

A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Atena
Editora
Ano 2022

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

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 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**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a 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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci 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
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-973-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.735221502>

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
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

Iniciamos o ano de 2022 com mais um projeto de qualidade na área da saúde, trata-se da obra “A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde - volume 1” coordenada pela Atena Editora, e inicialmente, compreendida em dois volumes.

Sabemos que o olhar técnico é de extrema importância na determinação dos processos patológicos, assim como o desenvolvimento de metodologias que sejam cada vez mais acuradas e assertivas no diagnóstico. Uma consequência desse processo é o estabelecimento de práticas otimizadas e eficazes para o desenvolvimento da saúde nos âmbitos sociais e econômicos.

Todo material aqui disposto, está diretamente relacionado com o trabalho constante dos profissionais da saúde na busca deste desenvolvimento mencionado, mesmo em face dos diversos problemas e dificuldades enfrentados. Assim, direcionamos ao nosso leitor uma produção científica com conhecimento de causa do seu título proposto, o que a qualifica mais ainda diante do cenário atual e aumentando a importância de se aprofundar no conhecimento nas diversas técnicas de estudo do campo médico que tragam retorno no bem estar físico, mental e social da população. Esta obra, portanto, compreende uma comunicação de dados muito bem elaborados e descritos das diversas áreas da medicina oferecendo uma teoria muito bem elaborada em cada capítulo.

Por fim, oferecer esses dados através de uma literatura, rigorosamente avaliada, evidencia a importância de uma comunicação sólida com dados relevantes na área médica, deste modo a obra alcança os mais diversos nichos das ciências médicas.

Desejo a todos uma excelente leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

(HYDROXY)CHLOROQUINE, HEPARINS, AND GLUCOCORTICOIDS IN COVID-19 TREATMENT: A SYSTEMATIC REVIEW

Jucier Gonçalves Júnior
Thais Helena Bonini Gorayeb
Carolina Teixeira Cidon
Maria Eugênia Teixeira Bicalho
Victor Caires Tadeu
João Calvino Soares de Oliveira
Vitor Antonio de Angeli Oliveira
Ana Luísa Cerqueira de Sant'Ana Costa
Samuel Katsuyuki Shinjo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7352215021>

CAPÍTULO 2..... 24

A INFLUÊNCIA DA SUBSTÂNCIA CINZENTA PERIAQUEDUTAL NO PROCESSAMENTO DA DOR DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Bárbara Andrade Lima
Keyla Iane Donato Brito Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7352215022>

CAPÍTULO 3..... 34

ANÁLISE INTEGRATIVA DA SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Júlia Ferrari Paulista
Andressa Delponte Sagrillo
Julia Teston
Fátima Abrahão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7352215023>

CAPÍTULO 4..... 43

ASSOCIAÇÃO ENTRE DISTÚRBIOS METABÓLICOS E DOENÇAS AUTOIMUNES

Carolina Bassoli de Azevedo Bella
Gabriela de Sena Garcia Maia
Helena de Jesus Souza
Roberta de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7352215024>

CAPÍTULO 5..... 58

ABORDAGEM DE HEPP-COQUINAUD EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MIRIZZI IV: RELATO DE CASO

Thais Gomes de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7352215025>

CAPÍTULO 6..... 66

ANAL CYTOLOGY IN IMMUNOCOMPETENT PATIENTS WITH HIGH-GRADE INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA (CIN II AND CIN III)

Marcio Erik Franco Ribeiro
Lyliana Coutinho Resende Barbosa
Taylor Brandão Schnaider
Bruno Alexandre Napoleão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7352215026>

CAPÍTULO 7..... 80

DOSIMETRIA FRICKE: UMA METODOLOGIA PARA DETERMINAR O VALOR DO RENDIMENTO QUÍMICO DA RADIAÇÃO PARA HDR COM FONTES DE 192IR

Andrea Mantuano Coelho da Silva
Camila Salata
Carla Lemos da Silva Mota
Arisa Pickler de Oliveira
Mariano Gazineu David
Paulo Henrique Gonçalves Rosado
Vanessa Mondaini de Castro
Glorimar Jesus de Amorim
Luis Alexandre Gonçalves Magalhães
Carlos Eduardo Veloso de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7352215027>

CAPÍTULO 8..... 94

ESTRESSE OXIDATIVO E A RIBOFLAVINA: UMA ABORDAGEM FISIOPATOLÓGICA DA SÍNDROME METABÓLICA

Ricardo Braga Varella
Rodrigo Suiter Dias Malpaga
Eitor Moraes Alves de Toledo
Leonardo Bartolomeu Coradini Impaléa
Guilherme Chohfi de Miguel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7352215028>

CAPÍTULO 9..... 102

ESTUDO COMPARATIVO DA EFICÁCIA VIDEOENDOSCÓPICA DA URETROTOMIA INTERNA CLÁSSICA COM FACA FRIA E DA URETROTOMIA INTERNA COM HO: YAG LASER NO TRATAMENTO DE ESTENOSE DA ANASTOMOSE VESICO-URETRAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA

Henrique Donizetti Bianchi Florindo
André Guilherme Lagreca da Costa Cavalcanti
Irineu Rubinstein

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7352215029>

CAPÍTULO 10..... 143

A FEMINIZAÇÃO NA NEUROCIRURGIA

Maria Clea Marinho Lima

Renata Alves de Sousa
Giovanni Silveira Maioli
Ernesto Gomes da Silva Neto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150210>

CAPÍTULO 11..... 153

MANIFESTAÇÃO NEUROLÓGICA HEMORRÁGICA EM PACIENTE JOVEM PÓS COVID-19: UM RELATO DE CASO

Letícia Gusso Scremin
Shema El- Iaden Hammound
João Victor Rodrigues Bubicz
Nick Dorneli de Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150211>

CAPÍTULO 12..... 164

INFLUÊNCIA DE ANDRÓGENOS NA MASSA CORPORAL E NO OSSO

Trayse Graneli Soares
Isabel Rodrigues Rosado
Julia Perinotto Picelli
Renato Linhares Sampaio
Ian Martin
Endrigo Gabellini Leonel Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150212>

CAPÍTULO 13..... 178

MICROCEFALIA

Aline Rabelo Rodrigues
Beatriz Pereira Vilela
Danielly Maximino da Rocha
Enzo Lustosa Campos
Geovana Sousa Macedo
Igor Costa Santos
João Victor Carvalho da Paz
Larissa Alves Peixoto
Natália da Silva Fontana
Valdecir Boeno Spenazato Júnior
Bruno Borges Ferreira Gomes
Eduardo Beneti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150213>

CAPÍTULO 14..... 188

O PAPEL DO PROCESSO INFLAMATÓRIO NA DOENÇA DE CHAGAS E SUAS POTENCIALIDADES TERAPÊUTICAS

Daniel Evangelista de Miranda
Renata Dellalibera-Joviliano
Reinaldo Bulgarelli Bestetti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150214>

CAPÍTULO 15..... 192

O USO DA LAPAROSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HÉRNIA DE SPIEGEL – UMA SÉRIE DE CASOS

Alexandra Mano Almeida
Daniel Souza Lima
Roberto Sérgio de Andrade Filho
Hélio José Leal Silva Júnior
Gleydson César de Oliveira Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150215>

CAPÍTULO 16..... 202

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE TIREOIDE NO BRASIL: UM ESTUDO DESCRITIVO DE 2015 A 2019

Arthur Silva da Silva
Brunna Machado Medeiros
Vinicius Kaiser Queiroz
Pablo Enrique Sanabria Rocha
Luana de Oliveira Rodrigues
Maria Alice Souza de Oliveira Dode

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150216>

CAPÍTULO 17..... 208

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO NO ESTADO DE MATO GROSSO, NO PERÍODO DE 2015 A 2019

Giovana Elisa Rosa Galiassi
Thayná Garcia Strey
Emerson Giuliano Palacio Favaro
Gisele do Couto Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150217>

CAPÍTULO 18..... 224

REVISÃO LITERÁRIA SOBRE OBSTRUÇÕES ARTERIAIS DECORRENTES DE PREENCHIMENTOS NA FACE E SEUS POSSÍVEIS PREJUÍZOS NA VISÃO

Gabriela Ferreira Kozlowski
Ana Paula Müller Penachio
Carla Mottin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150218>

CAPÍTULO 19..... 226

SÍNDROME DE MOEBIUS: RELATO DE CASO

Paula de Carvalho Bacelar
Maria Raimunda Brito Pinheiro Ramos
Maria Cláudia Pinheiro Rufino Ribeiro
Luma Solidade Barreto
Paulo Ricardo Martins Almeida
Daniel Oliveira Coelho
Micaela Henriette Gaspar Souza

Marcella Queiroz Bacelar Nunes
Ana Helena Lobato Jinkings Pavão
Maurício Luis Dall'Agnol
Giovana de Paiva Adler
Maria Zilda Pinheiro Ribeiro Reis Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150219>

CAPÍTULO 20..... 235

TUBERCULOSE INTESTINAL PERFURADA SIMULANDO EXACERBAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN

João Felipe Federici de Almeida
Everton Bruno Castanha
Guilherme Lourenço de Oliveira Silva
Ricardo Lima Lopes
Carlos Henrique Arruda Salles

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.73522150220>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 239

ÍNDICE REMISSIVO..... 240

O USO DA LAPAROSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HÉRNIA DE SPIEGEL – UMA SÉRIE DE CASOS

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 19/11/2021

Alexandra Mano Almeida

Centro Universitário Unichristus, Hospital São Carlos
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2432889645004999>

Daniel Souza Lima

Centro Universitário Unichristus, Hospital São Carlos
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5549134966583181>

Roberto Sérgio de Andrade Filho

Hospital São Carlos
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4327025802023684>

Hélio José Leal Silva Júnior

Hospital São Carlos
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8243305833586714>

Gleydson César de Oliveira Borges

Hospital São Carlos
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8885857551145433>

RESUMO: Introdução - A hérnia de Spiegel é uma hérnia rara, correspondendo a cerca de 0,1 a 0,2% de todas as hérnias da parede abdominal. Essa hérnia pode surgir ao longo da linha semilunar, mais comumente onde a linha semilunar intersecta a linha arqueada de

Douglas. Caso 1 – L.L., masculino, 63 anos, jogador de *badminton*, dor em flanco esquerdo associada ao esforço físico, exame físico normal. Caso 2 – M.E.S, 39 anos, feminino, faxineira, dor em flanco esquerdo associada ao esforço físico, exame físico normal. Caso 3 – M.E.S.M, 48 anos, masculino, dor em flanco esquerdo associada ao esforço físico, exame físico normal. Caso 4 – F.L.A, 43 anos, masculino, surfista, dor em flanco direito associada ao esforço físico, manobra de Taxi positiva no exame físico. Caso 5 – R.H.C.S, 38 anos, dona de casa e usuária frequente de academia, dor em flanco direito ao esforço físico, manobra de Taxi positiva. Todos os cinco casos apresentavam dor associada ao esforço físico. Os casos 1, 2 e 3 apresentaram exame físico sem alterações e os exames de imagem foram inconclusivos. Os casos 4 e 5 já apresentaram exame físico sugestivo e ultrassonografia de parede abdominal mostrando orifícios herniários de 4,0 x 4,0 cm e 3,0 x 2,0 cm, respectivamente. Foram realizadas laparoscopias para confirmação diagnóstica com visualização de saco herniário entre a aponeurose do transversos do abdômen / músculo oblíquo interno e a borda lateral do reto abdominal; seguiu-se à correção com dissecação do saco herniário, sutura laparoscópica da falha herniária e aposição de tela dupla-face por videolaparoscopia. Conclusão - Como na grande maioria dos casos, o exame físico é inconclusivo, os métodos de imagem precisam ser utilizados no diagnóstico. A modalidade de escolha é a ultrassonografia de parede abdominal apesar de um “intervalo” na sombra ecogênica da linha semilunar dificultar o diagnóstico. E os exames com imagens estáticas como tomografia e

ressonância ainda são menos confiáveis. Nos casos em questão, optou-se pelo uso da laparoscopia para confirmar o diagnóstico e realizar tratamento mais adequado desse tipo de hérnia com sutura da falha herniária seguida da aposição de tela semi-absorvível. Essa técnica é uma alternativa para o diagnóstico e uma via de abordagem cirúrgica eficaz e segura para a hérnia de Spiegel.

PALAVRAS-CHAVE: Hérnia. Hérnia Abdominal. Parede Abdominal. Laparoscopia.

THE LAPAROSCOPY USED AS DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF SPIGELIAN HERNIA – A SERIE OF CASES

ABSTRACT: Introduction – Spiegel’s hernia is a rare hernia, corresponding to about 0.1 to 0.2% of all abdominal wall hernias. This hernia can appear along the semilunar line, most commonly where the semilunar line intersects Douglas’ arcuate line. Case 1 – L.L, male, 63 years old, badminton player, left flank pain associated with physical effort, normal physical examination. Case 2 – M.E.S, 39 years old, female, cleaning lady, left flank pain associated with physical effort, normal physical examination. Case 3 – M.E.S.M, 48 years old, male, left flank pain associated with physical effort, normal physical examination. Case 4 – F.L.A, 43 years old, male, surfer, right flank pain associated with physical effort, positive Taxi maneuver on physical examination. Case 5 – R.H.C.S, 38 years old, housewife and frequent gym user, pain in the right flank of physical effort, positive Taxi maneuver. All five cases had pain associated with physical effort. Cases 1, 2 and 3 presented physical examination without changes and the imaging exams were inconclusive. Cases 4 and 5 have already presented suggestive physical examination and abdominal wall USG showing 4.0 x 4.0 cm and 3.0 x 2.0 cm hernia holes, respectively. Laparoscopies were performed for diagnostic confirmation with visualization of the hernial orifice between the aponeurosis of the transversus abdominis / internal oblique muscle and the lateral border of the rectus abdominis; followed by correction with dissection of the hernia orifice, laparoscopic suture of the hernia failure and apposition of a double-sided screen by videolaparoscopy. Conclusion – As in the vast majority of cases, physical examination is inconclusive, imaging methods need to be used in the diagnosis. The modality of choice is ultrasound of the abdominal wall, although an “interval” in the echogenic shadow of the semilunar line makes the diagnosis difficult. And still imaging tests like tomography and MRI are even less reliable. In the cases in question, we opted for the use of laparoscopy to confirm the diagnosis and perform more appropriate treatment of this type of hernia with suture of the hernia orifice followed by the affixing of semi-absorbable mesh. This technique is an alternative for diagnosis and an effective and safe surgical approach for Spiegel’s hernia.

KEYWORDS: Hernia. Abdominal hernia. Abdominal wall. Laparoscopy.

1 | INTRODUÇÃO

As hérnias de Spiegel ocorrem através da fásia spigeliana, a qual é composta de uma camada aponeurótica entre os retos abdominais medialmente e a linha semilunar lateralmente^{3,4,13}. Adrian van der Spieghel (1578-1625), professor de anatomia e cirurgia, foi o primeiro a descrever com precisão a linha semilunar^{1,8}. Ele descreveu a fásia de Spiegel

como uma estrutura aponeurótica entre o músculo abdominal transverso no sentido lateral e a bainha reta posterior, no sentido medial^{1,4,8}.

Esta fásia é o que forma a linha semilunar, e é através da camada desta fásia que a hérnia se forma³. Essas hérnias podem surgir ao longo da linha semilunar desde a margem costal até a sínfise púbica^{4,8}. Na prática, a linha semilunar é tomada como a borda lateral da bainha reta¹³. Originalmente, a intenção de Spiegel foi a de representar esta estrutura como a linha de transição desde as fibras musculares do músculo abdominal transverso à aponeurose posterior do reto^{1,3}

A fásia de Spiegel varia na largura, ao longo da linha semilunar, e torna-se mais larga à medida que se aproxima do umbigo^{7,13}. Sua parte mais larga é a área onde a linha semilunar intersecta a linha arqueada de Douglas (linha semicircular)^{1,13}. É nessa região que mais de 90% das hérnias de Spiegel são encontradas. Considera-se que, como a fásia de Spiegel é mais larga neste ponto, ela também é mais fraca nesta região^{1,5,7}.

2 | SÉRIE DE CASOS

CASO 1 – L.L., 63 anos, sexo masculino, jogador de *badminton*, começou a apresentar dor abdominal 04 meses antes da admissão, em área de transição do flanco esquerdo para fossa ilíaca esquerda, em peso, associada ao esforço físico durante as disputas de *badminton*. Não apresentava nenhum outro sintoma associado. Sem comorbidades e sem fatores de risco associados ao aparecimento de hérnias da parede abdominal. Ao exame físico, apresentava abdômen sem falhas herniárias palpáveis, mesmo após manobra de Valsalva. Realizou ultrassonografia (USG) de parede abdominal e tomografia computadorizada (TC) de abdômen que não mostraram falhas aponeuróticas.

CASO 2 – M.E.S., 39 anos, sexo feminino, faxineira, dor em flanco esquerdo associada ao esforço físico que se iniciou há cerca de 06 meses antes da admissão. Sem outros sintomas associados e sem comorbidades. Ao exame físico, abdômen sem alterações. USG e TC de abdômen não mostraram falhas na parede abdominal.

CASO 3 – A.E.S.M., 48 anos, sexo masculino, administrador, dor em flanco esquerdo associada ao esforço físico durante as atividades físicas na academia; a dor iniciou cerca de 03 meses antes da admissão. Assim como os pacientes anteriores, o exame físico não mostrou alterações na parede abdominal e os exames de imagem também não mostraram imagens sugestivas de hérnias.

CASO 4 – F.L.A., 43 anos, sexo masculino, surfista, dor em flanco direito associada ao esforço físico que iniciou aproximadamente 04 meses antes da admissão. O exame físico era sugestivo de hérnia da parede abdominal com palpação de falha herniária e manobra de taxa positiva e USG de parede abdominal mostrando orifício herniário de 4,0 x 4,0 cm.

CASO 5 – R.H.C.S., 38 anos, dona de casa e usuária frequente de academia, dor

em flanco direito ao esforço físico iniciada 02 meses antes da admissão. Exame físico também sugestivo de hérnia com abaulamento e manobra de taxo positiva. USG revelou orifício herniário de 3,0 x 2,0 cm.

Os casos 4 e 5 apresentavam diagnóstico clínico sugestivo de hérnia de Spiegel e os exames de imagem confirmaram a falha da aponeurose. Porém, os casos 1, 2 e 3 apresentaram pacientes com dor ao esforço físico, mas não havia abaulamentos ou falhas palpáveis ao exame físico. Além disso, em exames de imagem subsequentes, a aponeurose da parede abdominal mostrou-se sem alterações. Diante da evolução desses 3 casos, o diagnóstico de hérnia passou a ser presumível, mas sem confirmação. Isso levou à hipótese de uma possível hérnia de Spiegel que não ultrapasse a aponeurose do oblíquo externo e por isso não havia abaulamento da parede abdominal e a falha não era visualizada na USG ou TC abdominais.

As laparoscopias diagnósticas para investigação da causa da dor e para tratamento da hérnia, caso realmente fosse identificada a falha herniária, foram realizadas em um hospital de referência na cidade de Fortaleza, Ceará, no período de 2016 a 2019. Os 05 pacientes foram submetidos ao mesmo protocolo de exames pré-operatórios e avaliação pré-anestésica.

Tecnicamente, os pacientes foram posicionados em decúbito dorsal horizontal e foram submetidos a anestesia geral. O cirurgião e o primeiro auxiliar (na posição da câmera) posicionados contra-lateralmente ao quadrante de dor relatada pelo paciente (à direita nos casos 1, 2 e 3 ou à esquerda nos casos 4 e 5) e o set de vídeo obliquamente em posição inferior contrária ao posicionamento do cirurgião⁸.

Os procedimentos iniciaram-se com incisão arciforme supra-umbilical e introdução da agulha de Veress para confecção do pneumoperitônio^{3,8}. Após realização do pneumoperitônio, foi colocado trocarter de 10mm e seguiu-se a aposição da ótica de 30°. Realizado inventário da cavidade e visualizadas falhas herniárias em região do quadrante inferior esquerdo da parede abdominal (nos casos 1, 2 e 3) e em região do quadrante inferior direito (nos casos 4 e 5). Não houve visualização de nenhuma outra alteração intra-cavitária. Sob visão direta, foram colocados os demais trocarteres da seguinte forma^{3,8}: 01 trocarter de 05mm em HCD e 01 trocarter de 10mm em FID (nos casos 1, 2 e 3) e em posições equivalentes à esquerda (nos casos 4 e 5).

As falhas herniárias foram identificadas na área de intersecção da linha semicircular com a linha arqueada de Douglas, todas compatíveis com hérnia de Spiegel; durante a dissecação do saco herniário, observou-se que o mesmo deslizava entre a aponeurose do transverso do abdômen / oblíquo interno e a borda lateral do reto abdominal. O conteúdo intra-cavitário dentro do saco foi reduzido espontaneamente com a confecção do pneumoperitônio.

Realizadas reduções dos sacos herniários com plicadura do mesmo, fechamento dos orifícios herniários com endosutura utilizando fio de polipropileno 2-0 (Prolene®,

Johnson & Johnson, USA) e aposição de tela dupla-face de polipropileno e polidioxanona^{3,8} (Proceed®, Johnson & Johnson, USA) com fixador laparoscópico com grampos absorvíveis de poliglactina (Securetrap® 25, Johnson & Johnson, USA) (FIGURA 01). Em seguida, foi realizada revisão da hemostasia, contagem do material e retirada dos trocarteres com visão direta da ótica. Após desfeito todo o pneumoperitônio, seguiu-se a síntese por planos e curativo.

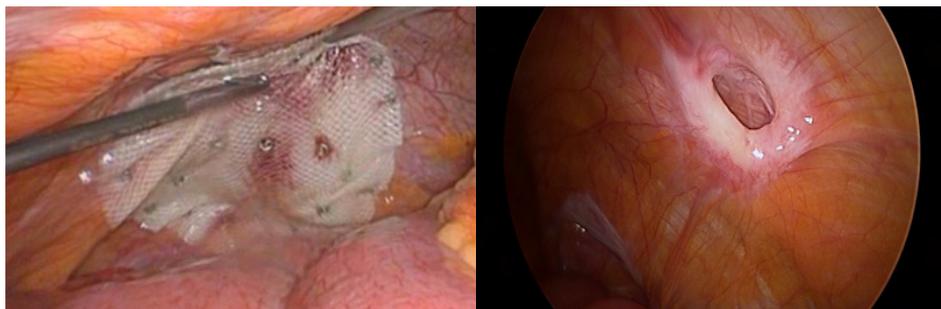


FIGURA 01. Laparoscopia com visualização da falha herniária seguida de correção com tela (a própria autora)

Como não houve necessidade de dissecação e descolamento de tecido celular subcutâneo em nenhum dos procedimentos, devido à correção exclusiva por via laparoscópica, não foi utilizado dreno abdominal de sucção^{3,4}.

Os pacientes evoluíram no pós-operatório de forma bastante satisfatória, recebendo alta hospitalar após 24 horas da cirurgia. Em seguimento ambulatorial precoce, apresentaram-se sem intercorrências e assintomáticos.

Em acompanhamento tardio, todos os casos permanecem assintomáticos e sem sinais de recidiva do componente herniário.

3 | DISCUSSÃO

A fraqueza da fâscia spigeliana (FIGURA 02) é o elemento fundamental que torna capaz a passagem do saco herniário pelo defeito aponeurótico, sendo com frequência devido aos seguintes fatores^{1,8,11}: 1) as fibras dos músculos transversos abdominal e oblíquo interno cruzam-se em ângulos acima do umbigo e seguem paralelos inferiormente à cicatriz umbilical; 2) ao nível da linha arqueada, a aponeurose muscular da parede abdominal ântero-lateral torna-se anterior ao músculo reto e somente as fibras do músculo oblíquo externo fornecem sustentação; 3) a artéria epigástrica inferior segue através da linha arqueada de Douglas, criando portanto um espaço de fragilidade^{1,8,11}.

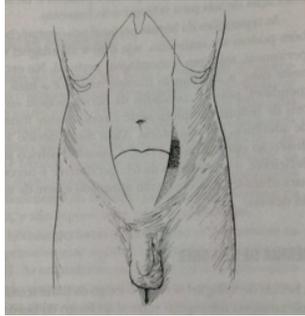


FIGURA 02. Localização anatômica da hérnia de Spiegel
(MAINGOT – Abdominal Surgery, 11ª edição)

À medida que a hérnia se desenvolve, a gordura pré-peritoneal surge através do defeito na fáscia de Spiegel, trazendo com ela uma extensão do peritônio^{1,8}. A hérnia geralmente encontra resistência a partir da aponeurose oblíqua externa e por esta razão, quase todas as hérnias de Spiegel são interparietais e apenas raramente o saco herniário irá residir nos tecidos subcutâneos anteriores à fáscia oblíqua externa⁵. Este fato faz com que o diagnóstico preciso da hérnia de Spiegel seja ainda muito desafiador^{1,11}.

O saco herniário mais comum passa através do músculo transverso do abdômen e da aponeurose do oblíquo interno, espalhando-se posterior à aponeurose oblíqua externa^{8,13}. Esse é o tipo chamado intersticial e é o mais comum (cerca de 98% dos casos). No segundo tipo (menos comum), o saco herniário encontra-se entre a aponeurose do transverso do abdômen e o músculo oblíquo interno. O tipo subcutâneo é o mais raro^{1,3} (FIGURA 03).

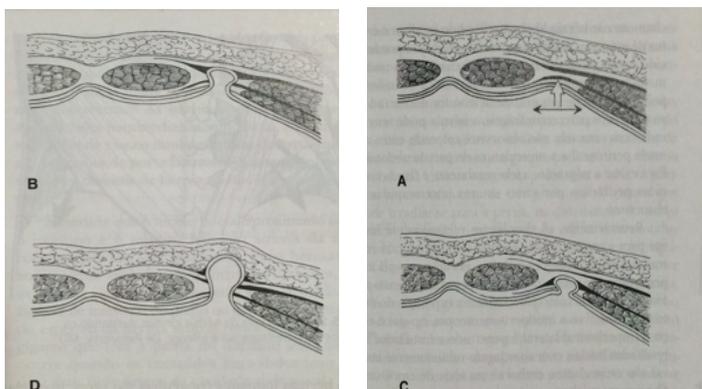


FIGURA 03. Hérnia de Spiegel. A. Rompendo a fáscia de Spiegel. B. O tipo mais comum passou através do transverso e das aponeuroses oblíquas internas e está espalhando-se para fora, na camada intersticial posterior à aponeurose oblíqua externa. C. O tipo menos comum de camada intersticial, entre a aponeurose do transverso e o músculo oblíquo interno. D. O tipo subcutâneo menos comum
(MAINGOT – Abdominal Surgery, 11ª edição).

A maioria das hérnias de Spiegel é pequena (1 a 2 cm de diâmetro) e desenvolve-se entre a quarta e sétima décadas de vida^{1,3,8,13}. Geralmente ocorrem em indivíduos do sexo feminino e em crianças está associada a outras anormalidades congênitas e é extremamente rara nesta faixa etária, correspondendo a menos de 3% dos casos¹³. Os fatores de risco são os mesmos que estão associados a outras hérnias da parede abdominal e incluem condições que levam ao aumento da pressão intra-abdominal, bem como enfraquecimento da parede. São eles, a obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), constipação crônica, prostatismo, múltiplas gestações, ascite, trauma local e procedimentos cirúrgicos prévios¹. Os pacientes em geral apresentam-se com dor localizada nesta região sem um abaulamento⁸. É muito frequente o paciente apresentar um edema no abdômen médio a inferior, bem na parte lateral do músculo reto¹. O paciente pode queixar-se de uma dor penetrante ou sensibilidade na região. Geralmente, a hérnia diminui na posição supina.²

Estima-se que aproximadamente 2% das hérnias da parede abdominal que necessitam de tratamento cirúrgico sejam do tipo spigeliana^{1,8,13}. Como a maioria dessas hérnias se localizam abaixo da aponeurose intacta do oblíquo externo, o diagnóstico é inconclusivo em grande parte dos pacientes. Dessa forma, a imagem radiológica é necessária¹. Um estudo apresentado por Stirnemann mostrou que o exame físico falhou em realizar diagnóstico em mais de 50% dos casos². Testa *et al.* descobriram que a USG da parede abdominal era precisa em 86% dos casos de hérnia de Spiegel².

A modalidade de escolha para seu diagnóstico é a ultrassonografia (USG)^{8,13}. Com aparelhos de alta resolução e o fato de realizar o exame em tempo real usando a manobra de Valsalva ou outros métodos provocativos, a USG é capaz de visualizar o movimento de entrada e saída do conteúdo herniário. Porém, a USG pode mostrar um “intervalo” na sombra ecogênica da linha semilunar, associada ao defeito fascial nas hérnias totalmente reduzidas^{2,8}. Em contrapartida, exames que usam imagens estáticas como a tomografia e a ressonância são menos confiáveis. A TC de abdômen pode ser útil para o diagnóstico nos casos de hérnias encarceradas ou estranguladas⁷. A RNM de abdômen pode fornecer melhor detalhe anatômico regional e por isso, é uma promessa futura como modalidade diagnóstica. Entretanto, a verdadeira sensibilidade e especificidade de cada modalidade é desconhecida^{2,3,5}

A raridade desse tipo de hérnia, a ausência de sintomas típicos e a dificuldade de encontrar achados característicos no exame físico, permite que o diagnóstico dessas hérnias se mantenha sem solução por anos^{8,13}. A parcela de pacientes que não conseguem diagnosticar essa hérnia por USG abdominal podem evoluir durante muito tempo sem identificação da causa para sua dor⁸. Isso cursa com impacto na vida pessoal e profissional desses pacientes.

O tratamento é a reparação cirúrgica devido ao risco de encarceramento associado ao seu anel relativamente estreito^{4,6,8,13}. Cerca de 20 a 30% dos casos necessitam de

intervenção cirúrgica de emergência devido ao encarceramento ou estrangulamento do conteúdo herniário^{4,6,13}. Tradicionalmente, o reparo tem sido por técnica aberta⁸. A abordagem convencional consiste em uma incisão transversa feita diretamente sobre o defeito fascial e estendida até a aponeurose do oblíquo externo. Dessa forma, a fáscia oblíqua externa é incisada, e o músculo oblíquo externo é dividido para identificar o saco herniário. O conteúdo herniário é reduzido para a cavidade abdominal e o saco deve ser ressecado ou invertido para dentro da cavidade^{2,4}. O fechamento do defeito fascial é feito transversalmente e se dá com a sutura das bordas medial e lateral do oblíquo interno e das aponeuroses abdominais transversas. Em seguida, fecha-se a aponeurose do oblíquo externo. Os grandes defeitos devem ser reparados com a utilização de telas protéticas^{3,4,5}.

Comparado com a técnica aberta, o reparo laparoscópico tem se tornado mais popular e está associado com algumas vantagens como menor morbidade pós-operatória, um período menor de convalescência e uma taxa de recidiva aceitável^{1,4,8,12,13}. Desde 1992, quando Carter e Mizes^{1,3,4,9,12,13} descreveram a técnica laparoscópica, vários procedimentos tem sido desenvolvidos no tratamento da hérnia de Spiegel. A técnica de correção por videolaparoscopia começou a ser utilizada mais recentemente, mas ainda são os relatos na literatura descrevendo as vantagens desse tipo de abordagem^{1,4,5,13}. Moreno-Egea *et al.* foram os únicos autores que publicaram um estudo prospectivo randomizado controlado que comparou o reparo laparoscópico com o aberto^{1,12}. Embora os números tenham sido baixos (11 por via aberta *versus* 11 por via laparoscópica), eles mostraram redução significativa na morbidade e no tempo de internamento com a técnica laparoscópica¹. Os reparos laparoscópicos podem ser extraperitoneal total (TEP), transabdominal pré-peritoneal (TAPP) ou “*intraperitoneal onlay mesh*” (IPOM)^{1,3,4,7,8,9,12}. Mas até agora, não há nenhuma técnica laparoscópica padrão ouro^{1,4,8}.

A abordagem TAPP é preferencialmente utilizada nas hérnias de colo largo, complexas, recidivadas e encarceradas, pois permite avaliar a viabilidade do conteúdo do saco herniário^{1,3,4,12,15}. Já a técnica TEP tem a vantagem de evitar a entrada na cavidade peritoneal e, portanto, diminui os riscos de lesões intestinais e é recomendada principalmente em pacientes com aderências intra-abdominais de cirurgias anteriores^{1,3,7,12,15}. Porém essa técnica apresenta inúmeras desvantagens como maior tempo cirúrgico, necessidade de dissecação extensa do campo operatório e dificuldade de abordagem do conteúdo herniário quando há encarceramento^{1,15}.

Nos cinco casos do estudo, a técnica laparoscópica escolhida foi o IPOM. É a abordagem mais fácil, com melhor visibilidade e que requer menor dissecação, além de permitir posicionamento de tela de maior tamanho e com melhor cobertura da falha herniária^{1,3,15}. Nesse reparo, a tela (malha dupla-face) é posicionada sobre o defeito herniário intraperitonealmente e então, com um grampeador insere-se os grampos necessários para ancorar a tela na parede abdominal (figura 03). A sutura primária do defeito herniário não é obrigatória^{1,3}, mas no estudo em questão, o fechamento com sutura laparoscópica

previamente à aposição da tela, foi realizado em toda a série de casos.

A técnica IPOM tem sido a mais popular dos reparos (42,5%)^{1,3,7}. Muitos cirurgiões usam esta técnica devido à rapidez do procedimento e por ser tecnicamente menos exigente, já que não há a necessidade de um “*flap*” peritoneal. Entretanto, esta característica pode ser uma desvantagem com consequência desastrosa^{1,10}. Não há nenhuma menção de complicações associadas ao uso das telas ou malhas nos atuais estudos, mas existe um risco real de aderência da parede intestinal na tela ou malha utilizada a depender dos diferentes materiais que as compõem^{1,14}. O material absorvível ou biológico garante maior segurança e menor risco de aderências intestinais com presença de fístulas posteriormente^{10,14}. No presente estudo, todas as telas utilizadas eram dupla-face com material absorvível presente na face peritoneal.

Barnes *et al.* em uma revisão sistemática não identificaram nenhum estudo usando técnica IPOM com o fechamento do defeito herniário^{1,10,12}. Os cinco casos descritos trazem uma inovação na técnica clássica de IPOM, pois a sutura primária da falha foi realizada em toda a série de casos.

A recorrência dessas hérnias após o tratamento cirúrgico é muito rara, mesmo naquelas de maior volume e que foram abordadas em situação de emergência^{1,3,5}

4 | CONCLUSÃO

A laparoscopia permite que em um único procedimento, seja realizado o diagnóstico de uma hérnia de Spiegel de difícil identificação e o seu respectivo tratamento. Além de solucionar o problema de uma parcela de pacientes que sofrem com a dificuldade diagnóstica, esse procedimento proporciona um tratamento sem grandes descolamentos do tecido subcutâneo e sem incisar musculatura. Com isso, não há a necessidade do uso de drenos de sucção e devido à pouca (ou mesmo ausência) de dor no pós-operatório, a alta hospitalar e o retorno às atividades laborativas são bastante precoces.

REFERÊNCIAS

1. Barnes TG, McWhinnie DL. **Laparoscopic Spigelian Hernia Repair: A Systematic Review.** Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2016; 26 (4):265 – 270
2. Carter JE, Mizes C. **Laparoscopic Diagnosis and Repair of Spigelian Hernia: Report of a Case and Technique.** Am J Obstet Gynecol 1992; 167:77 – 78
3. Dzib-Calan EA, Ortiz-Reyes SF, Morales-Pérez JI, Núñez-Vidales R, Rodarte-Cajica G, Leal-Mérida G. **Reparación laparoscópica de hérnia de Spiegel com colocación de malla compuesta intraperitoneal y sistema de fijación articulado. Reporte de dos casos.** Cir Cir. 2019; 87:353 – 357. DOI: 10.24875/CIRU.18000484

4. Fernandez-Moreno MC, Martin-Cunat E, Pou G, Ortega J. **Intraperitoneal Onlay Mesh Technique for Spigelian Hernia in an Outpatient and Short-Stay Surgery Unit: Whats New in Intraperitoneal Meshes?** Journal of Laparoendoscopic e Advanced Surgical Techniques, 2018. DOI: 10.1089/LAP.2017.0319
5. Houlihan TJ. **A Review of Spigelian Hernias.** Am J Surg 1976; 131:734 – 735 doi:10.1016/0002-9610(76)90191-4
6. John RJ, Ulahannan SE, Kurien JS *et al.* **Rare Hernias Presenting as Acute Abdomen – A Case Series.** J Clin Diagn Res 2016; 10:PR01 – 4 doi:10.7860/JCDR/2016/17356.7401
7. Law TT, Ng KK, Ng L, Wong KY. **Elective laparoscopic totally extraperitoneal repair for Spigelian hernia: A case series of four patients.** Asian J Endosc Surg. 2018. 1 – 4. DOI: [10.1111/ases.12454](https://doi.org/10.1111/ases.12454)
8. Mederos R, Lamas JR, Alvarado J, Matos M, Padron I, Ramos A. **Laparoscopic Diagnosis and Repair of Spigelian Hernia: A Case Report and Literature Review.** International Journal of Surgery Case Reports 31 (2017): 184 – 187 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.01.043>
9. Nagarsheth KH, Nickloes T, Mancini G *et al.* **Laparoscopic Repair of Incidentally Found Spigelian Hernia.** JSLs 2011; 15:81 – 85 doi:10.4293/108680811X13022985131372
10. N'Dong FO, Lorofi R, Comes G, Bellamy J, Diané C. **Spigelian Hernia. Apropos of a Series of 31 Cases.** 1992 Apr;129(4):210 – 212. PMID: 1527192
11. Novell F, Sanchez G, Sentis J, Visa J, Novell J, Costa FN. **Laparoscopic Management of Spigelian Hernia.** Surg Endosc. 2000 Dec; 14(12):1189 DOI: [10.1007/s004640040003](https://doi.org/10.1007/s004640040003)
12. Rankin A, Kostusiak M, Sokker A. **Spigelian Hernia: Case Series and Review of the Literature.** Visc Med 2019; 35: 133 – 136. DOI: [10.1159/000494280](https://doi.org/10.1159/000494280)
13. Vega-Mata N, Vázquez-Estevez JJ, Montalvo-Ávalos C, Raposo-Rodríguez L. **Abordaje Laparoscópico de una Hernia de Spiegel en edad pediátrica. Revisión de la Literatura.** Cir Cir. 2019; 87:101 – 105. DOI: [10.24875/CIRU.18000338](https://doi.org/10.24875/CIRU.18000338)
14. Yoshida D, Itoh S, Kinjo N, Harimoto N, Maruyama S, Kawanaka H, Shirabe K, Matsukuma A, Kohnoe S, Maehara Y. **Laparoscopic intraperitoneal mesh repair of Spigelian hernia: a case report.** Asian J Endosc Surg. 2015. 477 – 479
15. Zacharoulis D, Sioka E. **Laparoscopic Spigelian Hernia Repair: Intraperitoneal Onlay Mesh-Plus Technique – Video Presentation.** Journal of Laparoendoscopic e Advanced Surgical Techniques. 2017. 1 – 3. DOI: [10.1089/lap.2017.0009](https://doi.org/10.1089/lap.2017.0009)
16. ZINNER, Michael. ASHLEY, Stanley. **MAINGOT - Abdominal Surgery.** 2011. 11th edition.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Anormalidades congênitas 198, 226

Antioxidante 94, 95, 96, 98, 99, 100

AVC 153, 161, 162, 225

B

BA5 188, 189, 190, 191

Biossíntese 94, 95, 96

Braquiterapia HDR 81

Brasil 41, 44, 45, 48, 53, 54, 57, 81, 82, 91, 141, 146, 147, 172, 173, 180, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 191, 202, 203, 204, 210, 220, 221, 222, 232, 235

C

Câncer de tireoide 202, 203, 204, 206, 207

Chloroquine 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 21

Ciências radiológicas 80, 81, 82, 83, 88, 92

Citodiagnóstico 67

Colelitíase crônica 58

Conduta 34, 62, 64

Covid-19 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 153, 154, 155, 161, 162, 163

D

Distúrbios metabólicos 43, 44, 46, 47, 51, 52, 53, 97

Doença de Chagas 188, 189, 190, 191

Doença de Crohn 43, 45, 46, 47, 50, 51, 53, 235, 236, 237, 238

Doenças autoimunes 43, 44, 45, 46, 47, 49, 53, 55

Dor 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 47, 52, 58, 59, 62, 102, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 136, 138, 189, 192, 194, 195, 198, 200, 236, 237

Dosímetro Fricke 81

Ducto hepático comum 58, 59, 61

E

Estenose de anastomose vesico-uretral 102, 107

Estenose de colo vesical 102

Estenose de uretra 102, 103, 105, 106, 107, 108, 111

Esteróide 133, 164

Estresse oxidativo 94, 97, 98, 101, 154

Estudo transversal 51, 202, 208, 210

F

Facial filler complications 224, 225

Fatores de risco 41, 45, 49, 50, 53, 78, 96, 97, 100, 194, 198, 202, 208, 211, 220, 221, 222

Fibromialgia 24, 25, 26, 27, 28, 33

G

Glucocorticoids 1, 2, 3, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 57

Gordura 43, 44, 47, 99, 100, 133, 164, 171, 172, 173, 197, 225

H

Heparins 1, 2, 3, 4, 6, 7, 10

Hepp-couinaud 58, 59, 62, 63, 64

Ho: yag laser 102, 103

Hydroxychloroquine 1, 2, 3, 4, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 21

I

Inflamação 43, 46, 50, 53, 63, 98, 136, 161, 162, 182, 188, 189, 190, 191, 237

J

Jovem 153, 155

L

Laparoscopia 192, 193, 196, 200

Lúpus eritematoso sistêmico 43, 45, 47, 49, 53, 56

M

Manejo 34, 39, 40, 102, 105, 106, 107, 109, 131, 132, 155, 162, 191, 238

Microcefalia 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186

Mulheres 24, 28, 29, 30, 34, 35, 37, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 49, 51, 52, 78, 97, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 171, 202, 203, 204, 215, 216, 217, 222

N

Neoplasias da glândula tireoide 203

Neoplasias do ânus 67

Neoplasias do colo do útero 67

Neurocirurgia 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 155

O

Ômega 3 188, 190

Ortopedia 164

P

Papillomaviridae 66, 67

Paralisia 153, 155, 226, 227, 228, 230, 231

Perfil epidemiológico 202, 203, 208, 210, 220

R

Recém-nascido de baixo peso 208

Regeneração óssea 164

Revisão 2, 24, 25, 34, 36, 43, 46, 56, 62, 94, 100, 105, 144, 164, 173, 174, 196, 200, 220, 222, 223, 224, 225, 232, 238

Riboflavina 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101

S

Saúde materno-infantil 208, 220

Síndrome de Mirizzi 58, 59, 61, 62, 63, 64

Síndrome de Moebius 226, 227, 228, 230, 231, 232, 233, 234

Síndrome dos ovários policísticos 34, 35, 39, 40, 41, 42

Síndrome metabólica 35, 37, 38, 41, 44, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 172

Substância periaquedutal 24

T

Tuberculose 235, 236, 237, 238

U

Uretrotomia interna 102, 104, 107, 113, 117, 122, 123, 124, 125, 130

A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde

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



Atena
Editora
Ano 2022

A medicina na determinação de processos patológicos e as práticas de saúde



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

