

URGÊNCIAS EM CIRURGIA ONCOLÓGICA ABDOMINAL PARA O CIRURGIÃO GERAL

PAULO R. FALCÃO

ROBERTO G. FREITAS

CARLOS B. COLA

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES-FILHO

RESUMO

As situações da abordagem emergencial em pacientes portadores de neoplasia do trato gastrointestinal constituem um desafio adicional para o cirurgião, uma vez que os procedimentos realizados podem ter um impacto significativo no prognóstico geral do tratamento da doença base.

Ao ser atendido em serviços de emergência geral, o cirurgião deve perceber não só a gravidade da situação aguda, como também analisar as perspectivas futuras de tratamento para o paciente.

A experiência do acompanhamento de pacientes oncológicos e a participação em decisões de tratamentos adjuvantes de radioterapia e quimioterapia fazem parte do trabalho do cirurgião especialista em oncologia.

Transferir este conhecimento ao cirurgião geral possibilita uma abordagem racional e adequada do paciente oncológico.

Neste trabalho, descrevemos situações mais frequentemente encontradas em situações emergenciais dos pacientes portadores de câncer do aparelho digestivo.

Longe de esgotar o assunto, o objetivo é de

apresentar ao profissional em formação alternativas de condutas adequadas a estas situações.

PALAVRAS-CHAVE: *Comprometimento cognitivo; Envelhecimento; Memória; Demência; Doença de Alzheimer.*

INTRODUÇÃO

Os princípios do tratamento da cirurgia oncológica incluem uma série de conceitos que, aliados a outras modalidades de tratamento, notadamente quimioterapia e radioterapia, têm como objetivo oferecer as melhores condições para a cura do câncer, e – deste modo – devemos considerar sempre a intenção curativa do tratamento cirúrgico, realizando cirurgias sem doença residual, tanto macroscópica quanto microscópica (cirurgias R0).

Nas situações clínicas nas quais a intenção do tratamento não é curativa, devemos admitir que o melhor tratamento é o que oferece a melhor qualidade de vida em termos de palição, e nestes casos o tratamento cirúrgico deve ser adequado para o alívio de sintomas específicos.

As situações de urgência na cirurgia oncológica são sempre consideradas como um desafio adicional para o especialista, seja quando

ocorrem no início do diagnóstico, ou durante o tratamento, como complicação da opção terapêutica inicialmente oferecida, ou mesmo pela evolução natural de uma doença em progressão.

Este desafio caracteriza-se pelo questionamento da radicalidade da cirurgia em uma situação de urgência. Qual seria a melhor conduta a ser adotada sem que haja um prejuízo para o prognóstico total do tratamento?

Nesta revisão, abordaremos as situações práticas mais comuns com as quais o cirurgião geral se depara na emergência.

ESÔFAGO

O carcinoma epidermoide é o tipo histológico mais frequente nos tumores de esôfago e, na maioria dos casos, a história típica de disfagia progressiva com emagrecimento acentuado caracteriza, desde o diagnóstico, o estágio avançado da doença onde as opções de tratamento radical são limitadas pelo prognóstico da doença base; e a melhor opção de tratamento entre a cirurgia, radioterapia associada ou não à quimioterapia, irá depender da experiência do serviço em que o paciente é tratado e a possibilidade de inclusão em protocolos específicos de tratamento.

As situações clínicas que caracterizam a urgência nos tumores de esôfago estão associadas à doença localmente avançada, e nestes casos, os tumores intraluminais podem cursar com sangramento, perfurações ou obstrução.

O sangramento do tumor de esôfago, embora se constitua como urgência oncológica, raramente irá indicar uma cirurgia de urgência. Na maior parte das vezes, são autolimitados e não se caracterizam por hemorragia digestiva alta maciça. Considerando que estes pacientes apresentam doença avançada, a opção de radioterapia em dose anti-hemorrágica sempre deve ser considerada.

A perfuração do tumor de esôfago caracteriza-se com fístula, tanto para a árvore brônquica, como em situações excepcionais para a aorta torácica. A fístula aortoesofágica é definitivamente a exceção do sangramento do tumor de

esôfago, sendo considerada um quadro catastrófico, tanto pelo volume de sangramento, com consequente instabilidade hemodinâmica severa podendo definir o óbito do paciente, quanto pelas poucas opções em termos de tratamento em uma doença localmente avançada.

As fístulas tráqueo e bronquiesofágicas são mais comuns, porém definem a incurabilidade da doença, e neste aspecto também definem a irremediabilidade. A melhor opção atual seria a colocação de uma prótese endoscópica esofágica, que possibilitaria ao paciente a ingestão oral sem a pneumonia naturalmente encontrada nos casos de fístula com entrada de alimentos e saliva na árvore brônquica.

Os casos de obstrução são os mais comuns na prática clínica.

O paciente com tumor de esôfago é diagnosticado com quadro de disfagia, e na grande maioria dos casos, o emagrecimento persiste mesmo com o suporte nutricional por via oral.

A primeira medida nestes casos é a de oferecer uma via alimentar segura para que o tratamento possa prosseguir e ser bem-tolerado pelo paciente, independente da opção de tratamento. Devemos entender que a radioterapia e a quimioterapia também são opções que espoliam o paciente e são capazes de quebrar o ténue equilíbrio que ainda resta nestas situações.

A opção pelo cateter nasoentérico é capaz de resolver inicialmente o problema alimentar. Deve ser introduzido por endoscopia, assegurando-se seu bom posicionamento para evitar broncoaspiração.

Se houver intolerância ao cateter nasal, a opção de um estoma cirúrgico deve ser considerada.

Se por um lado a gastrostomia parece ser a opção mais adequada, pela possibilidade de ser realizada por endoscopia e pelo maior diâmetro do estoma permitir o uso de dietas mais grossas, por outro lado devemos pensar que nem sempre a via endoscópica é possível pela obstrução esofágica e, além disso, o uso de gastrostomia dificultaria a utilização da confecção de um tubo gástrico se houver necessidade posterior.

ESTÔMAGO

Os adenocarcinomas gástricos são os tumores epiteliais mais comuns do estômago, constituindo cerca de 95% dos casos.

A perfuração do tumor de estômago ocorre, mais comumente, em situações de tumores ulcerados, e pelo comprometimento de todas as camadas da parede do estômago, avançados, podendo corresponder à classificação de Borrmann 2 e Borrmann 3.

Cerca de 60% dos casos das perfurações ocorrem na região do antro, e a sintomatologia se assemelha ao abdômen agudo irritativo da úlcera péptica perfurada, sendo o pneumoperitônio o sinal radiológico mais frequentemente encontrado.

Nestas situações, nem sempre existe o diagnóstico de neoplasia já confirmada.

Se, durante a laparotomia, houver dúvidas em relação à etiologia da lesão maligna, devemos considerar esta possibilidade e realizar a cirurgia dentro dos mesmos conceitos oncológicos.

Nas perfurações causadas em tumores irressecáveis, a melhor conduta será sempre o fechamento da perfuração com auxílio de *patch* de epíplon, se necessário.

Nas situações de tumores ressecáveis, devemos considerar o estado geral do paciente através dos parâmetros de performance, *status*, associados ao grau de peritonite local para definir entre o tratamento apenas da perfuração, à semelhança dos tumores irressecáveis, ou optar pela ressecção do tubo gástrico.

Se houver condições de segurança clínicas para a realização da sutura da perfuração, com ou sem a colocação de *patch* de epíplon, esta deverá ser preferida pela possibilidade da reprogramação de cirurgia radical posteriormente. Após a realização da cirurgia radical, o paciente deverá ser estadiado para a definição da necessidade de tratamento adjuvante.

A opção pela ressecção irá determinar um tratamento cirúrgico não radical, uma vez que a linfadenectomia estendida não deve ser realizada em situações locais desfavoráveis, como

na presença de peritonite local. Nesta situação, haverá a necessidade da complementação de tratamento rádio e/ou quimioterápico

Outra situação clínica significativa é a presença de perfuração tumoral durante o tratamento quimioterápico, principalmente em se tratando de linfoma gástrico de alto grau.

Nesta situação, o prognóstico da doença base e a imunossupressão associada ao tratamento medicamentoso são fatores que aumentam sobremaneira a morbimortalidade do procedimento, e o procedimento cirúrgico a ser escolhido deverá levar estes fatores em consideração.

Embora na maioria dos casos a hemorragia decorrente do adenocarcinoma gástrico seja microscópica e, clinicamente, se manifeste apenas por anemia sem o surgimento de hematêmese e melena clinicamente significativos, o tumor gástrico pode ser responsável por hemorragias severas com indicação de laparotomia de urgência. Esta indicação segue as orientações das hemorragias digestivas altas em geral, dependendo do volume do sangramento e da instabilidade hemodinâmica associada.

A abordagem inicial irá incluir a realização de endoscopia digestiva alta, com realização de procedimentos de hemostasia, que possibilitará a programação de cirurgia radical em momento de estabilidade.

Nos casos em que a endoscopia não obtenha sucesso na interrupção do sangramento, a cirurgia de ressecção de tubo gástrico será a preferida, sem a intenção de radicalidade oncológica, pela instabilidade hemodinâmica associada ao quadro. Posteriormente, o tratamento será complementado através de rádio e/ou quimioterapia.

A obstrução do adenocarcinoma gástrico, via de regra, é caracterizada por síndrome de estenose pilórica pelo acometimento do tumor em região antropilórica.

Este paciente encontra-se desnutrido, com vômitos frequentes e apresentando aumento da câmara gástrica, gastrectasia, com espessamento da parede do órgão.

A abordagem inicial irá incluir, além do suporte clínico inicial, a manutenção de aspiração por catéter nasogástrico e a obtenção de via alimentar.

Sempre que possível, a introdução de catéter nasoentérico para alimentação enteral deve ser preferida. Se a transposição tumoral pela endoscopia não for possível, as opções de nutrição pré-operatória devem ser consideradas avaliando-se as condições nutricionais do paciente, que incluem a nutrição parenteral total ou periférica.

Uma vez compensado clinicamente, o paciente será submetido à cirurgia com proposta radical. Se a lesão for irrisecável, a opção de *by-pass* cirúrgico por gastroenteroanastomose deve ser realizada.

INTESTINO DELGADO

Embora os tumores primários de intestino delgado sejam raros, o acometimento deste órgão durante a vida de um paciente portador de neoplasia abdominopélvica tornam o conhecimento das alternativas de tratamento fundamental para o prognóstico do paciente.

Os eventos de perfuração e hemorragia do intestino delgado são, de fato, bastante raros; e, sem dúvida, na eventualidade destas condições, a ressecção segmentar será o tratamento de eleição.

As condições mais desafiadoras são os eventos obstrutivos.

Basicamente, existem três condições que levam a uma obstrução intestinal do intestino delgado: bridas e aderências de cirurgias anteriores, comprometimento por disseminação peritoneal da doença base e enterite actínica.

Em um paciente com cirurgia abdominal prévia e obstrução intestinal em intestino delgado, a presença de aderências deve ser sempre colocada como uma causa possível da etiologia obstrutiva, principalmente se a doença base estiver controlada.

Na eventualidade do paciente apresentar diagnóstico já confirmado de carcinomatose, seja por tumores do trato digestivo como

também por outros tumores que apresentem disseminação peritoneal frequente, como os tumores de ovário, a possibilidade de acometimento neoplásico é a principal hipótese a ser considerada.

Em pacientes que tenham realizado radioterapia abdominal ou pélvica, como parte de seu tratamento, a enterite actínica pode responder pela etiologia da obstrução.

O tratamento inicial deve ser sempre conservador, com aspiração nasogástrica e suporte clínico. A avaliação nutricional com suporte parenteral pode ser necessária. Cerca de 50% dos pacientes respondem satisfatoriamente ao tratamento conservador, porém – em algumas situações – o tempo necessário para esta melhora pode ser de até duas semanas.

A definição da necessidade e do momento adequado para a cirurgia nestas situações nem sempre é rápida, e muitas vezes mesmo para um cirurgião experiente esta decisão é difícil.

Durante a laparotomia, a lise de aderências pode ser um processo laborioso e a presença de aderências tumorais pode definir o chamado abdômen congelado, condição na qual a abordagem cirúrgica da cavidade abdominal não é mais possível.

As alternativas cirúrgicas podem variar desde a simples lise de aderências até a ressecção de segmento de delgado, com o cuidado de evitar síndrome de intestino curto na eventualidade de serem necessárias várias ressecções ou, ainda, a realização de enteroanastomoses para derivação de segmentos irrisecáveis.

COLO RETO

O adenocarcinoma de colo reto é o tipo histológico mais comum no acometimento destes segmentos do intestino grosso e, por suas semelhanças nas abordagens terapêuticas, serão abordados em conjunto.

O sangramento dos tumores colorretais caracteriza-se, na maior parte das vezes, por sangramento oculto nas fezes, nos casos de tumores de cólon direito, ou episódios de hematoquezia nos tumores de reto sigmoide, que muitas ve-

zes não são valorizados adequadamente pelo paciente. Ainda assim, o sangramento deve ser investigado; e o tratamento cirúrgico, proposto após o diagnóstico e estadiamento adequadamente realizados, de modo eletivo.

Episódios de sangramento volumoso com instabilidade hemodinâmica são raros e dificilmente são responsáveis por tratamento cirúrgico de urgência.

Outra causa de sangramento associado ao tratamento radioterápico de tumores pélvicos é a enterite actínica. Normalmente, estes sangramentos são limitados, tratados conservadoramente ou através de fulguração por colonoscopia.

A ressecção do reto será indicada apenas nos casos refratários aos tratamentos anteriores.

A obstrução intestinal é mais frequente nos tumores do cólon esquerdo, sigmoide e do reto, em decorrência da consistência do bolo fecal nestes segmentos.

Os pacientes que apresentam ao diagnóstico as condições de obstrução ou perfuração tumoral apresentam pior prognóstico quando comparados aos tumores dos mesmos estágios não complicados.

Em um paciente com diagnóstico clínico de obstrução intestinal, com imagem de rotina de abdômen agudo e tomografia computadorizada, o tratamento cirúrgico deve ser considerado em caráter de emergência.

A questão da realização de colostomias descompressivas ou ressecção do segmento acometido pela lesão dependerá da expectativa da radicalidade do tratamento cirúrgico que se propõe para o paciente.

Além disto, em situações de urgências obstrutivas, a abordagem laparoscópica está contraindicada porque a distensão intestinal amontante impede a realização do pneumoperitônio adequado.

Se a proposta de tratamento for radical, o mais adequado para o tratamento da obstrução intestinal colorretal é a realização de colostomia descompressiva.

Esta abordagem possibilita a resolução do

quadro emergencial e a programação do estadiamento adequado com realização de colonoscopia avaliando todos os segmentos colônicos à procura de lesões sincrônicas e a realização de cirurgia em radical com linfadenectomias estendidas.

As ressecções nas urgências, cirurgias de Hartmann, realizações de fístula mucosa ou ainda preparo intestinal pré-operatório com anastomoses primárias, geralmente, excluem a realização de cirurgias com linfadenectomias estendidas, porém podem ser consideradas como opções viáveis, principalmente, na necessidade de ressecção quando associado à perfuração ou isquemia intestinal.

A possibilidade do tratamento da obstrução intestinal por *stent* colonoscópico pode ser considerada em caráter excepcional.

A perfuração intestinal, normalmente, acompanha um tumor obstrutivo distal, principalmente, nos casos de válvula íleo-cecal competente.

A eminência de uma perfuração intestinal com medidas radiológicas do ceco próximo a 10 cm, ou ainda suspeita clínica de perfuração com exame clínico evidenciando irritação peritoneal com achado de pneumoperitônio em exames de imagem devem ser abordados em caráter de urgência após avaliação clínica inicial.

A opção de cirurgia deve incluir a ressecção do segmento lesado com realização de estomas temporários ou definitivos.

A mortalidade operatória, nos casos de perfuração associada à neoplasia colorretal, encontra-se em torno de 30%.

REFERÊNCIAS

1. Lerut T, De Leyn P, Coosemans W, *et al.* Surgical strategies in esophageal carcinoma with emphasis on radical lymphadenectomy. *Ann Surg.* 1992;216:583.
2. Hiki Y. Surgical treatment for gastric cancer from the surgical perspective. *Gastrointest Endosc.* 1991;33:2285.
3. Wils J. The treatment of advanced gastric cancer. *Semin Oncol.* 1996;23:397.
4. Fortner JG, Lauwers GY, Thaler HT, *et al.*

- Nativity, complications, and pathology are determinants of surgical results for gastric cancer. *Cancer*. 1994;73:8.
5. Wisbeck WM, Becher EM, Russell AH. Adenocarcinoma of the stomach: autopsy observations with therapeutic implications for the radiation oncologist. *Radiother Oncol*. 1986;7:13.
 6. Baron TH. Expandable metal stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract. *N Engl J Med*. 2001;344:1681.
 7. Tebbutt NC, Norman AR, Cunningham D, *et al*. Intestinal complications after chemotherapy for patients with unresected primary colorectal cancer and synchronous metastases. *Gut*. 2003;52:568.
 8. Benson AB 3rd, Desch CE, Flynn PJ, *et al*. 2000 update of American Society of Clinical Oncology colorectal cancer surveillance guidelines. *J Clin Oncol*. 2000;18:3586.

ABSTRACT

The approach to emergency situations in patients with cancer of the gastrointestinal tract is an additional challenge for the surgeon, since the procedures performed can have a significant impact on the overall prognosis of the disease management base.

Upon being treated in emergency general, the surgeon must realize not only the severity of the acute situation, but also examine the future prospects of treatment for the patient.

The experience of attendance of patients with cancer and participation in treatment decisions for adjuvant radiotherapy and chemotherapy are part of the work of the surgeon specialist in oncology. Transfer this knowledge to the general surgeon provides a rational and appropriate approach to cancer patients.

In this paper we describe situations most frequently encountered in emergency situations of patients with cancer of the digestive tract.

Far from exhausting the subject, the goal is to provide the professional in training alternative appropriate behavior in these situations.

KEYWORDS: Cognitive Impairment; Aging; Memory; Dementia; Alzheimer disease.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

IVAN MATHIAS

Professor Associado da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ;
Chefe da Divisão de Cirurgia Ambulatorial da Policlínica Piquet Carneiro da UERJ;
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Artigo 1: Diagnóstico por imagem no abdome agudo Não Traumático

ALEXANDRA MARIA VIEIRA MONTEIRO

Mestre e Doutora em Medicina/UFRJ;
Professora Adjunta de Radiologia na Graduação e no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas/UERJ.

CLÁUDIO MÁRCIO AMARAL DE OLIVEIRA LIMA

Aluno do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas/UERJ;
Médico radiologista do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

ÉRICA BARREIROS RIBEIRO

Médica radiologista do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

ARTIGO 2: O USO DA LAPAROSCOPIA NO ABDOME AGUDO

MARCOS B. PITOMBO

Mestre em Cirurgia Gastroenterológica/UFF;
Doutor em Cirurgia Abdominal/UFRJ.
Chefe do Departamento de Cirurgia Geral, Faculdade de Ciências Médicas/UERJ.

MARIA CRISTINA A. MAYA

Mestre e Doutora em Cirurgia Abdominal/UFRJ;
Coordenadora da Disciplina de Cirurgia Geral,

Faculdade de Ciências Médicas/UERJ.

MARCO ANTONIO C. GUIMARÃES-FILHO

Médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.

ANDRÉ DE SOUZA MELGAÇO

Mestre em Cirurgia Gastroenterológica/UFF;
Doutor em Cirurgia Abdominal/UFRJ;
Vice-diretor da Faculdade de Ciências Médicas/
UERJ.

ARTIGO 3: Apendicite Aguda

ROBERTO GARCIA DE FREITAS

Professor Associado do Departamento de Cirurgia Geral da FCM/UERJ;
Livre-Docente em Cirurgia Geral/UERJ;
Mestre em Cirurgia Gastroenterológica/UFF;
Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do HUPE/
UERJ.

MARCOS BETTINI PITOMBO

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Geral. Doutor em Cirurgia Geral/UFRJ;
Chefe do Departamento de Cirurgia Geral da FCM/UERJ;

Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA

Professora Adjunta do Departamento de Cirurgia Geral;
Doutora em Cirurgia Geral/UFRJ;
Coordenadora da Disciplina de Cirurgia Geral da FCM/UERJ;

Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

PAULO ROBERTO FALCÃO LEAL

Professor Assistente do Departamento de Cirurgia Geral da FCM/UERJ;

Mestre em Cirurgia Gastroenterológica/UFF;

Chefe da UDA de Cirurgia Oncológica do HUPE/
UERJ.

ARTIGO 4: : COLECISTITE AGUDA — DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA

Professora Adjunta do Departamento de Cirurgia Geral. Doutora em Cirurgia Geral/UFRJ.

Coordenadora da Disciplina de Cirurgia Geral da FCM – UERJ. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

ROBERTO G. FREITAS

Professor adjunto de Cirurgia Geral da UERJ.
Mestre em Cirurgia Geral pela UFF. Livre Docente pela UERJ. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

MARCOS BETTINI PITOMBO

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Geral. Doutor em Cirurgia Geral pela UFRJ. Chefe do Departamento de Cirurgia Geral da FCM – UERJ. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

ANDRÉ RONAY

Médico do Hospital Universitário Pedro Ernesto e da Secretaria Municipal de Saúde.

ARTIGO 5: PANCREATITE AGUDA: ETIOLOGIA, APRESENTAÇÃO CLÍNICA E TRATAMENTO

MARCO ANTONIO CORREA GUIMARÃES-FILHO

Médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ).

Médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF)

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC).

MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA

Professora Adjunta do Departamento de Cirurgia Geral. Doutora em Cirurgia Geral pela UFRJ.

Coordenadora da Disciplina de Cirurgia Geral da FCM – UERJ. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

PAULO ROBERTO FALCÃO LEAL

Professor Assistente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ

Mestre em Cirurgia Gastroenterológica pela Universidade Federal Fluminense

Chefe da Unidade Docente Assistencial de Cirurgia Oncológica HUPE-UERJ

Médico do Instituto Nacional do Câncer

ANDRÉ DE SOUZA MELGAÇO

Vice-Diretor da Faculdade de Ciências Médicas,
Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia
e Membro Titular do Colégio Brasileiro de
Cirurgiões.

ARTIGO 6: ISQUEMIA MESENTÉRICA

CARLOS EDUARDO VIRGINI-MAGALHÃES

Professor Doutor e Coordenador da Disciplina de
Cirurgia Vascular, Membro Titular da Sociedade
Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular.

MONICA ROCHEDO MAYALL

Médica Residente de Cirurgia Endovascular do
HUPE-UERJ.

ARTIGO 7: ABDOME AGUDO GINECOLÓGICO

MARCO AURELIO PINHO DE OLIVEIRA

Prof. Adjunto e Chefe da Disciplina de Ginecologia
da FCM/UERJ
Chefe do Ambulatório de Endometriose do
Hospital Universitário Pedro Ernesto
Vice-Presidente da Sobracil-RJ
Vice-Presidente da Comissão de Endoscopia
Ginecológica da FEBRASGO

LUIZ AUGUSTO HENRIQUE MELKI

Prof. Adjunto da Disciplina de Ginecologia da
FCM/UERJ
Chefe do Setor de Histeroscopia do Hospital
Universitário Pedro Ernesto

RITA DE CÁSSIA SEVERINO TAVARES

Ginecologista com TEGO e título de
vidolaparoscopia pela FEBRASGO
Pós-graduação em Saúde Pública pela Escola de
Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” / SES-MS

ARTIGO 8: URGÊNCIAS EM CIRURGIA ONCOLÓGICA ABDOMINAL PARA O CIRURGIÃO GERAL

PAULO ROBERTO FALCÃO LEAL

Professor Assistente de Cirurgia Geral do Hospital
Universitário Pedro Ernesto – UERJ
Mestre em Cirurgia Gastroenterológica pela
Universidade Federal Fluminense
Chefe da Unidade Docente Assistencial de Cirurgia
Oncológica HUPE-UERJ
Médico do Instituto Nacional do Câncer.

ROBERTO G. FREITAS

Professor adjunto de Cirurgia Geral da UERJ.
Mestre em Cirurgia Geral pela UFF. Livre Docente
pela UERJ. Titular do Colégio Brasileiro de
Cirurgiões.

CARLOS B. COLA

Médico do Departamento de Cirurgia Geral do
Hospital Universitário Pedro Ernesto.

MARCO A. CORREA GUIMARÃES-FILHO

Médico do Departamento de Cirurgia Geral do
Hospital Universitário Pedro Ernesto