

**MEDICINA:**

# LONGE DOS HOLOFOTES,

**PERTO DAS PESSOAS**

**3**

**Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(ORGANIZADOR)**



**MEDICINA:**

# LONGE DOS HOLOFOTES,

**PERTO DAS PESSOAS**

**3**

Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(ORGANIZADOR)



**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## Medicina: longe dos holofotes, perto das pessoas 3

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Bruno Oliveira  
**Indexação:** Gabriel Motomu Teshima  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Benedito Rodrigues da Silva Neto

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: longe dos holofotes, perto das pessoas 3 /  
Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta  
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-560-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.607210810>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito  
Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

## APRESENTAÇÃO

Sabemos que o trabalho do médico humanitário envolve uma grande variedade de atividades que podem girar em torno de diversas atividades. Existe um longo e vasto caminho muitas vezes pouco iluminado pelos sistemas de comunicação, mas que são uma base essencial para o desenvolvimento dessa ciência. Exemplos como de equipes médicas que atuam em situações de conflito e pós-conflito, no controle e combate às doenças epidêmicas, no atendimento emergencial às vítimas de catástrofes naturais, e garante atendimento médico às pessoas excluídas dos sistemas de saúde locais, contribuem para esse entendimento.

A proximidade com o paciente e os valores éticos necessitam ser valorizados e incentivados, pois geram possibilidades além de pressionarem grandes indústrias e governos para que medicamentos acessíveis e de qualidade cheguem às populações mais pobres do mundo.

Tendo em vista a dimensão e a importância dessa temática, a mais nova obra da Atena Editora, construída inicialmente de três volumes, direciona ao leitor um novo material de qualidade baseado na premissa que compõe o título da obra.

Situações de emergência pedem resposta rápida, com atendimento médico especializado e apoio logístico, mas falhas crônicas no sistema de saúde local, como a escassez de instalações de saúde, de profissionais qualificados e a inexistência da oferta de serviços gratuitos para populações sem recursos financeiros, também podem motivar a atuação da organização. Ou seja, uma amplitude de temas que aqui serão abordados dentro dos diversos campos de atuação dos profissionais envolvidos.

De forma integrada e colaborativa a nossa proposta, apoiada pela Atena Editora, trás ao leitor produções acadêmicas desenvolvidas no território nacional abrangendo informações e estudos científicos no campo das ciências médicas com ênfase na promoção da saúde em nosso contexto brasileiro. Desejamos que a obra “Medicina: Longe dos holofotes, perto das pessoas” proporcione ao leitor dados e conhecimento fundamentado e estruturado.

Tenham todos uma ótima leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **ACHADO ACIDENTAL DE LEIOMIOMA DE CÓLON DESCENDENTE**

Natália Melo Abrahão

Stefano Sardini Dainezi

Andressa Sardini Dainezi

Marco Aurélio Dainezi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108101>

### **CAPÍTULO 2..... 4**

#### **ADOLESCÊNCIA E AUTOMUTILAÇÃO: FATORES PSICOSSOCIAIS E MIDIÁTICOS QUE INFLUENCIAM NA PRÁTICA AUTOLESIVA**

Fabiana Amorim da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108102>

### **CAPÍTULO 3..... 13**

#### **ALTERAÇÕES PULMONARES EM PACIENTES COM INFECÇÃO VIRAL POR INFLUENZA A (H1N1): ACHADOS TORÁCICOS**

Vicente Sanchez Aznar Lajarin

Gustavo de Souza Portes Meirelles

Carlos Gustavo Yuji Verrastro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108103>

### **CAPÍTULO 4..... 27**

#### **ANÁLISE DA FREQUÊNCIA DE POSITIVIDADE PARA A MUTAÇÃO T790M NO GENE *EGFR*, POR PCR DIGITAL EM GOTAS, EM AMOSTRAS DE PLASMA DE PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS (CPNPC)**

Marianna Kunrath-Lima

Cynthia Patrícia Nogueira Machado

Bárbara Costa de Rezende

Luiz Henrique Araújo

Maíra Cristina Menezes Freire

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108104>

### **CAPÍTULO 5..... 34**

#### **AVALIAÇÃO DA COMPREENSÃO DAS ESTUDANTES DO INSTITUTO FEDERAL DE GOIÁS – CAMPUS FORMOSA SOBRE ENDOMETRIOSE**

Nathalia Aguiar de Carvalho

Giovana Além Cáceres

Nayra Yane Pereira Nascimento

Ariane Bocaletto Frare

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108105>

### **CAPÍTULO 6..... 48**

#### **BILIOMA ENCAPSULADO HEPÁTICO ASSOCIADO AO COLANGIOCARCINOMA**

## PERIHILAR - TUMOR DE KLATSKIN

Lavínio Nilton Camarim

Fabio Henrique de Aquino Teixeira dos Santos

Hugo Ferreira Selegato

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108106>

## **CAPÍTULO 7..... 60**

### **CARACTERIZAÇÃO DE ESTUDANTE DE MEDICINA E SUA VISÃO SOBRE A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Raquel Rangel Cesario

André Luiz Teixeira do Vale

João Victor Marques Monteaperto

Oscar Jimenez Fuentes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108107>

## **CAPÍTULO 8..... 71**

### **CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A PESSOA IDOSA: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA ENTRE 2013 E 2017 NO BRASIL**

Antonio Vinicius Sales de Moraes Souza Crisanto

Sara Reis Neiva Eulálio

Lúcio Alberto de Pinho Pessôa Monteiro

Júlio Leal dos Santos Marques

Caroline Baima de Melo

Luana Amorim Guilhon

Antonio Vilc Sales de Moraes Souza Crisanto

Kleber Andrade Eulálio

Ian Oliveira de Moraes

João Paulo de Oliveira Mata

Isac Rodrigues Loiola Neto

Rogério Mendes de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108108>

## **CAPÍTULO 9..... 79**

### **ESTUDO RETROSPECTIVO DE PACIENTES IDOSOS COM NEOPLASIA DO TRATO GASTROINTESTINAL TRATADOS ENTRE 2014 E 2018**

Marcos Dumont Bonfim Santos

Bruna Bighetti

Emili Galvani de Menezes Ayoub

Renata do Socorro Monteiro Pereira

Vinicius Agibert de Souza

Michelle Samora Almeida

Hakaru Tadokoru

Christian Ribas

Tiago Costa de Padua

Ramon Andrade de Mello

Jaime Zaladek Gil

Nora Manoukian Forones

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108109>

**CAPÍTULO 10..... 85**

**GASTRECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM CÂNCER GÁSTRICO INCIPIENTE**

Beatriz Ribeiro Coutinho de Mendonça Furtado  
Camila Jales Lima de Queiroz  
Emilly Bruna Soares Rodrigues  
Flaviana Ribeiro Coutinho de Mendonça Furtado  
Matheus Lima Dore  
Rayanne Kalinne Neves Dantas  
Rayanne Oliveira da Silva  
Renan Baracuhy Cruz Viana

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081010>

**CAPÍTULO 11 ..... 91**

**GESTÃO DO CUIDADO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FÉLIX FRANCISCO SOBRE O COMPORTAMENTO SUICIDA**

Caroline Pessoa Macedo  
Iluska Guimarães Rodrigues  
Letícia Monte Batista Noieto  
Lucas Nogueira Fonseca  
Paula Moraes Nogueira Paranaguá  
Viriato Campelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081011>

**CAPÍTULO 12..... 97**

**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: DA EPIDEMIOLOGIA ÀS DISPARIDADES NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro  
Laura Dayane Gois Bispo  
Maria Júlia Oliveira Ramos  
Jussielly Cunha Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081012>

**CAPÍTULO 13..... 108**

**INFLUÊNCIA DA DIABETES GESTACIONAL: RISCO PARA GESTANTE E FETO**

Natália Moreira de Souza Leal  
Josimar Santório Silveira  
Cynthia Figueiredo de Pinho Cypriano  
Lívia Mattos Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081013>

**CAPÍTULO 14..... 114**

**MEMBRANAS BIOATIVAS UTILIZADAS EM ASSOCIAÇÃO À SUBSTÂNCIAS E BIOMATERIAIS SINTÉTICOS E NATURAIS**

Ana Paula Bomfim Soares Campelo

Érica Uchoa Holanda  
Marcio Wilker Soares Campelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081014>

**CAPÍTULO 15..... 128**

O ENXERTO DE PELE COMO FERRAMENTA DE RESTABELECIMENTO DA AUTO-ESTIMA DO PACIENTE

Rafaela Araújo Machado  
Larissa Pereira Guerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081015>

**CAPÍTULO 16..... 132**

OS CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM FISIOTERAPIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Vitor Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081016>

**CAPÍTULO 17..... 146**

PERFIL DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS EM PRESCRIÇÕES DE PROTOCOLOS ANTINEOPLÁSICOS E ACEITAÇÃO MÉDICA: UM TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Géssica Teixeira da Silva  
Thamires Lira Fonseca Pereira  
Trícia Maiara dos Santos Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081017>

**CAPÍTULO 18..... 156**

PLATELET/LYMPHOCYTE AGGREGATES AND CD40L RECEPTORS HAVE A CRITICAL ROLE IN PROGRESSION AND METASTASIS OF GASTRIC CANCER

Cecília Araújo Carneiro Lima  
Mário Rino Martins  
Rogério Luiz dos Santos  
Jerônimo Paulo Assis da Silva  
Leuridan Cavalcante Torres

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081018>

**CAPÍTULO 19..... 170**

REDE DE APOIO À USUÁRIA COM LESÃO PRECURSORA DE CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camilla de Souza Menezes  
Juliane Falcão da Silva  
Michelle Oliveira Neves  
Rebeca de Oliveira Paixão  
Maiane França dos Santos  
Helder Brito Duarte

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081019>

**CAPÍTULO 20..... 174**

**SARCOMA SINOVIAL BIFÁSICO DE MEMBRO SUPERIOR – RELATO DE CASO**

Maurício Waltrick Silva  
Cássio Mello Teixeira  
Luciano Niemeyer Gomes  
Juliane da Silva Nemitz  
Augusto Nobre Kabke  
Marco Aurélio Veiga Conrado  
Ricardo Lanzetta Haack

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081020>

**CAPÍTULO 21..... 177**

**SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO ELDERLY PATIENT DURING THE PERIOPERATIVE PERIOD OF A RIGHT DIRECT HEMICOLECTOMY: REPORT OF THE EXPERIENCE**

Jamille da Silva Mohamed  
Natacha Brito de Sena Lira  
Fatima Helena do Espírito Santo  
Cristhian Antonio Brezolin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081021>

**CAPÍTULO 22..... 179**

**A IMPORTÂNCIA DO PAINEL DE CÂNCER HEREDITÁRIO EXPANDIDO NO ATUAL CENÁRIO DE SAÚDE: UM CAMINHO MAIS RESPONSIVO E MENOS DESPEDIOSO DE INVESTIGAR O CÂNCER HEREDITÁRIO**

Michele Groenner Penna  
Patrícia Gonçalves Pereira Couto  
Natália Lívia Viana  
Laura Rabelo Leite  
Natália Lopes Penido  
Maíra Cristina Menezes Freire

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081022>

**CAPÍTULO 23..... 204**

**TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL RETROPERITONEAL SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO – RELATO DE CASO**

Ketheryn Adna Souza de Almeida  
Fernanda Bomfati  
Vando de Souza Junior  
Ramon Alves Mendes  
Janaira Crestani Lunkes  
Carlos Augusto Cadamuro Kumata  
Fernanda Alonso Rodriguez Fleming  
Raul Caye Alves Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081023>

**CAPÍTULO 24.....208**

**ZINGIBER OFFICINALE NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA, NÁUSEA E VÔMITO: UMA REVISÃO**

Rachel Melo Ribeiro  
Natália Carvalho Fonsêca  
Ana Beatriz Coelho Mendes  
Águida Shelda Alencar Santos  
Felipe Feitosa Silva  
Ivania Corrêa Madeira  
Maryane Belshoff de Almeida  
Thaís Abreu Borges  
Thayna Matos de Sousa  
Leticia da Silva Ferreira  
Rafael Cardoso Carvalho  
Marilene Oliveira da Rocha Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081024>

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 224**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 225**

## BILIOMA ENCAPSULADO HEPÁTICO ASSOCIADO AO COLANGIOCARCINOMA PERIHILAR - TUMOR DE KLATSKIN

Data de aceite: 01/10/2021

Lavínio Nilton Camarim

Fabio Henrique de Aquino Teixeira dos Santos

Hugo Ferreira Selegato

**RESUMO: Objetivo:** Relatar o caso de um paciente que apresentou bilioma encapsulado hepático, enfatizando um raciocínio clínico sistematizado na rara condução da patologia citada, além de mostrar a forma rara e grave do tumor de Klatskin, bem como as manifestações clínicas e as intervenções terapêuticas realizadas. **Detalhamento do caso:** Paciente masculino, foi regulado na Santa Casa de Franca – SP, aceito no setor de clínica médica, devido a derrame pleural à direita. Já diagnosticado com CCA (tumor de Klatskin) inoperável. Após ser verificado que o conteúdo na pleura se tratava de bile, foi aventada a hipótese de bilioma, confirmado posteriormente pelos profissionais do setor de cirurgia geral. Paciente teve piora progressiva do quadro, sendo necessárias intervenções para alívio dos sintomas e maior sobrevida. Devido a esta rara afecção e suas consequências foi necessária a transferência do paciente para um serviço de maior complexidade (HC-RP). **Considerações finais:** Diante de um paciente com diagnóstico de tumor Klatskin IV, o qual é irresssecável, é necessária uma abordagem precoce para alívio dos sintomas e prevenir suas complicações, dentre estas o bilioma

encapsulado ou não, melhorando a qualidade de vida e sobrevida do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Colangiocarcinoma, bilioma, encapsulado, tumor, Klatskin, perihilar.

### HEPATIC ENCAPSULATED BILIOMA ASSOCIATED WITH CHOLANGIOCARCINOMA PERIHILAR - KLATSKIN TUMOR

**ABSTRACT: Objective:** To report the case of a patient who presented encapsulated hepatic bilioma, emphasizing systematic clinical reasoning in the rare conduction of the aforementioned pathology, in addition to showing the rare and severe form of Klatskin's tumor, as well as the clinical manifestations and therapeutic interventions performed. **Case details:** Male patient, was treated at Santa Casa de Franca – SP, accepted in the medical clinic sector, due to pleural effusion on the right. Already diagnosed with inoperable CCA (Klatskin's tumor). After verifying that the content in the pleura was bile, the hypothesis of bilioma was raised, which was later confirmed by professionals in the general surgery sector. The patient had a progressive worsening of the condition, requiring interventions to relieve symptoms and improve survival. Due to this rare condition and its consequences, it was necessary to transfer the patient to a more complex service (HC-RP). **Final considerations:** In the presence of a patient diagnosed with a Klatskin IV tumor, which is unresectable, an early approach is necessary to alleviate the symptoms and prevent its complications, including the encapsulated or not bilioma, improving the patient's quality of life

and survival.

**KEYWORDS:** Cholangiocarcinoma, bilioma, encapsulated, tumor, Klatskin, perihilar.

## INTRODUÇÃO

O bilioma é definido como coleção de bile, encapsulada ou não, fora das vias biliares, de localização intra ou extra-hepática. Destaca-se como principais causas desta afecção trauma (contuso ou penetrante), lesão iatrogênica do trato biliar e espontâneo, sendo esse último raramente relacionada à diversas patologias, incluindo o colangiocarcinoma, coledocolitíase, colecistite aguda, abscesso hepático, anemia falciforme, entre outros (1)(2)(7).

Casos de bilioma são raros, havendo poucos relatos na literatura, contudo, lesões iatrogênicas aumentaram devido à introdução de cirurgias laparoscópicas em vários centros, ocasionando lesão do ducto biliar, vazamento do ducto cístico, ducto acessório ou lesão de intestino (1)(2)(7).

Já os colangiocarcinomas (CCA) são tumores originados do epitélio dos ductos biliares intra ou extra-hepáticos. Baseando-se na localização anatômica, podem ser classificados como intra-hepático (CCAI, 10%), perihilar (CCAp, > 70%) ou distal (CCAd, 25%). O tipo mais comum de CCA é o perihilar, historicamente referido como tumor de Klatskin. A definição do CCAp inclui tumores que se originam acima da junção do ducto cístico, incluindo ductos biliares secundários (3)(4)

Os tumores do trato biliar são responsáveis por menos de 1% de todos os tumores em geral e representam em torno de 10-20% dos tumores primários do fígado. São mais comuns após os 65 anos, com um leve predomínio no sexo masculino, enquanto os tumores de vesícula biliar têm uma leve tendência a acometer mais pacientes do sexo feminino (3)(4).

Os fatores de risco bem estabelecidos para colangiocarcinoma são colangite esclerosante primária, cistos hepatobiliares, hepatolitíase, toxinas e infestações parasitárias (*Opisthorchis viverrini* e *Clonorchis sinensis*); que estão associados à inflamação crônica biliar e intenso turnover celular. Vários estudos de casos controlados de países asiáticos e ocidentais relataram a infecção viral da hepatite C como um fator de risco significativo para o colangiocarcinoma intra-hepático. Fatores de risco suspeitos incluem doença inflamatória intestinal, tabagismo e polimorfismos genéticos (4)(5).

## DETALHAMENTO DO CASO

Paciente masculino, foi regulado na Santa Casa de Franca – SP, aceito no setor de clínica médica, devido a derrame pleural à direita, cursando com dispneia e dor ventilatório dependente, dois dias após drenagem pleural com saída de grande quantidade de líquido amarelo espesso. Sem queixas de febre, tosse ou outros sintomas gripais. Já diagnosticado

com CCA (tumor de Klatskin), tipo IV, na classificação de Bismuth-Corlette, inoperável, com programação de radioterapia.

Apresentava as comorbidades como diabetes tipo 1 (apresenta pé diabético), hipertensão arterial sistêmica, hipertrigliceridemia, fazendo uso dos medicamentos metformina 850mg (1-0-1), insulina NPH (30-0-30), glibenclamida, hidroclorotiazida 25mg (1-0-1), Losartana 50 mg (0-1-1), sinvastatina 20mg (0-0-1), Cilostazol. Referiu ser etilista social e ex-tabagista

O exame físico apresentava-se em bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico e afebril. Do aparelho cardiovascular possuía bulhas rítmicas, normofonéticas, em 2 tempos, sem sopro, com tempo de enchimento capilar de 2 segundos, e frequência cardíaca de 75 batimentos por minuto. Do aparelho respiratório apresentava murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído em base pulmonar direita, com presença de crepitações finas associadas, eupneico, presença de dreno em HTD oscilante. O abdome era globoso, flácido, com ruídos hidroaéreo presente, indolor à palpação, sem visceromegalias e ausência de sinais de irritação peritoneal. Nos membros inferiores sem edemas ou sinais de empastamentos e presença de pé diabético cicatrizado em membro inferior direito.

De exames complementares externos, dispunha de uma colangiorressonância magnética do mês anterior, que apresentava em seu laudo uma acentuada dilatação das vias biliares intra-hepáticas com colédoco medindo 0,6cm e os ductos direito e esquerdo 0,6cm cada. Tecido mal delimitado, infiltrando o hilo hepático e obstruindo o ducto hepático comum e confluência dos ductos direito e esquerdo, comportando-se com sinal intermediário em T1 e T2, medindo 5,5 x 5,5cm nos maiores diâmetros axiais, determinando leve compressão da vesícula biliar. Conclusão do laudo: Lesão expansiva junto ao hilo hepático infiltrando os ductos hepáticos comum, direito e esquerdo.

O paciente foi internado aos cuidados da pneumologia para diagnóstico e tratamento do caso, um total de 20 dias de internação, sem alterações importantes no exame físico durante esse período, apresentando apenas a saída de secreção amarelo biliosa pelo dreno, mas não foi quantificada todos os dias, apresentando média de 350ml, nos dias quantificados. Foram também solicitados exames laboratoriais e de imagens, até passar para os cuidados da cirurgia geral.

Aos exames laboratoriais do período apresentou 13 dias após entrada no serviço, hemograma com Hb 7,9 g/dl; Ht 27,9 %; CHCM 28,8 g/dl; Plaquetas 511 mil /uL; Leucócitos 9300/uL ; Seguimentados 70,8% ; Bastões 0,2% ; DHL 3790 UI/L ; Gran. tóxicas finas em 60% dos neutrófilos. TTPA 29,9 segundos; INR 1,56; TGP 6 UI/L; TGO 6 UI/L; Bilirrubina total 0,9 mg/dl; Bilirrubina direta 0,7mg/dl; K 4,8 mEq/L; Na 136 mEq/L; Creatinina 0,8 md/dl; Ureia 41 mg/dl. Na avaliação do líquido pleural, apresentou-se turvo, pH6,4; neutrófilos 95%; hemoglobina 30 g/dl; glicose 14mg/dl; proteínas 0,8 g/dl; albumina 0,6 g/dl; DHL 3790 UI/L; com presença de cocos gram positivos e bilirrubina total de 1,2 mg/dl.

Os exames de imagens que foram realizados são: tomografia computadorizada de abdome superior no terceiro dia que evidenciou edema na parede lateral direita toraco-abdominal com coleção na parede lateral posterior do HT direito com realce periférico medindo 5,2 x 2,8 x 4,3cm. Com pequeno derrame pleural no lado direito com dreno. Alteração do sinal no parênquima hepático encapsulado na face lateral com coleção líquida (6,6 x 2,6 x 6,6cm). Imagem de líquido em torno do fígado e na região intra-hepática. Coleção líquida infra-hepática com gás, sugestiva de abscesso junto da goteira parietocólica direita, medindo 4,5 x 2,7 x 4,3cm. Importante dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Veia porta e veia supra-hepática pérvias.

No sexto dia foi repetido o exame de tomografia computadorizada de abdome superior evidenciando a presença de stent em vias biliares, dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Fígado, baço e pâncreas de atenuação normal. Ausência de adenomegalias e ausência de líquidos nos recessos peritoneais.



Figura 1 Tomografia Computadorizada evidenciando stent em vias biliares.

No vigésimo dia foi transferido o paciente aos cuidados da cirurgia geral, que solicitou novos exames de rotina, avaliação para drenagem de fístula via abdominal, necessitando jejum devido à possibilidade de intervenção cirúrgica. A drenagem foi realizada no primeiro dia sob os cuidados dos supracitados, através de videolaparoscopia, sendo observado em cavidade, grande quantidade de aderências com processo inflamatório abdominal difuso, bloqueado. Tentada lise de aderências, mas devido à presença de aderências firmes

perihepáticas, foi suspenso o procedimento, encaminhando paciente para a enfermaria, para cuidados paliativos com avaliação psicológica.

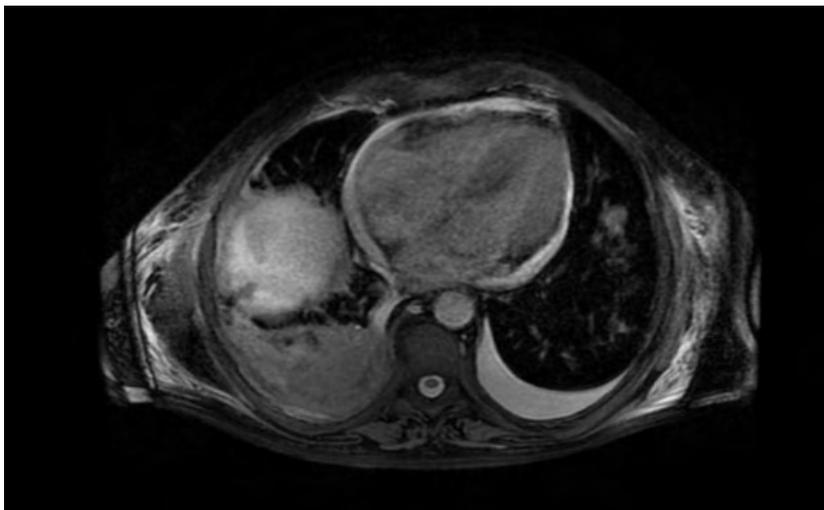


Figura 2 RMN - Corte Axial - Infiltração Pleural.

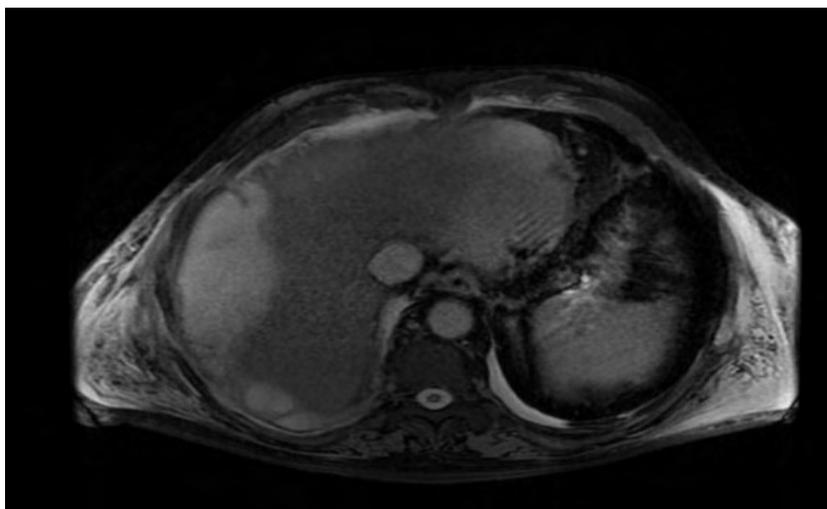


Figura 3 - RMN - Corte Axial - Bilioma Hepático.

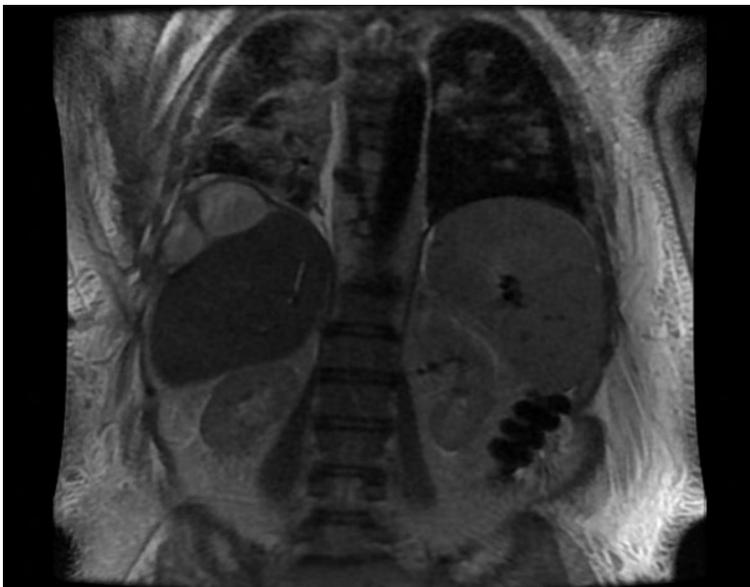


Figura 4 - RMN - Corte Coronal – Bilioma.

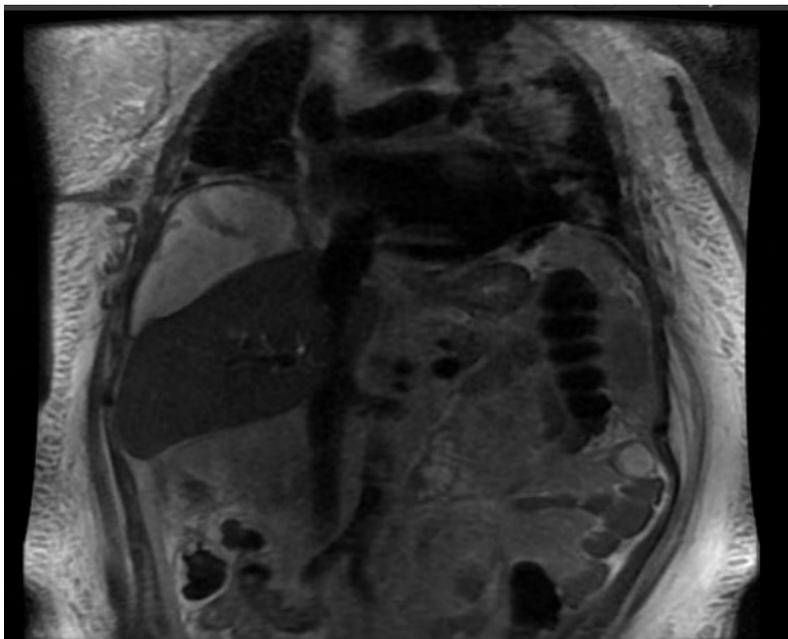


Figura 5 - RMN - Corte Coronal - Bilioma Encapsulado.

Após muito debate sobre o quadro do paciente, foi decidido encaminhá-lo via cross para o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para drenagem via percutânea, por radiologista intervencionista.

Sua regulação via cross demorou em torno de 6 dias e, durante esse tempo,

não houve alterações importantes nos exames físicos. Seu débito do dreno torácico foi mensurado em média de 230 ml/24horas de conteúdo bilioso. Também foram coletados novos exames laboratoriais. No vigésimo dia: INR 1,7; TTPA1,1 segundos; Ureia 22 mg/dl; Na 134 mEq/L; K 4,8 mEq/L; Hb 8,3 g/dl; Ht 28,3 %; Plaquetas 315 mil /  $\mu$ L; Leucócitos 7700/  $\mu$ L; Segmentados 73%; Bastões 0%; Creatinina 0,8 mg/dl. No dia 21/11/2020 TAP 1,8 segundos; Hb:8,7 g/dl; Ht 29%; Leucócitos 7400/  $\mu$ L; segmentados 70%; Bastões 2%. No dia 23/11/2020 apresentou INR:2,02. E no vigésimo quarto dia creatinina 0,8mg/dl; K 4,6 mEq/L; NA 133 mEq/L; Ureia 20 mg/dl; Bilirrubina total 1,2 mg/dl; com análise de líquido pleural turvo com pH 6,4, leucócitos 4750/  $\mu$ L; neutrófilos 95%; hemácias 30/  $\mu$ L; glicose 14 mg/dl; proteínas 0,8g/dl; albumina 0,6g/dl; DHL 3790 UI/L; presença de cocos gram positivo.

Após sua regulação para o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, paciente veio a óbito.

## DISCUSSÃO

O termo Bilioma foi introduzido em 1979 por Gould and Patel para descrever uma coleção loculada externamente à árvore biliar. Mais tarde, Kuligowska et al. estenderam o termo bilioma para incluir tanto coleções intra, quanto extrahepáticas de bile. Bilomas são mais comuns devido a cirurgias, principalmente, colecistectomia (laparoscópica) e procedimentos tais como colangiografia percutânea trans hepática, biópsia hepática, drenagens biliares, evacuação de produtos retidos de concepção e trauma (1)(2)(7).

Atualmente a formação espontânea de bilioma é uma entidade reconhecida. A causa subjacente mais comum de bilioma espontâneo é a coledocolitíase. Outras causas raras incluem tumores de ductos biliares, infarto hepático, abscesso e idiopático. A maioria das coleções são subdiafragmáticas e sub-hepáticas (1)(2)(7).

Biliomas encapsulados são menos comuns e têm sido reportados após cirurgias e traumas. Os casos espontâneos são muito raros. O mecanismo exato pelo qual o bilioma é formado ainda não foi totalmente esclarecido. Os fatores que contribuem para a sua formação são aumento de pressão intraductal causada por obstrução devido a cálculo, tumor, e espasmo do esfíncter de Oddi, necrose de parte da parede do ducto biliar em consequência de cálculo, ruptura de cisto ou divertículo, e infarto focal de fígado (1)(2)(7).

Já os colangiocarcinomas, em especial os perihilares, chamados classicamente de Tumores de Klatskin, são tumores originados acima da junção do ducto cístico, incluindo os ductos biliares secundários. É o tipo mais comum dos colangiocarcinomas, equivalendo a 70% dos casos quando comparados aos outros dois tipos mais comuns, como o CCA distal, equivalendo a 25% dos casos e dos CCA intra-hepáticos, equivalendo a 10 % dos casos. (3)

Há fatores de risco para CCA fortemente reconhecidos, como colangite esclerosante

primária, cisto hepatobiliares, hepatolitíase, toxinas, e infestações parasitárias (*Opisthorchis viverrini* e *Clonorchis sinensis*); que estão associados à inflamação crônica biliar e intenso turnover celular. Fatores de risco mais recentemente reconhecidos incluem cirrose, hepatite crônica B e C, obesidade, diabetes e alcoolismo, que são similares aos fatores de risco do carcinoma hepatocelular. Fatores de risco suspeitos incluem doença inflamatória intestinal, tabagismo e polimorfismos genéticos (4)(5).

A sintomatologia clínica do CCA não é específica. Nos estágios iniciais usualmente são assintomáticos, podendo apresentar perda de peso, mal-estar, desconforto abdominal, icterícia, hepatomegalia e até massas palpáveis abdominais, quando mais avançados. Laboratorialmente podem manifestar-se com leves alterações nos testes séricos da função hepática, sem muita especificidade (5).

Os exames de imagens não definem o diagnóstico, mesmo que muito sugestivos. A tomografia computadorizada (TC) de abdômen detecta o nível de obstrução biliar, retração da cápsula e atrofia hepática. Na ressonância nuclear magnética (RNM) o CCA apresenta sinal hipointenso em T1 e hiperintenso em T2, caracterizando também fibrose. A RM com colangiopancreatografia (RMCP) pode ser útil para visualizar o sistema ductal e as estruturas vasculares e assim determinar a extensão anatômica do tumor. A ultrassonografia com Doppler pode identificar invasão vascular e oclusão de veia porta ou artéria hepática. O uso da colangioscopia digital, através do sistema Spyglass, como método diagnóstico dos CCA com biópsia da estrutura biliar tem aumentado em muitos centros cirúrgicos, com sensibilidade de 90% e especificidade entre 77-87%. Mesmo controverso, o PET-CT pode ser útil para estadiamento (3)(5).

Em pacientes com proposta de ressecção primária da lesão, não existe a necessidade de confirmação histológica antes do procedimento. Quando o diagnóstico pré-operatório é necessário, o estudo citológico do suco biliar por colangiografia percutânea ou endoscópica é o método mais utilizado, embora apresente baixa sensibilidade (5).

Os marcadores tumorais CEA e CA 19.9 possuem baixa sensibilidade para os estágios iniciais da doença, além de se alterarem em outras doenças benignas, limitando seu uso no diagnóstico. No cenário de obstrução biliar, os níveis de CA 19.9 devem ser novamente dosados após a drenagem, já que possuem meia vida de 1 a 3 dias. Já a alfa-fetoproteína é útil na distinção dos CCA com carcinoma hepatocelular, principalmente em pacientes com doenças hepáticas crônicas (5).

No estadiamento, especificamente do tumor de Klatskin, há duas classificações mais usadas, mesmo não havendo consenso de qual é o melhor. É recomendado o uso da classificação da 8ª edição do AJCC/UICCA por guidelines europeus e americanos que classifica o CCA perihilar em T1 é o tumor confinado ao ducto biliar, T2a quando invade tecido gorduroso periductal e T2b quando invade parênquima hepático. T3 com invasão vascular unilateral (portal ou arterial) e T4 quando invade tronco portal ou arterial principal ou seus ramos bilateralmente. Linfonodos hilares (1 a 3) são considerados N1; 4 ou mais

linfonodos são considerados N2. Os Tumores perihilares ainda podem ser classificados pela classificação de Bismuth-Corlette, apresentada na tabela abaixo (3).

Classificação de Bismuth-Corlette de CCA perihilar.

Tipo I	Tumor envolve apenas o ducto hepático comum abaixo da confluência
Tipo II	Tumor envolve a confluência do ducto hepático comum
Tipo IIIa	Tumor envolve o ducto hepático direito além da confluência
Tipo IIIb	Tumor envolve o ducto hepático esquerdo além da confluência
Tipo IV	Tumor envolve ambos os ductos hepáticos direito e esquerdo

CCA = colangiocarcinoma.

Figura 6 Diretrizes Oncológicas - Colangiocarcinoma.

O tratamento dos tumores de Klatskin varia de acordo com a localização de origem do tumor. Pacientes que se apresentam com icterícia devem realizar os exames diagnósticos antes da drenagem biliar. A drenagem biliar pré-operatória não é recomendada de rotina, devendo ser discutida em equipe multidisciplinar, levando-se em consideração comorbidades, níveis de bilirrubinas e estado nutricional (4)(5).

Devido à localização anatômica do ducto esquerdo (mais alongado antes da segmentação) usualmente a cirurgia é uma hepatectomia direita estendida para o segmento IV, incluindo o I, o que usualmente requer embolização portal (nesse caso deve-se drenar a via biliar do lado que fica antes). A ressecção vascular do hilo é possível, porém afeta o prognóstico.

O transplante hepático nos casos de doença irrissecável tem sido explorado em um contexto multidisciplinar com restritos critérios de seleção e associado à terapia neoadjuvante (4)(5).

A única situação em que a ressecção hepática não é requerida no CCAp é no tipo I, pela classificação de Bismuth-Corlette, ou seja, tumores no 1/3 médio do colédoco.

As terapias locorregionais são consideradas nos casos de tumores irrissecáveis e com o objetivo de aliviar sintomas, podendo ter efeito positivo na sobrevida. Porém, poucos estudos têm avaliado a eficácia dessas terapias até o momento (4)(5).

A radioterapia tem sido recomendada para alívio parcial ou completo da dor e da obstrução biliar. Já a quimioembolização transarterial tem demonstrado efeitos positivos com toxicidades aceitáveis em pacientes não candidatos à ressecção cirúrgica, porém ainda falta evidência para sua recomendação (5).

A obstrução de vias biliares do paciente relatado era devido a um tumor de Klatskin IV, segundo a classificação de Bismuth, causando um aumento da pressão intraductal. Este tumor era irrissecável, sendo necessário passagem de cateter nas vias biliares para tratamento paliativo. Este procedimento teve como consequência um bilioma.

Normalmente os sintomas do bilioma são localizados no quadrante superior direito(QSD) causando dor e inchaço abdominal, algumas vezes associados à febre. Apesar de mais comuns no QSD, podem ocorrer no quadrante superior esquerdo em 40% dos casos, quando a bile migra do QSD para o espaço sub-hepático esquerdo ou subdiafragmático acima da parte anterior do fígado (1)(2)(7). A dor abdominal em QSD é um sinal frequentemente encontrado no paciente com bilioma encapsulado, por vezes associado com náusea e vômito(1)(2)(7).

O paciente também cursava com desconforto respiratório, devido a fístula diafragmática que causou extravasamento de bile para o espaço entre diafragma e pleura parietal. Um dos principais mecanismos da formação de fístula é a existência de um bilioma infectado que reside abaixo do diafragma, presume-se que a existência de bile neste sítio pode causar erosão dos tecidos alcançando o espaço pleural, brônquios ou ambos. No paciente supracitado o bilioma foi uma consequência da colocação de stent em vias biliares, para alívio dos sintomas do tumor de Klatskin IV, que causou extravasamento de bile, consequentemente o bilioma gerado serviu como mecanismo de formação da fístula (8).

O Ultrassom é um exame sensível para o diagnóstico de biliomas, mas o diagnóstico desta complicação é facilitado pelo uso de Tomografia computadorizada (1)(2)(7). Este exame é ótimo para encontrar a localização do bilioma e identificar qual o seu tamanho, padrão (unilocular ou septado), distribuição e região anatômica, assim como pode definir sua causa.

Os diagnósticos diferenciais incluem hematoma, seroma, abscesso hepático, pseudocisto, cisto hepático, e linfocele. A anatomia da coleção e o número da TC ajudam a diagnosticar o bilioma. A maioria dos biliomas possuem um número de TC menor do que 20 HU, a menos que estejam misturados com exsudato de sangue(7).

A USG e TC abdominal às vezes não conseguem diferenciar biliomas de seromas, linfocelos e angiomas. A ressonância magnética pode ser útil quando houver extravasamento contínuo de bile, mas não entra nos exames diagnósticos quando tal vazamento não estiver presente. A aspiração percutânea guiada por imagem pode ser diagnosticada, quando evidenciar bilirrubina. Caso a substância aspirada seja um líquido amarelado, deve ser feita a cultura para descartar uma possível infecção.

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica pode ser usada para encontrar a localização e quão severo é o extravasamento de bile. Entretanto, a presença de pequenos cistos biliares ou biliomas, localizados em áreas mais baixas do fígado, onde podem estar escondidos pelas sombras gastrointestinais, dificultam o diagnóstico. A USG e TC podem guiar acuradamente a drenagem de coleções.

O tratamento de biliomas pequenos, com poucos centímetros, não é necessário; tais lesões podem ser supervisionadas. Entretanto a maioria dos biliomas necessitam de tratamento.

Atualmente o tratamento para bilioma não necessita ser cirúrgico, diferente do

passado onde esta era a única opção, a drenagem percutânea guiada por imagem dreno pigtail, Dreno naso biliar endoscópico e esfínterectomia endoscópica ou aplicação de stent para diminuir a pressão dos canais biliares e retirar o cálculo, caso haja indicação. Cirurgia está raramente indicada - naqueles em que a retirada endoscópica dos cálculos falha, os que necessitam de tratamento definitivo para tumores biliares, ou quando há extravasamento persistente mesmo com a drenagem percutânea (1)(2)(7).

Inicialmente optou-se por drenagem com cateter da coleção de bile, e decompressão biliar com a colocação de stent no ducto biliar comum, foi aventada a possibilidade de cirurgia. Esse procedimento foi realizado através de videolaparoscopia, sem sucesso, devido a grande quantidade de aderências e processo inflamatório abdominal difuso, a existência de aderências firmes perihepáticas impediram a continuidade da cirurgia. O paciente foi encaminhado à enfermaria para cuidados paliativos e avaliação psicológica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que obilioma encapsulado é uma rara complicação de traumas e afecções hepatobiliares obstrutivas, incluindo colangiocarcinomas. E, diante de um paciente com diagnóstico de tumor Klatskin IV, o qual é irredutível, é necessária uma abordagem precoce para alívio dos sintomas e prevenir suas complicações, melhorando a qualidade de vida e sobrevivência do paciente. O diagnóstico precoce do bilioma permite um tratamento minimamente invasivo ou mais conservador na presença de coleções em pequena quantidade, sendo assim, a cirurgia só é indicada em casos de extravasamento persistente de bile ou na existência de complicações ou de doenças concomitantes.

## REFERÊNCIAS

1. GOSSLING, P.A.M. et al. *Bilioma espontâneo: relato de caso e revisão da literatura. Radiol Bras.* v. 45, n. 1, p. 59-60, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842012000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842012000100013).
2. Castro BN, Amado A, Torre AP, Leite M, Graça S, Vieira JL, et al. *Bilioma hepático subcapsular: uma complicação rara da colecistectomia; 2018.* Disponível em: <https://www.spcir.com/congresso/wp-content/uploads/2019/02/2935106-1.pdf>
3. DANI, R. *Gastroenterologia Essencial. 4.ed.* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011. GHOURI, Y.A.; MIAN, I.; BLECHACZ, B. *Cancer review: Cholangiocarcinoma. Journal of Carcinogenesis*, v. 14, 2015.
4. Deoliveira ML, Schulick RD, Nimura Y, Rosen C, Gores G, Neuhaus P, et al. *New staging system and a registry for perihilar cholangiocarcinoma. Hepatology.* 2011;53(4):1363-71
5. MÉNDEZ, F.H. *Colangiocarcinoma hilar (tumor de Klatskin). Revista Clínica Médica Familiar*, v. 7, n. 1, p. 69 – 72, 2014.

6. Lee JH, Suh JI. A case of infected biloma due to spontaneous intrahepatic biliary rupture. *Korean J Intern Med* 2007; 22: 220-4.

7. Mueller PR, Ferrucci JT Jr, Simeone JF, et al. Detection and drainage of bilomas: special considerations. *AJR Am J Roentgenol* 1983; 140: 715-20.

8. Warren KW, Christophi C, Armendariz R, et al. Surgical treatment of bronchobiliary fistulas. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 157: 351-6 [PubMed] [Google Scholar]

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Adolescência 4, 5, 6, 7, 9, 110  
Agente Comunitário de Saúde 92, 93, 95  
Automutilação 4, 11, 12  
Automutilação Digital 4, 6, 8, 9, 11

### B

Bilioma 48, 49, 52, 53, 54, 56, 57, 58

### C

Câncer 27, 28, 29, 35, 37, 41, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 150, 156, 166, 170, 171, 172, 173, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 207  
CD40L 156, 157, 159, 161, 162, 164, 165, 167, 168  
Cicatrização 114  
Colangiocarcinoma 48, 49, 56, 58  
Colo do Útero 170, 171, 172  
Cólon Descendente 1, 2  
Comportamento Suicida 91, 92, 93, 94, 95  
CPNPC 27, 28, 29, 30

### D

Diabetes Mellitus Gestacional 108, 109, 113  
Diabetes na Gestação 108, 109, 112  
Diagnóstico 1, 2, 3, 10, 19, 22, 27, 35, 36, 38, 48, 50, 55, 57, 58, 69, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 88, 89, 90, 99, 100, 101, 104, 108, 110, 112, 113, 138, 148, 170, 171, 172, 175, 179, 180, 184, 185, 192, 193, 205  
Disparidades em Assistência à Saúde 97  
Doença 13, 18, 20, 21, 24, 29, 34, 35, 36, 37, 39, 44, 45, 46, 49, 55, 56, 82, 83, 86, 87, 89, 98, 108, 109, 112, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 148, 150, 173, 175, 188, 193, 204

### E

Educação em Saúde 115, 132, 135  
Educação Médica 60, 70, 105  
EGFR 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33  
Encapsulado 48, 51, 53, 57, 58

Endometriose 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47

Equipe Multiprofissional 146, 148

Estratégia Saúde da Família 170

Estudante de Medicina 60

## F

Feridas Crônicas 114

Flow Cytometry 156, 164, 165, 169

## G

Gastrectomia 85, 86, 88, 89

Genética 27, 36, 47, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 190, 191, 193, 194, 224

Gestão do Cuidado 91, 92, 93, 94

GIST 2, 80, 81, 82, 83, 90, 204, 205, 206, 207

Gravidez 109, 110, 111, 112, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 217, 219, 220

## H

Hiperêmese Gravídica 208, 209, 210, 211, 213, 219

## I

Idosos 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 92

Imatinibe 82, 204, 205, 206, 207

Infarto do Miocárdio 97, 107

Infertilidade 34, 35, 36, 39, 42

Intervenção Farmacêutica 146, 148, 150, 152, 154

## K

Klatskin 48, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58

## L

Laparoscopia 86, 87, 88, 90

Laparotomia 205, 206

Leiomioma 1, 2, 3

Lesão Tecidual 114

## M

Membranas Bioativas 114, 115, 116, 118, 120

MFC 60, 61, 66, 67, 69

## **N**

Nanopartículas 114

Necessidades em Saúde 60

Neoplasia do Trato Gastrointestinal 79, 80, 81

Neoplasias Gástricas 86, 88

## **O**

Oncogeriatría 80

Oncologia 65, 79, 146, 148, 152, 154, 170

## **P**

Pacientes Idosos 79, 80

Painel 179, 180, 183, 189, 190, 191, 192, 193

Perihilar 48, 49, 55

Platelet 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169

Platelets-leucocyte aggregate 156

Prevenção 5, 37, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 107, 109, 115, 132, 137, 138, 170, 172, 179, 193, 208, 210, 216, 217, 219, 220

Prevenção Primária 138, 170

Promoção da Saúde 132, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144

## **R**

Redes Sociais 4, 6, 8, 11, 140, 142, 143, 173

Retroperitônio 205

## **S**

Segurança do Paciente 146, 147, 148, 149, 153, 154, 155

Sistema Único de Saúde 61, 71, 73, 77, 97, 102, 103, 116

SUS 60, 61, 69, 70, 102, 103, 105, 171

## **T**

T790M 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Teorias em Saúde 132

Transtorno Mental 4, 6, 11

Tumor 1, 2, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 81, 82, 87, 152, 157, 161, 162, 165, 166, 167, 187, 188, 199, 201, 203, 204, 205, 206, 207

Tumor Estromal Gastrointestinal 2, 81, 204, 206, 207

## **V**

Violência Contra o Idoso 72

Violência Sexual 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77

## **Z**

Zingiber officinale 208, 209, 211, 213, 219, 221, 222, 223

MEDICINA:

# LONGE DOS HOLOFOTES,

PERTO DAS PESSOAS

3

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)



MEDICINA:

# LONGE DOS HOLOFOTES,

PERTO DAS PESSOAS

3

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

