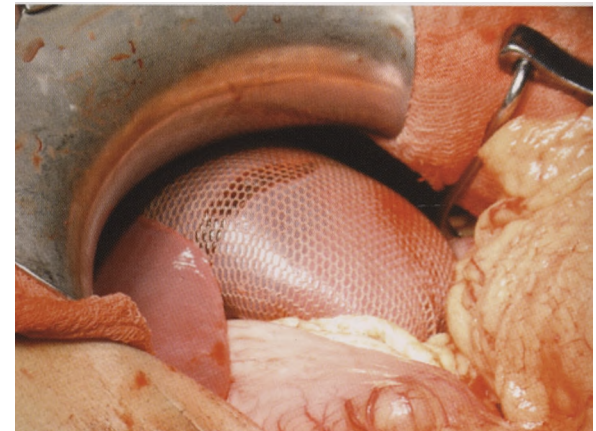
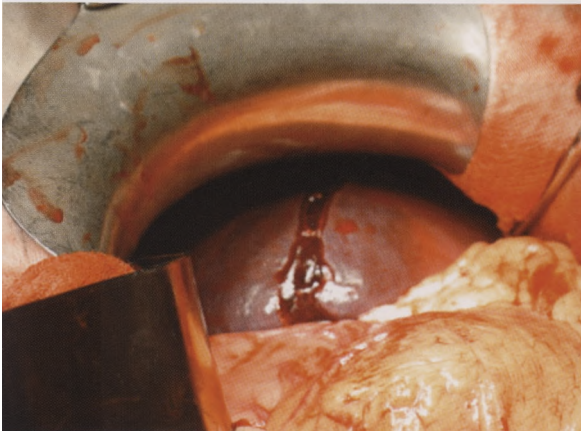
612. Fractura de baço

Tratamento: esplenectomia parcial. Os pontos de sutura foram apoiados em placa hemostática.



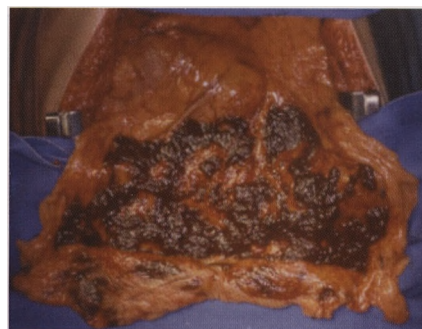
613. Fractura do baço

Tratamento: esplenorrafia e aplicação de cola biológica.



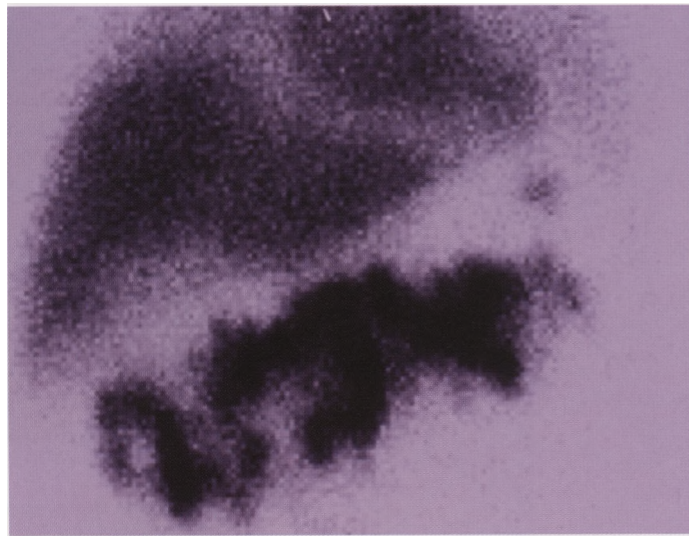
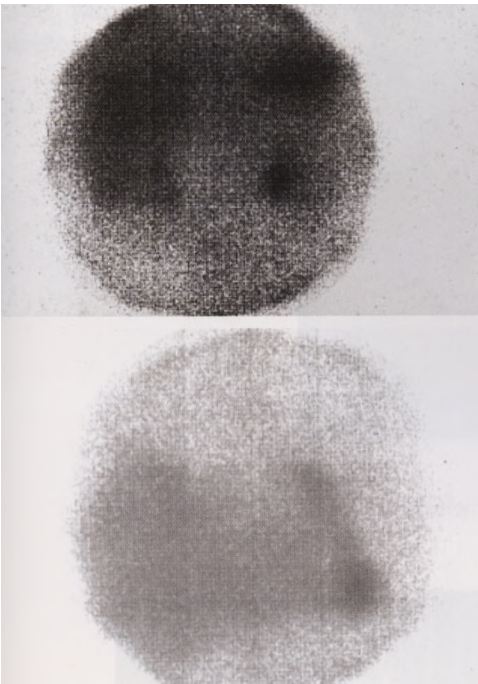
614. Fractura do baço

Tratamento: contenção com rede periesplênica de ácido poliglicólico.



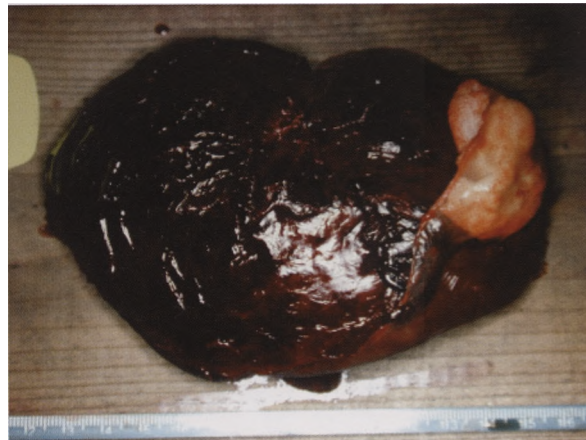
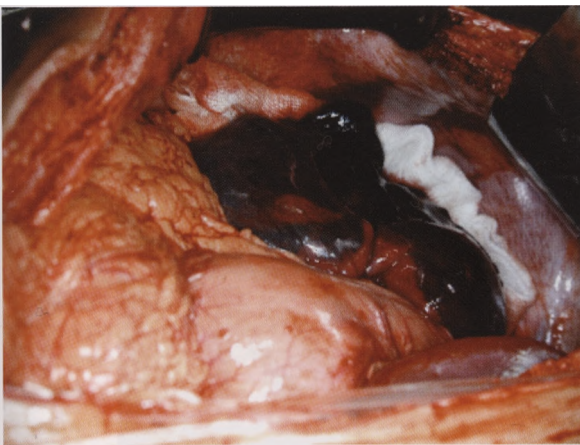
615. Fractura do baço

Auto-transplantação de tecido esplênico. Pequenos fragmentos de tecido esplênico foram implantados no epíplon que foi enrolado proporcionando a revascularização dos fragmentos. Os benefícios do auto-transplante do tecido esplênico são ainda discutíveis.



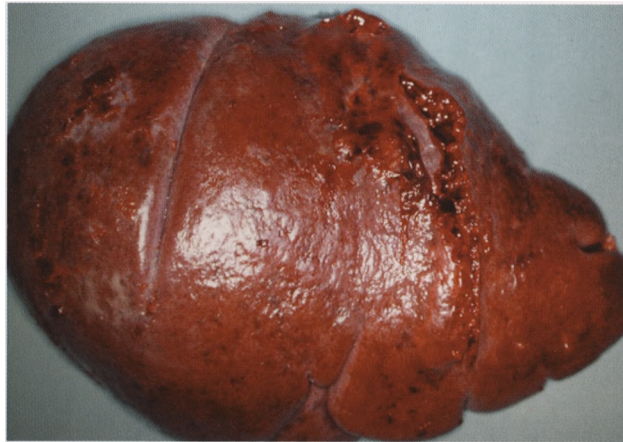
616. Auto-transplante de tecido esplênico

As cintigrafias revelam não só a actividade de integração das hemácias marcadas com tecnésio, mas também as morfologias e áreas de localização do transplante.

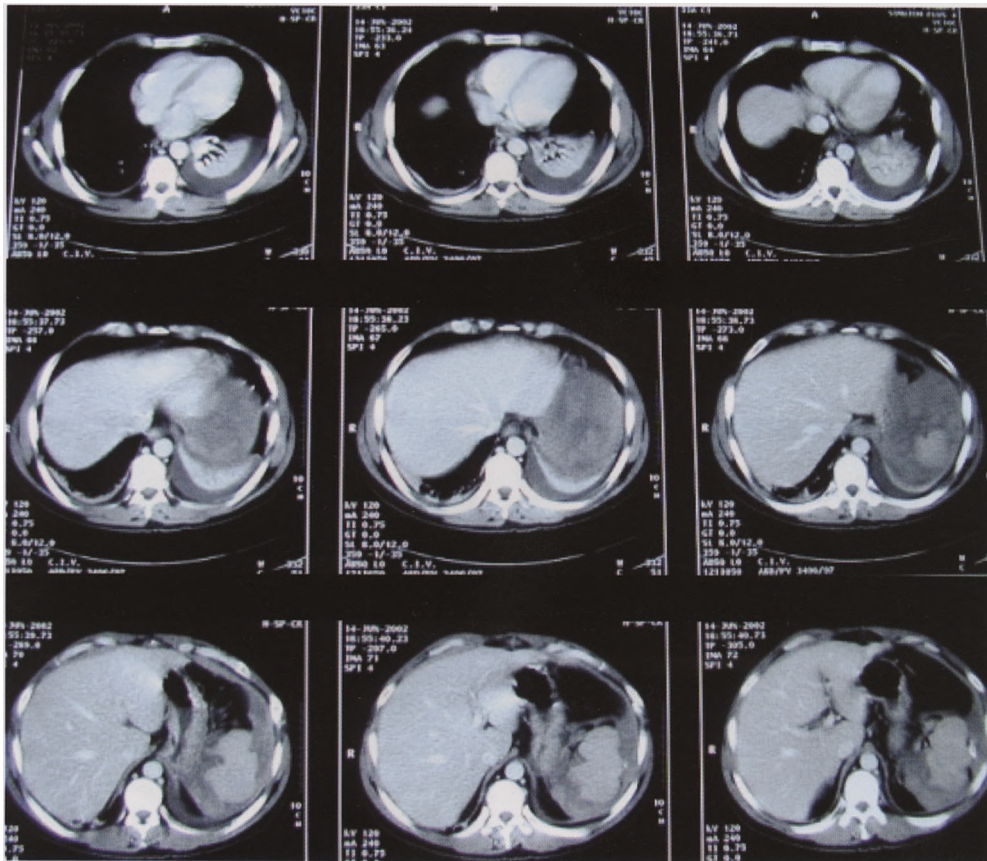


617. Rotura esplênica em dois tempos

A rotura de um hematoma subcapsular pode ocorrer tardiamente. No doente a que correspondem as imagens, a rotura ocorreu duas semanas após o acidente. Na imagem visualiza-se o coágulo na ruptura capsular no momento da exposição esplênica; na peça operatória é visível a extensão do descolamento capsular.

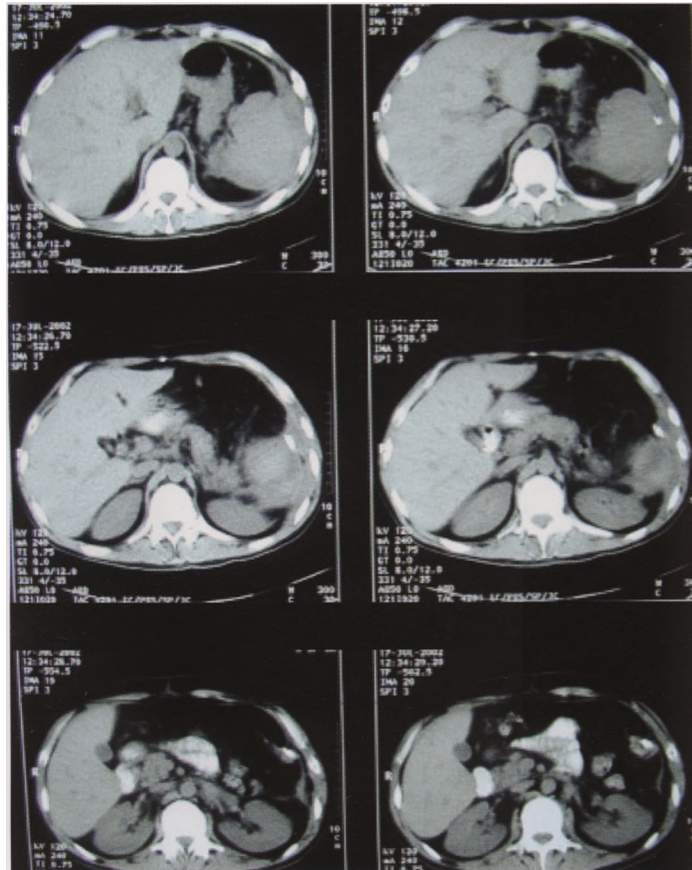
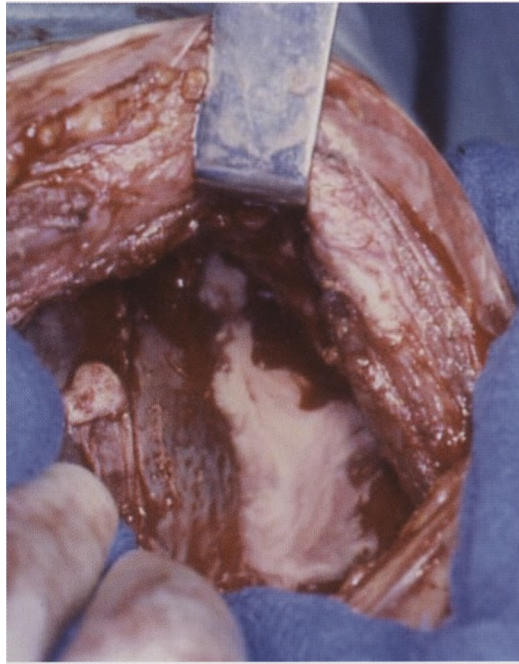


618. Ruptura esplênica
Baço - ruptura espontânea em leucemia mielóide.



619. Infecção na loca esplênica pós esplenectomia
O abscesso subfrênico é uma das mais frequentes complicações da esplenectomia. Doente vítima de acidente de viação, de que resultou ruptura esplênica. Foi submetido a esplenectomia parcial. Na loca esplênica constituiu-se um hematoma que infectou. Foi drenado por punção ecoguiada.

620. Abscesso na loca esplênica pós esplenectomia.



621. Abscesso esplênico

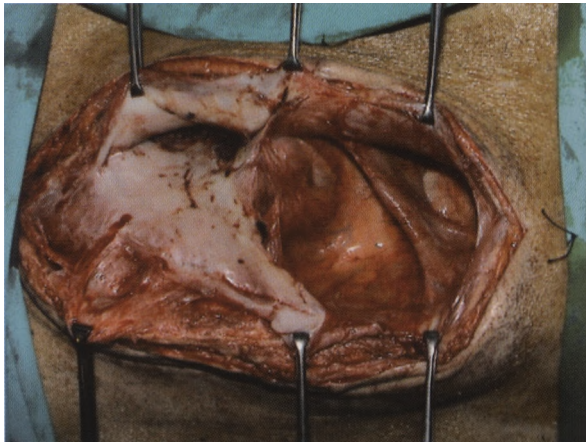
A esplenectomia é tida como a terapêutica indicada para a maioria dos abscessos esplênicos. O abscesso unilocular pode ser tratado com drenagem guiada por TAC. Este doente, vítima de traumatismo abdominal com lesão esplênica, foi tratado medicamente. Duas semanas após o acidente surgiram crises febris, arrepios e dores no hipocôndrio esquerdo. A TAC confirmou a existência de uma coleção abcedada que foi drenada por via percutânea.



Peritonite-Abcesso Intra Peritoneal

Capítulo 21





622. Peritonite adesiva

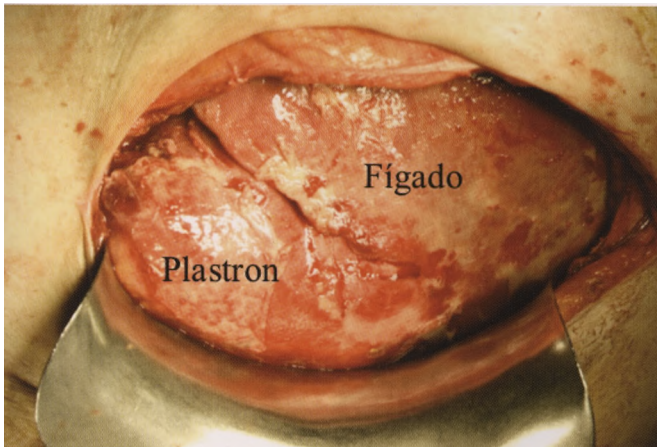
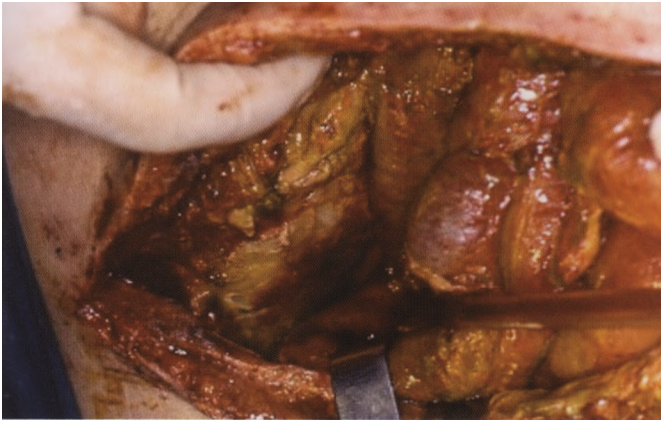
Doente submetido durante 3 anos a diálise peritoneal. Foi admitido com o diagnóstico de oclusão intestinal. A laparotomia revelou uma "carapaça" membranosa de tecido fibroso que englobava todas as vísceras abdominais. Coexistiam múltiplas aderências entre elas.



623. Peritonite crônica

Doente em diálise peritoneal. A Imagem mostra o tubo de diálise, falsas membranas e placa de fibrina envolvendo as ansas que estabelecem entre si aderências.

624. Peritonite por fistula anastomótica.

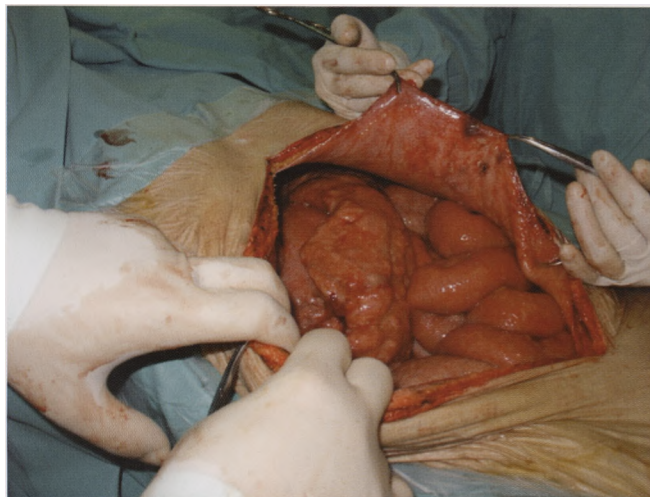


625. Peritonite por colecistite com empiema

O plastron incluía a vesícula biliar com empiema. O frasco contém aspirado do derrame peritoneal purulento.

626. Mesotelioma peritoneal maligno

Quando possível, o tratamento cirúrgico deve consistir na erradicação de todo o tumor visível, e incluir peritonectomia, omentectomia, esplenectomia e fulguração de todo o tumor cuja excisão não seja exequível. São visíveis o grande epíplon bem como o peritôneu parietal envolvidos por tumor.



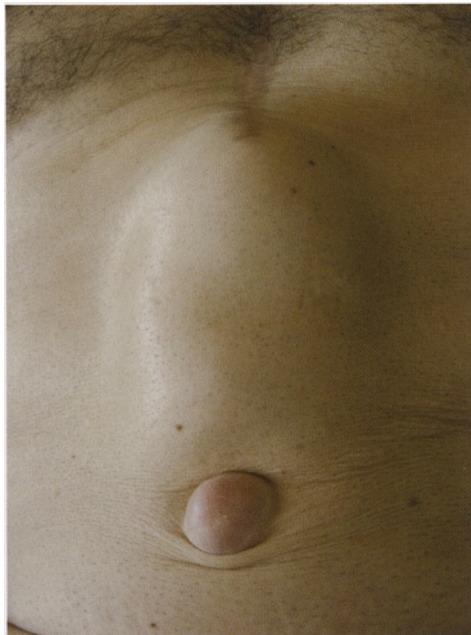
Parede Abdominal, Epiploon, Mesentério e Retroperitoneu

Capítulo 22

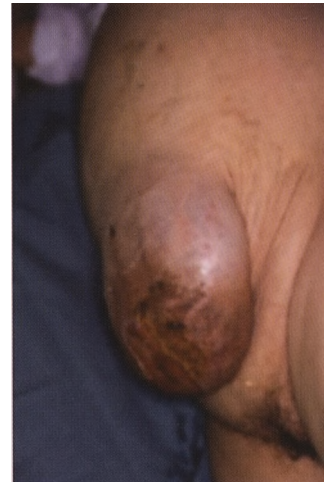


627. Hérnia da linha branca

As hérnias da linha branca têm maior incidência no sexo masculino. Originam-se numa das áreas de menor resistência da parede abdominal anterior como a linha branca (hérnia epigástrica) o umbigo (hérnia umbilical e para umbilical) e a nível do bordo externo da bainha rectal (hérnia de *Spigel*).



628. Hérnia umbilical e diástase dos músculos rectos abdominais.



629. Hérnia umbilical

Doente com ascite por cirrose hepática alcoólica. O peso e o volume das vísceras herniadas e da ascite condicionaram, por distensão da pele, perturbações vasculares e ulceração.



630. Hérnia umbilical

No adulto é mais frequente no obeso e na multipara. Manifesta-se através da cicatriz umbilical distendida e debilitada ou através de uma fragilidade da linha branca localizada a nível do umbigo.



631. Hérnia inguinal associada a hidrocelo

É sobretudo no idoso que se desenvolve o hidrocelo primário, acumulação lenta de fluído. Em regra é assintomático e pode atingir tal volume que o torna incomodativo e desconfortável



632. Hérnia inguinal encarcerada.



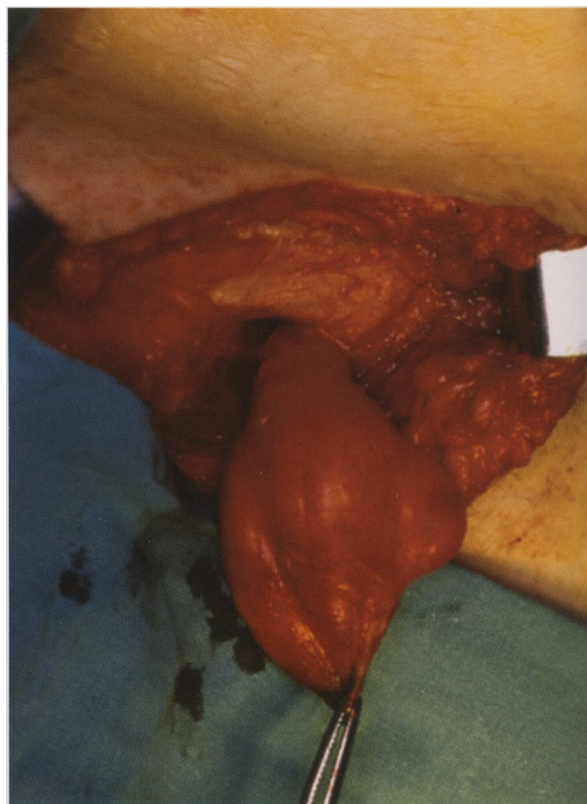
633. Hérnias inguinoescrotais bilaterais

O volume impedia a exteriorização do pênis. A hérnia à direita encontrava-se estrangulada e o saco escrotal edemaciado.



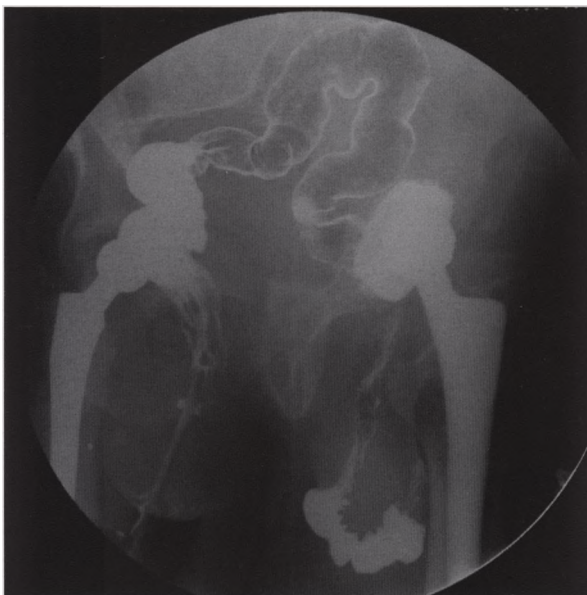
634. Hérnia inguinal

Hérnia estrangulada com necrose de ansa intestinal e testículo.



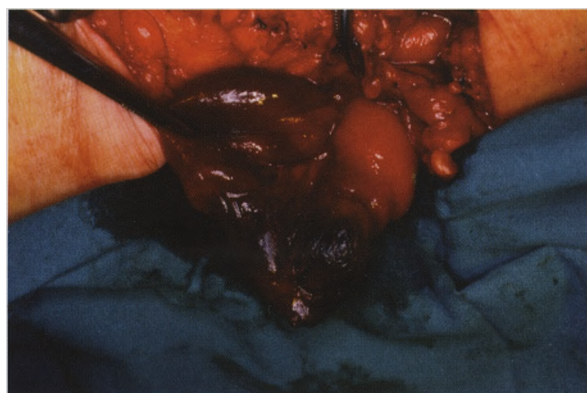
636. Hérnia femoral encarcerada

O conteúdo do saco não pode ser reintroduzido na cavidade abdominal. Esta situação pode ser causa de obstrução e de estrangulamento.



635. Hérnia de deslizamento encarcerada

Doente com hérnia inguinal com crises cíclicas de cólicas e obstipação. O clister opaco mostra que o produto de contraste (bário e ar) não progrediu no sentido proximal do cólon sigmóide, o qual se encontra contido devido a encarceramento no saco herniário.



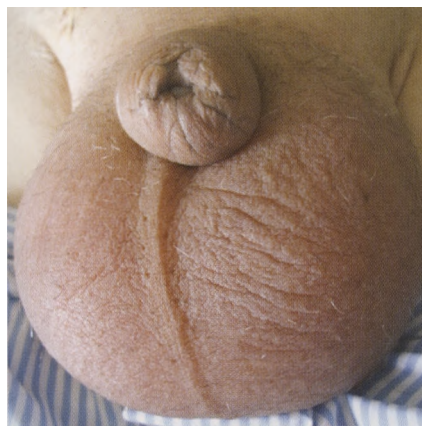
637. Hérnia femoral estrangulada

A hérnia diz-se estrangulada quando há compromisso vascular da víscera herniada. A hérnia estrangulada é em regra irreduzível, mas a hérnia irreduzível pode não se apresentar estrangulada.



638. Hemorragia pós herniorrafia

A hemorragia em vaso subcutâneo no pós-operatório imediato, terá sido desencadeada por acesso de tosse. A hemorragia foi corrigida, mas a infiltração sanguínea atingiu o escroto.



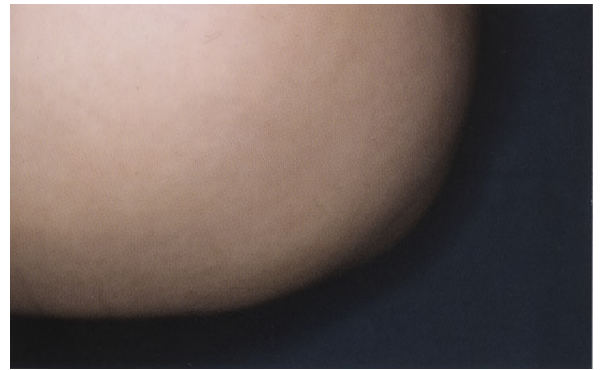
639. Hérnia inguinoescrotal. Edema do escroto pós-operatório.

Em hérnias volumosas, antigas, contidas longamente com funda, estabelecem-se aderências e fibrose que tornam agressiva a dissecação dos elementos do cordão, favorecendo o aparecimento de edema escrotal.



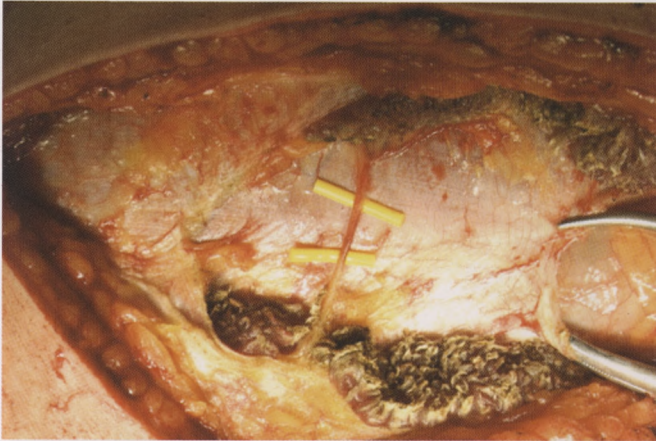
640. Hérnia lombar

Mulher de 70 anos que em acidente de viação sofreu traumatismo lombar por cinto de segurança. Provavelmente a lesão musculotendinosa deveu-se à acção de contenção do cinto. A segunda imagem representa o saco herniário aberto.



641. Hérnia perineal

Doente submetido a operação de *Milles*. Em posição ortostática referia grande desconforto no períneo e sobretudo quando realizava esforços. O períneo ficava abaulado quando ao doente era solicitado aumento da pressão intra-abdominal (tosse, manobra de *Valsalva*).



642. Hipotonia muscular

A celiotomia sub-costal secciona nervos inter-costais dirigidos aos músculos abdominais, como está ilustrado numa das imagens. A outra imagem mostra hipotonia do músculo recto abdominal resultante da secção nervosa.

643. Eventração

Doente tratada com utilização de prótese e posterior recidiva. Mais tarde desenvolveu-se uma fistula entrocutânea que foi atribuída à acção traumática corrosiva da prótese na parede intestinal.





644. Eventração - (através de trajecto de dreno)
A fragilidade criada na parede abdominal pelo tubo de drenagem possibilitou que o peritoneu a penetrasse.



645. Eventração - (através de cicatriz de herniorrafia inguinal)
A hérnia incisional tem tendência a aumentar de dimensões. Nesta doente atingiu tamanho considerável que provocava grande desconforto.



646. Eventração - Hérnia incisional

A configuração varia com a localização da incisão primitiva, as dimensões do orifício herniário, o volume das estruturas herniadas e eventuais complicações pós-operatórias, como a infecção da sutura e a deiscência. Este tipo de hérnias surge com maior frequência nas incisões verticais que nas transversais. As imagens mostram hérnias incisionais em doente tratado por peritonite fecalóide (A) e em incisão sub-costal (B).



647. Eventração

A hérnia incisional resulta da deiscência da sutura músculo-aponevrótica. Entre os factores predisponentes contam-se, além de outros, má técnica cirúrgica, utilização de material de sutura inadequado, aumento de tensão intraabdominal pós-operatória (tosse, soluços, distensão visceral) obesidade, infecção da ferida cirúrgica, fragilidade muscular, deficiência no processo da cicatrização. Múltiplas intervenções através da mesma incisão são factores predisponentes para o aparecimento da eventração.

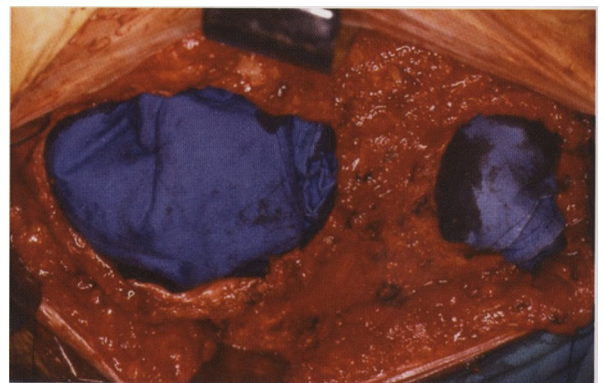


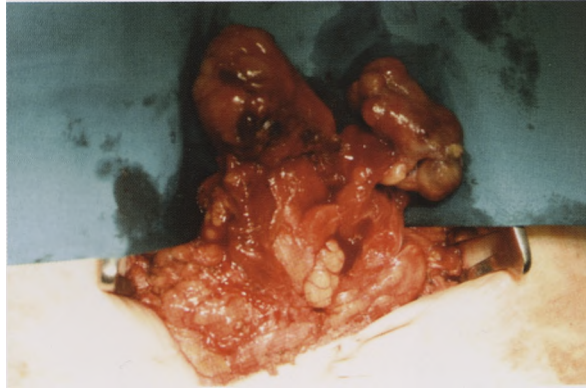
648. Eventração - Hérnia incisional lombar

As imagens registam hérnia lombar surgida após nefrectomia. Era indolor, reductível, mas provocava grande desconforto.

649. Eventração

A imagem mostra duas roturas aponevróticas amplas.





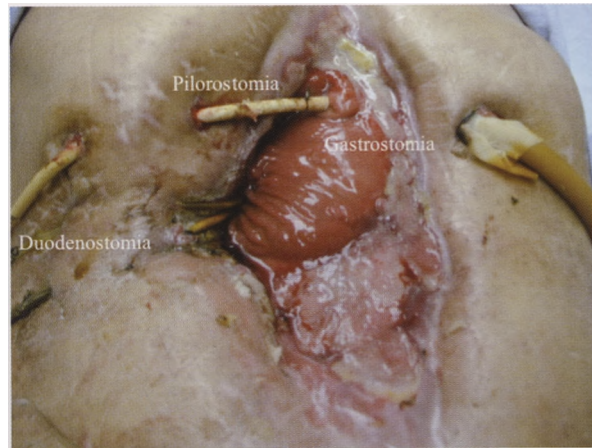
650. Eventração peri-umbilical encarcerada

A pele apresentava sinais inflamatórios. O conteúdo era irreduzível. Tratava-se de epiploon congestionado.



651. Deiscência de sutura supra-aponevrótica

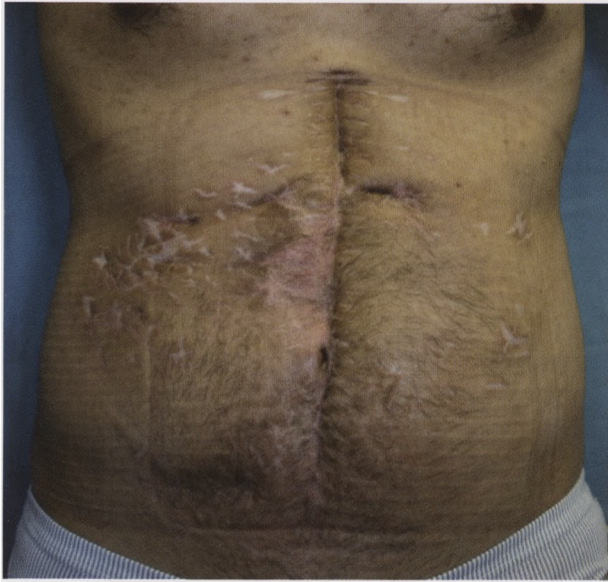
Doente submetido a cirurgia por apendicite gangrenosa. Sobreveio um hematoma abcedado supra-aponevrótico que condicionou a deiscência da sutura. A extremidade da pinça referenciada na figura pelo dedo, permite apreciar as dimensões da cavidade abcedada.



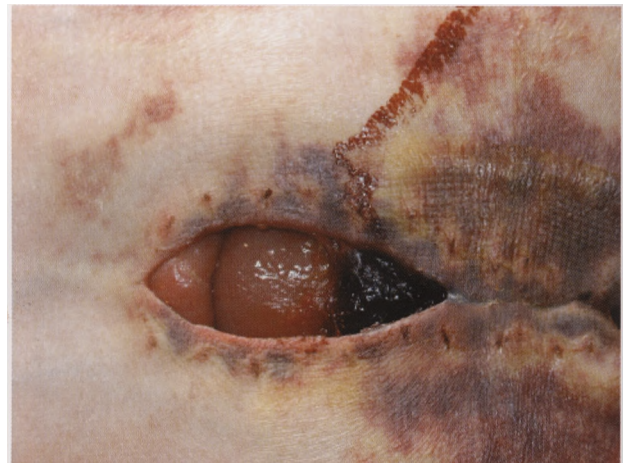
652. Celiostomia - Pílorostomia - Duodenostomia (1)

Doente recebido no hospital após uma sucessão de cinco intervenções em tempos separados.

1- Colectomia total por hemorragia digestiva baixa com choque hipovolêmico; 2.º - Duodenotomia por hemorragia digestiva alta; 3.º - Correção de evisceração; 4.º - Duodenorrafia por peritonite biliar; colocação de sondas de gastrostomia, pílorostomia e duodenostomia; 5.º - Ressecção segmentar de jejuno (por hemorragia digestiva) e laparostomia.

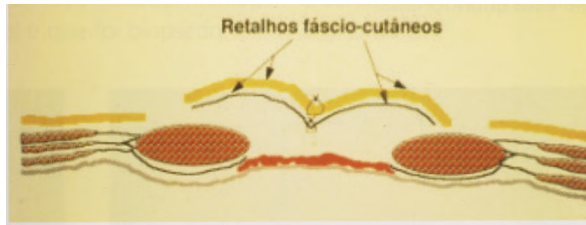
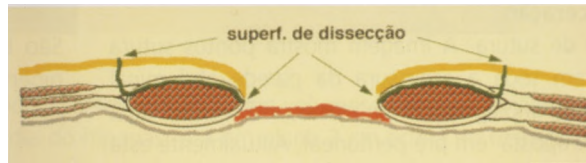
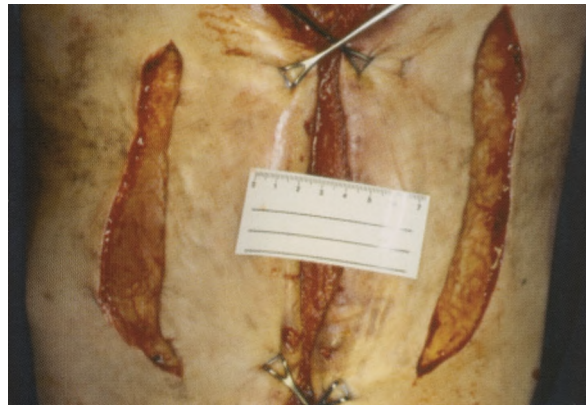


653. Celiostomia - Pílorostomia - Duodenostomia (2) Dezoito meses após procedeu-se à reconstrução do trânsito digestivo e da parede abdominal; antrectomia e duodenectomia D1 e parcial de D2; gastrojejunostomia com ansa em Y de Roux, duodenojejunostomia e jejuno-jejunostomia; reconstrução da parede abdominal com prótese trilaminada ("rede Proceed")



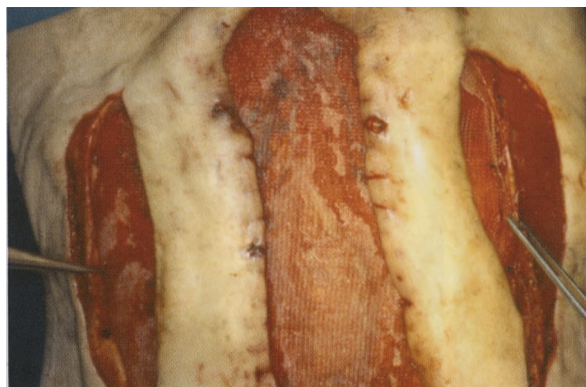
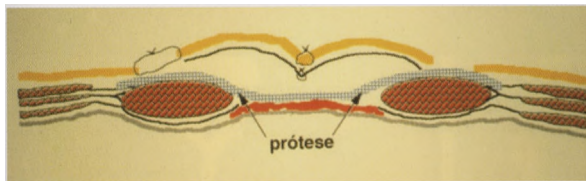
654. Evisceração

Doente em tratamento com corticóides por síndrome mielodisplásico. A laparotomia fora motivada por síndrome oclusivo.



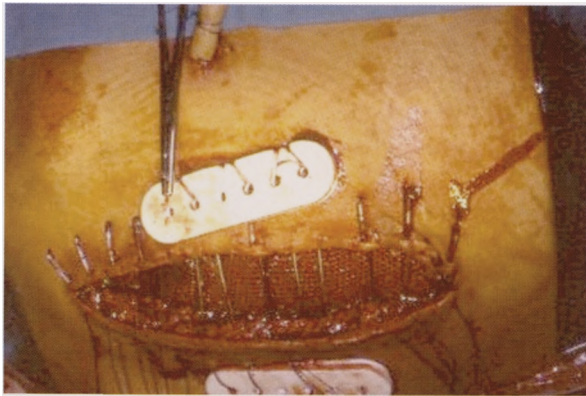
655. Evisceração controlada (1)

Homem de 83 anos com peritonite por perfuração de úlcera péptica. No período pós-operatório ocorreu evisceração que foi controlada. Após estabilização local e sistêmica procedeu-se à aplicação de retalhos fáscio-cutâneos paramedianos (pele com tecido celular subcutâneo e aponevrose anterior dos rectas abdominais).



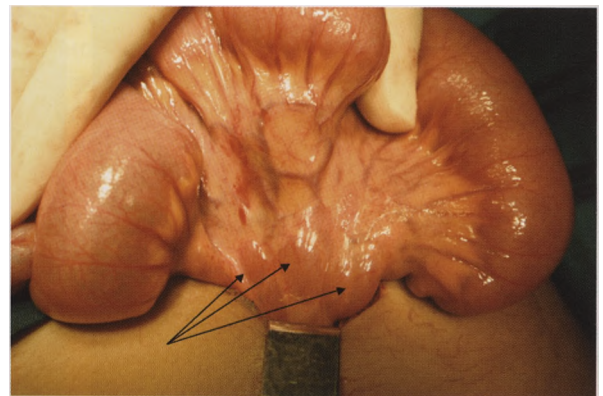
656. Evisceração controlada (2)

Passos finais da reconstrução com aplicação de prótese de polipropileno em posição subfascial.



657. Evisceração

Deiscência de sutura. A imagem mostra pontos sutura que abarcam toda a espessura da parede abdominal (sutura num plano) apoiados em placas, assim como uma prótese entreposta em pré peritoneal. Actualmente esta metodologia está abandonada.



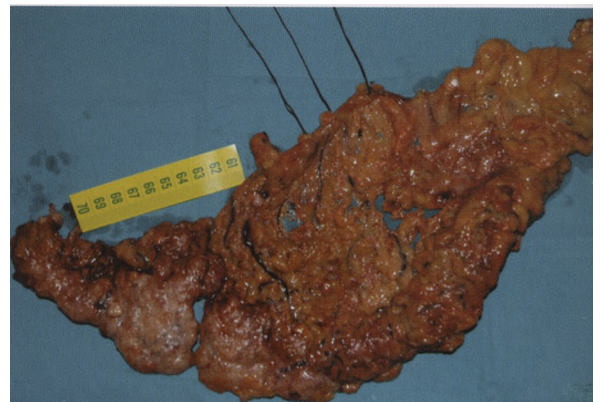
659. Linfadenite mesentérica

São bem visíveis os gânglios linfáticos disseminados e hipertrofiados.



658. Ossificação de cicatriz

Ossificação da metade superior da cicatriz mediana de laparotomia. Na imagem está indicado o relevo da ossificação que se acentua com o decúbito dorsal. Apresentava consistência pétrea e era dolorosa.

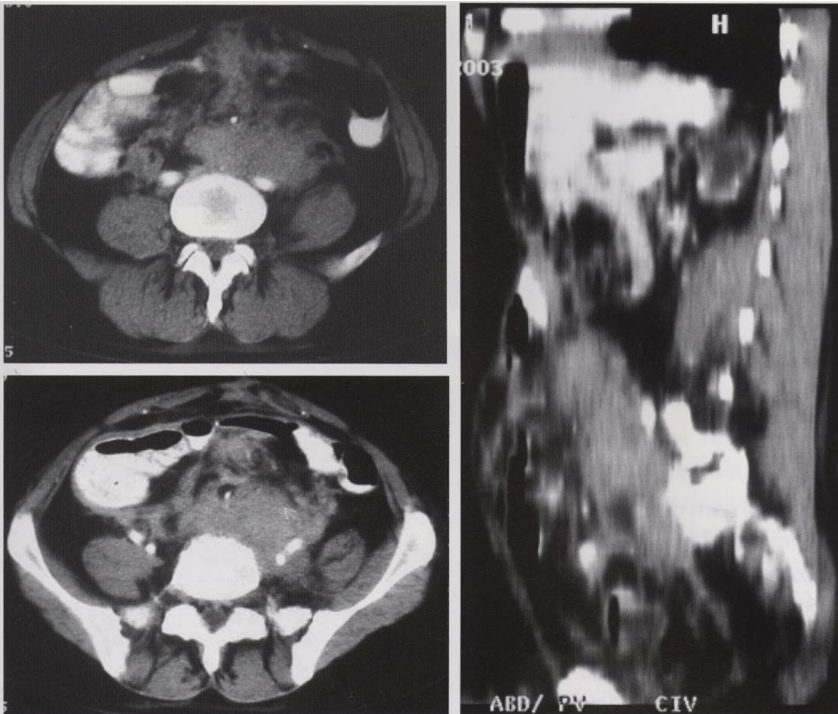


660. Epiploon metastizado por carcinoma do ovário
Apresentava-se retraído, espessado e endurecido.



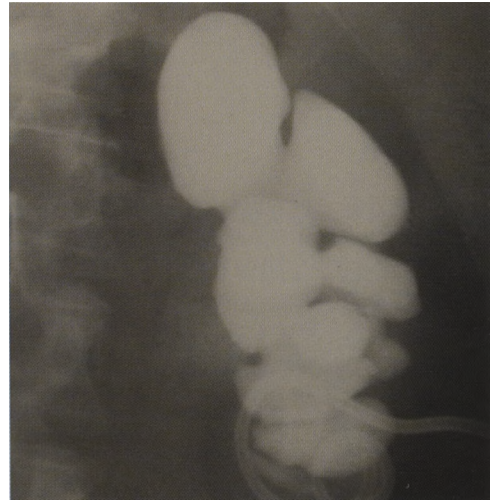
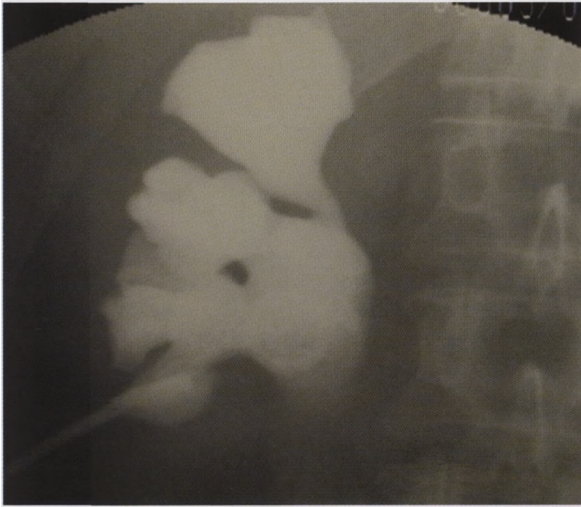
661. Síndrome de Gardner (1)

Doente submetido a colectomia total. Três anos depois apresentava abdómen volumoso por tumoração de consistência dura, fixa, de limites mal definidos, que se estendia do hipogastro a um plano 2 cm acima do umbigo e que lateralmente atingia os flancos. O doente encontrava-se em sub-occlusão. A imagem cruenta refere-se a tecido abdominal, duro, impenetrável que impediu a abordagem visceral e que foi biopsado.



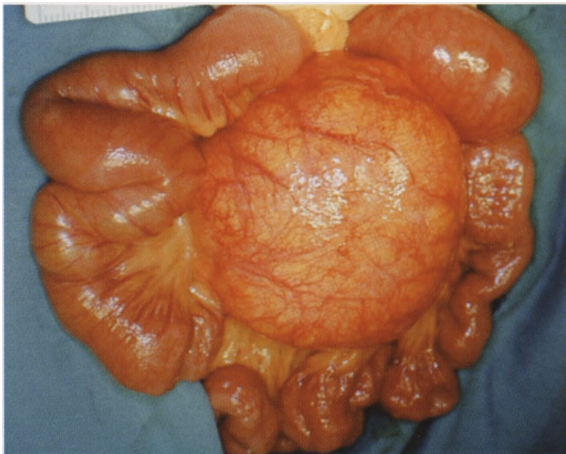
662. Síndrome de Gardner (2)

A TAC revelou uma massa sólida heterogênea e irregular com localização retroperitoneal, compatível com fibrose retroperitoneal, estendendo-se à região umbilical englobando os vasos ilíacos e condicionando hidronefrose. A reconstrução sagital da massa mostra a sua extensão longitudinal.



663. Síndrome de Gardner (3)

Imagens de nefrostomia per-cutânea bilateral e de acentuada dilatação pelo-calicial.

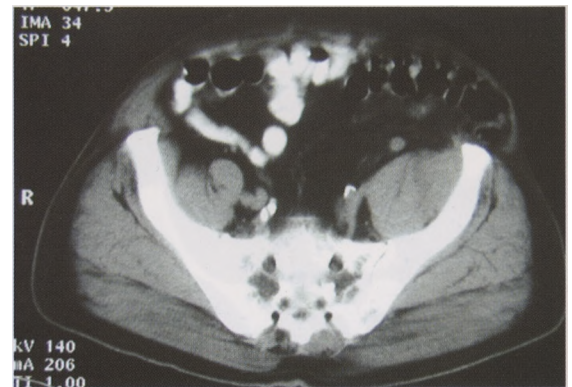


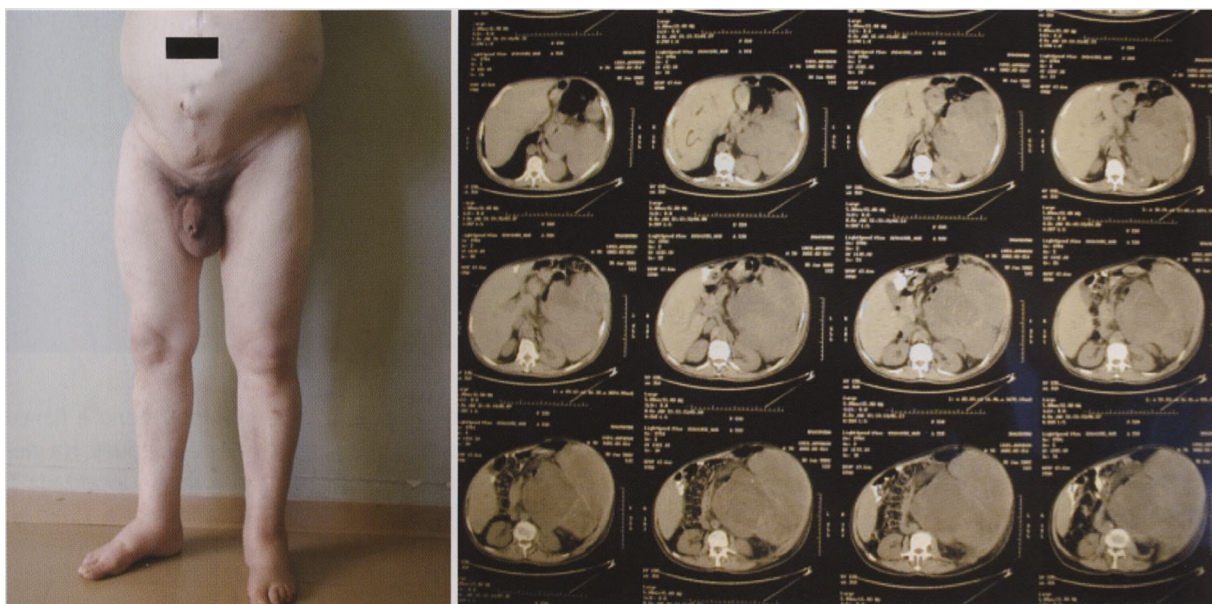
664. Quisto do mesentério

Trata-se de uma massa esférica, lisa, tensa. Continha líquido quiloso.

665. Lipossarcoma

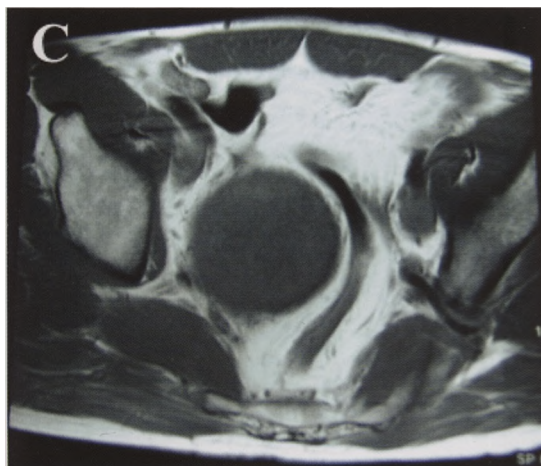
RM - Massa tecidual de estrutura heterogênea com densidade adiposa. Tratava-se de lipossarcoma de limites mal definidos, medindo 5,2 x 4 x 3,8, com indefinição da cortical do osso ilíaco. O doente fora anteriormente submetido a ressecção de tecido lipossarcomatoso que invadia vasos e ureteres o que impedia a remoção completa. Fora então colocado duplo J bilateral.





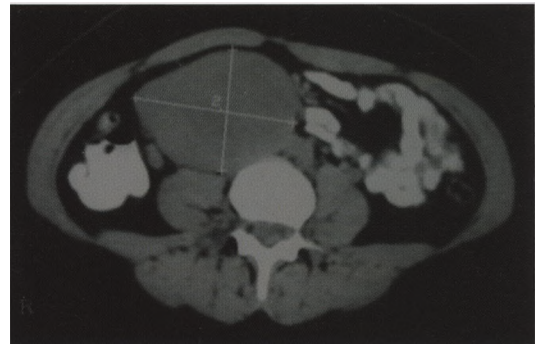
666. Lipossarcoma

Doente com antecedentes de sarcoma retroperitoneal. Fora submetido seis anos antes a ressecção de formação tumoral, delimitada por cápsula fibrosa, com ponto de partida no mesentério e aderente ao cólon transverso. A RM mostra alterações suspeitas de corresponderem a recidiva de lipossarcoma. As aderências tumorais aos vasos ilíacos e nervos impediram a remoção completa.



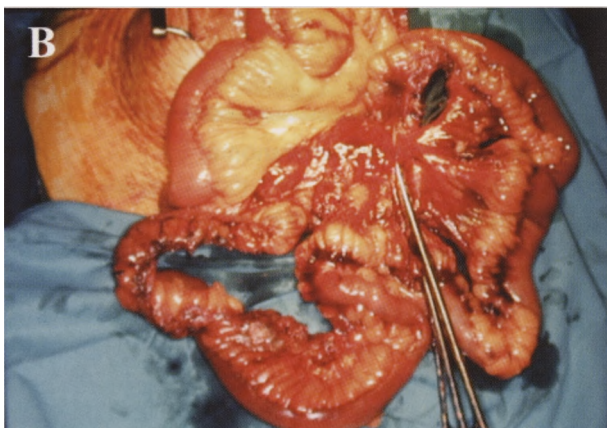
667. Tumor retroperitoneal (Schwanoma)

O doente referia obstipação, dor tipo moedouro localizado à fossa ilíaca direita e, por vezes, cólicas. As dores agravavam-se com a bexiga em repleção; coexistia tenesmo vesical e disúria. A imagem (A) evidencia o tumor com ponto de partida no buraco de conjugação direito S1; a imagem (B) mostra haver compressão extrínseca no contorno posterior da bexiga, sem sinais de invasão. A imagem obtida por RMN (C) mostra desvio do cólon sigmóide e aspecto sugestivo da compressão extrínseca do recto.



668. Neurilenoma benigno

Mulher de 20 anos que dois meses antes notou aumento de volume abdominal localizado ao hipocôndrio e flanco direitos, sem outras queixas. À palpação havia uma massa dura, não dolorosa, localizada nas áreas já referidas. Na pielografia o ureter direito apresentava sinais de compressão extrínseca desviado lateralmente por massa localizada à direita dos corpos vertebrais de L2 a L5. A massa empurrava o ureter direito para fora, a veia cava inferior e a veia ilíaca para a esquerda (TAC).



669. Mesentério - Lesões traumáticas

A lesão do mesentério por traumatismo abdominal fechado pode assumir a forma de hematoma mesentérico com ou sem compromisso da viabilidade intestinal (A). As lacerações mesentéricas assumem diferente gravidade, variável com a hemorragia e a desvascularização intestinal. A imagem mostra desinserção do mesentério e do intestino delgado provocado por forças de aceleração/desaceleração (acidente de viação) (B).



670. Gastrosquisis

O defeito na parede abdominal ao lado do umbigo permite a exteriorização intestinal. Na gastroquisis, as vísceras herniadas não estão contidas em saco, ao contrário do que acontece no onfalocelo.

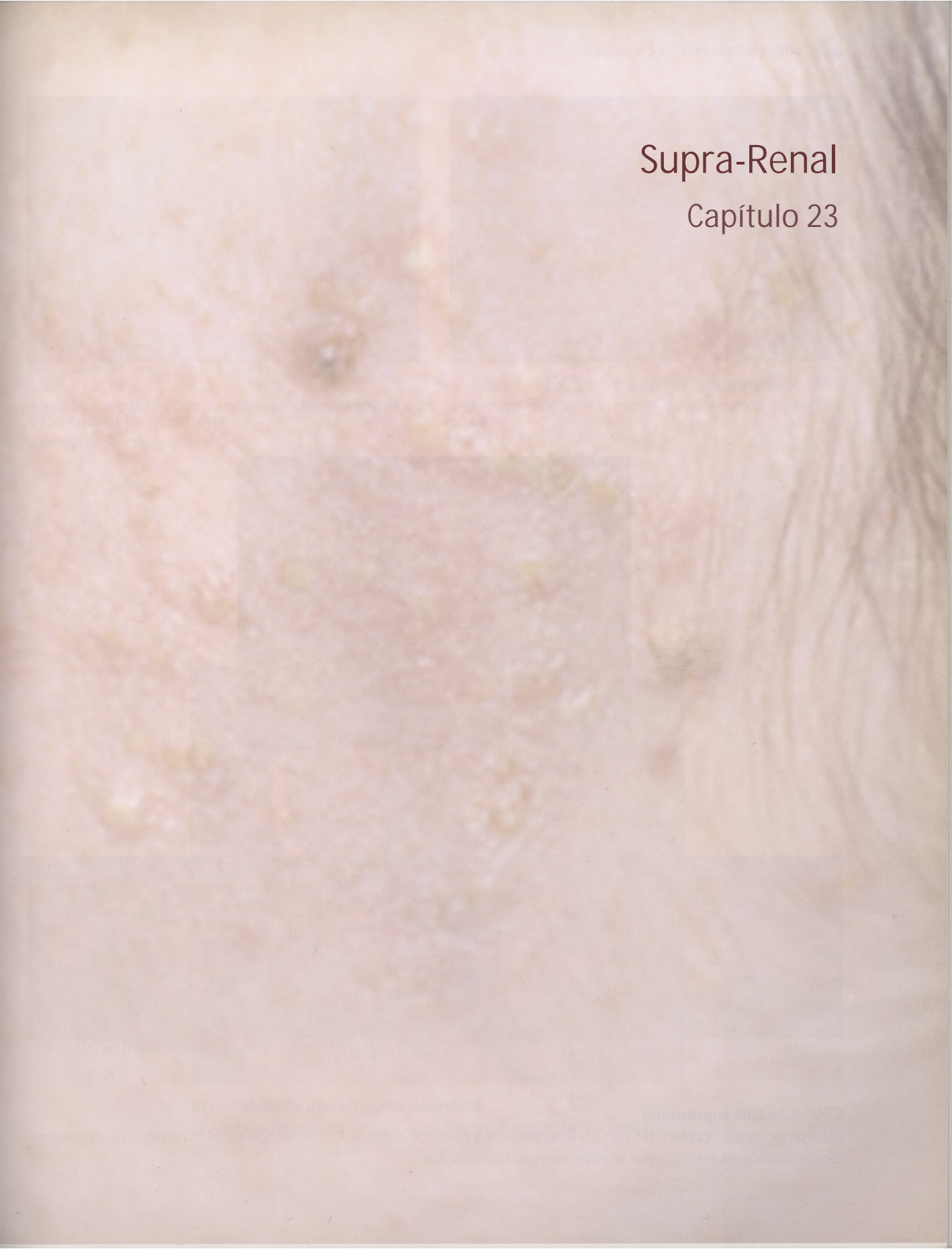


671. Onfalocelo

Há perturbação de encerramento do anel umbilical. As vísceras estão herniadas e cobertas por um saco composto por duas camadas de amnios e peritoneu. Muitas vezes coexistem outras anomalias congénitas. As hérnias diafragmáticas congénitas são devidas a deficiências no desenvolvimento diafragmático. As hérnias ocorrem através do buraco de *Bochdalek* e associam-se a perturbações respiratórias desde o nascimento. Neste bebé coexistia hérnia de *Bochdalek*. Além do onfalocelo as imagens mostram as vísceras abdominais exteriorizadas através da toracotomia para correcção da hérnia e a sutura torácica.

Supra-Renal

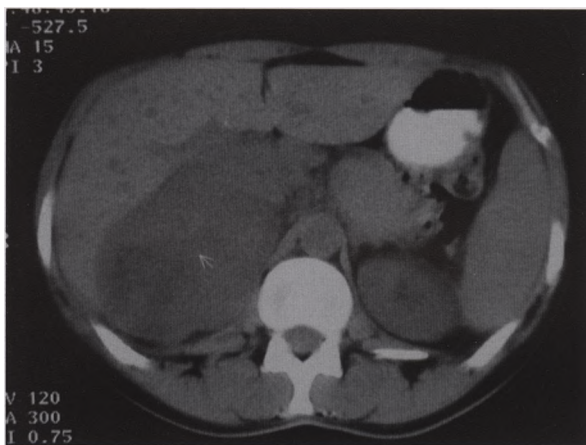
Capítulo 23





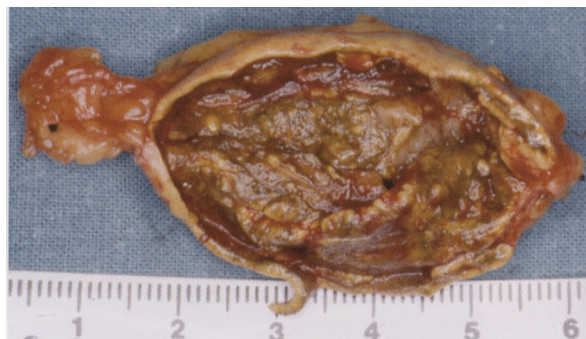
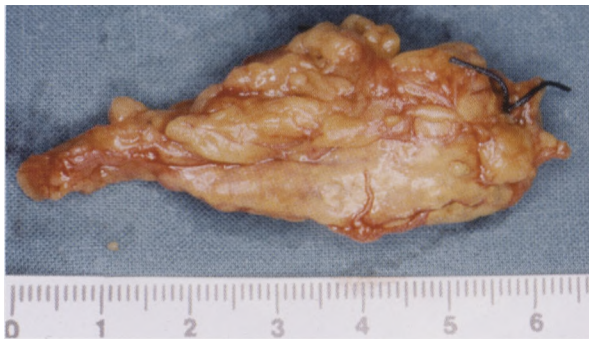
672. Síndrome de Cushing

Mulher, 38 anos, fácies lunar com hirsutismo e acne, obesa, adiposidade marcada na região supraclavicular; amenorreica.



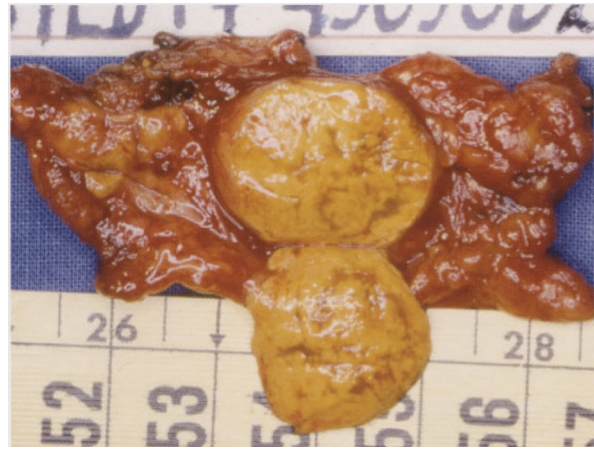
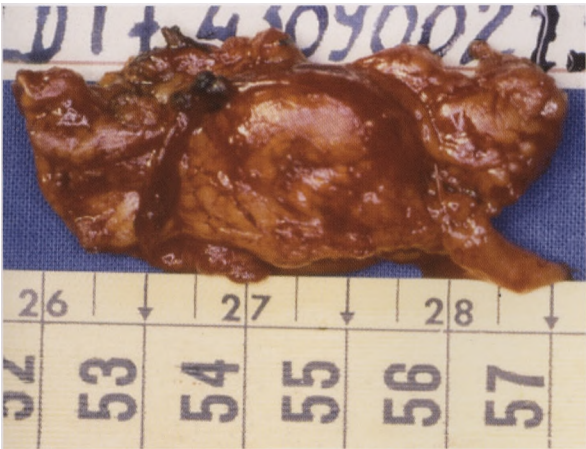
673. Glândula suprarrenal

Tumor da glândula suprarrenal direita que provoca desvio do pâncreas, aorta e fígado.

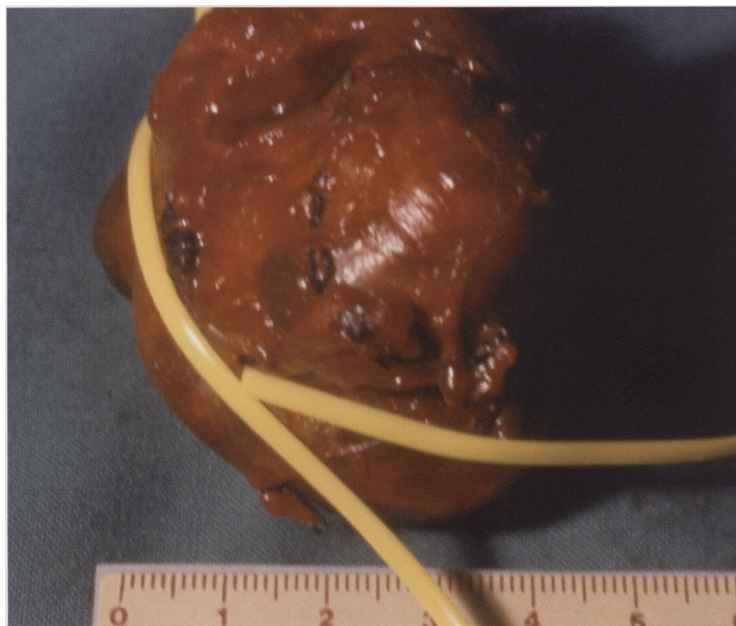


674. Glândula suprarrenal

Feocromocitoma. Apresentava cortical fina, amarela e cavidade quística. O diagnóstico histológico mostrou degenerescência quística da medular por possível necrose hemorrágica.



675. Glândula suprarrenal
Adenoma do cortéx suprarrenal.



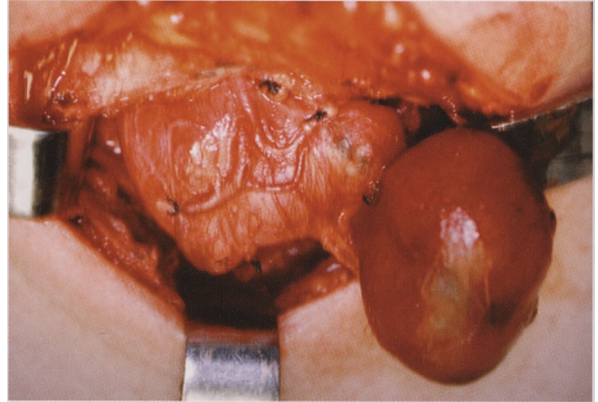
676. Glândula suprarrenal - Adenoma
O tumor empurrava a aorta e a artéria renal esquerda; os marcadores referenciam o posicionamento destes vasos.

Tiróide

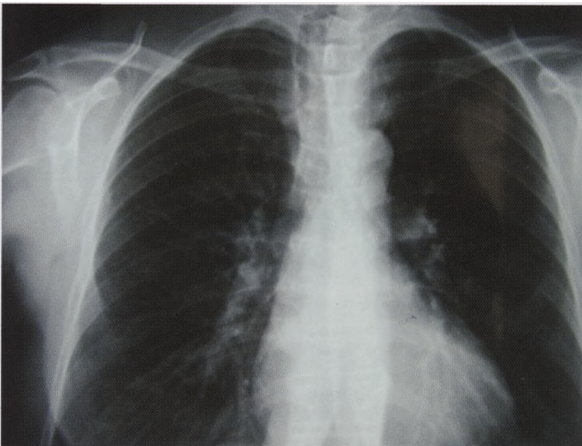
Capítulo 24



677. Hipertiroidismo
Doença de Graves - Basedow. Exoftalmia.

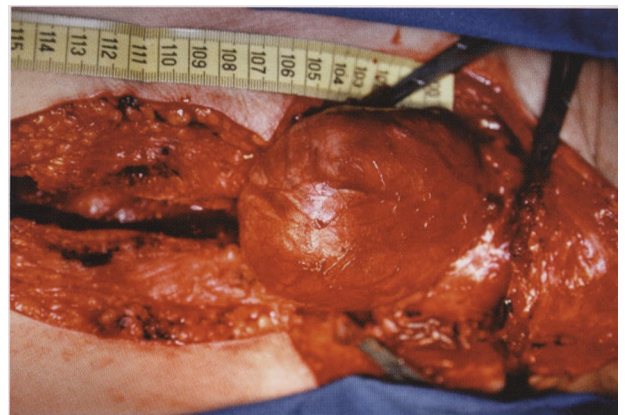


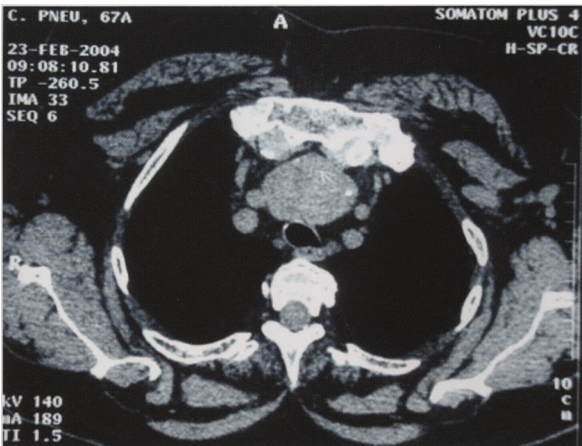
678. Adenoma tiroideo
Nódulo solitário cuja existência a doente desconhecia. Foi identificado no decorrer de um exame clínico.



679. Tiróide
Desvio da traqueia provocado por adenoma tiroideo.

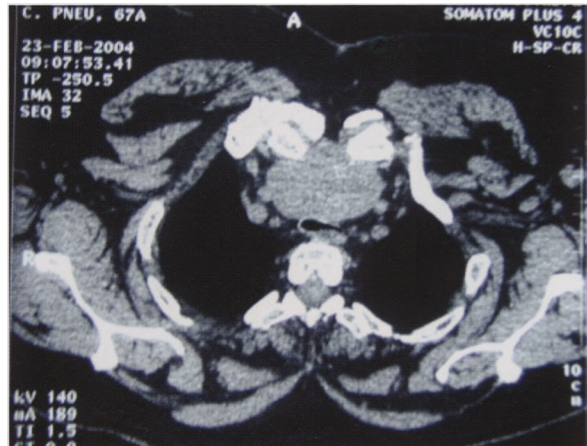
680. Bócio mergulhante
Mulher de 68 anos, pícnica, de pescoço curto, com bócio multinodular. Referia dispneia e dificuldade de deglutição que se vinham acentuando. As veias da região superior da parede torácica apresentavam-se salientes e engurgitadas, devido a compressão. Os estudos imagiológicos confirmaram tratar-se de bócio mergulhante. A exposição tiroideia requereu esternotomia.





681. Bócio mergulhante

Comprime e desvia Posteriormente a traqueia reduzindo o seu lúmen de forma acentuada.



682. Bócio mergulhante

Bócio multinodular tóxico mergulhante. Alargamento do mediastino superior, sobretudo no contorno direito, em relação com bócio mergulhante.



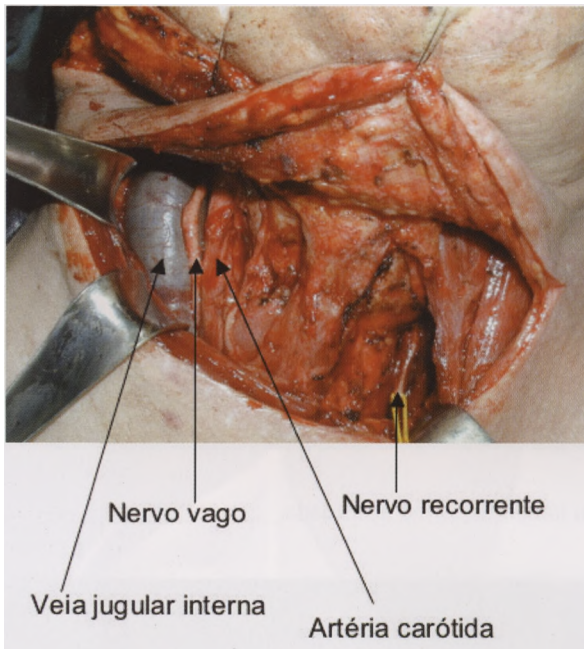
683. Bócio mergulhante

Bócio multinodular tóxico mergulhante. Aumento de volume na globalidade da tiróide, lobulada e heterogênea. Na dependência do lobo esquerdo localiza-se a maior formação que condiciona desvio da traqueia para a direita.



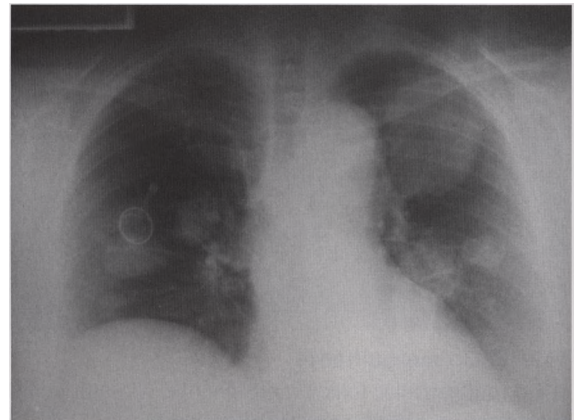
684. Tumor papilar da tiróide

As estruturas calcificadas e infiltradas, intituladas corpos psamomatosos são frequentemente encontradas nos tumores papilares bem diferenciados.

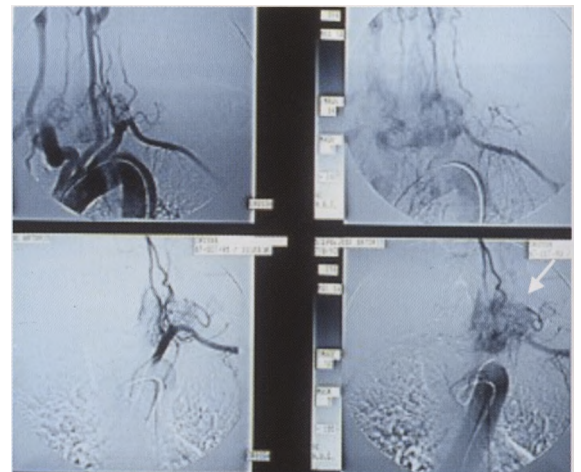


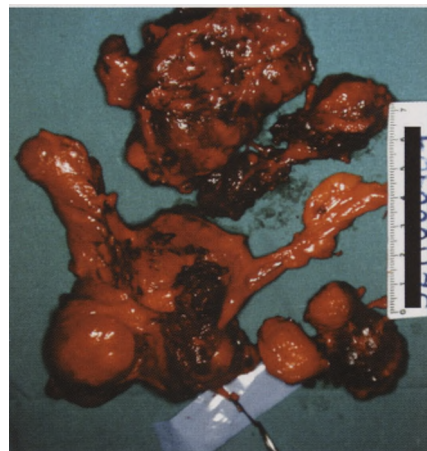
685. Carcinoma folicular da tiróide
Doente submetido a hemitiroidectomia direita. O estudo da peça revelou tratar-se de carcinoma folicular. Procedeu-se a tiroidectomia restante e esvaziamento gangleonar cervical à direita.

686. Carcinoma folicular da tiróide
Os pulmões e os ossos são receptores preferenciais de metástases deste carcinoma.



687. Carcinoma medular da tiróide
Estudo arteriográfico revelando uma formação hipervascolar com neovascularização



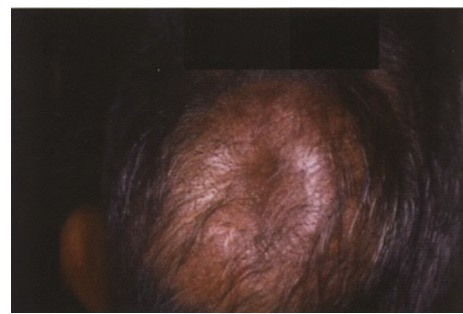


689. Carcinoma medular da tiróide

O tumor medular metastatiza inicialmente para os gânglios linfáticos regionais. A metastatização óssea ou noutras localizações é mais tardia.

688. Carcinoma medular da Tiróide

Doente 65 anos, com tumor bilateral, multicêntrico, com metástases ganglionares cervicais e mediastínicas. A compressão venosa central fez desenvolver circulação colateral.



690. Carcinoma medular da tiróide

Metástases crâneas.

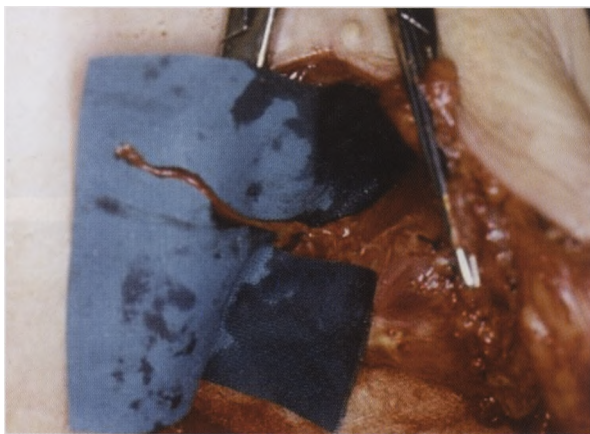


691. Tumor em lobo restante

Determinava compressão venosa profunda e circulação Nervo recorrente intratiroideo seccionado, vicariante. As veias da região superior da parede torácica estão salientes, engurgitadas.



693. Tiroidectomia - complicações



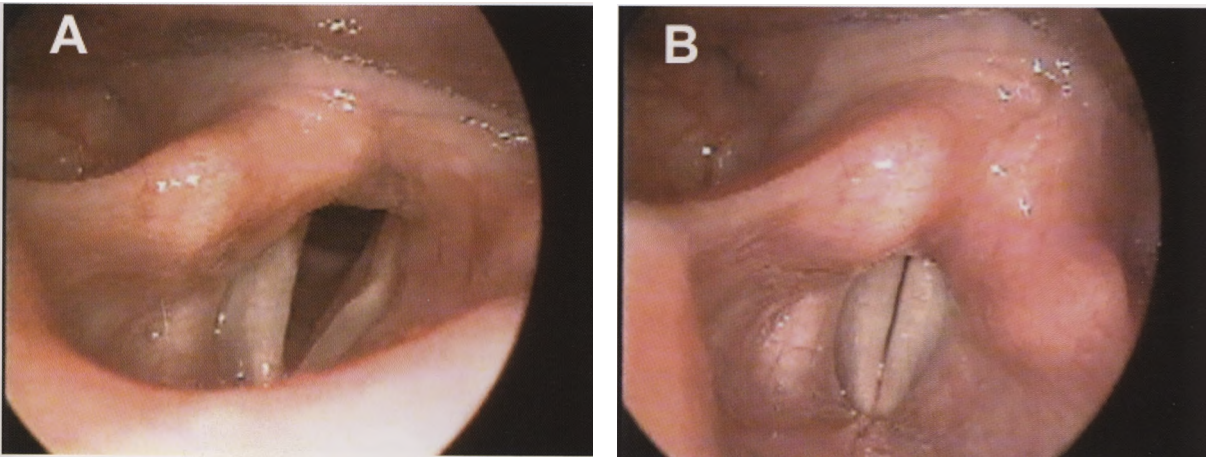
692. Tiroidectomia - complicações

Nervo recorrente desinserido durante a exposição de lobo tiroídeo retro-esternal.



694. Tiroidectomia - complicações

Imagem per-operatória de tiroidectomia. Identifica-se o nervo laríngeo que fora seccionado e cuja continuidade foi restabelecida com anastomose com cola biológica e cuja evolução se referencia na imagem seguinte.



695. Tireoidectomia - complicações

Evolução da reconstrução do nervo laríngeo. A - Laringe em posição inspiratória. Hemilaringe/corda vocal direita paralisada, em posição mediana. Hemilaringe/corda vocal esquerda com mobilidade preservada, com amplo movimento de abertura / abdução. B - Laringe em posição fonatória. Hemilaringe/corda vocal direita paralisada, em posição mediana. Hemilaringe/corda vocal esquerda com mobilidade preservada, também em posição mediana. A simetria das cordas vocais é praticamente perfeita, o que mostra a ausência de atrofia da corda vocal paralisada, cujo volume da massa muscular está mantido. Também não se verifica a clássica báscula para a frente da cartilagem aritenóide do lado da imobilidade, sinal que não existe retracção resultante da substituição do tecido muscular funcional por tecido fibroso "inerte". Tais factos levam a evocar a provável existência de tónus muscular, resultante de fenómenos de reinervação, insuficiente para permitir a mobilização da massa da hemilaringe imóvel mas suficiente para manter volume muscular normal, sem atrofia.



696. Tireoidectomia e esvaziamento ganglionar cervical - complicações

Neuropaxia do nervo facial. Imagens no pós-operatório imediato e 5 meses depois.



697. Tiroidectomia - complicações

Hematoma compressivo. No pós-operatório imediato o doente foi acometido por acesso de tosse que terá provocado a saída da laqueação de uma arteríola. A imagem mostra o pescoço alargado. O doente foi socorrido em dispneia.



698. Tiroidectomia - complicações

Hemorragia pós-operatória imediata no tecido celular sub-cutâneo, que condicionou sufusão hemorrágica. É uma complicação sem risco vital ao contrário do hematoma compressivo.



699. Tiroidectomia - complicações

Seroma pós-tiroidectomia.



700. Tiroidectomia - complicações
Nó de laqueação a ser expulso na cicatriz.



701. Tiroidectomia - complicações
Aderência da pele às estruturas profundas com repuxamento que se acentua á deglutição.



702. Cicatriz de tiroidectomia

O resultado cosmético da cicatriz cervical em regra é bom se a técnica cirúrgica for respeitada. No entanto, condições inerente ao "terreno individual" influenciam as características da cicatriz, independentemente dos esforços do cirurgião. As cicatrizes cervicais hipertróficas geram no doente a tendência para solicitar a correcção cirúrgica imediata, tendência e impaciência que é necessário contrariar. O apoio psicológico ao doente e tratamentos locais precederão a excisão da cicatriz viciosa que só deverá ter lugar, pelo menos, decorrido um ano após a cirurgia primitiva.

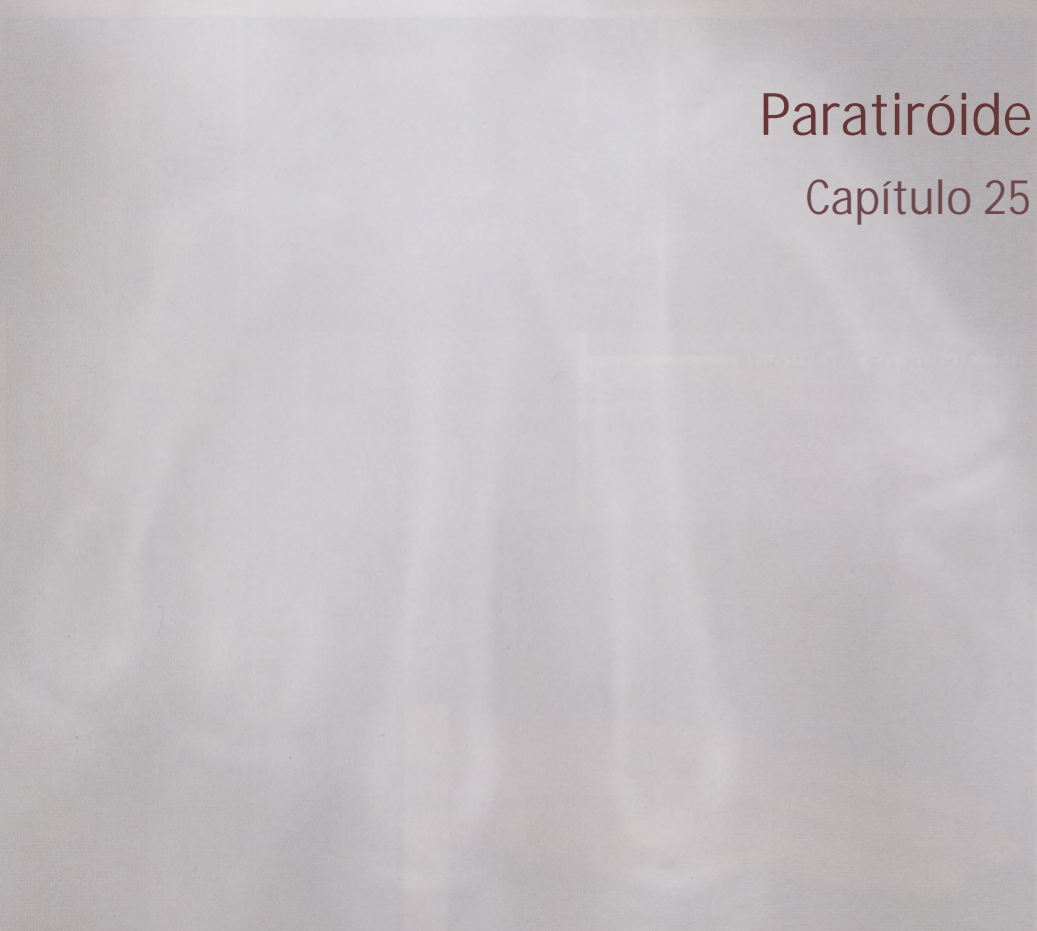


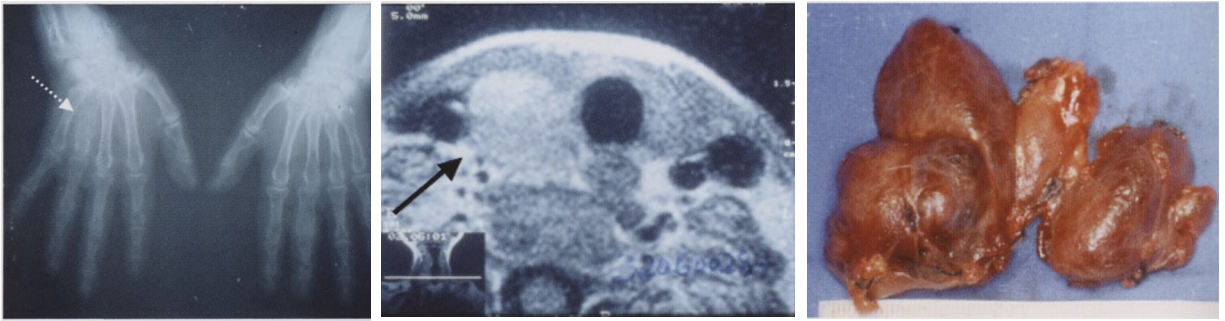
703. Tiroidectomia - complicações

Cicatriz hipertrófica na incisão cervical e no orifício de passagem do dreno.

Paratiróide

Capítulo 25





704. Tumor da Paratiróide

Radiografia das mãos mostrando osteólise do 4º metacárpico da mão direita devido a um osteoclastoma. Na RM observa-se uma formação posterior ao lobo direito da glândula tireóide.



705. Hiperparatireoidismo

Osteodistrofia nas mãos. Radiografia das mãos mostrando osteólise do 4.º metacárpico da mão direita devido a um osteoclastoma, para além de outras imagens de reabsorção óssea.



706. Hiperparatireoidismo

Osteodistrofia do maxilar.



707. Calcifilaxia

Calcificação de tecidos moles. A calcificação da parede arterial estenosa o lúmen, com diminuição acentuada do fluxo sanguíneo, condicionando o aparecimento de úlceras.



708. Hiperparatiroidismo

Hiperparatiroidismo secundário em doente insuficiente renal crónica com osteodistrofias disseminadas pelo esqueleto.



709. Hiperparatireoidismo secundário

O estudo radiográfico mostra sinais de osteíte neuroquística e calcificações peri-articulares (deposições de substância amilóide).

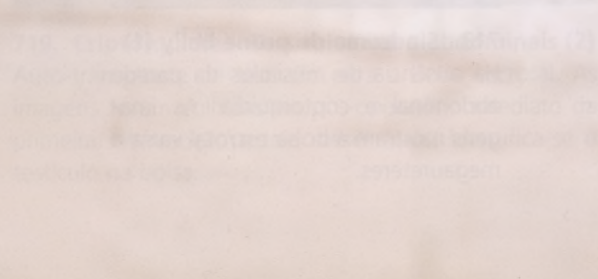
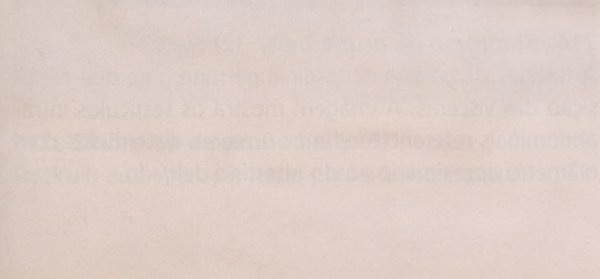
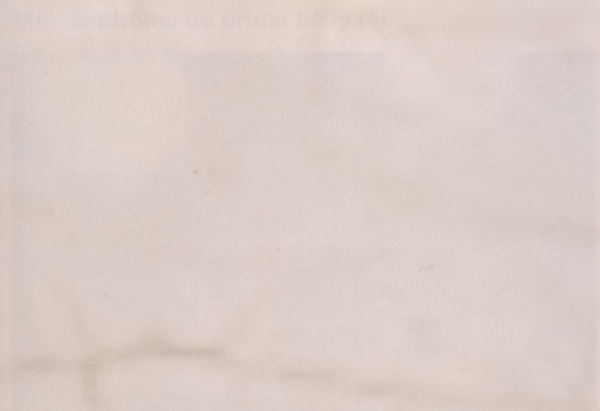
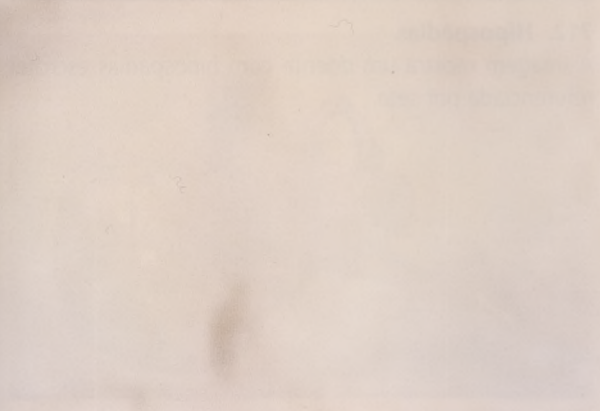


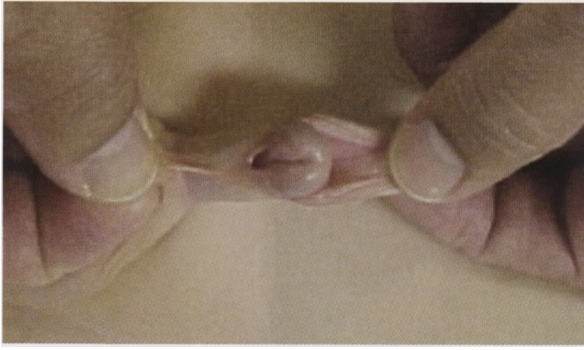
710. Hipoparatiroidismo

Sequela imediata a tireoidectomia total.

Urologia

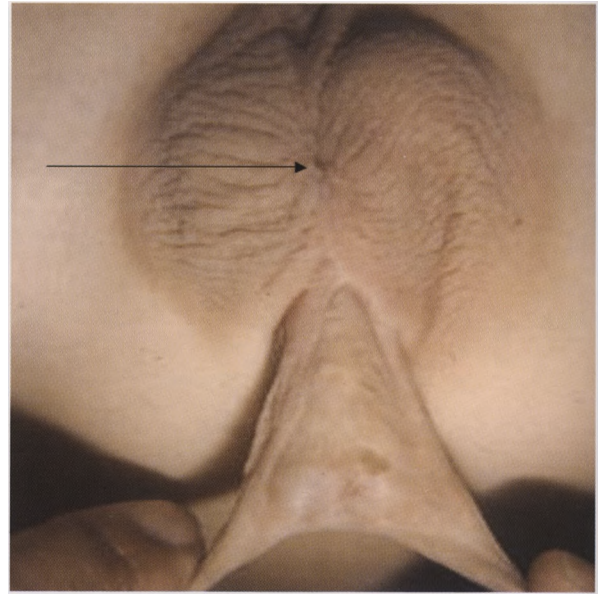
Capítulo 26





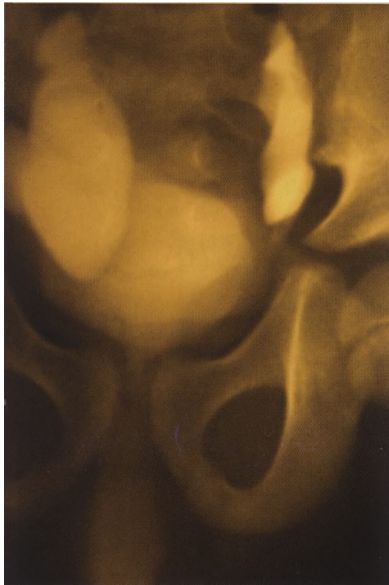
711. Hipospádias

A imagem mostra um doente com hipospádias coronal. Ao curto comprimento uretral associa-se angulação peniana. Por vezes acompanha-se de estenose do meato e de má rotação do órgão.



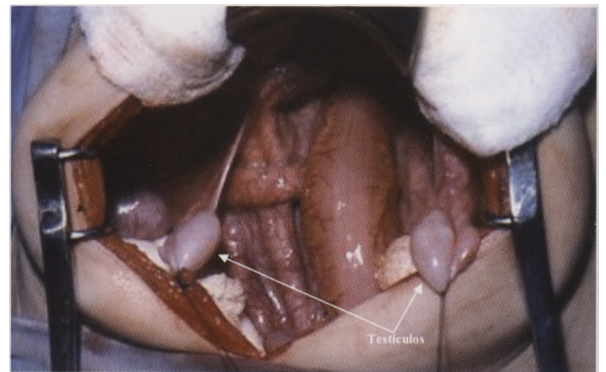
712. Hipospádias

A imagem mostra um doente com hipospádias escrotal referenciada por seta.



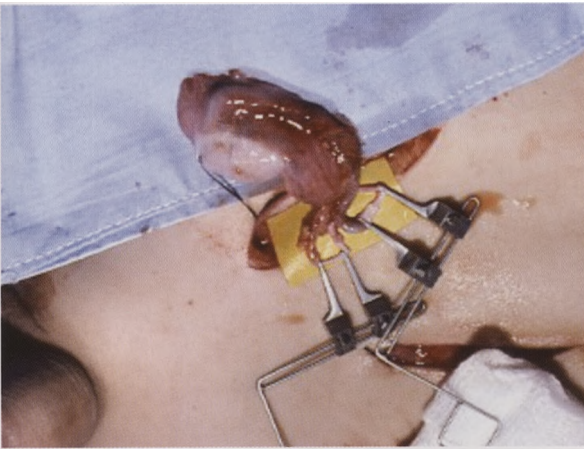
713. Síndrome de prune belly (1)

Há ausência de músculos da parede abdominal e criptorquidia. As imagens mostram a bolsa escrotal vazia e megaureteres.

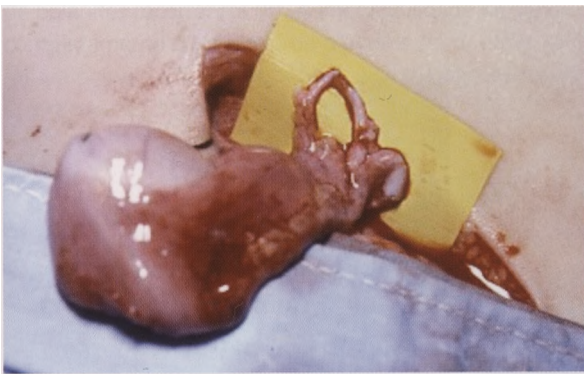


714. Síndrome de prune belly (2)

A flacidez da parede abdominal permite uma boa exposição das vísceras. A imagem mostra os testículos intra-abdominais referenciados e os ureteres distendidos com diâmetro aproximado ao do intestino delgado.



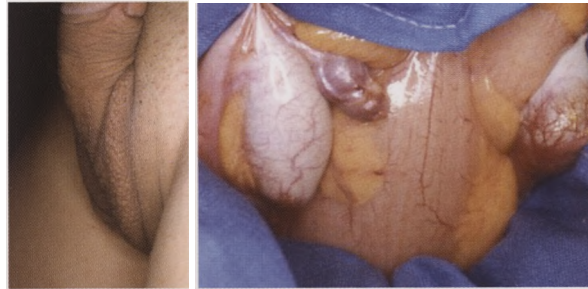
715. Síndrome de prune belly (3)
Testículo exteriorizado e preparação dos vasos para anastomosar.



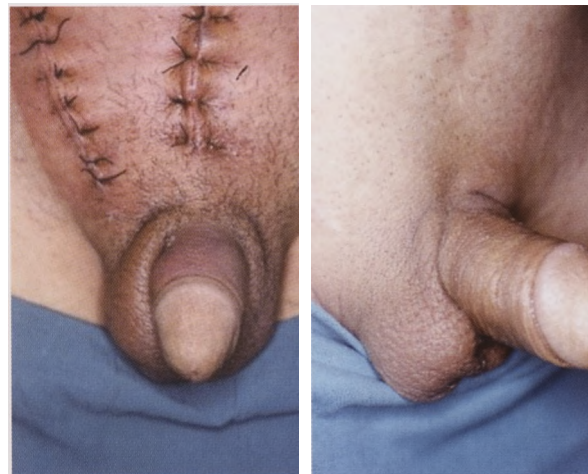
716. Síndrome de prune belly (4)
Testículo já revascularizado.



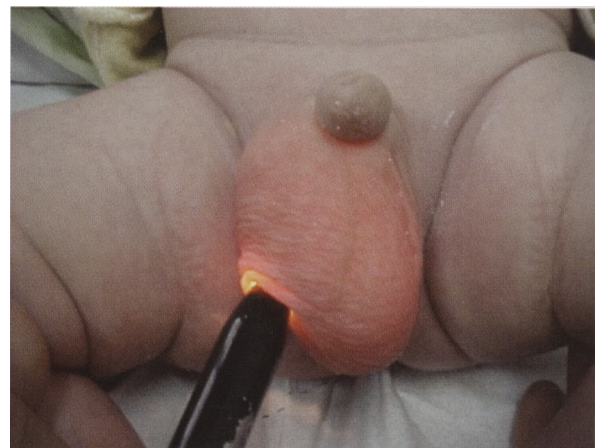
717. Síndrome de prune belly (5)
Testículo auto-transplantado para a bolsa escrotal.



718. Criptorquidia - Testículos intra-abdominais (1)
Indivíduo de 22 anos com criptorquidia bilateral intra-abdominal. A consulta foi motivada por infertilidade. As imagens mostram escroto vazio, sem rugas e testículos intra-abdominais. A incidência da degenerescência maligna é mais elevada no testículo criptorquídico e a correção cirúrgica não parece diminuir o risco, mas a vigilância é fácil e permanente. O doente recusou a orquidectomia unilateral. A transposição/reimplantação dos testículos nas bolsas foi feita separadamente em dois tempos.



719. Criptorquidia - Testículos intra-abdominais (2)
Auto-transplante de testículo para a bolsa escrotal. As imagens foram colhidas no pós-operatório imediato da primeira intervenção e três meses após; identifica-se o testículo na bolsa.



720. Hidrocelo em bebé

Quando a continuidade entre a cavidade peritoneal e espaço virtual delimitado pelos folhetos visceral e parietal da túnica vaginal é permeável, o líquido peritoneal preenche-o por gravidade. É o hidrocelo comunicante. O hidrocelo não comunicante apresenta-se como uma formação quística irredutível, aprisionada na vaginal que se encerrou proximalmente. O escroto está aumentado de volume, é de consistência elástica e indolor. A transiluminação permite apreciar a natureza do conteúdo.



721. Hidrocelo em adulto

A coleção líquida contida pela túnica vaginal por vezes atinge volume considerável, e apesar de indolor pode provocar sensação de incomodidade pelo volume e peso.



722. Varicocele

As veias do plexo pampiniforme apresentam-se dilatadas, tortuosas e alongadas. Neste doente a cicatriz inguinoescrotal corresponde a intervenção de anastomose do plexo pampiniforme a veia do sistema safeno realizada quatro anos antes e que não foi eficaz.



723. Fimose

Dificuldade ou impossibilidade de retrain o prepúcio para expor a glande. Fimose congénita em adolescente (A). Fimose adquirida - doente de 45 anos com antecedentes de balanites recorrentes (B). A impossibilidade de separar completamente o prepúcio da glande e de o retrain, permite a acumulação de esmegma. As inflamações repetidas provocam fibrose do prepúcio.



724. Circuncisão

Aspectos per-operatórios. Procedeu-se à excisão do prepúcio redundante e sutura da pele à mucosa.



725. Carúncula uretral

É uma excrecência granulomatosa do lábio posterior do meato urinário. A doente referia dores nas relações sexuais e à micção; coexistiam colpocelo e cistocelo.



727. Torção do cordão espermático

É uma situação de emergência cirúrgica. O testículo e o cordão espermático sofrem uma rotação dentro da túnica vaginal.



726. Linfedema de escroto e pênis

O edema dos órgãos sexuais externos é desconfortável, interfere com a actividade normal e pode impedir relações sexuais. O edema do próprio pênis e do escroto torna impossível a penetração vaginal e a micção é severamente perturbada.



728. Torção testicular

É uma complicação da deficiente descida testicular e é mais frequente na adolescência. O doente a que correspondem as imagens tinha 12 anos e as queixas iniciaram-se após traumatismo. Deu entrada no hospital 18 horas após o acidente. O início foi agudo com dor no abdómen inferior e escroto. Este, do lado doente, apresentava rubor e edema. O testículo encontrava-se subido e muito doloroso à palpação.

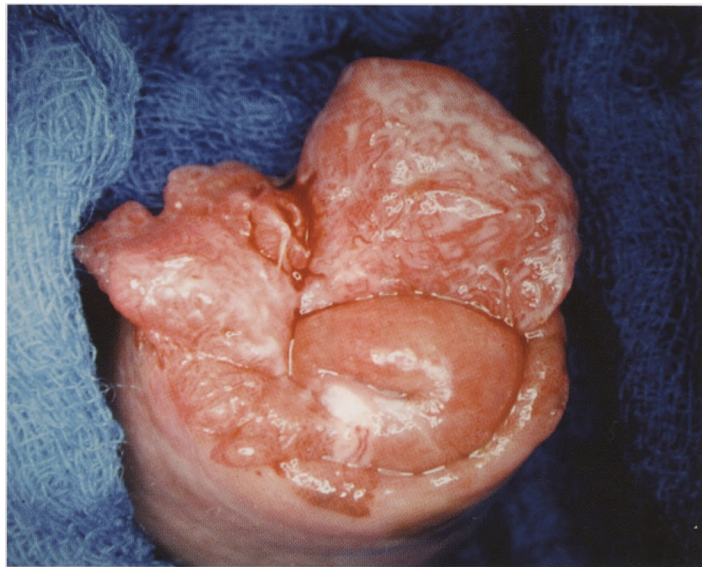


729. Parafimose

Prepúcio retraído, apertado e de impossível redução para recobrir a glândula.

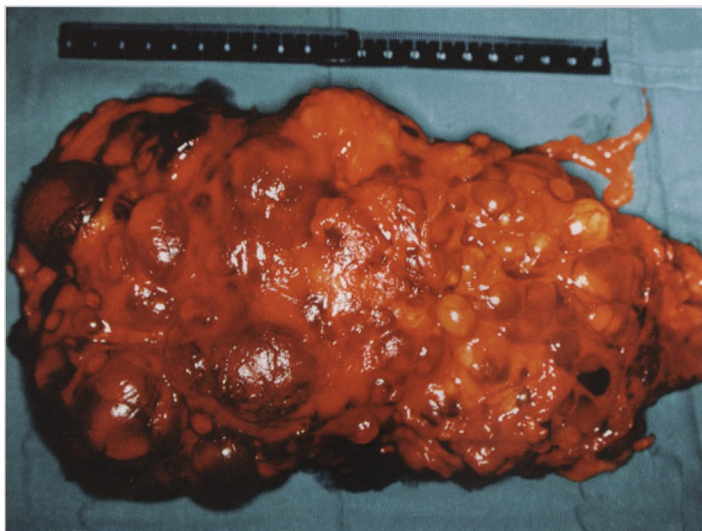


730. Leucoplasia do pênis.



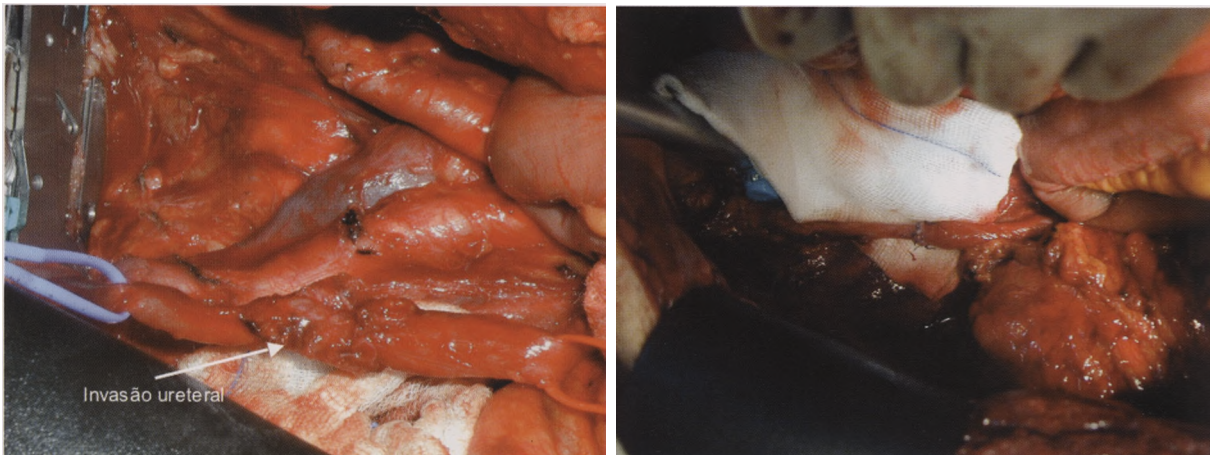
731. Carcinoma espinho-celular do pênis

Úlcera crônica de evolução progressiva, com base dura, exsudato sanguinolento e adenopatias inguinais. Em regra trata-se de doente idoso, não circuncidado e sem hábitos de higiene local. A imagem refere-se a um carcinoma espinho-celular da glândula com invasão local.



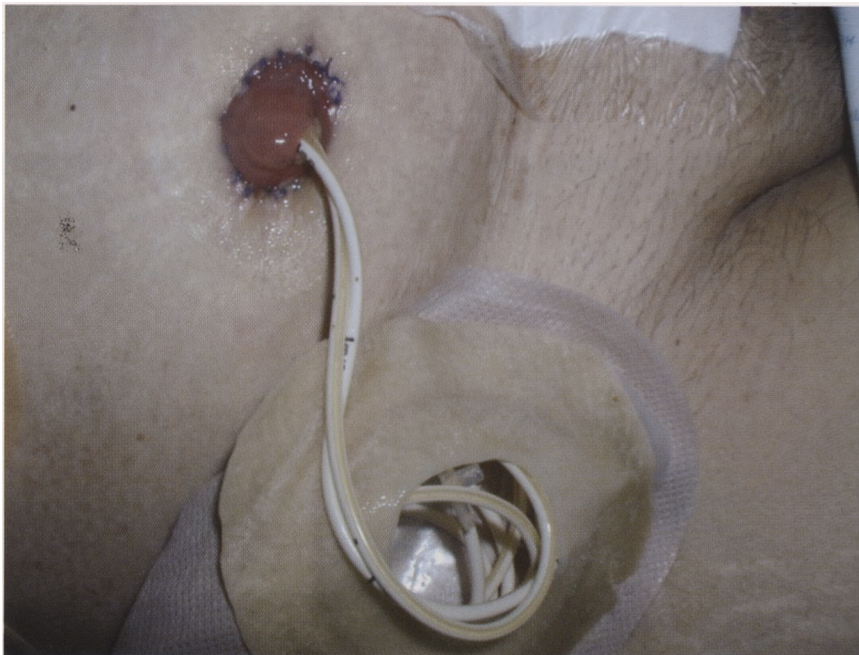
732. Rim poliquístico do adulto

Doente de 38 anos hipertenso que referia episódios dolorosos no flanco. O rim apresenta-se hipertrofiado e nodular.



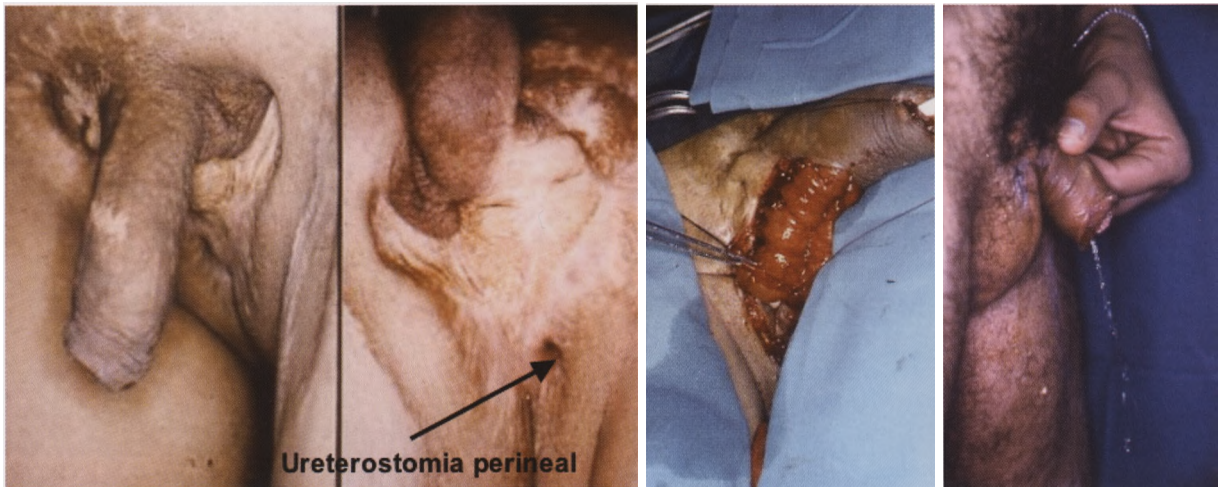
733. Ureter - invasão tumoral

Ureter invadido por recidiva de adenocarcinoma do cólon. Coexistiam metástases hepáticas. Procedeu-se a ressecção da zona do ureter incluída no tumor e reconstrução imediata sobre prótese tutora (duplo J).



734. Uretero-ileostomia

Doente operado por carcinoma da bexiga - cistectomia radical e derivação urinária por uretero-ileostomia (operação de Bricker). A imagem corresponde ao período pós-operatório precoce em que se identificam os cateteres de tutorização ureteral exteriorizados através do estoma.



735. Ureterostomia perineal com perda da uretra esponjosa

Vítima de atropelamento de que resultaram, entre outras, lesões por arrancamentos (testiculares, do corpo esponjoso e uretra esponjosa) e esmagamento dos corpos cavernosos e uretra peniana. A micção processava-se por ureterostomia perineal. Na reconstrução utilizou-se um enxerto livre de jejuno cujo lúmen foi moldado com diâmetro compatível com o da uretra e do leito receptor (método pessoal). A morfologia escrotal foi conseguida mediante retalho músculo-cutâneo de recto interno.



736. Pénis reimplantado

Funções mictória e de erecção recuperadas.

Ginecologia

Capítulo 27



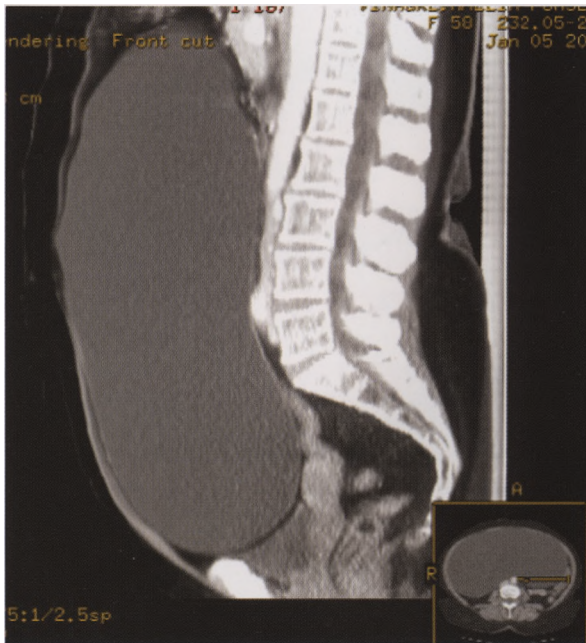
737. Prolapso uterino
O colo do útero ou mesmo uma maior extensão do órgão exterioriza-se.



738. Útero miomatoso de grandes dimensões.

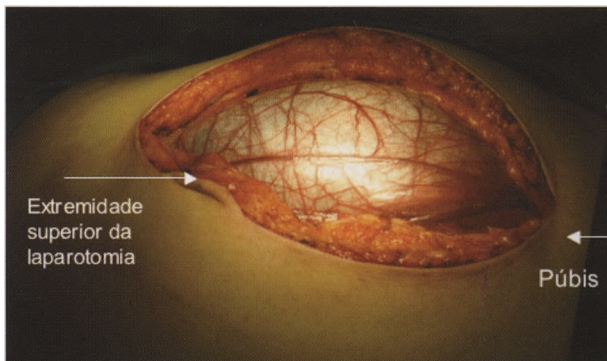


739. Quisto do ovário
Quisto do ovário muito volumoso que, por estar localizado na linha mediana e acima do útero, desloca as ansas de intestino delgado para cima e para os lados. Nestes quistos, ao contrário do que acontece na ascite, não há preenchimento líquido nos flancos. As suas dimensões podem ser particularmente volumosas.



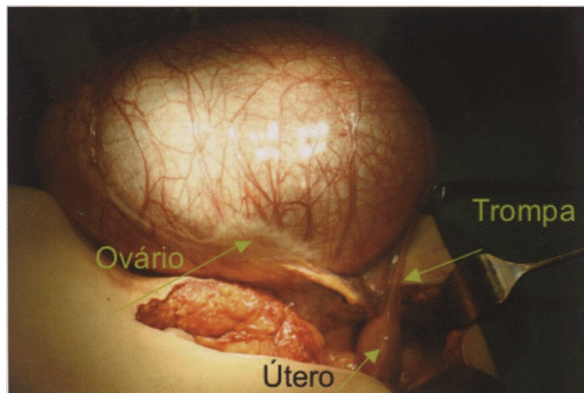
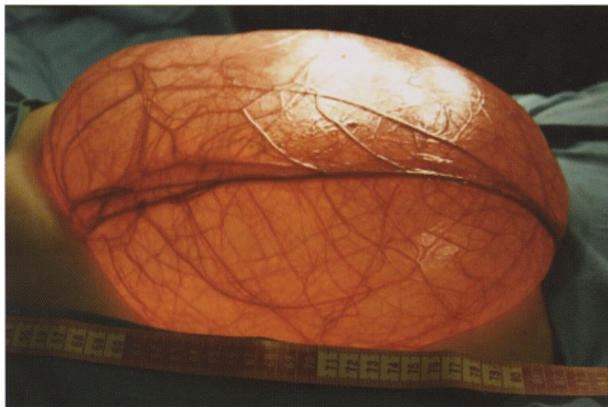
740. Quisto do ovário

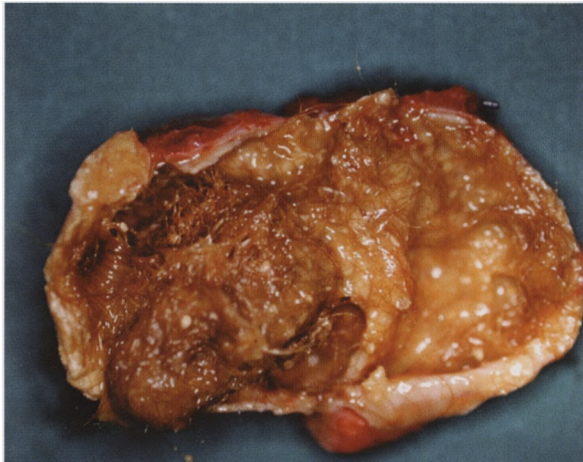
O estudo imagiológico TAC mostra uma formação quística intraperitoneal ocupando a pélvis e o abdómen até aos quadrantes superiores.



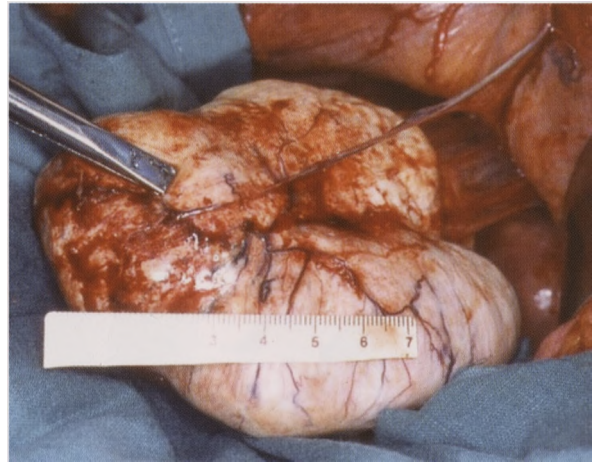
741. Quisto do ovário

Aspectos per-operatórios.





742. Teratoma quístico do ovário
Pode ver-se o conteúdo piloso.



743. Tumor do ovário.



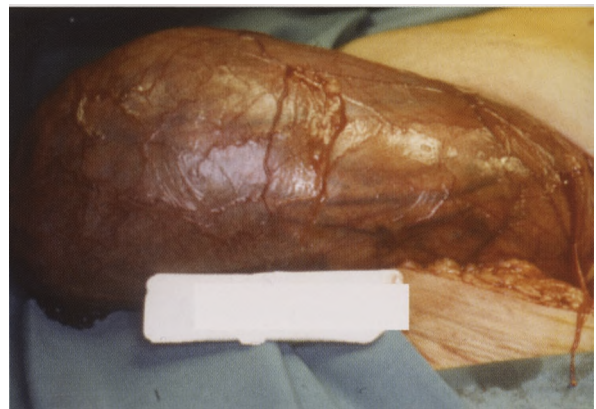
744. Pseudo hermafroditismo masculino

Homem de 22 anos, até aos 18 anos assumido socialmente como do sexo feminino, embora psicologicamente os afetos e tendências sexuais fossem masculinos. Os testículos eram intra-abdominais e o pênis escondido pelo escroto. Este apresentava morfologia sugestiva de lábios vulvares e reminiscências sugestivas de pequena vagina.



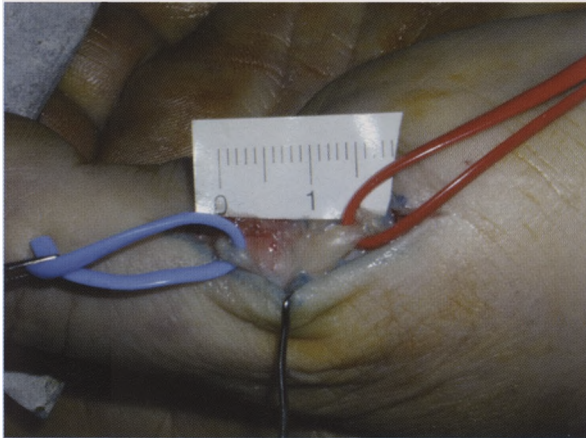
745. Ambiguidade sexual (micropênis e vagina)

Doente de 73 anos, que recorreu ao hospital com hérnia inguinal estrangulada (estrela), que englobava o testículo. A imagem visualiza além do pênis, a vagina que se encontra referenciada por uma sonda e a tumefacção herniária. A outra imagem mostra o aspecto congestivo do saco herniário.

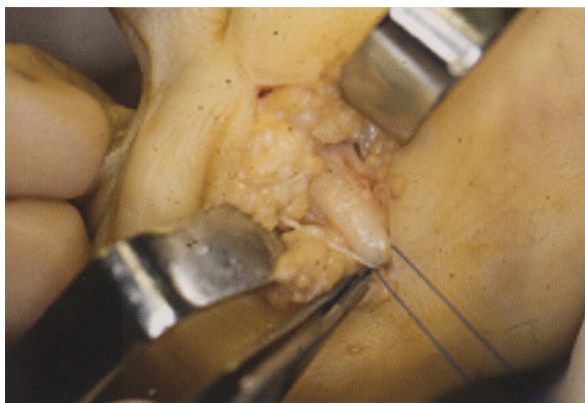
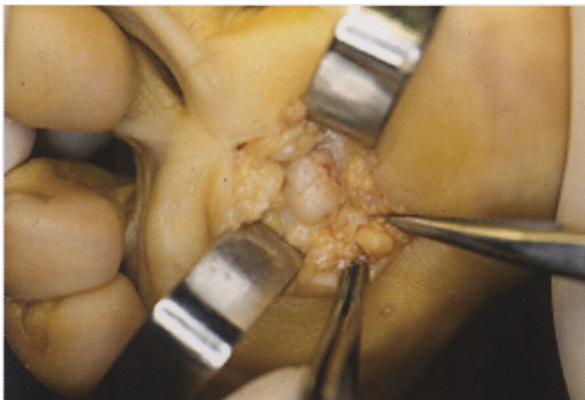


Neurocirurgia - Nervos Periféricos

Capítulo 28



746. Nevroma em nervo digital do polegar.

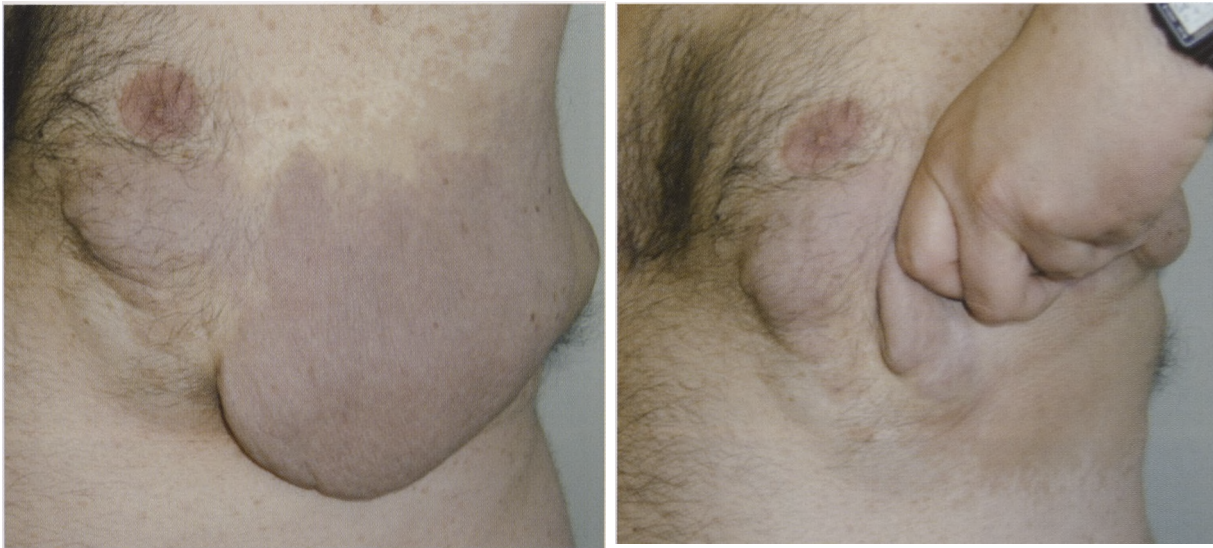


747. Nevroma de Morton
Nevroma plantar de nervo interdigital localizado entre cabeças de metatársicos.



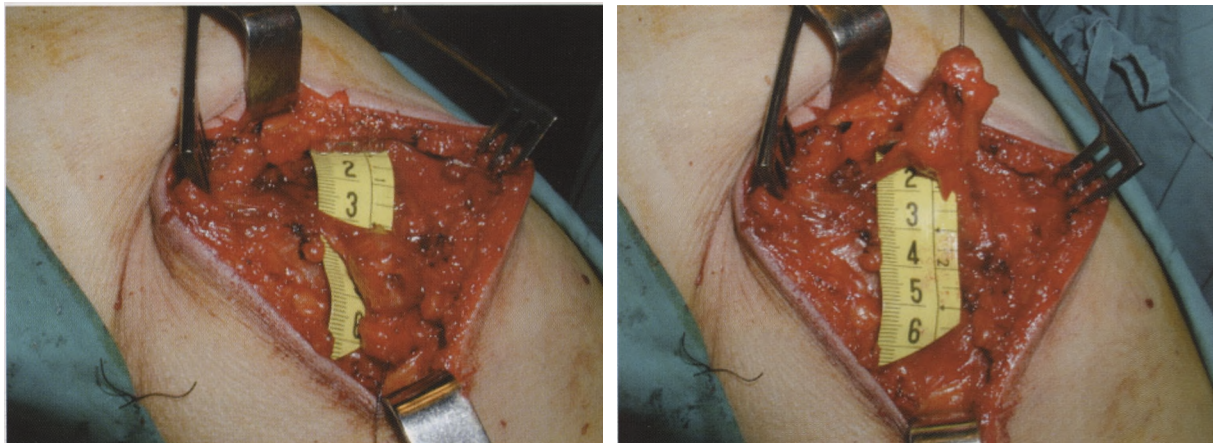
748. Neurofibromatose

Doença de Von Recklinghausen - Homem de 59 anos com múltiplos neurofibromas disseminados, sésseis e pediculados. São tumores benignos, não capsulados, desenvolvidos nas células de Schwann dos nervos periféricos. Aos neurofibromas associam-se alterações de coloração da pele (manchas cor de café com leite), associação que define o síndrome.



749. Neurofibromatose - doença de Von Recklinghausen

A figura mostra um volumoso neurofibroma e na pele manchas cor de café com leite.



750. Schwannoma em ramo do nervo ciático na nádega

Mulher de 49 anos. Nódulo que fazia saliência abaixo da prega nadegueira direita. O início da lesão teria ocorrido há 9 anos com crescimento lento. Refere que o nódulo era doloroso à marcha e ao sentar-se. À palpação percebia-se um nódulo arredondado, de superfícies regulares, duro, fixo às estruturas profundas. A percussão despertava dor que irradiava ao longo do membro inferior. O estudo imagiológico (Ressonância Magnética) após administração de gadolínio mostrou haver captação do contraste; tratava-se de tumor neurogénico benigno, schwannoma, o que foi confirmado pelo estudo anatomopatológico.



751. Cordoma

A região sacro-coccígea é uma das localizações habituais deste tumor maligno de crescimento lento com ação erosiva óssea.



752. Nervo Ciático Poplíteo Externo - paralisia traumática

Tratamento mediante transferência de tendões. O tendão do músculo tibial posterior foi anastomosado ao tibial anterior e o do flexor comum dos dedos ao extensor comum e extensor próprio do dedo grande. A utilização de músculos inicialmente antagonistas requer reeducação.



753. Nevromas

Doente atingido por serra circular no terço superior antoexterno do antebraço com secção de todas as estruturas inclusivé o osso, rádio. A percussão na cicatriz provocava parestesias. O tratamento consistiu na identificação e excisão de nevromas e tecido cicatricial envolvente sendo a intervenção completada com transposição tendinosa para recuperar a extensão do punho e dedos.

Mão

Capítulo 29

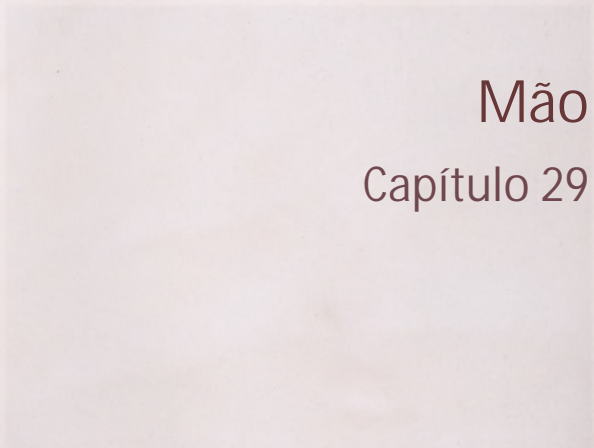


Fig. 29.1. Arranjo de músculos intrínsecos da mão

Fig. 29.2. Arranjo de tendões intrínsecos da mão



Fig. 29.3. Arranjo de nervos intrínsecos da mão

Fig. 29.4. Arranjo de vasos sanguíneos intrínsecos da mão



754. Dedo em mola

Devido a tenossinovite estenosante na porção proximal da bainha dos flexores e a formação nodular no tendão flexor, após a flexão, a extensão fica bloqueada momentaneamente nos dedos afectados. A sequência das imagens mostra o comportamento dos 3º e 4º dedos quando em flexão se solicita a extensão; com o 4º dedo já em extensão o 3º ainda mantém a flexão. A extensão deste foi mais tardia e abrupta (em mola).



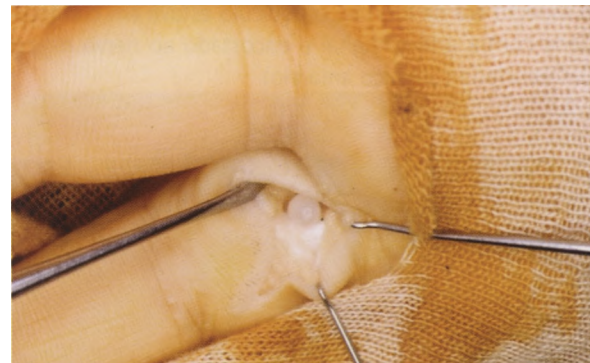
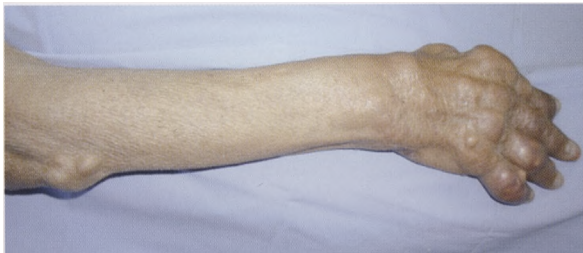
755. Doença de Dupuytren

A palma da mão exibe nódulos fibrosos hipertróficos com bandas que se dirigem no sentido distal. Estas bridas impedem a extensão das articulações metacarpo-falângicas e das primeiras interfalângicas. Trata-se de uma metaplasia fibrosa da fáscia palmar superficial frequentemente bilateral.



756. Atrofia de músculos intrínsecos da mão

Doente com neuropatia diabética. Atrofia dos interósseos dorsais determinando acentuadas depressões entre os metacárpicas.



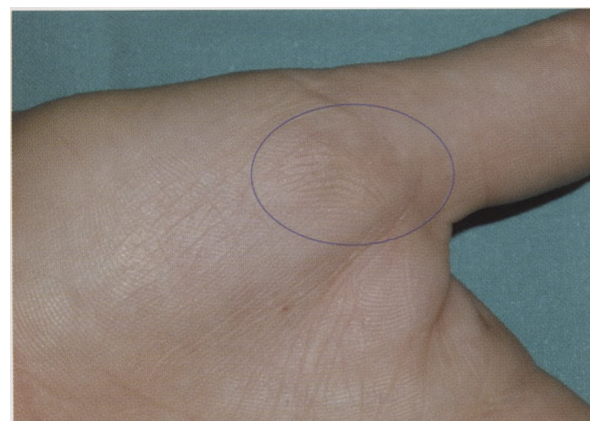
758. Quisto sinovial

A imagem mostra um quisto sinovial que comprimia o nervo digital e provocava parestesias.



757. Tofos gotosos

Doente com história prolongada de gota. A imagem mostra tofos gotosos (acumulação de cristais de uratos) nas articulações e tecidos periarticulares do cotovelo e dos dedos. Alguns dos tofos ulceraram com expulsão de substância esbranquiçada, cremosa, constituída por cristais de ácido úrico.



759. Hemangioma

Hemangioma na base do polegar direito. Apresentava-se como um nódulo doloroso.



760. Fibroma da base do polegar

Tumor duro, aderente à pele mas móvel em relação aos tecidos profundos localizado na base do dedo. A percussão desencadeava parestesias. Como mostra a imagem, o aspecto era de mórula, o pedículo estava em continuidade com a artéria digital e encostado ao nervo digital (referenciado com laço amarelo).



762. Brida cicatricial

Cicatrização a nível do 4º espaço interdigital com limitação do movimento de abdução.



761. Incisões na mão

Na cirurgia da mão, ao praticar incisões, há que respeitar regras bem definidas com o intuito de prevenir o desenvolvimento de cicatrizes retrácteis.



763. Cicatriz palmar

Apresenta uma cicatriz instável na palma da mão, na projecção da terceira articulação metacárpico-falângica, que atingiu a base dos segundo e terceiro dedos com perda das segunda e terceira pregas interdigitais. A cicatriz é dolorosa à flexão e particularmente à preensão. A cicatrização ocorreu por segunda intenção em auto tratamento.



764. Dedo "boutonnière"

A rotura da porção central do tendão extensor a nível da sua inserção na segunda falange, permite que as fitas laterais do aparelho extensor deslizem sobre a cabeça da falange proximal no sentido palmar. Nestas circunstâncias estabelece-se flexão da articulação interfalângica proximal e extensão da interfalângica distal.



765. Ruptura distal do tendão extensor "Mallet finger".



766. Tendões extensores do indicador
Secção no dorso da mão.



767. Tendão extensor
Incapacidade de extensão do terceiro dedo por secção do tendão extensor no dorso da mão.



768. Tendão extensor
Secção do tendão extensor no dorso da mão aspecto pré e pós correção cirúrgica.



769. Rotura do tendão longo extensor do polegar
A rotura ocorreu espontaneamente durante o trabalho; sentiu dor súbita na base do polegar, impossibilidade de extensão da falange distal e o dedo em adução dirigido para a palma da mão. Nos antecedentes registava-se fractura de Colles dois meses antes. Para recuperação da extensão procedeu-se à transposição do tendão do extensor próprio do indicador.



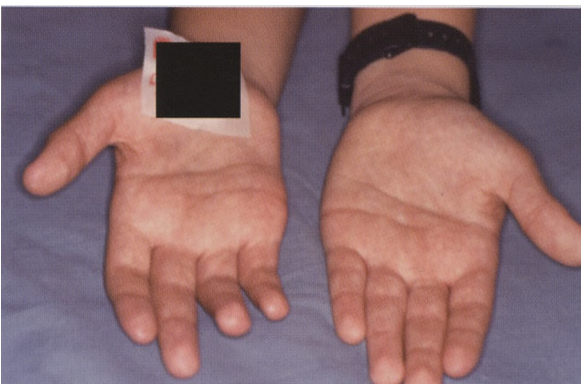
770. Músculos extensores

Incapacidade de extensão da mão por secção dos músculos extensores a nível do terço distal do antebraço.



772. Secção do nervo cubital (A)

Secção do nervo cubital a dois níveis; coexistia secção da artéria na lesão distal.



771. Paralisia do nervo cubital

Nos 4° e 5° dedos as articulações metacárpico-falângicas estão em extensão e as interfalângicas em flexão. Os outros dedos estão em posição normal. A acção estabilizadora dos lombricais cubitais sobre os longos extensores está ausente.



773. Secção do nervo cubital (B)

Evolução após reconstrução.

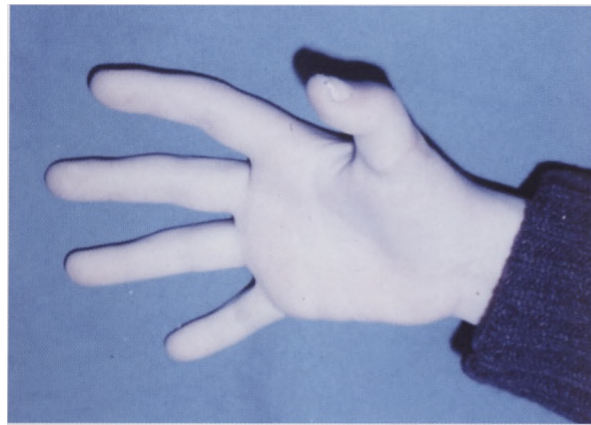


774. Reconstrução do polegar com osso ilíaco.



775. Amputação do terceiro dedo

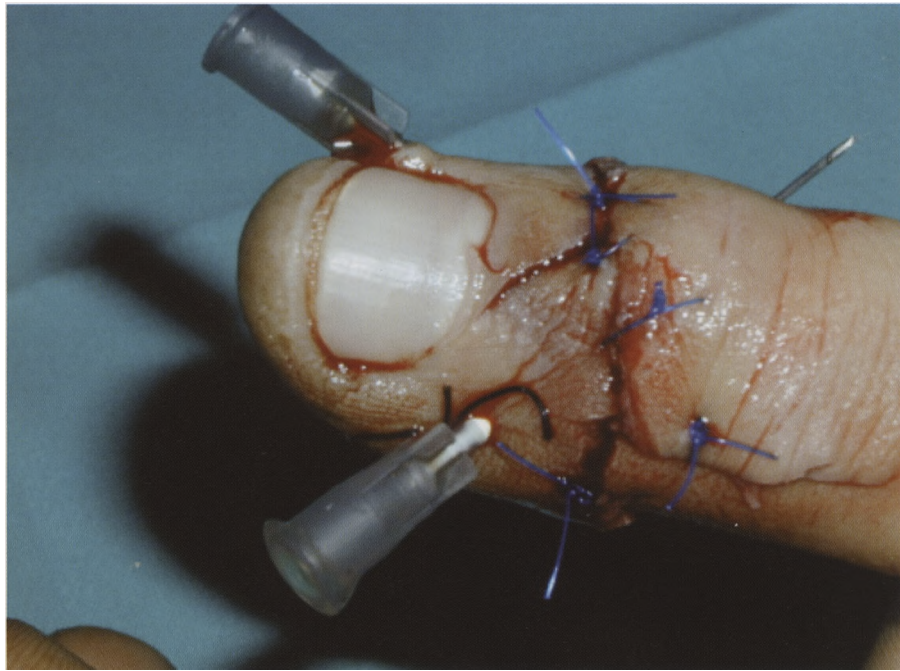
A amputação do 3º ou do 4º dedo pela articulação metacárpico-falângica cria um espaço de fuga que não existirá se se respeitar o coto da primeira falange.



776. Dedo polegar - Amputação
Primeira reimplantação feita em Portugal (1976).



777. Amputação de polegar - reimplantação
A regularização dos bordos e a limpeza cirúrgica com excisão dos tecidos desvitalizados obrigaram a encurtamento.

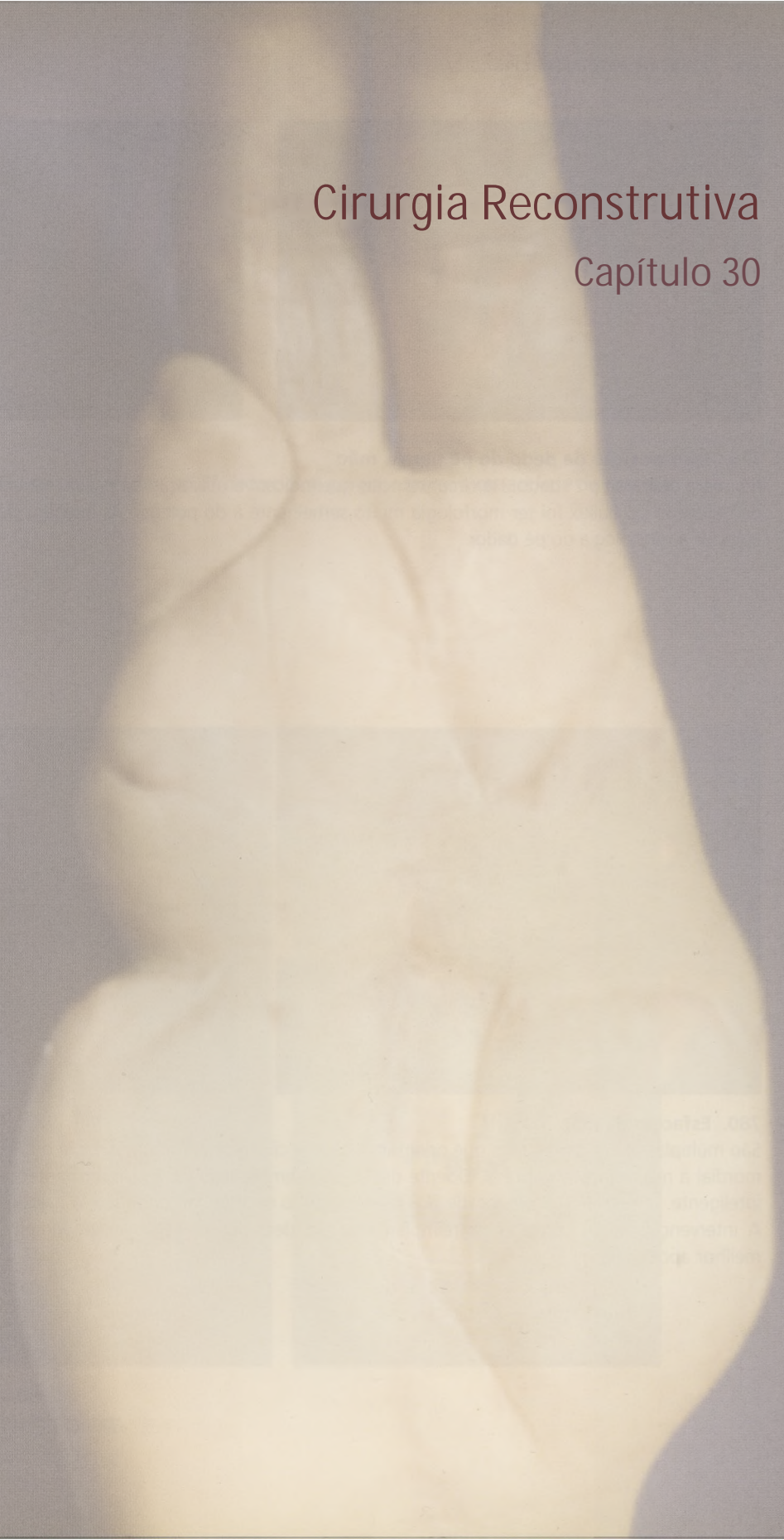


778. Amputação de polegar - reimplantação

Resultado do pós-operatório imediato e ao 6º dia, em que a isquemia foi atribuída a desrespeito das indicações antibióticas.

Cirurgia Reonstrutiva

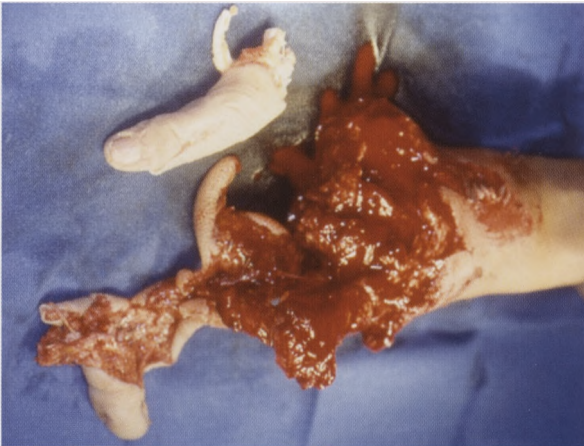
Capítulo 30





779. Transposição de dedo do pé para a mão

Em regra utiliza-se o 2º dedo. Há circunstâncias que indicam a utilização do hallux. Neste doente o facto determinante da utilização do hallux foi ter morfologia muito semelhante à do polegar. As imagens permitem comparar as mãos e apreciar a morfologia do pé dador.



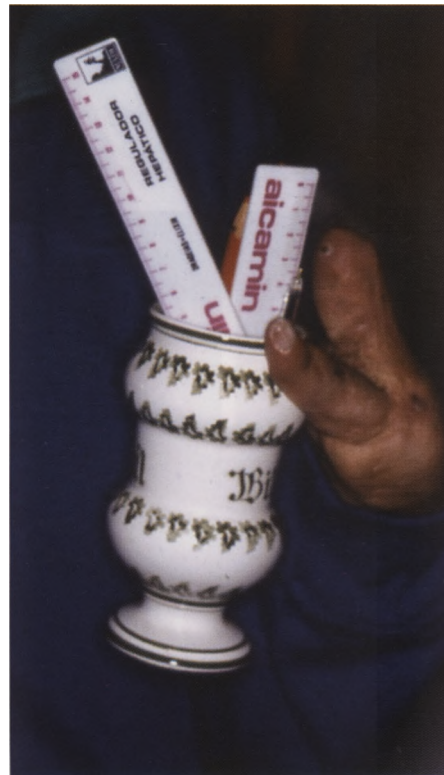
780. Esfacelo da mão

São múltiplas as condicionantes que orientam a tática cirúrgica em traumatologia da mão, tendo como objectivo primordial a recuperação funcional. Doente de 18 anos empregado de mesa, sem antecedentes patológicos, saudável, inteligente. O esfacelo foi provocado por rebentamento de bomba de foguete. Realizaram-se dois tempos cirúrgicos. A intervenção inicial consistiu na reimplantação do dedo disponível e aproveitamento de tecidos para conseguir melhor apoio palmar.



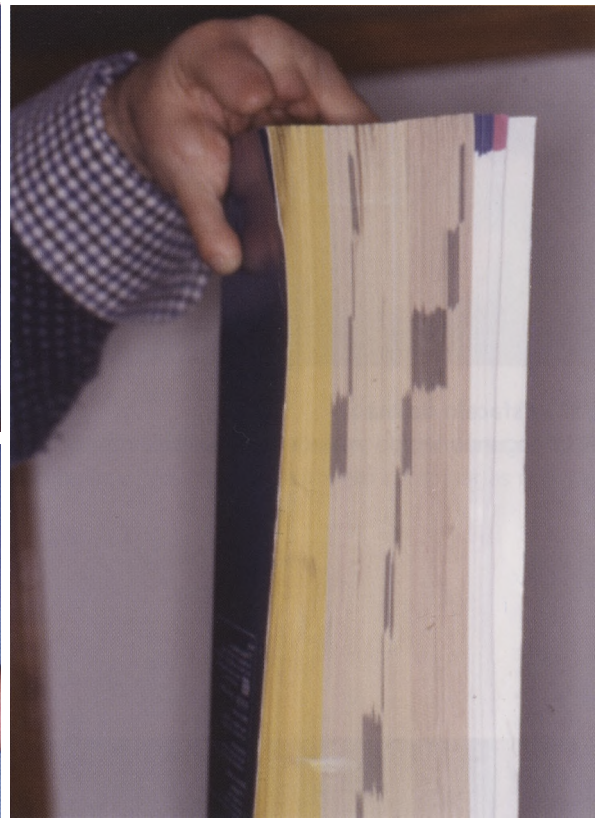
781. Esfacelo da mão

Num segundo tempo procedeu-se a transplante do 2º dedo do pé para recuperar a capacidade de preensão.



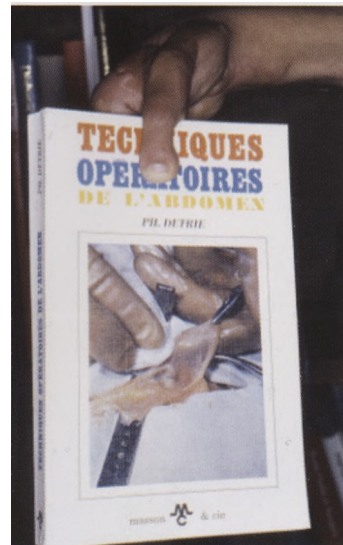
782. Esfacelo da mão

Capacidade de preensão mantida.



783. Reconstrução do polegar com dedo do pé

As imagens mostram a amplitude de abertura da mão e a capacidade de preensão recuperada.



784. Neo polegar com dedo de pé

A primeira imagem foi obtida após reimplantação do coto da mão. As seguintes, depois duma segunda intervenção, mostram o novo polegar transplantado (dedo do pé) e a recuperação de capacidade de preensão.



785. Pé dador de dedo

O pé dador, em regra, não desenvolve perturbações funcionais; a marcha é normal, tanto em terreno liso como irregular;



786. Reimplantação do antebraço

As imagens mostram as capacidades recuperadas de flexão-extensão e de preensão.



787. Síndrome de Volkmann

O tratamento cirúrgico permitiu a recuperação da capacidade de preensão com transplante de músculo recto-interno (gracilis). As imagens B e C mostram a capacidade de preensão para suportar objectos mesmo que pesados. É também visível a cicatriz na face interna da coxa correspondente ao leito dador do músculo.

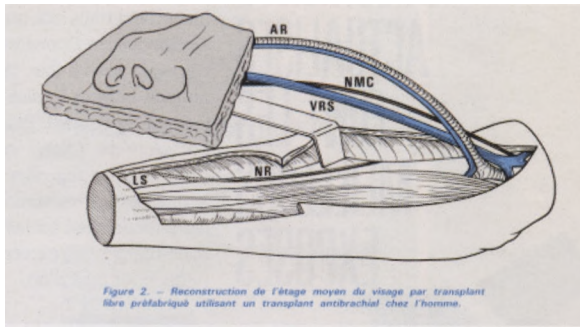
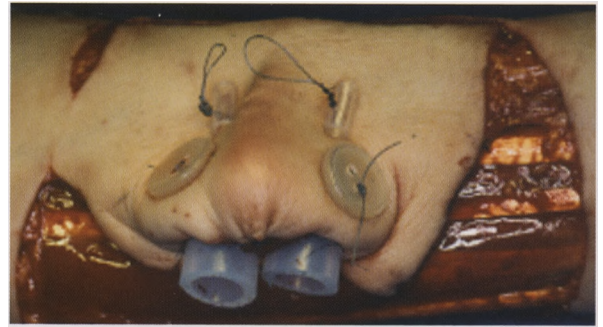
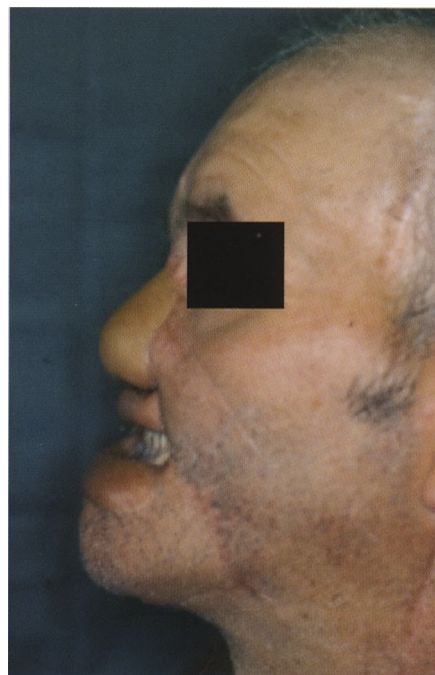
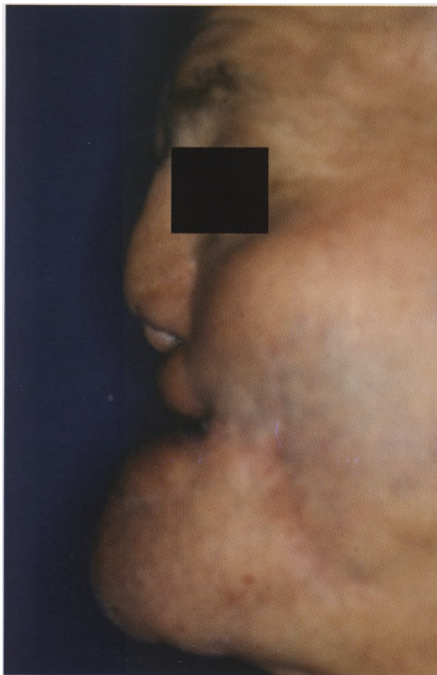
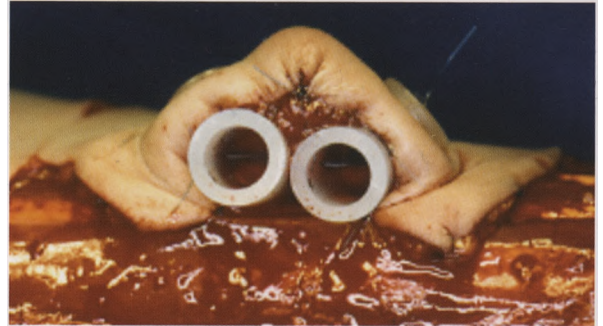


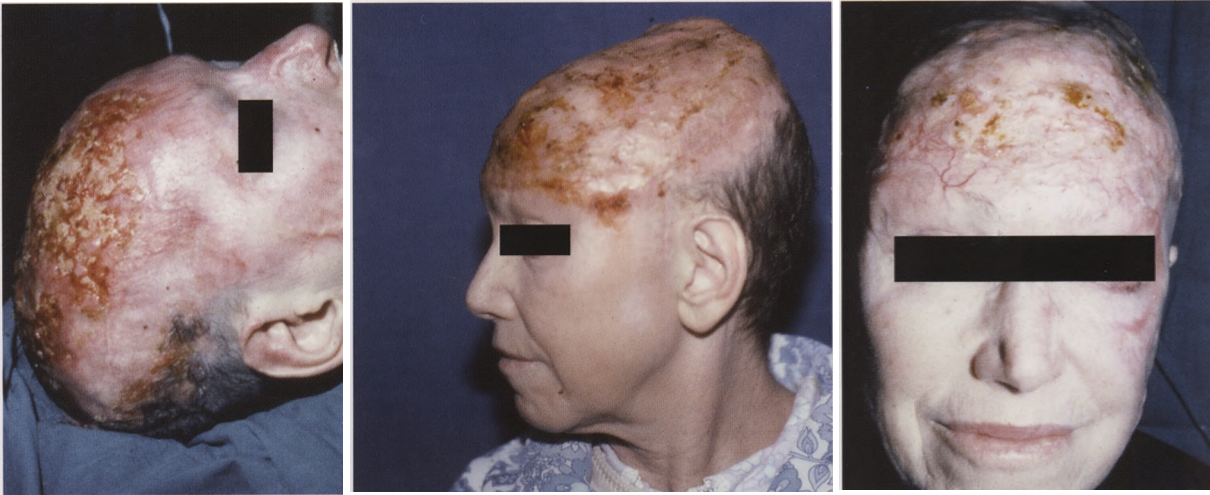
Figure 2. - Reconstruction de l'étage moyen du visage par transplant libre préfabriqué utilisant un transplant antebraçial chez l'homme.



788. Transplante de órgão pré-fabricado
Neo-nariz construído em retalho antebraquial e trans-
plantado para o leito receptor cinco semanas depois.



789. Transplante de órgão pré-fabricado
Neo-nariz construído com retalho antebraquial - imagens do pré e pós operatório.



790. Epiploplastia

As capacidades plásticas (adaptação a leitos irregulares), anti-infecciosas, as dimensões, a rica irrigação e a excelente qualidade para receber enxertos de pele, tornam-no opção a considerar em cirurgia reconstrutiva. Nesta doente, vítima de queimadura pelo fogo, vê-se a tábua interna da calote craniana infectada; as outras duas imagens mostram a reconstrução realizada com enxerto livre de epíloon que serviu de leito receptor de enxertos de pele parcial.



791. Basalioma

Basalioma da face com destruição do globo ocular. A cavidade orbitária e o leito da excisão do tumor receberam enxerto livre de epíloon cujos vasos foram anastomosados à artéria e veia faciais.



792. Necrose de tecidos por infiltração de citostáticos

Necrose de tecidos do antebraço e dorso da mão por infiltração de citostáticos que determinou impotência funcional e algias permanentes. O tratamento consistiu em excisão dos tecidos desvitalizados, tenólises, neurólises e aplicação de enxerto epiplóico. A sintomatologia dolorosa desapareceu e houve recuperação da capacidade funcional, conforme se observa na imagem.



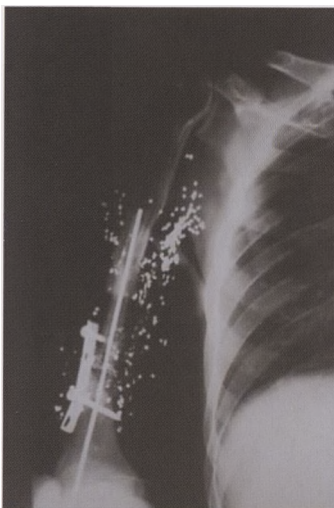
793. Epiphioplastia - Enxerto livre

Tratava-se de osteíte fistulizada da tíbia esquerda na sequência de fractura exposta na união do terço médio com o terço inferior, com 3 anos de evolução. A pele encontrava-se atrofíca e aderente ao plano ósseo numa superfície de 20x10 cm, na face ântero-interna da perna. De notar na segunda imagem a incisão de descarga realizada para evitar a compressão do pedículo.



794. Retalho tubular

Retalho de pele migratório de forma tubular. Trata-se de um método clássico hoje substituído por outros processos de reconstrução. Doente com cicatriz circular na raiz da coxa, instável e estenosante, com oito anos de evolução, seqüela de atropelamento. As imagens mostram algumas fases da progressão do retalho até à sua deposição no leito receptor.



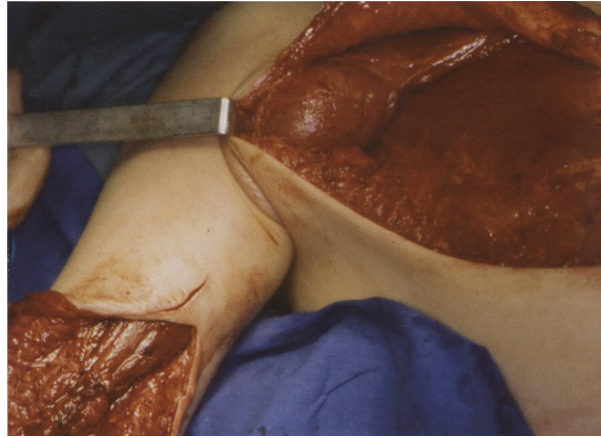
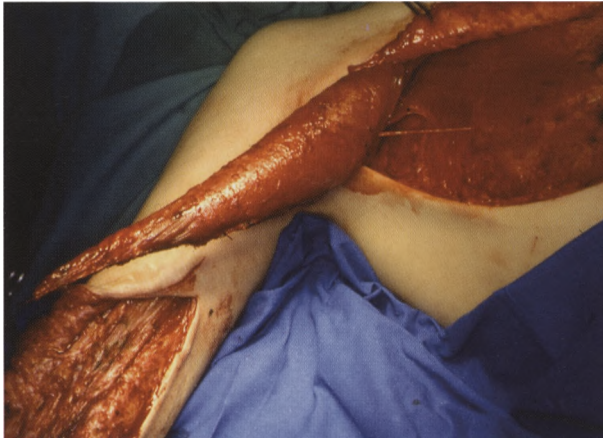
795. Braço - Reconstrução osteo-cutânea
Utilizou-se enxerto composto osteo-cutâneo de perônio e enxerto mio-cutâneo do músculo gracilis.



796. Paralisia total do plexo braquial

As transferências musculares livres estão indicadas quando não é possível utilizar métodos mais simples.

As imagens referem-se a um doente com lesões irreversíveis do plexo braquial tratado com enxerto composto musculocutâneo do recto interno (gracilis) com o objectivo de recuperar a capacidade de flexão do antebraço. Para a reinervação do músculo transferido utilizaram-se anastomoses a nervos intercostais.



797. Lesão do plexo braquial - transferência do músculo grande peitoral por paralisia dos flexores do antebraço

As transferências musculares no tratamento paliativo de paralisias do membro superior, têm lugar se não há possibilidade de reconstrução nervosa directa, quando a reconstrução nervosa foi ineficaz na totalidade ou parcialmente, ou quando a antiguidade da lesão contra indica a cirurgia nervosa. As imagens mostram o músculo grande peitoral dissecado cuja extremidade inferior será suturada ao tendão do bicipíte e o resultado funcional conseguido.

Lesões latrogénicas

Capítulo 31



798. Queimadura química

Doente submetida a tiroidectomia. O campo operatório foi desinfetado com cetrimide em diluição inadequada. Trata-se de lesão iatrogénica. Não houve sequelas estéticas.



800. Lesão dos nervo espinhal e supra escapular
Lesões ocorridas durante a ablação de lipoma cervical.



799. Lesão do nervo espinhal

Lesão do nervo espinhal no decorrer de excisão de adenopatia cervical. Nota-se a atrofia do músculo trapézio e a incapacidade de abdução do braço.



801. Lesão iatrogénica Atrofias e desequilíbrios musculares devidos a lesão de nervos ocorrida em biópsia ganglionar excisional cervical.



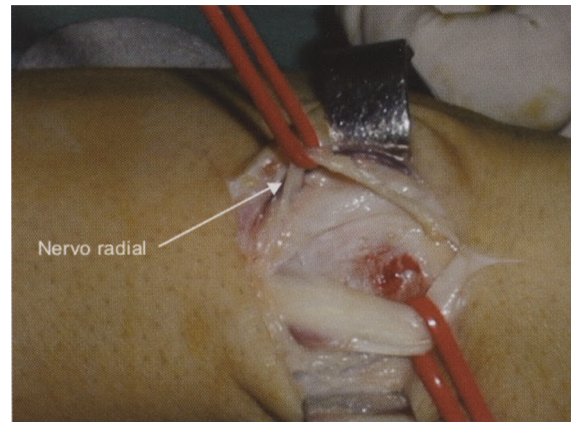
802. Lesão do nervo cubital

Homem de 23 anos. Desenvolveu atrofia da região tenar após excisão de um quisto sinovial do punho. O estudo electromiográfico revelou lesão do ramo palmar profundo do nervo cubital direito.



803. Lesão iatrogénica da artéria radial

Mulher de 22 anos com antecedentes de queimadura no dorso da mão direita; hábitos tabágicos acentuados. Foi submetida a excisão de quisto sinovial no punho (seta), no decorrer da qual a artéria radial foi laqueada. Recebeu-a passados cinco dias com a mão em isquémia, mais acentuada no indicador direito. Submetida a tratamento médico, a isquémia não reverteu na terceira falange, pelo que foi amputada. A situação manteve-se em recuperação e estabilizada. Após desrespeitar a regra de abstinência tabágica desencadeou-se isquémia aguda nas falanges proximais, irreversível, que obrigou a reamputação.

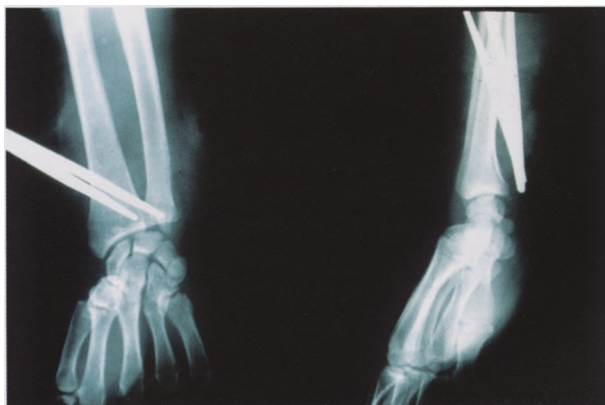


804. Nervo radial cutâneo

Doente com antecedentes de fractura de Colles há dois anos. Referia parestesias a nível do bordo externo dorsal do punho e mão, desencadeadas pela abdução do polegar assim como por palpação e percussão da extremidade inferior e bordo externo do rádio. O agente desencadeador das crises era uma espícula osteocartilaginosa, sequela de fractura de Colles, que foi excisada.

805. Lesão do ramo tenar do nervo mediano

Lesão do ramo tenar do nervo mediano provocada por injeção a nível do punho.

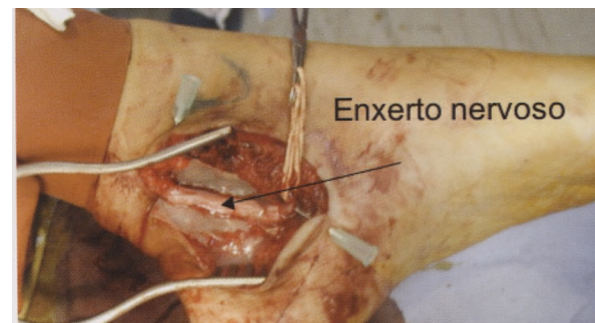
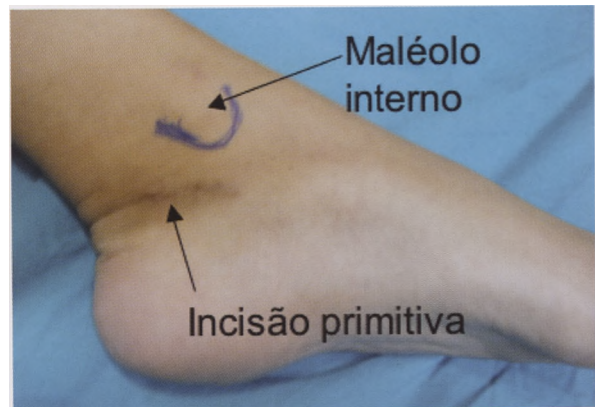


806. Lesão dos vasos em coto de amputação

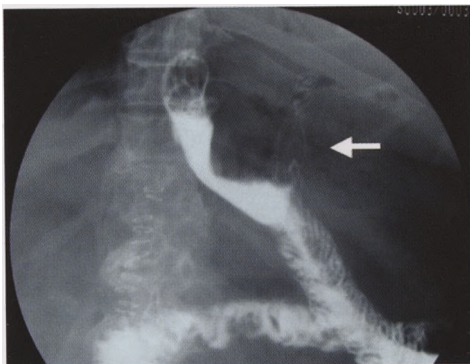
Lesão dos vasos em coto de amputação por hemostase cega com pinças. As situações de amputação criam um estado de alarme que por vezes impele o socorrista a utilizar processos inconvenientes. A aplicação cega de pinças, porventura englobando várias estruturas, provoca destruições dos vasos o que dificulta a reimplantação.



807. Lesão iatrogénica do nervo tibial posterior(I)
Homem de 23 anos submetido a excisão de um quisto sinovial a nível da região tibio-társica interna. As imagens mostram sequelas morfológicas e funcionais.

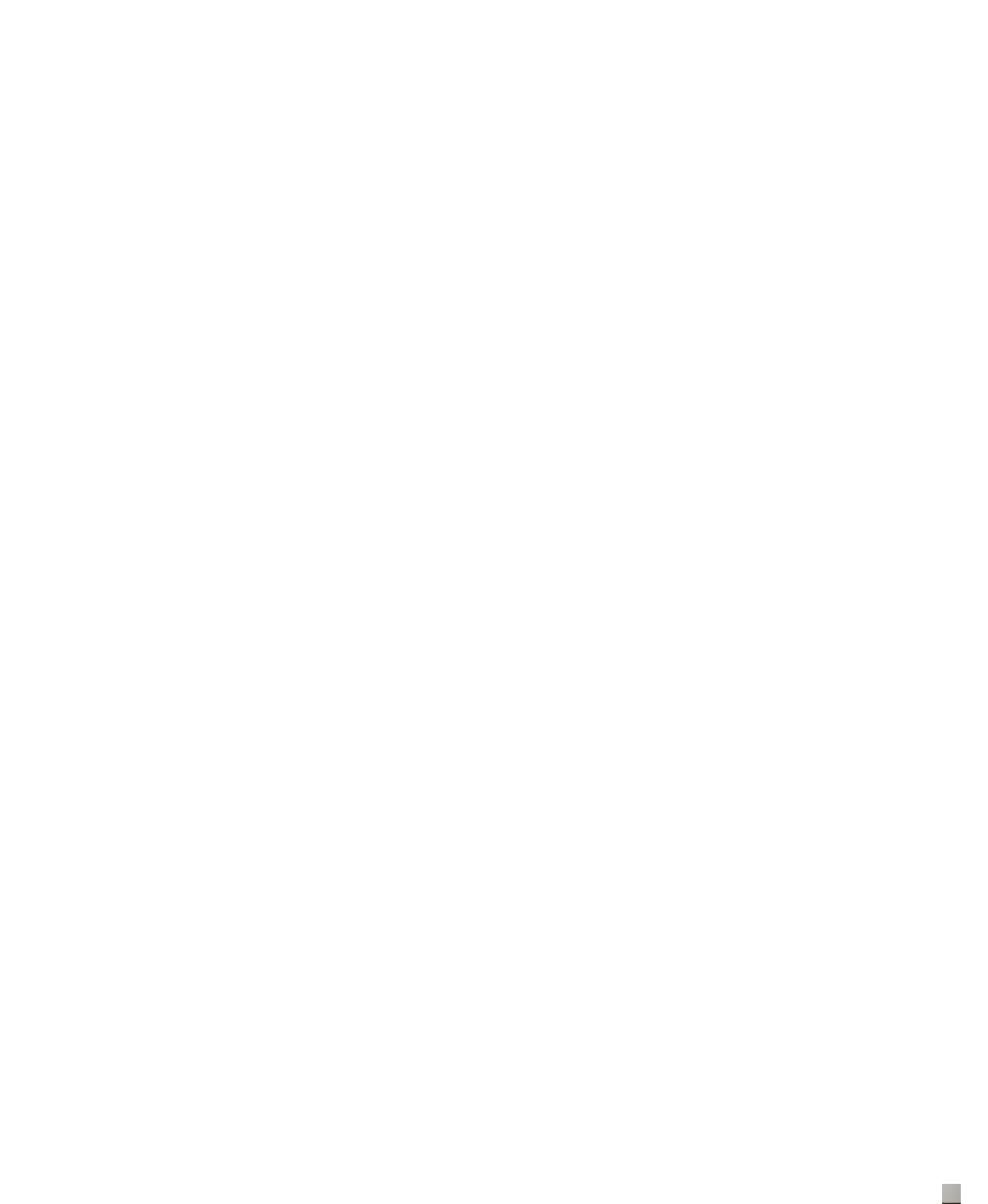


808. Lesão iatrogénica do nervo tibial posterior (2).



809. Corpo estranho intra-abdominal

O método de contagem de compressas é falível, pelo que é necessário associar outras medidas de segurança para reduzir significativamente ou eliminar as probabilidades de deixar estes corpos estranhos abandonados inadvertidamente na cavidade peritoneal. Nesta imagem observa-se uma compressa intra-abdominal com marcação radiológica (seta).



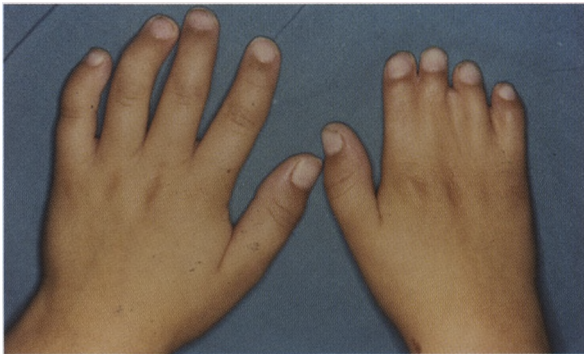
Anomalias Congénitas dos Membros

Capítulo 32

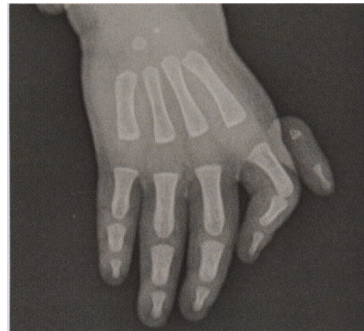
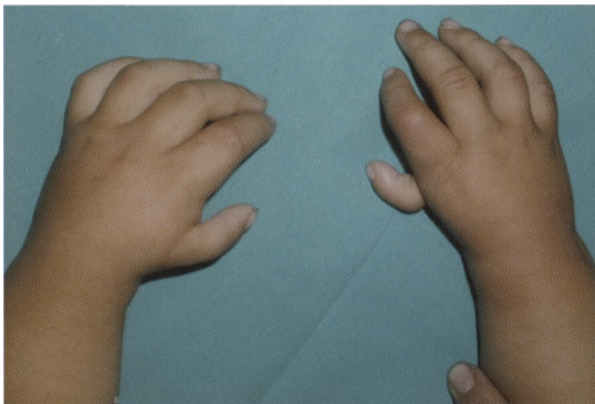




810. Adactilia - redução distal.



811. Sindactilia.



812. Hipoplasia da linha radial (polegar) com agenesia do primeiro metacárpico.



813. Ectrodactilia.



814. Ectrodactilia - pinça de lagosta nas mãos e pés.



815. Adactilia e Ectrodactilia - pinça de lagosta.



816. Adactilia com sindactilia.



817. Anéis de constrição por bridas amnióticas (1).



818. Anéis de constrição por bridas amnióticas (2).



819. Polidactilia pós-axial.



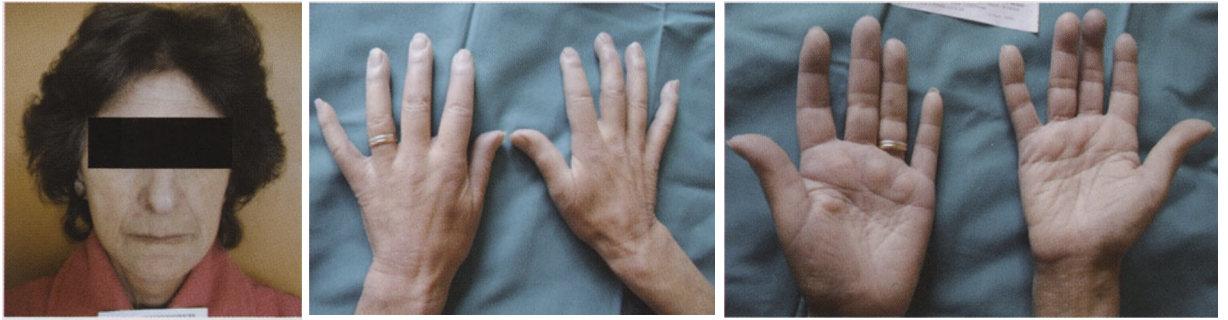
820. Aquiria e hipotrofia do dedo grande do pé.

Outras Afecções

Capítulo 33

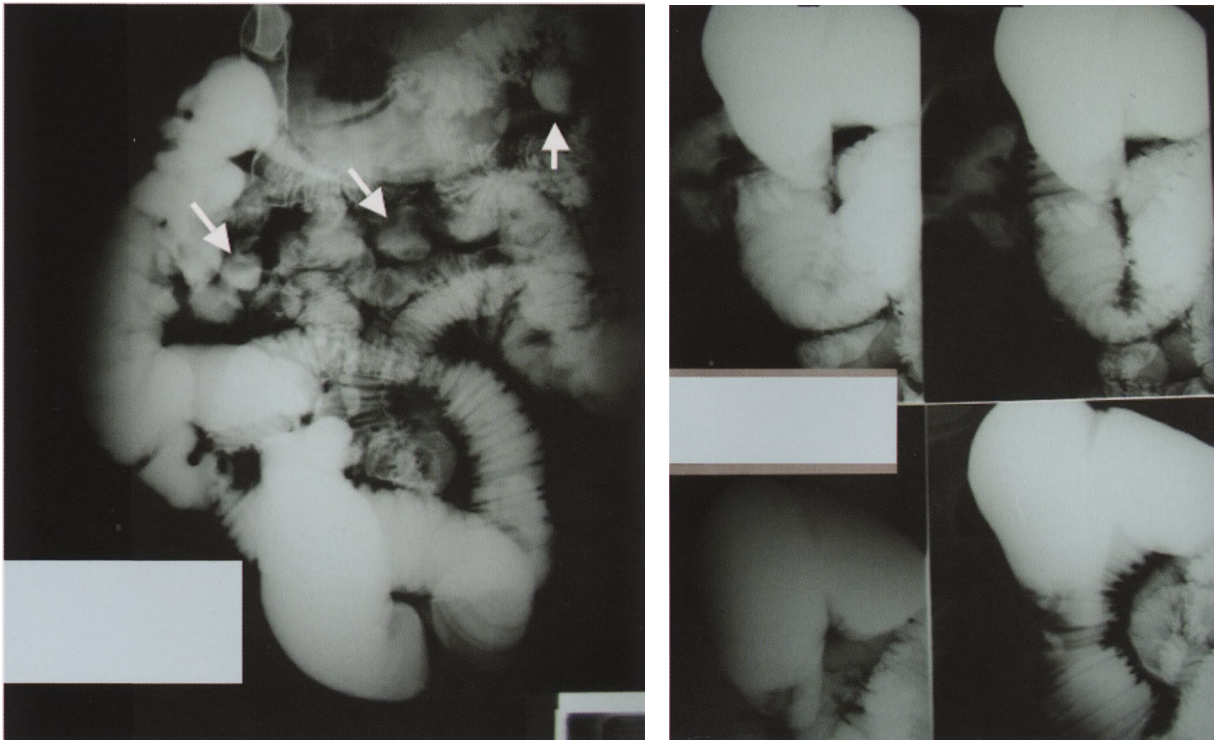


325. Duração da cirurgia
durante com o paciente em posição de
supinação e com o membro superior
em posição de flexão e extensão.



821. Esclerodermia

Mulher de 63 anos. Sintomatologia com oito anos de evolução, iniciada por febre, edema e dores articulares nos dedos das mãos. A face é inexpressiva, a pele lisa, brilhante, atrófica. Coexistia síndrome de Raynaud.



822. Esclerodermia

Doente com queixas de disfagia, pirose e sintomatologia digestiva inespecífica; crises dolorosas abdominais; vômitos; meteorismo. Trânsito intestinal com papa baritada revelava distensão de ansas jejunais com hipotonia e esvaziamento lento. Coexistia diverticulose jejunal (setas).



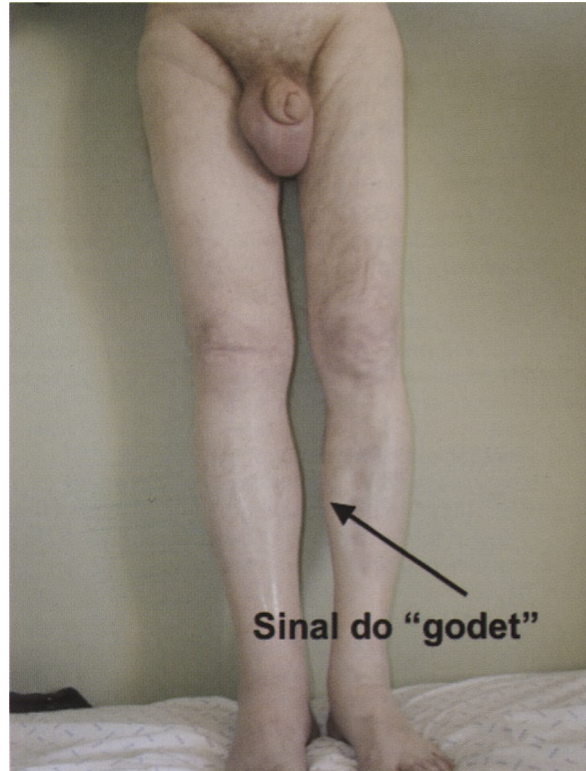
823. Doente infectado com HIV

A conduta das equipas cirúrgicas e de todos os intervenientes no bloco operatório obriga-se a ser particularmente cuidadosa na preservação do contacto de eventuais efracções da pele e mucosas com o sangue ou outros fluídos do doente. Doente toxicodependente infectado com HIV e adenopatias cervicais. No momento da primeira observação o doente alertou sobre a sua doença infecciosa com intui-tos profiláticos.



824. Espondilite anquilosante

Doente em decúbito dorsal. A anquilose e cifose dificultam os gestos anestésicos, o posicionamento operatório e até o acesso cirúrgico a algumas regiões.



825. Doença de Hodgkin

Adenopatias inguinais comprometedoras da drenagem veno-linfática. A imagem mostra edema dos órgãos genitais e membros inferiores.

Créditos de imagem

© João A. B. Patrício Departamento de Imagiologia dos HUC - Prof. Filipe Caseiro Alves - figs. 220, 221, 233, 252, 264, 357, 390, 396, 406, 407, 494, 502, 504, 505, 508, 512, 519, 520, 522, 523, 524, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 547, 558, 563, 564, 565, 566, 573, 578, 589, 592, 593, 594, 595, 596, 600, 607, 611; Serviço de Dermatologia dos HUC- Prof. Américo Figueiredo - figs. 355, 356, 378, 601; Serviço de Cirurgia Vascular dos HUC - Dr. Albuquerque de Matos - figs. 230, 231, 232, 234, 235; Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra - Dr. Oliveira Simões - figs. 711, 712, 720, 727, 728.

ÍNDICE REMISSIVO DAS ILUSTRAÇÕES

- A**
- Abcesso 1
 - Abcesso da nádega em drenagem 2
 - Abcesso esplênico e da loca esplênica 619 a 621
 - Abcesso hepático 519, 520
 - Abcesso pancreático 587
 - Abcesso perianal com necrose cutânea 473
 - Abcesso peri-colostomia 426
 - Abcesso pós apendicectomia 495
 - Acalásia 263
 - Adactília - redução distal 810
 - Adactília com Sindactília 816
 - Adactília e Ectrodactília - pinça de lagosta 814, 815
 - Adenocarcinoma da ampola de Vater 565, 571, 573
 - Adenocarcinoma do canal anal 434
 - Adenocarcinoma do cólon ascendente 406
 - Adenocarcinoma do cólon descendente 411
 - Adenocarcinoma do cólon 409, 410
 - Adenocarcinoma do recto 433, 435 a 443
 - Adenocarcinoma em esófago restante 288, 289
 - Adenoma hepático 522, 523
 - Adenoma tireóideo 678, 679
 - Adenoma vesicular 542
 - Adenomas degenerados no cólon 408
 - Adenomatose 543
 - Agnesia das vias biliares intra-hepáticas. 533
 - Ambiguidade sexual (micropénis e vagina) 745
 - Amibiose 476
 - Ampuloma 565, 571, 573
 - Amputação com esmagamento do braço 59
 - Amputação da mão 68
 - Amputação de membro - hemostase, lesões vasculares 806
 - Amputação de pé 75, 76, 77
 - Amputação de polegar 777, 778
 - Amputação do terceiro dedo 775
 - Amputação e esmagamento do pé 76
 - Anéis de constricção por bridas amnióticas 817, 818
 - Aneurisma da aorta abdominal 230 a 235
 - Aneurisma da artéria esplênica 606
 - Aneurismas arteriais 230 a 237, 606
 - Angiodisplasia do cólon 381 a 385
 - Angiodisplasia do intestino delgado 366
 - Anomalias congénitas dos membros
 - Adactília e Ectrodactília - pinça de lagosta 815
 - Adactília e Sindactília 816
 - Adactília - redução distal 810
 - Anéis de constricção por bridas amnióticas 817, 818
 - Aquiria e hipotrofia do dedo grande do pé 820
 - Ectrodactília 813
 - Ectrodactília - pinça de lagosta nas mãos e pés 814
 - Hipoplasia da linha radial e agenesia do primeiro metacárpico 812
 - Polidactília pós-axial 819
 - Sindactília 811
 - Antebraço reimplantado 62, 786
 - Apêndice íleo-cecal
 - Abcesso apendicular pós apendicectomia 495
 - Apendicite aguda 490 a 493
 - Fecalito calcificado 494
 - Fístula pós apendicectomia 496
 - Mucocele apendicular 488, 489
 - Aquiria e hipotrofia do dedo grande do pé 820
 - Arrancamento de braço 61
 - Arrancamento de membro inferior e osso coxal 70
 - Arrancamento do nervo facial 22, 23, 24
 - Arrancamento e reimplantação de orelha 19
 - Artérias - insuficiência arterial 224 a 229, 238 a 241, 373, 374
 - Ascite neoplásica 146
 - Atrofia de músculos intrínsecos da mão 756
 - Auto-transplante de tecido esplênico 615, 616
- B**
- Baço
 - Abcesso 619, 620, 621
 - Aneurisma da artéria esplênica 606
 - Auto-transplante de tecido esplênico 615, 616
 - Esplenomegália 602
 - Fracturas 607 a 617
 - Fractura de baço patológico 609, 618
 - Hematoma intra-esplênico 611
 - Hematoma sub-capsular 610
 - Infecção na loca esplênica pós esplenectomia 619, 620
 - Linfoma 603
 - Metástase 604
 - Rotura espontânea 618
 - Traumatismos 607 a 617
 - Tumores 603 a 605
- Basalioma** 123, 124, 791
- Bezoar** 302, 303
- Bócio** mergulhante 680 a 683
- Bolsa ileal em J** 403
- Bolsa ileal removida** 404
- Braço - Reconstrução osteo-cutânea** 795
- Brida cicatricial** 761, 762, 763
- C**
- Cabeça
 - Epúlide 195
 - Fenda palatina 193
 - Hemangioma da face 196
 - Hemangioma do lábio 199
 - Hemiatrofia facial 201
 - Leucoplasia da mucosa bucal 198
 - Linfangioma da língua 200
 - Melanoma e metástases ganglionares 207
 - Palato perfurado 194
 - Parotidectomia 203, 204
 - Parotidite aguda (pós-operatório) 206
 - Síndrome de Frey ou síndrome aurículo-temporal. 205
 - Tumor do corpo carotídeo 202
 - Tumor submandibular - Linfoma 209
 - Calcifilaxia 228, 707
 - Cálculo biliar intra-héptico 532
 - Cálculos biliares radiopacos 546, 561
 - Cancro do ânus em hidrosadenite 446
 - Cancro esofágico — fístula traqueo-esofágica 280
 - Carcinoma adenoide cístico da parótida 127
 - Carcinoma da amígdala e orofaringe 130
 - Carcinoma da mama 187 a 191
 - Carcinoma da vesícula biliar 563
 - Carcinoma do cárdia com invasão esofágica 320
 - Carcinoma do cólon 406 a 413
 - Carcinoma do coto gástrico 323
 - Carcinoma duodenal 318
 - Carcinoma espinho celular 101,102,120,121, 122, 126, 132, 133, 140, 731
 - Carcinoma gástrico 296, 319 a 323

- Carcinoma hepatocelular 525, 526
 Carcinoma indiferenciado multifocal do estômago 321
 Carcinoma intraductal da mama 187
 Carcinoma verrucoso em doente paraplégico. 138
 Carcinomatose peritoneal 145, 325
 Cárdia - tumor 319
 Carúncula uretral 725
 Cateter perdido nas veia femural e ilíaca externa. 254
 Celiosstomia - Pílorostomia - Duodenostomia 652, 653
 Celulite 16, 17
 Cicatriz cervical pós tiroidectomia 701, 702, 703
 Cicatriz palmar 763
 Cicatriz quelóide 174
 Cicatrizes hipertróficas 175
 Circuncisão 724
 Cistadenoma pancreático 591
 Citoesteatonecrose 576, 577
 Citostáticos - necrose de tecidos 792
 Colangiocarcinoma 529, 530, 531, 564, 566, 567
 Colangiografia por Ressonância Magnética 565
 Colangiograma 573
 Colecistite aguda perfurada 552, 553
 Colecistite aguda 544, 549, 551 a 556
 Colecistite calculosa 537, 538, 539, 540
 Colecistite enfisematosa 556, 557
 Colecistite gangrenosa 550
 Colecistostomia 559
 Colédoco - estenose 575
 Colesterose e pólipo vesicular 541
 Colite ulcerosa 395
 Cólon
 Abscesso peri-colostomia 426
 Adenocarcinoma do cólon 406 a 413
 Adenocarcinoma do cólon ascendente 406
 Adenocarcinoma do cólon descendente 411
 Adenomas degenerados no cólon 408
 Angiodisplasia 383, 384
 Angiodisplasia do cólon 381, 382, 385
 Bolsa ileal em J 403
 Bolsa ileal removida 404
 Colite ulcerosa 395
 Colostomia - complicações 415 a 429
 Diástase da serosa do cólon ascendente 414
 Diverticulite 387 a 390
 Diverticulose 386
 Doença de Hirschprung 397
 Estenose rádica do sigmóide 396
 Lipoma do cólon 398
 Polipose cólica familiar 401,402
 Síndrome de Ogilvie 379, 380
 Tumor da sigmóide 399, 400, 413
 Tumor do cego 405
 Tumor metácrono do cólon 412
 Volvo do cego 391
 Volvo do cólon sigmóide 392, 393, 394
 Compressão ureteral por tumor 147
 Condilomas perianais 467, 468, 469
 Contusão pulmonar 217
 Cordoma 751
 Corno cutâneo - papiloma verrucoso 172
 Corpo estranho intra-abdominal 809
 Corpo estranho intra-gástrico 301, 302, 303
 Corpo estranho no intestino 341
 Criptorquidia
 Síndrome de "prune belly" 713 a 717
 Testículos intra-abdominais 713 a 719
- D**
 Dedo - "boutonnière" 764
 Dedo em mola 754
 Dedo polegar
 Amputação 776, 777, 778
 Reconstrução 774, 776 a 785
 Dedos - anomalias congénitas 810 a 820
 Deiscência de sutura perineal 441, 442
 Deiscência de sutura supra-aponevrótica 651
 Dermatite das nádegas 178
 Diafragma
 Eventração do hemidiafragma direito 297
 Hérnia de Bochdalek 297
 Hérnia diafragmática traumática 298, 299
 Hérnia do hiato esofágico 267
 Tumor 300
 Diástase da serosa do cólon ascendente 414
 Distensão da vesícula biliar 572
 Diverticulite do cólon 387, 388, 389, 390
 Divertículo de Meckel 346, 347
 Divertículo de Zenker 265
 Divertículo do terço médio do esófago 264
 Divertículo epifrénico do esófago e hérnia do hiato 266
 Divertículo jejunal 348
 Divertículos duodenais 315, 316
 Duodenotomia 652, 653
 Diverticulose cólica 386
 Doença arterial oclusiva (arteriosclerose) 225
 Doença de Crohn 350 a 354, 356, 357, 451
 Doença de Crohn ano-recto-perineal 450
 Doença de Crohn - manifestações extra-intestinais 355, 356
 Doença de Crohn - peças operatórias 358, 359
 Doença de Dercum 162
 Doença de Dupuytren 755
 Doença de Hirschprung 397
 Doença de Hodgkin 825
 Doença de Madelung 164
 Doença de Paget peri-anal 479 a 483
 Doente infectado com HIV 823
 Drenagem biliar externa, percutânea trans-hepática. 569
- Duodeno
 Carcinoma 318
 Divertículos 315, 316
 Tumor do duodeno - adenoma das glândulas de Brunner 317
 Úlcera duodenal perfurada 312
 Úlcera duodenal 314
 Duodenopancreatotomia
 Fistula biliar 599
 Peça operatória 598
- E**
 Ectrodactilia 813, 814, 815
 Enfarte intestinal 370, 371, 372
 Enfisema do epiploon 557
 Enterostomia de alimentação à Witzel 362
 Enterostomia iatrogénica 363, 364
 Enxerto de dedo do pé para a mão 779 a 785
 Enxerto de epiploon 790 a 793
 Enxerto fásquio-mio-cutâneo 59
 Enxerto livre de intestino delgado 281, 735
 Enxerto mio-cutâneo 60, 129, 787, 795, 796
 Enxerto ósteo-cutâneo 795
 Epiploon metastizado por carcinoma do ovário 660
 Epiplooplastia 790 a 793
 Epúlde 195
 Erisipela 5
 Escalpe do antebraço 58
 Esderodermia 821, 822
 Esfaco da mão 780, 781, 782
 Esfaco hepático 536
 Esfaco perineal 55
 Esofagite cáustica 270, 271
 Esófago
 Acalásia 263
 Adenocarcinoma do esófago restante 288, 289
 Carcinoma esofágico 274, 280, 287, 291
 Coloplastia 277
 Divertículo de Zenker 265
 Divertículo do terço médio do esófago 264
 Divertículo epifrénico e hérnia do hiato 266
 Enxerto livre de intestino delgado 281, 282, 286, 288, 735
 Esofagite cáustica 270, 271
 Esofagocoloplastia 277, 278, 279
 Esofagogastroplastia 276
 Esofagoplastia com retalho cutâneo tubular pré-esternal 293, 294, 295
 Esofagostomia 273
 Estenose de anastomose esófago jejunal 296
 Leiomioma do esófago 272
 Perfuração instrumental 292
 Reconstrução do esófago cervical com ansa jejunal 281,282, 286
 Reconstrução do esófago cervical com retalho composto de epiploon e tubo gástrico 283, 284, 285

- Tumores 272, 274 a 292
 Varizes esofágicas 268, 269
- Esofagocoloplastia com extremidade ileal 278
 Esofagocoloplastia pré-esternal 279
 Esofagogastroplastia e ansa jejunal 281, 288, 289
 Esofagogastroplastia com retalho gastro-epi-plóico 283, 284, 285
 Esofagogastroplastia 276
 Esofagoplastia com retalho cutâneo tubular pré-esternal 293, 294, 295
 Esofagostomia 273
 Esplenomegalia 602
 Espondilite anquilosante 824
 Estase gástrica por estenose pilórica 306
 Estenose anal 477
 Estenose de anastomose esófago jejunal 296
 Estenose pilórica 306, 307
 Estenose rádica do cólon-sigmóide 396
 Esterno - fractura 216
 Estômago
 Bezoar 302, 303
 Carcinoma do cárdia 320
 Carcinoma de coto gástrico 323
 Carcinoma gástrico 322
 Carcinoma indiferenciado multifocal 321
 Corpos estranhos intra-gástricos 301, 302, 303
 Estase gástrica por estenose pilórica 306
 Estenose pilórica 307
 Gastroparésia . 304, 305
 Gastrostomia 311
 Leiomioma gástrico ulcerado (GIST) 309,310
 Lipoma gástrico 308
 Pneumoperitoneu 313
 Tumor do cárdia com infiltração esofágica 319, 320
- Esvaziamento ganglionar cervical 696
 Eventração 297, 642 a 650
 Evisceração 654 a 657
- F**
 Faringoesofagectomia 211
 Fasceite necrotizante da parede abdominal 6, 7, 8
 Fasceotomia 65, 87
 Fecalito calcificado 494
 Fenda palatina 193
 Feocromocitoma 674
 Ferida cervical 34
 Ferida da mão com retenção de corpo estranho 69
 Ferida da parede abdominal 41
 Ferida em pé diabético 111
 Ferida perfurante da parede abdominal 42
 Ferida por abrasão 31
 Ferida por esmagamento 57
 Ferida por fresa 73
 Ferida torácica por tiro de arma caçadeira. 39
- Feridas de aparência "inócua" 104 a 107
 Feridas por necrose rádica 108, 109, 110
 Fibroma da base do polegar 760
 Fígado
 Abscesso hepático 520
 Adenoma 522, 523
 Agenesia das vias biliares intra-hepáticas. 533
 Cálculo intra-hépático 532
 Carcinoma hepatocelular 525, 526, 529, 530, 531
 Fracturas 534, 535, 536
 Fleangioma 497 a 502
 Flematoma sub-capsular e abscesso 519
 Hidatidose 505 a 517
 Hiperplasia nodular focal 524
 Linfoma 528
 Metástases 528
 Quisto biliar 503, 504
 Síndrome de HELLP 518
 Tumor de Klatskin 531
 Tumor envolvendo a veia porta 531
 Vasculite 521
- Filtro na veia cava 222
 Fimose 723
 Fissura anal 463 a 466
 Fissuras anais por sodomização 466
 Fistula arteriovenosa - Síndrome de roubo 241
 Fistula arteriovenosa 241 a 244
 Fistula entérica 375
 Fistula peri-anal 471
 Fistula pós apendicectomia 496
 Fistula recto-vaginal 472
 Fistula traqueo-esofágica 280
 Fistulas arteriovenosas congénitas 243
 Fistulas enterocutâneas 353 a 356, 364, 365, 375
 Fistulas perineais após operação de Milles 443
 Fleimão perianal 474
 Fractura da bacia 52
 Fracturas do baço 609, 612 a 615
 Fractura do fígado 534, 535, 536
- G**
 Galactorreia 185
 Gangrena de Fournier 9 a 12
 Gastroparésia 304, 305
 Gastrosquisis 670
 Gastrostomia 311
 Ginecologia
 Ambiguidade sexual (micropénis e vagina) 745
 Prolapso uterino 737
 Pseudo hermafroditismo masculino 744
 Quisto do ovário 739, 740, 741
 Teratoma quístico do ovário 742
 Tumor do ovário 743
 Útero miomatoso de grandes dimensões 738
- Ginecomastia 180,181
 GIST 309, 310
 Glândula paratiroide 704 a 710
 Glândula supra-renal - Síndrome de Cushing 672
 Glândula supra-renal - Tumores 673 a 676
 Glândula tiroideia - Tumor em lobo restante 691
 Glândula tiroideia 677 a 703
 Glucagonoma 601
- H**
 Hemangioendotelioma 139
 Fleangioma do intestino delgado 367
 Fleangioma hepático 497 a 502
 Hemangiomas 196,197, 199, 759
 Flematoma esplênico sub-capsular 610
 Flematoma intra-esplênico 611
 Flematoma sub-capsular e abscesso hepático 519
 Hematomas 35, 149
 Hemiatrofia facial 201
 Hemopericárdio 221
 Hemorragia cutânea (em sépsis) 173
 Hemorragia pós herniorrafia 638
 Hemorroidas 459 a 462
 Hemotórax 213
 Hérnia da linha branca 627
 Hérnia de deslizamento encarcerada 635
 Hérnia diafragmática traumática 298, 299
 Hérnia do hiato esofágico 267
 Hérnia femoral encarcerada 636, 637
 Hérnia inguinal 631, 632, 633
 Hérnia inguinoescrotal. 633, 639
 Hérnia interna 331
 Hérnia lombar 640
 Hérnia perineal 641
 Hérnia umbilical 628, 629, 630
 Herpes zóster 176, 176
 Hidatidose hepática 505 a 517
 Hidrocele 631,720, 721
 Hidrópsia 544
 Hidrosadenite supurativa 177
 Hiperparatiroidismo 705, 706, 708, 709
 Hiperplasia nodular focal 524
 Hipertiroidismo 677
 Hipertrofia mamária 184
 Hipoparatiroidismo 710
 Hipospádias 711, 712
 Hipotonia muscular 642
 HIV 823
- I**
 Icterícia 568
 Ileo biliar 337, 561,562
 Ileo biliar duodenal - síndrome de Bouveret 560
 Imperfuração anal 484, 485, 486
 Incisões na mão 761

Infecção necrotizante da parede abdominal 8
Infecções

- Abcesso 1, 2
- Celulite 16, 17
- Erisipela 5
- Fasceite necrotizante da parede abdominal 6, 7, 8
- Gangrena de Fournier 9, 10, 11, 12
- HIV 823
- Loca esplénica pós esplenectomia 619, 620
- Mordedura de cabra 13
- Mordedura de insecto não determinado 15
- Mordedura de víbora 14
- Paroniquia 3
- Unha encravada 4

Insuficiência arterial 224 a 229, 238 a 241

Intestino delgado

- Angiodisplasia 366
- Corpos estranhos deglutidos 341, 342
- Divertículo de Meckel 346, 347
- Divertículo jejunal 348
- Doença de Crohn 350 a 353, 357
- Doença de Crohn - peça operatória 358, 359
- Enfarte intestinal 370
- Enterostomia de alimentação à Witzel 362
- Enterostomia iatrogénica 363
- Enxerto livre 281, 735
- Fistulas enterocutâneas 364, 365, 375
- Hemangiomas 367
- Intestino rádico 360, 361
- Isquémia intestinal 369, 372
- Isquémia intestinal não oclusiva 368
- Leiomioma 336
- Leiomiossarcoma 340
- Necrose 371
- Oclusão 324 a 335, 338
- Perfuração 342, 343, 344
- Pólipos 376
- Rotura traumática 345
- Síndrome da ansa cega 349
- Síndrome de Peutz-Jeghers 377, 378
- Trombose da artéria mesentérica superior 373, 374
- Tumor carcinóide 339
- Intestino rádico 360, 361, 362
- Isolamento faringo-esofágico 211
- Isquémia intestinal 369, 372
- Isquémia intestinal não oclusiva 368

L

- Laceração perineal 54
- Leiomioma do intestino delgado 336
- Leiomioma do esófago 272
- Leiomioma gástrico (GIST) 309, 310
- Leiomiossarcoma do jejuno 340
- Leiomiossarcoma ulcerado 135
- Lesão de nervo digital 107

- Lesão do nervo espinhal 799, 800
- Lesão do nervo facial 20 a 29
- Lesão do plexo braquial 214, 215, 797
- Lesão do ramo tenar do nervo mediano 802, 805
- Lesão dos vasos em coto de amputação 806
- Lesão iatrogénica 801
- Lesão iatrogénica da artéria radial 803
- Lesão iatrogénica do nervo facial 29
- Lesão iatrogénica do nervo tibial posterior 807, 808
- Lesão provocada por bala 220, 221
- Lesão rádica perineal 444
- Lesões de radiodermite 447
- Lesões iatrogénicas
 - Artéria radial 803
 - Corpo estranho intra-abdominal 809
 - Lesão iatrogénica do nervo tibial posterior 807, 808
 - Nervos 799 a 802, 804 a 806
 - Queimadura química 798
 - Vasos em coto de amputação 806
- Lesões por bala 45
- Lesões vasculares e nervosas do antebraço 105
- Leucoplasia do pénis 730
- Leucoplasia na mucosa oral 198
- Linfadenite mesentérica 659
- Linfangioma da língua 200
- Linfangioma do hallux 262
- Linfedema congénito 255, 256, 257, 726
- Linfedema secundário 258 a 261
- Linfoma hepático 527
- Lipodistrofia 165
- Lipoedema 166
- Lipoma - Compressão do nervo mediano 154
- Lipoma cervical 156
- Lipoma do cólon 398
- Lipoma do períneo 161
- Lipoma gástrico 308
- Lipoma gigante da nádega 159
- Lipoma gigante da parede torácica e cavado axilar 158
- Lipoma gigante do dorso 157
- Lipoma na prega inguinal 160
- Lipoma profundo entre o platísmo e o soalho bucal 210
- Lipoma 152, 153, 155, 162
- Lipomatose 163, 164
- Lipossarcoma 665, 666
- Litíase da via biliar principal 547
- Luxação escapulo-umeral 56

M

Mama

- Carcinoma 188 a 191
- Carcinoma intraductal 187
- Galactorreia 185
- Ginecomastia 180, 181
- Hipertrofia mamária 184

- Mastite 186
- Retracção mamilar 183
- Sarcoma 192
- Supranumerária 182
- Mamilo retraído 183
- Mão
 - Amputação de polegar, reimplantação 776, 777, 778
 - Amputação do terceiro dedo 775
 - Anomalias congénitas 810 a 817, 820
 - Atrofia de músculos intrínsecos 756
 - Brida cicatricial 761, 762, 763
 - Dedo - boutonnière 764
 - Dedo em mola 754
 - Doença de Dupuytren 755
 - Esfacelo 780
 - Fibroma da base do polegar 760
 - Hemangioma 759
 - Incisões na mão 761
 - Lesões tendinosas 700, 764 a 770
 - Paralisia do nervo cubital 771
 - Quisto sinovial 758
 - Reconstrução do polegar com dedo do pé 779 a 785
 - Reconstrução do polegar com osso ilíaco 774
 - Rotura de tendões 764 a 770
 - Secção do nervo cubital 772, 773
 - Tofos gotosos 757
- Máscara equimótica (Morestin) 38
- Mastite 186
- Maxilar-tumor 128, 129
- Mediastino 219, 223
- Melanoma 142
- Melanoma com metástases ganglionares 207
- Melanoma do pé com disseminação peri-tumoral 141
- Mesentério - lesões traumáticas 669
- Mesentério - linfadenite 659
- Mesentério - quisto 664
- Mesotelioma peritoneal maligno 626
- Metástase de cancro do recto na mão 449
- Metástase esplénica 604
- Metástase ganglionar de melanoma, ulcerada e hemorrágica. 144
- Metástase inguinal de melanoma do pé 143
- Metástases cerebrais - cancro do recto 448
- Metástases hepáticas 528
- Metástases 134, 136, 137, 660
- Metástases subcutâneas de carcinoma da amígdala e orofaringe 130
- Miosite ossificante 66, 67
- Mordedura de cabra 13
- Mordedura de cão - seqüela 18
- Mordedura de insecto não determinado 15
- Mordedura de ratos 72
- Mordedura de víbora 14
- Mucocelo do apêndice ileo-cecal 488, 489
- Músculos extensores 770

- N**
- Nariz pré-fabricado 788, 789
- Necrose da pele por hematoma difuso com tensão. 149
- Necrose de tecidos por infiltração de citostáticos 792
- Necrose intestinal 371
- Necrose isquémica por garrotagem 229
- Neoplasia mandibular 129
- Neo-vesícula biliar 548
- Nervo Ciático Poplíteo Externo - paralisia 752
- Nervo Cubital 771, 772, 773, 802
- Nervo Espinhal 799, 800
- Nervo Mediano 805
- Nervo Radial Cutâneo 804
- Nervo Supraescapular 800
- Nervo Tibial Posterior 807
- Neurilénoma benigno 568
- Neurocirurgia
- Cordoma 751
 - Nervo Ciático Poplíteo Externo - paralisia 752
 - Neurofibromatose 748, 749
 - Nevroma de Morton 747
 - Nevromas 746, 747, 753
 - Schwanoma em ramo do nervo ciático na nádega 750
- Neurofibromatose - doença de Von Recklinghausen 748, 749
- Nevroma de Morton 747
- Nevromas 746, 747, 753
- Nevus piloso 148
- O**
- Obstrução do colédoco distal 565, 571, 573
- Oclusão intestinal 324 a 338
- Oncologia
- Ascite neoplásica 146
 - Basalioma da face 123
 - Carcinoma adenóide cístico da parótida 127
 - Carcinoma espinho celular 120, 121, 122, 126, 132, 133, 140
 - Carcinoma verrucoso em doente parapléxico. 138
 - Carcinomatose peritoneal 145
 - Compressão ureteral por tumor 147
 - Hemangioendotelioma recidivado e ulcerado 139
 - Leiomiossarcoma ulcerado 135
 - Melanoma 141 a 144
 - Metástases 130, 134, 136, 137
 - Neoplasia mandibular 129
 - Sarcoma da parede torácica 131
 - Tumor do maxilar 128
 - Tumor do palato 125
- Onfalocelo 671
- Onicogribose 179
- Operação de Pwestoff 590
- Órgão pré-fabricado 788, 789
- Ossificação de cicatriz 658
- Outras afecções
- Doença de Hodgkin 825
 - Doente infectado com HIV 823
 - Esclerodermia 821, 822
 - Espondilite anquilosante 824
- P**
- Palato-tumor 125
- Palato perfurado 194
- Pâncreas
- Abcesso pancreático 587
 - Cistadenoma pancreático 591
 - Citosteatonecrose 577
 - Duodenopancreatotomia - fistula biliar 599
 - Duodenopancreatotomia - peça operatória 598
 - Glucagonoma 601
 - Operação de Pwestoff 590
 - Pancreatite aguda 576 a 581
 - Pancreatite crónica 588, 589, 590
 - Pseudoquisto do pâncreas 582 a 586
 - Tumores 570, 591 a 601, 605
- Pancreatite aguda 576 a 581
- Pancreatite crónica 588, 589, 590
- Papiloma verrucoso - corno cutâneo 172
- Parafimose 729
- Paralisia do nervo cubital 771
- Paralisia do plexo braquial 796, 797
- Paralisia traumática do nervo ciático poplíteo externo 752
- Paratiróide
- Calcifilaxia 228, 707
 - Hiperparatiroidismo 705, 706, 708, 709
 - Hipoparatiroidismo 710
 - Tumor 704
- Parede abdominal
- Celiostomia - Pilorostomia - Duodenostomia 652, 653
 - Deiscência de sutura supra-aponevrótica 651
 - Eventração 643 a 650
 - Evisceração 654, 657
 - Evisceração controlada 655, 656
 - Gastrosquisis 670
 - Hemorragia pós herniorrafia 638
 - Hérnia da linha branca 627
 - Hérnia de deslizamento encarcerada 635
 - Hérnia femoral encarcerada 636
 - Hérnia femoral estrangulada 637
 - Hérnia inguinal associada a hidrocelo 631
 - Hérnia inguinal 634
 - Hérnia inguinal encarcerada 632
 - Hérnia inguinoescrotal. 639
 - Hérnia lombar 640
 - Hérnia perineal 641
 - Hérnia umbilical 629, 630
- Hérnia umbilical e diástase dos músculos rectas abdominais 628
- Hérnias inguino - escrotales bilaterais 633
- Hipotonia muscular 642
- Onfalocelo 671
- Ossificação de cicatriz 658
- Síndrome de Gardner 661, 662, 663
- Parede torácica
- Fractura do esterno 216
 - Hemotórax 213
 - Lesão provocada por bala 220, 221
 - Secção do plexo braquial por esquirola de costela 215
 - Traumatismo 212, 214, 216 a 219
- Paroníquia 3
- Parótida
- Carcinoma adenóide cístico 127
 - Carcinoma espinho celular 120, 126
- Parotidectomia 203, 204, 205, 207
- Parotidite aguda (pós-operatório) 206
- Patologia vascular
- Aneurismas 230 a 237
 - Cateter perdido nas veias femoral e ilíaca interna. 254
 - Doença arterial oclusiva (arteriosclerose) 225
 - Filtro endovascular na veia cava. 253
 - Fístula artério-venosa - síndrome de roubo 241
 - Fistulas artério-venosas congénitas 243
 - Insuficiência arterial 224, 227
 - Linfangioma do hallux 262
 - Linfedema congénito 255, 256
 - Linfedema pós mastectomia 259, 260
 - Linfedema primário do escroto, pênis e membros inferiores 257
 - Linfedema secundário 258 a 261
 - Necrose isquémica por garrotagem 229
 - Pontagens artério-venosas em doente hemodialisado 242
 - Síndrome de Raynaud 238, 239, 240
 - Tromboangeíte obliterante - doença de Burger 226
 - Tromboflebite 245, 246
 - Trombose da veia cava inferior 250
 - Trombose da veia ilíaca 251
 - Trombose venosa 247, 248, 249, 251, 252
 - Veia aneurismática 244
- Pé dador de dedo 785
- Pé diabético 111
- Pé reimplantado 75
- Pele e tecido celular sub-cutâneo
- Cicatriz quelóide 174
 - Cicatrizes hipertroóficas 175
 - Dermatite das nádegas 178
 - Doença de Dercum 162
 - Doença de Madelung 164
 - Hemorragia cutânea 173

- Herpes zóster 176, 176
 Hidrosadenite supurativa 177
 Lipodistrofia 165
 Lipoedema 166
 Lipoma 152, 153, 155
 Lipoma cervical 156
 Lipoma - compressão do nervo mediano 154
 Lipoma do períneo 161
 Lipoma gigante da nádega 159
 Lipoma gigante da parede torácica e cavado axilar. 158
 Lipoma gigante do dorso 157
 Lipoma na prega inguinal 160
 Lipomatose 163
 Necrose da pele por hematoma difuso com tensão. 149
 Nevus piloso 148
 Onicogribose 179
 Papiloma verrucoso - corno cutâneo 172
 Quisto epidermóide 168, 169
 Quisto epidermóide da face 171
 Quisto sebáceo no canal auditivo 167
 Quisto sebáceo no dorso, infectado 170
 Seroma capsulado recorrente 151
 Tumor glómico sub-ungueal 150
- Pénis - carcinoma espinho-celular 731
 Pénis reimplantado 736
 Perfuração abdominal provocada por haste de madeira 43, 44
 Perfuração intestinal 46, 342 a 345
 Perfne - esfacelo 55
 Peritonite adesiva 622
 Peritonite crónica 623
 Peritonite por colecistite com empiema 625
 Peritonite por fistula anastomótica 624
- Pescoço
 Isolamento faringo-esofágico 211
 Lipoma profundo 210
 Quisto do canal tireoglossos 208
- Plexo braquial 214, 215, 796, 797
 Pneumomediastino 218
 Pneumopericárdio 218
 Pneumoperitoneu 313
 Pneumotórax 218
 Polidactília pós-axial 819
 Pólipo adenomatoso do recto 432
 Pólipos intestinais 376
 Polipose cólica familiar 401, 402
 Pontagens artério-venosas em doente hemodialisado 242
 Prolapso mucoso do recto 452
 Prolapso rectal 453, 454
 Prolapso uterino 737
 Prótese endovascular na veia cava. 253
 Prurido anal idiopático 478
 Pseudo hermafroditismo masculino 744
 Pseudoquisto do pâncreas 582 a 586
 Pulmão-contusão 217
- Q**
 Queimaduras
 Calor 77 a 82, 87, 92 a 103
 Eléctricas 83 a 86
 Fasciotomia 87
 Química (iatrogénica) 88, 798
 Radiações 89, 90, 91, 108, 109, 110
 Sequelas 92 a 95, 97 a 100
- Quisto biliar 503, 504
 Quisto do canal tireoglossos 208
 Quisto do mesentério 664
 Quisto do ovário 739 a 741
 Quisto epidermóide 168, 169, 171
 Quisto sebáceo no canal auditivo 167
 Quisto sebáceo no dorso, infectado 170
 Quisto sinovial 758
- R**
 Radionecrose da parede torácica 109
 Radionecrose no períneo 110
 Reconstrução
 Basalioma 124, 791
 Braço - reconstrução osteo-cutânea 795
 Epiplooplastia 790 a 793
 Esfacelo da mão 780 a 782
 Esófago cervical com ansa intestinal livre 282, 286
 Esófago cervical com retalho de epiploon e tubo gástrico 283 a 285
 Esófago com tubo cutâneo 293 a 295
 Nariz - órgão pré-fabricado 788, 789
 Necrose de tecidos por infiltração de citotáticos 792
 Paralisia total do plexo braquial 796, 797
 Pé - dador de dedo 785
 Polegar - com dedo do pé 779 a 785
 Polegar - com osso ilíaco 774
 Reimplantação do antebraço 62, 786
 Retalho tubular de pele 794
 Síndrome de Volkmann 787
 Transplante de órgão pré-fabricado 788, 789
- Recto
 Abscesso perianal com necrose cutânea 473
 Adenocarcinoma do canal anal 434
 Adenocarcinoma do recto 433, 435 a 437, 439
 Amibiase 476
 Cancro do ânus em hidrosadenite 446
 Condilomas perianais 467, 468
 Condilomatose perianal 469
 Corpos estranhos 470
 Deiscência de sutura perineal 441
 Doença de Crohn 350 a 354, 356, 357, 451
 Doença de Crohn ano-recto-perineal 450
 Doença de Paget - evolução do tumor 482, 483
- Doença de Paget peri-anal (adenoarcanoma intra-epitelial) 479
 Doença de Paget (peroperatório) 480
 Doença de Paget - pós-operatório 481
 Estenose anal 477
 Fissura anal 463
 Fissura anal aguda 464
 Fissura anal crónica 465
 Fissuras anais por sodomização 466
 Fistula peri-anal 471
 Fistula recto-vaginal 472
 Fistulas perineais pós operação de Milles 443
 Fleimão perianal 474
 Hemorroidas 459 a 462
 Imperfuração anal 484, 485, 486
 Lesão rídica perineal 444
 Lesões de radiodermite 447
 Metástase de cancro do recto na mão 449
 Metástases cerebrais - cancro do recto 448
 Peça operatória "fixada" de adenocarcinoma com invasão do ânus 438
 Pólipo adenomatoso 432
 Prolapso mucoso 452
 Prolapso rectal completo "prolapsus recti" 453, 454
 Prurido anal idiopático 478
 Rectocelo 455 a 458
 Rectocelo - defecografia 457, 458
 Sequela de fleimão perineal com necrose cutânea 475
 Sequela pós ressecção abdomino-perineal 442
 Sinus perineal sequela de operação de Milles 440
 Sinus pilonidal 487
 Tumor do canal anal exteriorizado 445
 Tumor viloso do recto 430, 431
- Reimplantação de pé 75
 Reimplantação de antebraço 62, 786
 Reimplantação de dedo 776 a 778, 780
 Retalho tubular de pele 794
 Retracção mamilar 183
 Retroperitoneu
 Lipossarcoma 665, 666
 Neurilenoma benigno 668
 Síndrome de Gardner 661 a 663
 Tumor retroperitoneal (Schwanoma) 667
- Rim poliquístico do adulto 732
 Rotura distal do tendão extensor "Mallet finger" 765
 Rotura do músculo tricipete 63
 Rotura do tendão longo extensor do polegar 769
 Rotura duodenal por traumatismo 48
 Rotura e esfacelo hepato-cólico 49
 Rotura esplénica 608, 618
 Rotura esplénica em dois tempos 617
 Rotura gástrica traumática 47
 Rotura traumática do jejuno 345

- S
- Sarcoma da mama 192
- Sarcoma da parede torácica 131
- Schwanoma - ramo do nervo ciático 750
- Schwanoma retroperitoneal 667
- Secção de ramo do nervo facial 25, 26
- Secção do nervo cubital 772, 773
- Secção do nervo facial 27, 28
- Secção do plexo braquial por esquirola de setela 215
- Secção parcial do nervo mediano. 106
- Secção tendinosa e muscular 764 a 770
- Secção traumática do nervo femoral 71
- Seroma capsulado recorrente 151
- Sinal de Courvoisier 570, 572
- Sindactília 811, 816
- Síndrome compartimental de Volkmann 60
- Síndrome compartimental 64, 65
- Síndrome da ansa cega 349
- Síndrome de Bouveret 560
- Síndrome de Cushing 672
- Síndrome de Frey ou síndrome auriculotemporal. 205
- Síndrome de Gardner 661, 662, 663
- Síndrome de H.E.L.L.P. 518
- Síndrome de Mirizi 558
- Síndrome de Ogilvie 379, 380
- Síndrome de Peutz-Jeghers 377, 378
- Síndrome de Raynaud 238, 239, 240
- Síndrome de Volkmann 787
- Síndrome de "prune belly" 713 a 717
- Síndrome pós-colecistectomia 574
- Sinus perineal sequela de operação de Milles 440
- Sinus pilonidal 487
- T
- Tendões 764 a 770
- Teratoma quístico do ovário 742
- Testículos intra-abdominais 713 a 719
- Tiróide
- Adenoma tiroídeo 678
- Bócio mergulhante 680 a 683
- Cicatriz de tireoidectomia 702
- Desvio da traqueia 679, 681, 682
- Esvaziamento ganglionar cervical 696
- Hipertiroidismo 677
- Tireoidectomia - complicações 692 a 695, 697 a 701, 703
- Tumor em lobo restante 691
- Tumor folicular da tiróide 685, 686
- Tumor medular da tiróide 687, 688, 689, 690
- Tumor papilar da tiróide 684
- Tireoidectomia - complicações 692 a 703
- Tiros 33, 39, 45, 46, 74, 220, 795
- Tofos gotosos 757
- Torção do cordão espermático 727, 728
- Transferência muscular 797
- Transplante de ansa jejunal 281, 282, 286, 288, 735
- Transplante de dedo do pé para a mão 779 a 785
- Transplante de epíplon 790 a 793
- Transplante de órgão pré-fabricado 788, 789
- Transplante de retalho osteo-cutâneo 795
- Transplante muscular 787, 796
- Traumatismo
- Abdominal 50, 51
- Amputação com esmagamento do braço 59
- Amputação da mão 68
- Amputação de pé 75
- Amputação e esmagamento do pé 76
- Arrancamento de braço 61
- Arrancamento de membro inferior com osso coxal 70
- Arrancamento do nervo facial 22, 23, 24
- Arrancamento e reimplantação de orelha 19
- Craniano 20, 32
- Cranio-encefálico por tiro 33
- Da face 30
- Da vesícula biliar 574
- Do escroto 53
- Escalpe do antebraço 58
- Esfacelo perineal 55
- Esplénico 607 a 617
- Fechado da parede torácica e abdominal 37
- Ferida cervical 34
- Ferida da mão com retenção de corpo estranho 69
- Ferida da parede abdominal 41
- Ferida por abrasão 31
- Ferida por esmagamento 57
- Ferida por fresa 73
- Ferida torácica por tiro de arma caçadeira. 39
- Fractura da bacia 52
- Flematoma provocado por cinto de segurança. 35
- Hepático 49, 521 a 536
- Laceração perineal 54
- Lesão do nervo facial 20 a 28
- Lesão iatrogénica do nervo facial 29
- Lesões por bala 45
- Lombar e da raiz da coxa 40
- Luxação escapulo-umeral 56
- Máscara equimótica (Morestin) 38
- Miosite ossificante 66, 67
- Mordedura de cão - Sequela 18
- Mordedura de ratos 72
- Perfuração abdominal provocada por haste de madeira 43, 44
- Reimplantação de um pé 75
- Reimplantação de antebraço 62
- Rotura do músculo tricipete 63
- Rotura duodenal por traumatismo 48
- Rotura e esfacelo hepato-cólico 49
- Rotura gástrica pós-traumática 47
- Secção traumática do nervo femoral 71
- Síndrome compartimental (fasciotomia) 64, 65
- Síndrome compartimental de Volkmann 60
- Tiro 39, 46, 74
- Torácico 36 a 38; 212 a 221
- Traumatismo abdominal 50, 51
- Tromboangeite obliterante - Doença de Burger 226
- Tromboflebite aguda 246
- Tromboflebite superficial 245
- Trombose da artéria mesentérica superior 373, 374
- Trombose da veia cava inferior 250
- Trombose da veia ilíaca 251
- Trombose venosa 252
- Trombose venosa profunda 247, 248
- Trombose venosa profunda - phlegmasia cerúlea dolens 249
- Tumor carcinóide 339
- Tumor da glândula tiróideia, em lobo restante 691
- Tumor da hipofaringe 130
- Tumor de glândula paratiróide 704
- Tumor de Klatskin - colangiopressonância 531
- Tumor do ânus 446, 447
- Tumor do canal anal exteriorizado 445
- Tumor do cárdia com infiltração do esófago 319
- Tumor do cego 405
- Tumor do cólon sigmoide 399, 400, 413
- Tumor do corpo carotídeo 202
- Tumor do diafragma 300
- Tumor do duodeno - adenocarcinoma 318
- Tumor do duodeno - adenoma das glândulas de Brunner 317
- Tumor do esófago 272, 274 a 292
- Tumor do maxilar 128, 129
- Tumor do mediastino 223
- Tumor do ovário 742, 743
- Tumor do palato 125
- Tumor do pâncreas 570, 591 a 601, 605
- Tumor duplo do esófago 275
- Tumor envolvendo a veia porta 530
- Tumor folicular da tiróide 685, 686
- Tumor glómico sub-ungueal 150
- Tumor medular da tiróide 687 a 690
- Tumor metácrono do cólon 412
- Tumor neuroendócrino do pâncreas 600
- Tumor pancreático 570, 591 a 601, 605
- Tumor papilar da tiróide 684
- Tumor retroperitoneal (Schwanoma) 667
- Tumor submandibular - Linfoma 209
- Tumor viloso do recto 430, 431
- Tumores pancreáticos 591 a 601

U

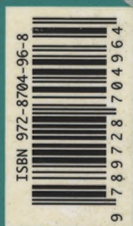
Úlcera de Marjolin 101, 102
 Úlcera duodenal perfurada 312
 Úlcera duodenal 314
 Úlcera por injeção de líquido esferosante 118, 119
 Úlceras de Curling 103
 Úlceras de pressão 112 a 117
 Unha encravada 4
 Ureter - compressão tumoral 147, 733
 Uretero-ileostomia 734
 Uretrostomia perineal com perda da uretra esponjosa 735
 Urologia
 Carcinoma espinho-celular do pênis 731
 Carúncula uretral 725
 Circuncisão 724
 Criptorquídia - síndrome de "prune belly" 715a 717
 Criptorquídia - testículos intra-abdominais 718, 719
 Fimose 723
 Hidrocelo em adulto 721
 Hidrocelo em bebê 720
 Hipospádias 711, 712
 Leucoplasia do pênis 730
 Linfedema de escroto e pênis 726
 Parafimose 729

Pênis reimplantado 736
 Reconstrução da uretra 735
 Rim poliúístico do adulto 732
 Síndrome de "prune belly" 713, 714
 Torção do cordão espermático 727, 728
 Ureter - compressão tumoral 733
 Ureter - ileostomia 734
 Uretrostomia perineal 735
 Varicocele 722
 Útero miomatoso 738

V

Varicocele 722
 Varizes esofágicas 268, 269
 Vasculite 521
 Veia aneurismática 244
 Veia cava - filtro endoluminal 253
 Veias trombosadas 245 a 253
 Vias biliares extra-hepáticas
 Adenoma 542
 Adenomiomatose 543
 Cálculos biliares radiopacos 546
 Carcinoma 563
 Colangiocarcinoma 530, 564, 567
 Colangiocarcinoma de localização distal 566
 Colangiografia por Ressonância Magnética 565

Colangiograma 573
 Colecistite aguda 549 a 557
 Colecistite calculosa 540
 Colecistite crônica 537 a 539
 Colecistite enfisematosa 556
 Colecistite gangrenosa 550
 Colecistostomia 559
 Colédoco estenose 575
 Colesterose e pólipo vesicular 541
 Distensão 572
 Drenagem biliar externa, percutânea trans-hepática. 569
 Enfisema do epiploon 557
 Hidrôpsia 544
 Icterícia 568
 Íleo biliar 337, 561, 562
 Íleo biliar duodenal - Síndrome de Bouveret 560
 Lesão traumática 574
 Litíase da via biliar principal 547
 Neo-vesícula 548
 Obstrução do colédoco distal 571
 Sinal de Courvoisier 570
 Síndrome de Mirizzi 558
 Vesícula porcelânica 545
 Volvo do cego 391
 Volvo do cólon sigmóide 392, 393, 394



Nota Prévia • Prefácio •
Apresentação • Infecções
• Trauma • Queimaduras
• Feridas • Oncologia •
Pele e Tecido Celular Sub-
cutâneo • Mama • Ca-
beça, Pescoço • Parede
Torácica, Mediastino e Pul-
mão • Patologia Vascolar
– Artérias, Veias, Linfáticos
• Esófago e Diafragma •
Estômago e Duodeno •
Intestino Delgado • Có-
lon • Recto e Ânus •
Apêndice Ideo-cecal • Fi-
gado • Vesícula Biliar e
Vias Biliares • Pâncreas •
Baço • Peritonite e Abces-
so Intra Peritoneal • Pare-
de Abdominal, Epiploon,
Mesentério e Retroperito-
neu • Supra-Renal • Tirói-
de • Paratiróide • Uro-
logia • Ginecologia • Neu-
rocirurgia – Nervos Pe-
riféricos • Mão • Cirur-
gia Reconstructiva • Le-
sões Iatrogénicas • Ano-
malias Congénitas dos
Membros • Outras Afec-
ções

