

# Medicina

e a aplicação dos avanços da pesquisa básica e clínica



Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino  
(Organizador)

**Atena**  
Editora  
Ano 2022

# Medicina

e a aplicação dos avanços da pesquisa básica e clínica



Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino  
(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**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

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



## Medicina e a aplicação dos avanços da pesquisa básica e clínica

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino

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

M489 Medicina e a aplicação dos avanços da pesquisa básica e clínica / Organizador Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0371-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.715222906>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Flauzino, Jhonas Geraldo Peixoto (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



**Atena**  
Editora  
Ano 2022

## 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

O método científico é um conjunto de regras para a obtenção do conhecimento durante a investigação científica. É pelas etapas seguidas que se cria um padrão no desenvolvimento da pesquisa e o pesquisador formula uma teoria para o fenômeno observado.

A teoria científica é considerada fiável quando a correta aplicação do método científico faz com que ela seja repetida indefinidamente, conferindo confiabilidade aos resultados.

Nesse sentido, a obra “Medicina e a aplicação dos avanços da pesquisa básica e clínica” apresenta o panorama atual relacionado a saúde e a pesquisa, com foco nos fatores de progresso e de desenvolvimento. Apresentando análises extremamente relevantes sobre questões atuais, por meio de seus capítulos.

Estes capítulos abordam aspectos importantes, tais como: a caracterização da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e a utilidade desta no exercício clínico. A MBE é definida como a utilização responsável, explícita e fundamentada dos melhores indicadores científicos para auxiliar nas tomadas de decisões sobre os pacientes. A prática médica é entendida como vivência de relacionamento interpessoal, em que os princípios e o conhecimento do médico, juntamente com as escolhas e os desejos dos pacientes, têm atribuição preponderante, a qual deve ser somada à avaliação sistemática dos indicadores científicos como elemento crucial, também é apresentado resultado de estudos clínicos.

Esta obra é uma coletânea, composta por trabalhos de grande relevância, apresentando estudos sobre experimentos e vivências de seus autores, o que pode vir a proporcionar aos leitores uma oportunidade significativa de análises e discussões científicas. Assim, desejamos a cada autor, nossos mais sinceros agradecimentos pela enorme contribuição. E aos leitores, desejamos uma leitura proveitosa e repleta de boas reflexões.

Que o entusiasmo acompanhe a leitura de vocês!

Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino



## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **ABORDAGENS MEDICAMENTOSAS E NÃO MEDICAMENTOSAS NO MANEJO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM A SÍNDROME TRIÁDE DA MULHER ATLETA**

Larissa Borges Ferreira

Leonardo Rizier Galvão

Márcia Cristina Terra de Siqueira Peres

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7152229061>

### **CAPÍTULO 2..... 16**

#### **ANÁLISE DO PADRÃO DE DOMINÂNCIA ARTERIAL EM CORAÇÕES HUMANOS E SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS**

Ana Beatriz Marques Barbosa

Julio Davi Costa e Silva

Kamilla Yahis Assis Henriques

Amanda Mikaele Andrade Furtado

Fernanda Nayra Macedo

Pedro Vieira Rosa de Menezes

Lorena Barbosa de Arruda


Alaíse Clementino Guedes

Ana Rita Bizerra do Nascimento Ribeiro

Caroline Pereira Souto

Rodolfo Freitas Dantas

Paula Frassinetti Pereira Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7152229062>

### **CAPÍTULO 3..... 29**

#### **APENDICITE AGUDA EM HÉRNIA DE GARENGEOT: RELATO DE CASO**

Cirênio de Almeida Barbosa

Ronald Soares dos Santos


Luciana Carvalho Horta

Mariana Silva Melo Rezende

Weber Chaves Moreira

Tháís Oliveira Dupin

Ana Luiza Marques Felício de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7152229063>

### **CAPÍTULO 4..... 37**

#### **LEISHMANIOSES E O USO E COBERTURA DA TERRA NO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Claudia do Socorro Carvalho Miranda

Tainara Carvalho Garcia Miranda Filgueiras

Bruna Costa de Souza

Tainã Carvalho Garcia Miranda Filgueiras

Keize Leal Soares

Beatriz dos Santos Fonseca


Leonardo Luís de Oliveira Miranda  
Amanda Sophia Carvalho Miranda da Silva  
Nelson Veiga Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7152229064>

**CAPÍTULO 5..... 52**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À VISÃO EM CRIANÇAS COM CATARATA CONGÊNITA BILATERAL**


Ana Luiza Baldasso Piffer  
Janessa Moura dos Santos  
Marcellus Vinicius de Matos Moreti  
Guilherme Gonçalves Rezende  
Thais Donadia de Souza  
Gabriel Santos Guerra  
Laura Oliveira Valaci  
Emily Oliveira Veloso  
Roberto Massami Shimokomaki

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7152229065>

**CAPÍTULO 6..... 54**

**CARCINOMA DA AMPOLA DE VATER: UMA BREVE REVISÃO DOS AMPULOMAS**


Cirênio de Almeida Barbosa  
Adélio José da Cunha  
Débora Helena da Cunha  
Fabrícia Aparecida Mendes de Souza  
Ronald Soares dos Santos  
Tuian Cerqueira Santiago  
Ana Luiza Marques Felício de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7152229066>

**CAPÍTULO 7..... 66**

**CORRELAÇÃO DE ACHADOS LABORATORIAIS COM GRAU DE APENDICITE AGUDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA**

Henrique Leandro Braz


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7152229067>

**CAPÍTULO 8..... 73**

**DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DA COVID-19 NAS ENTRELINHAS DE UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Juliane Vieira de Mendonça Sousa  
Livia Buganeme Belo  
Osvaldo Ramos dos Santos Sousa Neto  
Márcio Henrique de Carvalho Ribeiro  
Vanessa Campos Reis  
Isabella Stracieri Gula  
Carmem Laura Roque Tolentino  
Renan de Queiroz Silva


Jucileide do Carmo Tonon Gonzalez  
Cássia Gabriela Assunção Moraes  
Alessandra Simões Passos  
João Victor de Souza Oliveira  
Isabella Hayashi Diniz  
Brenda Herênio Cestaro  
Juan Felipe Lopez Holguin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7152229068>

**CAPÍTULO 9..... 80**

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ATUAL NA SÍNDROME DE MAY-THURNER: REVISÃO DE LITERATURA**

Caroline Corazza  
Luiz Guilherme Naclerio Torres Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7152229069>

**CAPÍTULO 10..... 88**

**DISLIPIDEMIA E DIABETES TIPO 2 NA FISIOPATOLOGIA DAS DOENÇAS CORONARIANAS**


Ana Beatriz Marques Barbosa  
Rebeca Barbosa Dourado Ramalho  
Rafaela Mayara Barbosa da Silva  
Julio Davi Costa e Silva  
Diogo Magalhães da Costa Galdino  
Maryelli Laynara Barbosa de Aquino Santos  
Amanda Costa Souza Villarim  
Caroline Pereira Souto  
Fernanda Nayra Macedo  
Kamilla Yahis Assis Henriques  
Isabella Santos de Oliveira Lima  
Lia Correia Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290610>

**CAPÍTULO 11..... 99**

**EFEITO DE EXTRATOS DE PLANTAS NO CONTROLE *IN VITRO* DE BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVAS**

Ana Paula Gobate Miorin  
Giovanna Andreani  
Dora Inés Kozusny-Andreani




 <https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290611>

**CAPÍTULO 12..... 108**

**ENGENHARIA DE TECIDOS DA CÓRNEA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Andressa Francine Martins  
Christiane Bertachini Lombello

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290612>

<b>CAPÍTULO 13.....</b>	<b>122</b>
<b>HEMATOMA EPIDURAL PÓS ARTRODESE DE COLUNA LOMBAR RESULTANDO EM DÉFICIT NEUROLÓGICO</b>	
Pedro Nogarotto Cembraneli	
Julia Brasileiro de Faria Cavalcante	
Ítalo Nogarotto Cembraneli	
Renata Brasileiro de Faria Cavalcante	
Marley Francisco Mendes	
Reuber le Senechal Braga	
José Edison da Silva Cavalcante	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290613">https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290613</a>	
<b>CAPÍTULO 14.....</b>	<b>128</b>
<b>HÉRNIA DE GRYNFELTT ENCARCERADA EM GESTANTE: RELATO DE CASO</b>	
Cirênio de Almeida Barbosa	
Ronald Soares dos Santos	
Adéblcio José da Cunha	
Marlúcia Marques Fernandes	
Deborah Campos Oliveira	
Tuiam Cerqueira Santiago	
Ana Luiza Marques Felício de Oliveira	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290614">https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290614</a>	
<b>CAPÍTULO 15.....</b>	<b>133</b>
<b>HÉRNIA INGUINAL ENCARCERADA: NEOPLASIA MALIGNA DE SIGMÓIDE</b>	
Cirênio de Almeida Barbosa	
Ronald Soares dos Santos	
Tuiam Cerqueira Santiago	
Adéblcio José da Cunha	
Débora Helena da Cunha	
Deborah Campos Oliveira	
Isabella Dias Cezario Alves	
Ana Luiza Marques Felício de Oliveira	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290615">https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290615</a>	
<b>CAPÍTULO 16.....</b>	<b>139</b>
<b>IMPORTÂNCIA NO CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 E SUA PREVENÇÃO</b>	
Gabriel Soares Dourado	
Heloisa Miranda de Sá	
Maria Eduarda Maia Torres Lima	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290616">https://doi.org/10.22533/at.ed.71522290616</a>	
<b>SOBRE O ORGANIZADOR .....</b>	<b>146</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>147</b>

# CAPÍTULO 6

## CARCINOMA DA AMPOLA DE VATER: UMA BREVE REVISÃO DOS AMPULOMAS

*Data de aceite: 01/06/2022*

### **Cirêno de Almeida Barbosa**

Prof. Adjunto do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e Obstetria e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto/MG, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões-TCBC, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo - TECAD  
<https://orcid.org/0000-0001-6204-593>

### **Adélio José da Cunha**

Cirurgião Geral e Endoscopista, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Membro da Sobracil, Membro da Associação Brasileira de Câncer Gástrico. Membro ao Corpo Clínico do Hospital São Lucas em Belo Horizonte/MG e Hospital São Camilo em Conselheiro Lafaiete/MG  
<http://lattes.cnpq.br/5991093837131106>

### **Débora Helena da Cunha**

Acadêmica do Curso de Medicina do 7º período da Faculdade de Minas - FAMINAS em Belo Horizonte, Membro das Ligas Acadêmicas de Gastroenterologia e de Cuidados Paliativos - FAMINAS BH  
<http://lattes.cnpq.br/0709987302850080>

### **Fabrcia Aparecida Mendes de Souza**

Residente de Cirurgia Geral pela Universidade Federal de Ouro Preto/MG. Graduada em Medicina pela Universidade José do Rosário Vellano- campus Belo Horizonte/MG  
<https://orcid.org/0000-0003-4495-5661>

### **Ronald Soares dos Santos**

Prof. Prof. Auxiliar do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e Obstetria e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto/MG

### **Tuian Cerqueira Santiago**

Cirurgião Geral da Universidade Federal de Ouro Preto/MG. Adjunto do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - ACBC  
<https://orcid.org/0000-0002-7583-7855>

### **Ana Luiza Marques Felício de Oliveira**

Revisão e correção avançada de textos científicos

**RESUMO:** Os tumores de papila de Vater são chamados ampulomas e podem originar de qualquer um dos três epitélios (biliar, duodenal e pancreático) que delimitam a papila. Esses tumores têm destaque clínico diferenciado, por isso é essencial fazer um diagnóstico precoce, estadiamento apropriado e tratamento correto. O adenocarcinoma ampular (AA) é uma neoplasia maligna rara que, em sua maioria, apresenta-se precocemente e é de origem eventual. A determinação da origem histológica destes tumores é diferentes entre si, uma vez que a papila duodenal é um local de junção de diferentes epitélios. Isto posto, os ampulomas em estágios iniciais apresentam-se como um desafio diagnóstico. Tanto a busca de lesões suspeitas quanto o diagnóstico precoce tem repercussão direto no prolongamento de vida dos pacientes. O tamanho, a invasão linfonodal e o grau de ressecabilidade curativa do tumor são

fatores importantes na evolução da doença e o único tratamento atualmente disponível com potencial curativo é cirúrgico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ampola de Vater; Esfincter da ampola hepatopancreática; Carcinoma papilar.

## CARCINOMA OF THE AMPULLA OF VATER: A SHORT REVIEW OF AMPULLOMAS

**ABSTRACT:** Vater papilla tumors are called ampulomas and can originate from any of the three epithelia (biliary, duodenal and pancreatic) that delimit the papilla. These tumors have differentiated clinical prominence, so it is essential to make an early diagnosis, appropriate staging and correct treatment. Ampular adenocarcinoma (AA) is a rare malignant neoplasm that, for the most part, presents early and is of eventual origin. The determination of the histological origin of these tumors is different from each other, since the duodenal papilla is a site of junction of different epithelia. That said, ampulomas in early stages present themselves as a diagnostic challenge. Both the search for suspicious lesions and early diagnosis have direct repercussions on prolonging the life of patients. The size, lymph node invasion and degree of curative resectability of the tumor are important factors in the evolution of the disease and the only treatment currently available with curative potential is surgical.

**KEYWORDS:** Ampoule of Vater; Hepatopancreatic ampullary sphincter; papillary carcinoma.

### 1 | INTRODUÇÃO

A ampola de Vater (AV), também denominada papila duodenal, é uma estrutura mamilar situada na parede posteromedial da segunda porção do duodeno, um local que é acometido por neoplasias malignas em raras situações. A porção mais distal da via biliar principal que forma a AV é dilatada e rodeada pelo esfíncter de Oddi (5). As manifestações relacionadas a ampuloma são geralmente precoces em consequência da obstrução do fluxo biliar, ao contrário do que se sucede com outras neoplasias periampolares que se manifestam em estágios avançados (6).

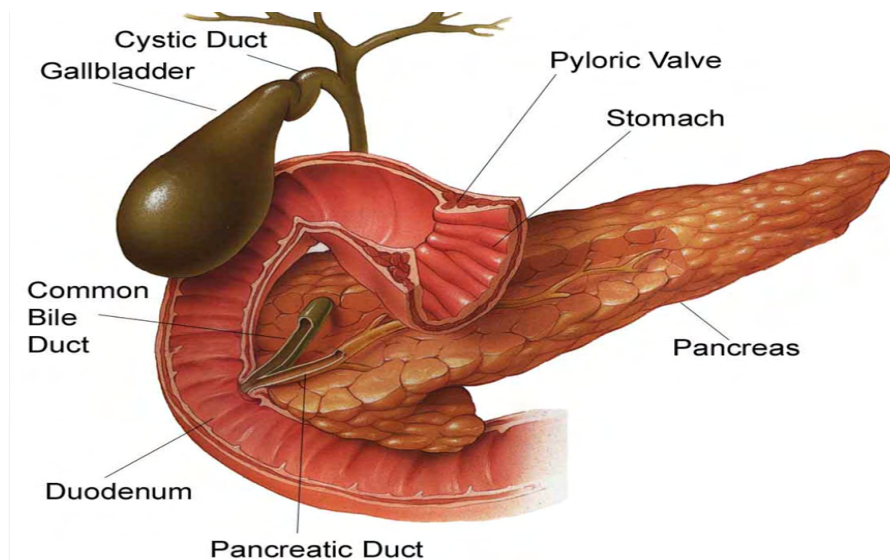


Figura 1. Localização da ampola de Vater; observe que o ducto pancreático encontra-se dilatado.  
 Fonte: Davide J. Alert Life Sciences: Cancro da ampola de Vater. Banco da Saúde; 2015 (57).

O adenocarcinoma ductal é a neoplasia pancreática mais comum e mais grave, quando comparada as demais localizadas na região do pâncreas. Essa lesão é considerada sistêmica e, por esse motivo, o tratamento cirúrgico curativo não é passível. Nesse sentido, acredita-se que a ressecção cirúrgica é o método potencialmente curável do câncer pancreático, porém apenas 15 a 20% dos diagnósticos desse carcinoma são tratáveis. Felizmente, pode-se observar que a mortalidade cirúrgica em centros de tratamento especializados diminuiu bastante – de 25% para menos de 5% - nos últimos anos (56).

A complicação relativamente comum em pacientes adultos, com diagnóstico de pancreatite, diz respeito aos pseudocistos pancreáticos que ocorrem em 16 a 50% dos casos de pancreatite aguda e em 20 a 40% das pancreatites crônicas (47). Tanto a busca de lesões suspeitas quanto o diagnóstico precoce são de suma importância, pois tem repercussão direto no prolongamento de vida dos pacientes. O tamanho, a invasão linfonodal e o grau de ressecabilidade curativa do tumor são fatores importantes na evolução da doença. Além disso, o único tratamento atualmente disponível com potencial curativo é cirúrgico (42).

## 2 | RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 74 anos de idade, evoluiu com dor abdominal pós-prandial em barra no mesogástrio há quatro meses, perda ponderal de 6 kg durante 40 dias e quadro de icterícia por dez dias. A ultrassonografia demonstrou massa heterogênea periampular, determinando dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Os achados da

tomografia computadorizada (TC) foram: formação expansiva arredondada, heterogênea, hiperdensa, de limites parcialmente delimitados, em topografia do colédoco distal/papila duodenal, medindo 2,0 x 1,6 centímetros, sem realce significativo pelo meio contraste, determinando ectasia do colédoco com afilamento abrupto no seu terço distal, e vesícula biliar hiperdistendida.

Na macroscopia foi observado uma lesão nodular, irregular, de cor brancacenta de 2 x 1,6 x 1,3 cm, sobre a ampola de Vater, com dilatação de colédoco e ducto de Wirsung. Foi realizada duodenopancreatectomia sem preservação do piloro (cirurgia de Whipple) com colecistectomia. Também foi feita a antrectomia sem dissecação radical dos gânglios linfáticos do antro ou mesmo a ressecção do epíplon maior. A reconstrução pancreática jejunal foi efetuada mediante anastomose término-terminal com telescopagem, coledocojejunoanastomose término-lateral e gastrojejunoanastomose término-lateral.

Além disso, foi feita a ressecção retroperitoneal dos gânglios linfáticos da região do tronco celíaco, artéria hepática e mesentérica superior e ressecção segmentar dos linfonodos da veia porta. Foram posicionados dois drenos tubulares revestidos por Penrose, próximos das anastomoses. A sonda nasoentérica foi posicionada após anastomose e enviado material para anatomopatológico. O paciente foi encaminhado ao CTI e, após 4 dias com boa evolução e sem intercorrências, recebeu alta para enfermaria. O dreno abdominal inferior foi retirado no 7º dia de pós-operatório.

A alta hospitalar foi dada no 9º dia de pós-operatório, visto que o paciente apresentava boas condições clínicas com o dreno abdominal à direita superior, retirado posteriormente em consulta de acompanhamento no ambulatório de cirurgia geral. Os cortes histológicos evidenciaram adenocarcinoma invasivo (Figura 2), moderadamente diferenciado, túbulo-papilar que infiltrava até a metade interna da muscular própria do duodeno, atingindo a região periampular e o pâncreas. Havia invasão perineural e vascular presentes no anatomopatológico. As margens cirúrgicas estavam livres. Foram identificadas metástases em dois linfonodos peripancreáticos (2 de 8 linfonodos), já o restante dos linfonodos estavam livres.





Figura 2. Fotografia de produto de duodenopancreatectomia por adenocarcinoma de papila de Vater, observe o aspecto vegetante da neoplasia. Fonte: Speranzini M.B, Deutsch, C.R, Yagi O.K. Manual de Diagnóstico e Tratamento para o Residente de Cirurgia. Editora Atheneu; 2013 (56).

### 3 | MÉTODOS

Este relato de caso foi baseado em dados científicos retirados do *PubMed*, foram revistos artigos publicados nos últimos quatro anos, sendo selecionados 18 com ênfase naqueles publicados nos anos de 2010 a 2020, utilizando-se os seguintes *key-words*: ampulla, papillary carcinoma, duodenal sphincter.

### 4 | DISCUSSÃO

A ampola de Vater (AV), também denominada papila duodenal maior, é uma estrutura mamilar situada na parede póstero-medial da segunda porção do duodeno, a qual dificilmente é acometida por neoplasias malignas. Uma papila duodenal proeminente pode ser observada em várias condições, como papilite, divertículo periampular, protrusão da papila na pancreatite crônica ou aguda, coledococoele, tumor mucinoso papilar intraductal e neoplasias periampulares. Em condições benignas, tais como a papilite, observa-se geralmente realce em alvo da papila edemaciada, enquanto um realce arredondado ou um espessamento irregular pode indicar a presença de um carcinoma. A duodenite e os tumores periampulares podem apresentar-se como nodulações ou erosões da mucosa duodenal, sendo a localização mais comum na primeira porção do duodeno. O conhecimento destas patologias pelo radiologista contribui para a elaboração de diagnósticos diferenciais mais estreitos bem como para o tratamento terapêutico (1).

Este carcinoma, também designado por ampuloma, é um tumor maligno com origem na ampola de Vater. A via biliar principal desemboca com o canal pancreático de Wirsung e exterioriza-se através da AV no duodeno. Ademais, a porção mais distal da via

biliar principal que a forma é dilatada e rodeada pelo esfíncter de Oddi. As manifestações relacionadas com o ampuloma são, geralmente, precoces em consequência da obstrução do fluxo biliar, ao contrário do que sucede com outras neoplasias periampolares, as quais se manifestam em estágios já avançados. A descompressão biliar cirúrgica ou radiológica, o alívio da obstrução duodenal e o controle adequado da dor podem melhorar a qualidade de vida, mas não afetam a sobrevivência global (3).

Os tumores de papila de Vater podem ser classificados em adenoma benigno (tubular e túbulo-viloso), lipoma, fibroma, linfangioma, leiomioma e hamartoma) e maligno (adenocarcinoma, linfoma e tumor neuroendócrino ou carcinóide). Outros tumores podem causar metástases na papila, como: melanoma maligno, hipernefroma e linfoma. O adenoma é o tumor mais frequente e sua progressão para adenocarcinoma é admitida no mesmo sentido em que ocorre a sequência adenoma-carcinoma dos pólipos do cólon (2,4).

A etiologia ainda é pouco compreendida. Doentes com polipose adenomatosa familiar têm risco acrescido de tumores ampolares e cerca de 50 a 90% destes desenvolvem adenomas duodenais centrados na ou ao redor da papila maior. Postulam-se algumas anomalias genéticas, nomeadas de mutações associadas ao gene K-ras. Outros fatores, não completamente esclarecidos, são a colecistectomia, a esfínterectomia e o tabaco, visto que 90% dos casos estão relacionados aos adenocarcinomas. Em casos mais avançados, pode haver invasão de tecidos peripancreáticos e de estruturas vasculares, tais como a veia porta e a artéria mesentérica superior. Em muitas situações clínicas, há invasão ganglionar, já a invasão perineural, vascular ou linfática está associada ao pior prognóstico. O fígado é o local mais comum (66%) de metástases à distância, seguido pelos gânglios linfáticos (22%), em casos mais avançados, podem surgir metástases pulmonares (45)

A icterícia é a forma de manifestação em 75% dos casos, não havendo outros sinais clássicos precoces adicionais. Pode surgir colúria, acolia, prurido, diminuição do apetite, dispepsia, vômitos (compromisso duodenal), emagrecimento, dor epigástrica no hipocôndrio direito que pode irradiar para o dorso (casos mais avançados), diarreia (cólera pancreática) e hemorragia digestiva (hematemeses, melenas ou hematoquesias) (7).

O exame físico pode revelar vários achados: sinal de Courvoisier (icterícia indolor associada a vesícula biliar palpável), febre (colangite ascendente), hepatomegalia, semiologia de pancreatite aguda, tromboflebite migratória, tumefacções palpáveis no epigastro ou adenopatias supraclaviculares (3).

## 5 | DIAGNÓSTICO

O estudo analítico pode revelar anemia, já a pesquisa de sangue oculto nas fezes pode ser positiva em consequência de hemorragia tumoral. Nos casos de obstrução biliar, as análises mostram hiperbilirrubinemia conjugada, elevação da fosfatase alcalina, da gama glutamil transpeptidase e das transaminases. A lipase e a amilase podem ser

aumentadas se o tumor acusar a pancreatite aguda. As alterações do estudo da coagulação são frequentes e não existem marcadores tumorais específicos, embora o CEA e o CA 19.9 possam estar elevados. O sedimento urinário pode revelar pigmentos biliares assim como a ausência de urobilinogénio significa obstrução biliar completa (23)

A ecografia abdominal é o exame inicial não invasivo mais útil para distinguir o carácter obstrutivo da icterícia, possuindo uma sensibilidade entre 80 e 90%. O nível da obstrução pode ser identificado em cerca de 90% dos doentes, podendo, ainda, observar uma dilatação das vias biliares, das metástases hepáticas (em cerca de 90% das situações), de ascite e de adenopatias (4).

Já o ecodoppler esclarece o envolvimento vascular. A tomografia axial computadorizada tem uma acuidade de 90% e constitui o exame de eleição para o estadiamento pré-operatório, contudo, a ressonância magnética é o exame não invasivo mais informativo atualmente disponível. A colangiopancreatografia por ressonância magnética tem uma acuidade de 94% na identificação do tumor e da extensão da doença. A ecoendoscopia é muito sensível na detecção de invasão vascular e pode detectar tumores inferiores a 1 centímetro. A laparoscopia associada a ecografia intra-operatória permite detectar metástases hepáticas ou peritoneais ocultas noutros exames imagiológicos, possibilitando ainda a avaliação da ressecabilidade tumoral. A radiografia do tórax permite detectar metástases pulmonares. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) permite o acesso diagnóstico e terapêutico à via biliar principal e ao canal pancreático, detalhando a anatomia e demonstrando o nível da obstrução, uma vez que esta possibilita a esfínterectomia, a colocação de próteses, a drenagem nasobiliar, a escovagem e a biopsia da via biliar, a colheita de amostras de suco pancreático e a bÍlis. A colangiografia percutânea trans-hepática é uma alternativa quando não é possível a CPRE, permitindo a drenagem biliar e a introdução de próteses. Nos tumores periampolares, deve ser tentada a citologia ou biopsia pré-operatória. Esta caracterização pode ser feita por ecografia, tomografia, CPRE ou ecoendoscopia. O sistema de classificação mais aplicado é o TNM e baseia-se no tamanho tumoral e sua extensão ao longo da parede duodenal, pâncreas e órgãos adjacentes (T), na invasão ganglionar (N) e na metastização à distância (M) (22).

## 6 | TRATAMENTO

A cirurgia (duodenopancreatectomia cefálica), quando exequível, é a modalidade de eleição. Nesse contexto, os fatores prognósticos após cirurgia são o envolvimento ganglionar, a diferenciação, o tamanho superior a 2 centímetros, a presença de tumor nas margens de ressecção, a invasão perineural e a extensão do tumor para o pâncreas. No caso de impossibilidade de remover o tumor, os gestos cirúrgicos são paliativos e destinam-se a aliviar a obstrução biliar (anastomose biliodigestiva) ou duodenal (gastrojejunostomia) e a paliar a dor (esplancnecetomia química) (11).

A presença de metástases hepáticas, de implantes peritoneais, de ascite, de invasão ganglionar fora do campo de ressecção cirúrgica e de invasão vascular são contra-indicações para a cirurgia. Alguns autores preconizam, nestas situações, diversas modalidades terapêuticas alternativas, como a radioterapia adjuvante com ou sem 5-fluorouracilo permite melhor controle locorregional (35-50%), no entanto, não beneficia a sobrevivência. A dor pode ser aliviada com radioterapia em até 65% dos casos. A radioterapia intra-operatória do leito tumoral também pode ser uma opção. A quimiorradioterapia neoadjuvante é uma opção nos tumores localmente avançados, já a gemcitabina parece ter resultados promissores na doença avançada (10).

O estudo analítico, a ecografia e a TAC são os principais exames usados para detectar recidiva da doença. Esta não é geralmente curável, por isso o seguimento é principalmente limitado à detecção e tratamento de consequências secundárias (redução da dor e compensação da insuficiência endócrina ou exócrina) (9).

A sobrevivência aos 5 anos varia entre 30 e 50%, dependendo do centro e da extensão da linfadenectomia. Quando o tumor é inferior a 2 centímetros (carcinoma precoce), as taxas de sobrevivência são de 30% nos casos de envolvimento ganglionar e alcançam os 50% quando não há atingimento linfático (8).

## 7 | CONCLUSÃO

Portanto, este trabalho evidencia a importância do rastreamento precoce da lesão, visto que há um impacto direto no prolongamento de vida dos pacientes, pois geralmente as cirurgias de ressecção do tumor são curativas. Apesar de ser a identificação das lesões ser um desafio, é válido ressaltar a necessidade da prática e da abordagem clínica para que ocorra uma diminuição nos índices de mortalidade pelo tumor.

## REFERÊNCIAS

1. R.Y. Tarazi, R.E. Herman, D.P. Vogt, *et al.* **Results of surgical treatment of peripapillary tumors: a thirty-five-year experience.** *Surgery*, 100 (1986), pp. 716-723 Medline.
2. K.W. Sharp, J.L. Brandes. **Local resection of tumors of the ampulla of Vater.** *Am Surg*, 56 (1990), pp. 214-217 Medline.
3. J. Menzel, C. Poremba, K.H. Dietl, *et al.* **Tumors of the papilla of Vater-inadequate diagnostic impact of endoscopic forceps biopsy taken prior to and following sphincterotomy.** *Ann Oncol*, 10 (1999), pp. 1227-1231 Medline.
4. K. Yamaguchi, M. Enjoji. **Adenoma of the ampulla of Vater: putative precancerous lesion.** *Gut*, 32 (1991), pp. 1558.
5. M.T. Goodman, J. Yamamoto. **Descriptive study of gallbladder, extrahepatic bile duct, and ampullary cancers in the United States, 1997–2002.** *Cancer Causes Control*, 18 (2007), pp. 415-422 <http://dx.doi.org/10.1007/s10552-006-0109-4> | Medline.

6. B.L. Bleau, C.J. Gostout. **Endoscopic treatment of ampullary adenomas in familial adenomatous polyposis**. *J Clin Gastroenterol*, 22 (1996), pp. 237-241 Medline.
7. T. Sawada, T. Muto. **Familial adenomatous poliposis: should patients undergo surveillance of the upper gastrointestinal tract?**. *Endoscopy*, 27 (1995), pp. 6-11. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-1005625> | Medline.
8. G.J. Offerhaus, F.M. Giardelo, A.T. Krush, *et al.* **The risk of upper gastrointestinal cancer in familial adenomatous polyposis** [see comment]. *Gastroenterology*, 102 (1992), pp. 1980-1982 Medline.
9. T. Ponchon, F. Berger, A. Chavaillon, *et al.* **Contribution of endoscopy to diagnosis and treatment of tumors of the ampulla of Vater**. *Cancer*, 64 (1989), pp. 161-167.
10. M.E. Cannon, S.L. Carpenter, G.H. Elta, *et al.* **EUS compared with CT, magnetic resonante imaging and angiography and the influence of biliary stenting on staging accuracy of ampullary neoplasms**. *Gastrointest Endosc*, 50 (1999), pp. 27-33 Medline.
11. H.E. Adamek, H. Breer, T. Karschkes, J. Albert, J.F. Riemann. **Magnetic resonance imaging in gastroenterology: time to say good-bye to all that endoscopy?**. *Endoscopy*, 32 (2000), pp. 406-410 <http://dx.doi.org/10.1055/s-2000-639> | Medline.
12. A. Geier, H.N. Nguyen, C. Gartung, *et al.* **MRCP and ERCP to detect small ampullary carcinoma**. *Lancet*, 356 (2000), pp. 1607-1608.
13. A. Sauvanet, O. Chapuis, P. Hammel, *et al.* **Are endoscopic procedures able to predict the benignity of ampullary tumors?**. *Am J Surg*, 174 (1997), pp. 355-358 Medline.
14. S. Bohnacker, N. Soehendra, H. Maguchi, J.B. Cheng, D.A. Howell. **Endoscopic resection of benign tumors of the papilla de Vater**. *Endoscopy*, 38 (2006), pp. 521-525 <http://dx.doi.org/10.1055/s-2006-925263> | Medline.
15. H. Mukai, M. Nakajima, K. Yasuda, *et al.* **Evaluation of endoscopic ultrasonography in the preoperative staging of carcinoma of the ampulla of Vater and common bile duct**. *Gastrointest Endosc*, 38 (1992), pp. 677-683.
16. J.C. Souquet, B. Napoleon, B. Pujol, T. Ponchon, O. Keriven, R. Lambert. **Ecoendoscopy prior to endoscopy tumor therapy: more safety?**. *Endoscopy*, 25 (1993), pp. 475-478 <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-1010370> | Medline.
17. M. Pellisé, G. Fernández-Esparrach, M. Solé, *et al.* **Endoscopic ultrasound-guided fine leedle aspiration: predictive factors of achúrate diagnosis and cost-minimization analysis o fon-site pathologist**. *Gastroenterol Hepatol*, 30 (2007), pp. 319-324 Medline.
18. K. Yamaguchi, M. Enjoji. **Carcinoma of the major duodenal papilla: A clinicopathologic study and pathologic staging of 109 cases of carcinoma and 5 cases of adenoma**. *Cancer*, 59 (1987), pp. 506-515 Medline.
19. D.G. Adler, W. Qureshi, R. Davila, *et al.* **The role of endoscopy in ampullary and duodenal adenomas**. *Gastrointest Endosc*, 64 (2006), pp. 849-854 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2006.08.044> | Medline.

20. J. Baille, Am J Gastroenterol. **Endoscopic ampullectomy**, 100 (2005), pp. 2379-2381 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.00332.x> | Medline.
21. M. Takashima, T. Ueki, E. Nagai, *et al.* **Carcinoma of the ampulla of Vater associated with or without adenoma: a clinicopathologic análisis of 198 cases with referente to p53 and Ki-67 immunohistochemical expressions**. Mod Pathol, 13 (2000), pp. 1300-1307 <http://dx.doi.org/10.1038/modpathol.3880238> | Medline.
22. K. Yamaguchi, M. Enjoji, K. Kitamura. **Endoscopic biopsy has limited accuracy in diagnosis of ampullary tumors**. Gastrointest Endosc, 36 (1990), pp. 588-592 Medline.
23. V. Toledo-Pimentel, J.M. Bordas, A. Rives, M.C. Guevara, J. Visa, J. Rodés. **Utilidad diagnóstica de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en los tumores ampulares. Experiencia de la Sección de Endoscopia del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona en 65 casos**. Gastroenterol Hepatol, 13 (1990), pp. 342-346.
24. E. Shemesh, S. Nass, A. Czerniak. **Endoscopic sphincterotomy and endoscopic fulguration in the management of adenoma of the papilla of Vater**. Surg Gynecol Obstet, 169 (1989), pp. 445-448 Medline.
25. M. Younes, S. Riley, R.M. Genta, *et al.* **p53 Protein accumulation in tumors of the ampulla of Vater**. Cancer, 76 (1995), pp. 1150-1154 Medline.
26. J.R. Howe, D.S. Klimstra, R.D. Moccia, *et al.* **K-ras mutation in adenomas and carcinomas of the ampulla of Vater**. Clin Cancer Res, 3 (1997), pp. 129-133 Medline.
27. Y. Uchiyama, H. Imazu, H. Kakutani, *et al.* **New approach to diagnosing ampullary tumors by magnifying endoscopy combined with a narrow-band imaging system**. J Gastroenterol, 41 (2006), pp. 483-490 <http://dx.doi.org/10.1007/s00535-006-1800-7> | Medline.
28. J. Balsells-Valls, J.J. Olsina-Kissler, I. Bilbao-Aguirre, A. Solans-Domènech, C. Margarit-Creixell, M. Armengol-Carrasco. **Surgical treatment of pancreatic and periampullary carcinoma in a specialized unit: a decade later**. Gastroenterol Hepatol, 29 (2006), pp. 66-70 Medline.
29. A.O. Whipple, W.B. Parsons, C.R. Mullens. **Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater**. Ann Surg, 102 (1935), pp. 763-776 Medline.
30. J.H. Allema, M.E. Reinders, T.M. van Gulik, *et al.* **Results of pancreaticoduodenectomy for ampullary carcinoma and analysis of prognostic factors for survival**. Surgery, 117 (1995), pp. 247-253 Medline.
31. W. Halsted. **Contributions to the surgery of the bile passages especially of the common bile duct**. Boston Med Surg, 141 (1889), pp. 645-654.
32. M.F. Catalano, J.D. Linder, A. Chak, *et al.* **Endoscopic management of adenoma of the major duodenal papilla**. Gastrointest Endosc, 59 (2004), pp. 225-232 Medline.
33. K.F. Binmoeller, S. Boaventura, K. Ramsperger, *et al.* **Endoscopic snare excision of benign adenomas of the papilla of Vater**. Gastrointest Endosc, 39 (1993), pp. 127-131 Medline.

34. S. Seewald, S. Omar, N. Soehendra. **Endoscopic resection of tumors of the ampulla of Vater: how far up and how deep down can we go?**. *Gastrointest Endosc*, 63 (2006), pp. 789-791 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2006.01.069> | Medline.
35. J. Menzel, N. Hoepffner, U. Sulkowski, *et al.* **Polypoid tumors of the major duodenal papilla: preoperative staging with intraductal US, EUS, and CTda prospective, histopathologically controlled study.** *Gastrointest Endosc*, 49 (1999), pp. 349-357 Medline.
36. S.Y. Lee, K.T. Jang, K.T. Lee, *et al.* **Can endoscopic resection be applied for early stage ampulla of Vater cancer?**. *Gastrointest Endosc*, 63 (2006), pp. 783-788.
37. S. Bohnacker, U. Seitz, D. Nguyen, *et al.* **Endoscopic resection of benign tumors of the duodenal papilla without and with intraductal growth.** *Gastrointest Endosc*, 62 (2005), pp. 551-560.
38. J. Han, M.H. Kim. **Endoscopic papillectomy for adenomas of the major duodenal papilla.** *Gastrointest Endosc*, 63 (2006), pp. 292-301 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2005.07.022> | Medline.
39. M. Kahaleh, V.M. Shami, A. Brock, *et al.* **Factors predictive of malignancy and endoscopic resectability in ampullary neoplasia.** *Am J Gastroenterol*, 99 (2004), pp. 2235-2239.
40. Z. Zadorova, M. Dvofak, J. Hajer. **Endoscopic therapy of benign tumors of the papilla of Vater: a clinicopathologic study.** *Am J Gastroenterol*, 87 (1992), pp. 37-42 Medline.
41. I.D. Norton, A. Geller, B.T. Petersen, *et al.* **Endoscopic surveillance and ablative therapy for periampullary adenomas.** *Am J Gastroenterol*, 96 (2001), pp. 101-106. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2001.03358.x> | Medline.
42. K. Ito, N. Fujita, Y. Noda, *et al.* **Case of early ampullary cancer treated by endoscopic papillectomy.** *Dig Endosc*, 16 (2004), pp. 157-161.
43. M. Vogt, R. Jakobs, C. Benz, *et al.* **Endoscopic therapy of adenomas of the papilla of Vater. A retrospective analysis with long-term follow-up.** *Dig Liver Dis*, 32 (2000), pp. 339-345 Medline.
44. T. Fukushima, E.L. Fogel, B.M. Devereaux, *et al.* **Use of ERCP and papillectomy in management of ampullary tumors: seven-year review of 75 cases at Indiana University Medical Center [abstract].** *Gastrointest Endosc*, 53 (2001), pp. 88AB.
45. I.D. Norton, C.J. Gostout, T.H. Baron, *et al.* **Safety and outcome of endoscopic snare escisión of the major duodenal papilla.** *Gastrointest Endosc*, 56 (2002), pp. 239-243 Medline.
46. K. Ito, N. Fujita, Y. Noda, *et al.* **Modes of spread in early ampullary cancer in terms of establishing proper indications for endoscopic papillectomy.** *Dig Endosc*, 16 (2004), pp. 224-228.
47. D.J. Desilets, R.M. Dy, P.M. Ku, *et al.* **Endoscopic management of tumors of the major duodenal papilla: refined techniques to improve outcome and avoid complications.** *Gastrointest Endosc*, 54 (2001), pp. 202-208 Medline.
48. S.K. Lee, M.H. Kim, D.W. Seo, *et al.* **Endoscopic sphincterotomy and pancreatic duct placement before endoscopic papillectomy: are they necessary and safe procedure?**. *Gastrointest Endosc*, 55 (2002), pp. 302-304. <http://dx.doi.org/10.1067/mge.2002.120885> | Medline.

49. G.C. Harewood, N.L. Pochron, C.J. Gostout. **Prospective, randomized, controlled trial of prophylactic pancreatic stent placement for endoscopic snare escisión of the duodenal ampulla.** *Gastrointest Endosc*, 62 (2005), pp. 367-370. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2005.04.020> | Medline.
50. C.L. Cheng, S. Sherman, E.L. Fogel, *et al.* **Endoscopic snare papillectomy for tumors of the duodenal papillae.** *Gastrointest Endosc*, 60 (2004), pp. 757-764 Medline.
51. H. Maguchi, K. Takahashi, A. Katanuma, *et al.* **Indication of endoscopic papillectomy for tumors of the papilla of Vater and its problems.** *Dig Endosc*, 15 (2003), pp. 33-35.
52. J.H. Moon, S.W. Cha, Y.D. Cho, *et al.* **Wire-guided endoscopic snare papillectomy for tumors of the major duodenal papilla.** *Gastrointest Endosc*, 61 (2005), pp. 461-466 Medline.
53. Boix J, Lorenzo-Zúñiga V, Moreno de Vega V, Domènech E, Gassull MA. **Endoscopic resection of ampullary tumors: twelve-year review of 21 cases.** *Surg Endosc*. En prensa 2008.
54. K. Huibregtse, G.N.J. Tytgat. **Carcinoma of the ampolla of Vater: the endoscopic approach.** *Endoscopy*, 20 (1988), pp. 223-226. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-1018180> | Medline.
55. K. Huibregtse, G.N.J. Tytgat. **Palliative treatment of obstructive jaundice by transpapillary introduction of large bore bile Duch endoprosthesis.** *Gut*, 23 (1982), pp. 371-375 Medline.
56. Speranzini M.B, Deutsch, C.R, Yagi O.K. **Manual de Diagnóstico e Tratamento para o Residente de Cirurgia.** Editora Atheneu; 2013.
57. Davide J. **Alert Life Sciences: Cancro da ampola de Vater.** Banco da Saúde; 2015.



## ÍNDICE REMISSIVO

### A

- Amenorreia 1, 2, 3, 5, 6, 9, 12
- Ampola de Vater 54, 55, 56, 57, 58, 65
- Antibacterianos naturais 99
- Apendicite 29, 31, 32, 33, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72
- Apendicite aguada 66
- Arco de Maguerez 139, 145
- Artérias coronárias 17, 18, 19, 28
- Artrodese de coluna lombar 122
- Atenção primária à saúde 73, 74, 76, 78, 79

### C

- Carcinoma papilar 55
- Complicações 18, 33, 66, 67, 68, 69, 70, 84, 85, 94, 112, 136, 137, 139, 140
- Compressão da veia ilíaca 80, 81, 82, 83, 84, 86
- Conscientização 139, 145
- Córnea 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120
- Covid -19 74, 77

### D

- Deficiência 1, 2, 5, 6, 8, 9, 14, 53, 129, 136
- Déficit neurológico 122, 123, 125
- Desafios na saúde pública 73, 74, 76
- Diabetes mellitus do tipo 2 139
- Dominância arterial cardíaca 17

### E

- Encarcerada 33, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 136
- Engenharia de tecidos 108, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119
- Epidemiologia 37, 38, 49, 50, 97
- Escherichia coli 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105
- Esfíncter da ampola hepatopancreática 55
- Exames laboratoriais 66, 67, 68, 71

## **G**

Geoprocessamento 37, 38

## **H**

Hábitos 8, 93, 134, 139, 140

Hematoma epidural vertebral 122

Héncia lombar 128

Hérnia 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 123, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138

Hérnia de Garengéot 29, 30, 31, 32, 33, 36

Hérnia de Grynfelt 128, 130, 131, 132

Hérnia femoral 29, 30, 31, 32, 33

Hérnia lombar superior 128

## **I**

Idoso 42, 134, 135

Inguinal 32, 33, 34, 133, 134, 135, 136, 137, 138

## **L**

Leishmaniose 38, 49, 50, 51

## **M**

Medicação 139, 142

## **N**

Neoplasia 54, 56, 58, 64, 123, 133, 134

## **O**

Olho 52, 108, 110, 111, 120

## **P**

Pandemia 73, 74, 75, 76, 77, 79, 111, 121

Prevenção 89, 90, 96, 139, 145

Pseudomonas aeruginosa 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105

## **S**

Salmonella tiphy 99, 100, 101

Síndrome de May-Thurner 80, 81, 82, 83, 85

## **T**

Transplante de córnea 108, 114, 118

Tríade da mulher atleta 1, 2, 3, 4, 13, 15

Trombose venosa profunda 80, 81, 82, 83, 84, 85

## V




Varição anatômica 17

Veia íliaca 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86

# Medicina

e a aplicação dos avanços da pesquisa básica e clínica







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

**Atena**  
Editora  
Ano 2022

# Medicina

e a aplicação dos avanços da pesquisa básica e clínica



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

  
Ano 2022