



Resumos dos Trabalhos Científicos aprovados

Sumário

Temas Livres	2
Vídeos Livres	99
Pôsteres	136

Temas Livres

TL001 - Fatores preditivos de complicações em exenterações pélvicas no tratamento do câncer colorretal localmente avançado ou recidivado

Introdução: A exenteração pélvica é um procedimento cirúrgico para o tratamento do cancer colorretal localmente avançado ou recidivado e está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade. Esse trabalho procura estabelecer fatores associados a complicações graves pós-operatórias para realizar uma melhor seleção de pacientes. **Objetivos:** Avaliar a morbimortalidade de pacientes submetidos à exenteração pélvica por tumores colorretais em um centro oncológico. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, longitudinal envolvendo 104 pacientes com câncer colorretal avançado submetidos à exenteração pélvica como tratamento cirúrgico. Foram avaliados fatores clinico-patológicos pré-operatórios, operatórios e pós-operatórios e análise estatística de associação com complicações graves (grau 3,4,5 NCI) **Resultados:** Dentre os 104 pacientes avaliados, 57% apresentavam tumores primários e 43% tumores recidivados. 65% dos pacientes receberam tratamento radioterápico prévio e 76,96% foram submetidos a algum regime quimioterápico prévio. O índice de mortalidade operatória foi de 7,69% e a morbidade foi de 70,19%, sendo 47,11% complicações graves. Os principais fatores preditivos de complicações na análise univariada com significância estatística foram: sexo masculino, tumores recidivados, tratamento prévio com quimioterapia ou radioterapia, ASA 3 e 4, instabilidade clínica intra-operatória, confecção de anastomose ou colostomia, tipo de exenteração, estadiamento T4 patológico, hemotransusão e transfusão de cristalóide acima de 6 litros. Na análise multivariada os fatores independentes de risco com significância estatística foram ASA 3 e 4 e hemotransusão. **Conclusão:** Os fatores descritos podem ser usados para seleção de pacientes, além de individualização de tratamento e cuidados pós-operatórios em exenterações.

Tiago Santoro Bezerra; Samuel Aguiar Junior; Fábio De Oliveira Ferreira; Wilson Toshihiko Nakagawa; Ranyell Matheus Spencer Sobreira Batista; Paulo Stevanato Filho; Renata Mayumi Takahashi; Ademar Lopes;

A.C. CAMARGO CÂNCER CENTER

TL002 - Grau de regressão do adenocarcinoma de reto avaliado pela ressonância magnética e pela histopatologia após radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes

O câncer de reto é uma neoplasia comumente diagnosticada nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por taxas consideráveis de morbi-mortalidade. O tratamento neoadjuvante com radioterapia e quimioterapia tem adquirido papel preponderante no manejo desta neoplasia, com relação a resultados oncológicos e à preservação da função anal. A ressonância magnética é uma das principais ferramentas para a avaliação dos resultados da neoadjuvância no câncer retal, podendo auxiliar na conduta terapêutica. **OBJETIVOS:** Analisar o grau de regressão do adenocarcinoma de reto submetido à neoadjuvância mostrado pela ressonância magnética e pela histopatologia. **MÉTODO:** Trata-se de estudo retrospectivo de 31 pacientes portadores de câncer de reto extraperitoneal submetidos à cirurgia radical por meio de excisão total do mesorreto com preservação esfínteriana, após realização de terapia neoadjuvante com radioterapia e quimioterapia. Os pacientes selecionados foram submetidos à ressonância magnética de pelve com ênfase no reto, antes e após realização da neoadjuvância. O estadiamento inicial da doença foi obtido pelo primeiro exame e o segundo foi responsável por determinar a taxa de regressão tumoral e do estágio da doença. A regressão foi comparada com aquela estimada pelo estudo histopatológico da peça cirúrgica com base na classificação de Dworak e na classificação TNM,

procurando-se analisar o grau de concordância dos dois métodos na avaliação da regressão tumoral e na ocorrência de mudança de estágio da doença. RESULTADOS: A maioria dos pacientes (74,4%) apresentou regressão no estágio da doença após a neoadjuvância, quando comparados ao estágio inicial. Seis pacientes (19,4%) obtiveram resposta patológica completa. A ressonância apresentou sensibilidade de 83,3% e especificidade de 73,7%, com VPP=66,7%, VPN=87,5% e uma acurácia de 0,774 em estimar o grau de regressão tumoral, quando comparada à histopatologia. Não se observou correlação significativa entre as características clínicas dos pacientes, os achados imagenológicos e histopatológicos CONCLUSÕES: A ressonância magnética de pelve com ênfase no reto tem boa acurácia na avaliação do grau de regressão tumoral de pacientes com câncer de reto submetidos à neoadjuvância com radioterapia e quimioterapia, quando comparada com a análise histopatológica, devendo ser utilizada de forma rotineira na prática clínica.

Fábio Henrique De Oliveira; Antônio Lacerda-Filho; Fábio Lopes De Queiroz; Tatiana Martins Gomide Leite; Paulo Guilherme De Oliveira Salles; Fernanda Elias Ferreira Rabelo;
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI

TL003 - Heterogeneidade Genética Intratumoral no Câncer de Reto

Introdução: As informações obtidas das biópsias tumorais influenciam de maneira significativa na definição do tratamento. Todavia, levando-se em conta a presença de heterogeneidade genética intratumoral, biópsias únicas podem não ser representativas da totalidade do tumor, limitando a utilidade e confiabilidade da informação fornecida por essas biópsias para a decisão terapêutica. Objetivo: Demonstrar heterogeneidade genética intratumoral em pacientes com neoplasia de reto. Métodos: Três fragmentos de um único tumor de reto (adenocarcinoma) foram escolhidos para sequenciamento genético seguido de análise para identificação de mutações. Cerca de 25Gb sequências mapeadas foram geradas de cada amostra e sequências genéticas mapeadas do genoma humano foram usados como referência para detecção de pontos de mutações somáticos. Resultados: Ao todo, 193 mutações somáticas foram identificadas. Somente 53 (27%) foram compartilhadas entre os três fragmentos, incluindo genes conhecidos das fases iniciais da sequência adenoma-carcinoma (APC). Do total, 115 (59%) mutações estiveram presentes em apenas um desses fragmentos, incluindo mutações em genes drivers (DNAH12). A distância Jaccard mostrou mediana de distância de 0,603 por comparação pareada dos fragmentos indicando significativa heterogeneidade entre eles. Conclusão: Foi evidenciada considerável heterogeneidade genética intratumoral na neoplasia de reto. A maioria dos pontos de mutação detectados foram exclusivos de um único fragmento. Esses achados confirmam que mutações de genes encontradas em um único fragmento de biópsia pré-tratamento não serão necessariamente representativos de todas as mutações presentes no tumor o que pode limitar a utilidade da informação biológica fornecida por uma única biópsia para a decisão terapêutica.

Fabiana Bettoni; Cibele Masotti; Angelita Habr-Gama; Guilherme Pagin São Julião; Bruna Borba Vailati; Pedro Galante; Anamaria Camargo; Rodrigo Oliva Perez;
HCASP

TL004 - Impacto da terapia neoadjuvante no estadiamento linfonodal em doentes com adenocarcinoma de reto submetidos a tratamento cirúrgico.

Introdução: Os tumores de reto extra-peritoneal estadios II e III são tratados com quimio/radioterapia neoadjuvante seguido de cirurgia. A avaliação linfonodal é um dos melhores fatores prognósticos, sendo preconizado a avaliação de 12 linfonodos ou mais nas peças cirúrgicas. No entanto, não é incomum um encontro de um número reduzido de

linfonodos. Objetivos: Avaliar se pacientes com tumores de reto extra-peritoneal, estádios II e III, submetidos a terapia neoadjuvante, possuem número de linfonodos totais e acometidos, dissecados em peça cirúrgica, menor que os pacientes que não foram submetidos a terapia neoadjuvante prévia. Determinar se a terapia neoadjuvante tem benefício na redução do estadiamento destes pacientes. Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo comparativo na população com tumor de reto extra-peritoneal submetida a cirurgia no departamento de coloproctologia do Hospital Universitário São Francisco –SP, no período de 29 meses (2012 - 2015), os doentes foram divididos em dois grupos, comparando –se doentes submetidos a terapia neoadjuvante ou que não foram submetidos a terapia. Os grupos foram comparados quanto ao número total de linfonodos, acometidos ou não, ao índice de linfonodos acometidos e o estudo de menos de 12 linfonodos em peças cirúrgicas. Resultados: Foram estudados 37 pacientes, com média de idade 64,7 anos, dos quais 20 fizeram neoadjuvância e 17 não. Houve uma redução média de 54% no número de linfonodos totais no grupo da neoadjuvância ($p=0,002$), e uma redução média de 76% no número médio de linfonodos acometidos ($p=0,008$), quando comparado ao outro grupo O percentual de número de linfonodos maior que 12 no grupo da neoadjuvância foi de 25%. Apesar de a taxa média de linfonodos acometidos seja de 0,13 no grupo da neoadjuvância e no outro de 0,26, essa diferença não teve significância estatística. Conclusão: A terapia neoadjuvante influenciou na redução dos linfonodos totais e acometidos, porém não houve significância estatística da terapia neoadjuvante na taxa de linfonodos acometidos, apesar de o grupo da neoadjuvância ter apresentado uma redução de 70% do estadiamento.

Roberta Laís Dos Santos Mendonça; Danielle Campos Peseto; Danilo Toshio Kanno; Carlos Augusto Real Martinez; Ronaldo Nonose; Enzo Fabricio Ribeiro Do Nascimento; Daniel De Castilho Da Silva; Monique Raquel Barbosa De Queiroz Fonseca;
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

TL005 - Incidência de neoplasia de apêndice cecal em adultos operados por apendicite aguda

Objetivo: Avaliar a incidência de achado anatomopatológico de neoplasia de apêndice em espécimes de indivíduos submetidos a apendicectomia, e sua relação com sexo e idade. Método: Avaliação retrospectiva dos 310 laudos de exames anatomopatológicos de apêndice cecal dos pacientes adultos submetidos a apendicectomia no HSPE no período entre 2011 e 2015. Desses indivíduos, a idade variou entre 18 e 87 anos, sendo 156 do sexo feminino e 154 do sexo masculino, com um total de 78 (25,2%) pacientes acima de 60 anos. Separamos os achados de neoplasia, fizemos levantamento de prontuários desses doentes e os comparamos os casos quanto ao sexo e idade e peculiaridades de cada caso. Resultados: Foram encontrados 8 (2,5%) casos de neoplasia de apêndice, com distribuição igual de gênero. O mais novo tinha 36 anos, e o mais velho, 79. Ao estratificarmos de acordo com a idade, observa-se que 14,3% do total de apendicetomizados com mais de 70 anos de idade apresentavam neoplasia, enquanto a frequência nos menores de 70 foi 1,4%, com achado estatisticamente significativo ($p=0,003$). Comparados os grupos quanto ao sexo, não houve diferença. O padrão histológico mais frequente foi de tumor mucinoso tipo borderline. Conclusão: Os indivíduos 5

acima de 70 anos tiveram incidência maior de neoplasia de apêndice ao serem submetidos a apendicectomia.

Túlio Brasileiro Silva Pacheco; André Franceschelli; Natália Dias; Felipe Ricardo Granzotto; Luis Roberto Manzione Nadal; Maria Beatriz Alves Dos Santos Medrado; Renato Arioni Lupinacci; José Francisco De Mattos Farah;

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

TL006 - Incidência de tumor carcinoide em apendicectomias de urgência em um hospital secundário da grande São Paulo

Objetivo: Verificar a incidência de tumor carcinoide em apendicectomias de urgência em um hospital secundário da grande São Paulo correlacionando com os dados obtidos na literatura. **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários de pacientes que realizaram apendicectomia de urgência no serviço entre os anos de 2011 e 2015. Foram levantados um total de 457 pacientes, com posterior verificação do exame anatomopatológico no sistema do serviço. **Resultado:** dos 457 pacientes selecionados, 38 (8, 31%) não foram encontrados no sistema do serviço e em 66 (14, 4%) não foi possível localizar o exame anatomopatológico, portanto, estes foram excluídos do estudo. Nos demais 353 casos, chegamos aos seguintes resultados: 5 (1, 41%) apêndice cecal normal, 26 (7, 36%) apendicite aguda em fase inicial, 29 (8, 21%) apendicite aguda flegmonosa, 188 (53, 25%) apendicite aguda purulenta, 55 (15, 58%) apendicite aguda gangrenosa, 1 (0, 28%) apendicite aguda perfurada, 46 (13, 03%) hiperplasia linfóide reacional, 1 (0, 28%) obliteração fibrosa, 1 (0, 28%) processo inflamatório crônico granulomatoso (tuberculose apendicular) e 1 (0, 28%) de tumor carcinoide. **Conclusões:** As neoplasias apendiculares são raras, correspondendo a menos de 1% das biópsias pós apendicectomias de urgência. Dentre os tumores malignos destaca-se o tumor carcinoide com maior incidência. São detectados mais comumente em pacientes na 4 ou 5 década e estudos epidemiológicos mostram uma maior predileção por mulheres. Em sua maioria são descobertos incidentalmente em material de apendicectomias feitas por outras razões. Em alguns casos os pacientes precisam retornar a sala cirúrgica para complementar a ressecção cirúrgica previa, este retorno está relacionado com o tamanho tumoral, invasão do mesoapêndice, margens comprometidas, entre outras, sendo geralmente a colectomia direita a cirurgia de escolha. Após a compilação dos dados obtidos no presente estudo, notou-se uma porcentagem de tumor carcinoide de 0, 28%, ou seja, inferior ao observado na literatura. No entanto, o paciente portador do tumor encontrava-se dentro do padrão epidemiológico esperado (sexo feminino, idade adulta).

Bruno Amantini Messias; Alexandre Andrade Da Silva Cherao; Andre De Melo Ribeiro; Giovanna Ricciteli Couto; Kandyce Kathelyn Sganzerla; Reinaldo Robalinho Filho; Pamela Bernades Mineu Fontes; Thais Maldonado;

HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA

TL007 - Influência do Parâmetro T na Recidiva Precoce do Tumor de Reto Distal com Resposta Clínica Inicial Completa à Quimiorradioterapia

Introdução: Pacientes com neoplasia de reto distal submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante (nQRT) com resposta clínica tumoral completa (cCR) são potenciais candidatos a tratamento alternativo à cirurgia radical (protocolo Watch & Wait). No entanto, aproximadamente 20% desses pacientes irão apresentar recidiva tumoral precoce. A identificação de fatores de risco para a recidiva pode ajudar a selecionar pacientes para seguimento clínico mais rigoroso. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi investigar a influência da extensão do tumor primário (parâmetro T) nas recidivas precoces de pacientes com cCR

seguidos pelo protocolo Watch & Wait. Métodos: Foram analisados retrospectivamente pacientes com neoplasia de reto distal (cT2-4N0-2M0) submetidos a regime estendido de nQRT (54Gy + 5FU). A avaliação da resposta tumoral foi realizada pelo menos 10 semanas após o término da radioterapia. Pacientes com resposta clínica completa (radiológica, endoscópica e ao exame físico) foram observados sem cirurgia imediata (Watch & Wait). Pacientes que inicialmente apresentaram cCR e desenvolveram recidiva tumoral precoce (<12 meses), recidiva local tardia e metástases a distância foram comparados de acordo quanto à extensão do tumor (parâmetro T) no estadiamento inicial. Resultados: 91 pacientes com neoplasia de reto distal foram submetidos à nQRT e 61/91 pacientes apresentaram cCR inicial (67%). Pacientes com estadiamento cT2 apresentaram taxas similares de cCR quando comparados com estadiamento cT3-T4 (72% vs 63%; $p=0,403$). Recidivas tumorais precoces foram mais frequentes entre tumores cT3-4 quando comparados com estadiamento cT2 (30% vs 3%; $p=0,007$). Não houve diferenças nas taxas de recidivas tardias ($p=0,593$) ou recidivas sistêmicas ($p=0,387$). A sobrevida livre de recidiva local foi significativamente melhor para estadiamento cT2 em 1 ano (96% vs 69%, $p=0,009$). Não houve diferença significativa na sobrevida livre de doença (85% vs 72%; $p=0,479$). Conclusão: Pacientes com estadiamento cT2 que apresentam cCR após nQRT observados pelo protocolo Watch & Wait são menos propensos a desenvolver recidiva tumoral precoce quando comparados a pacientes com estadiamento inicial cT3/4. Pacientes com estadiamento cT3/4 e cCR após nQRT devem ser submetidos a acompanhamento clínico, radiológico e endoscópico mais rigoroso a fim de se identificar precocemente recidivas tumorais.

Angelita Habr-Gama; Guilherme Pagin São Julião; Bruna Borba Vailati; Cinthia Denise Ortega; Rafael Ulysses De Azevedo; Joaquim Gama-Rodrigues; Sergio Eduardo Alonso Araújo; Rodrigo Oliva Perez;

HCASP

TL008 - Late assessment of quality of life in patients with rectal carcinoma: comparison between sphincter preservation and definitive colostomy

Introdução: Patients who are candidates to curative surgical treatment for rectal cancer have often negative idea about a definitive colostomy (DC). Though great technical efforts have been dedicated to sphincter preservation (SP), the abdominoperineal resection (APR) followed by a DC continues to be the alternative of choice for patients with distal rectum lesions with anal sphincter invasion or severe sphincter malfunction expectance after low anterior resection (LAR) and coloanal anastomosis. In that sense, many studies suggest that patients with a stoma and patients with anatomical SP, both present alterations on the quality of life (QoL), with observed modifications on physical, social and physiological aspects. Objective: The purpose of this study is to compare the QoL of patients undergoing standard treatment for rectum cancer with sphincter preservation or definitive colostomy. Methods: One hundred twenty-five patients with medium or low rectum adenocarcinoma operated on radical surgery with curative intent with follow up time ≥ 1 year were selected. Eighty-three patients (group 1) submitted to LAR and low colorectal or coloanal anastomosis had sphincter preservation. Forty-two patients (group 2) had undergone to APR followed by terminal definitive colostomy. The QoL was assessed by European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 and QLQ-CR29 questionnaires. Results: Health and global QoL were similar in the two groups, however, the patients with definitive colostomy presented higher scores on the Emotional Function Scale (p -value=0.016) and Cognitive Function Scale (p -value=0.017). For the Symptom Scale the patients with sphincter preservation presented more symptoms for stool frequency (p -value < 0.001), intestinal constipation (p -value=0.005), fecal incontinence (p -value=0.001), buttock pain (p -value=0.023) and nausea and vomiting (p -value=0.036), while

the patients with definite colostomy presented higher scores for dysuria (p -value=0.033). Conclusion: Though global QoL was not different between the two groups, was observed differences in the Functional Scale and Symptom Scale in favor of the patients with DC, that results a better functioning with less symptom.

Mariane Messias Reis Lima Silva; Wilson Toshihiko Nakagawa; Érica Maria Monteiro Santos; Fábio De Oliveira Ferreira; Ademar Lopes; Samuel Aguiar Junior;
FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE

TL009 - Leiomiossarcoma de transição retossigmóide: relato de caso

INTRODUÇÃO: O leiomiossarcoma intestinal é uma patologia rara, com incidência de 1,4/100.000 habitantes, sem predileção por sexo e mais prevalente entre 50-70 anos.

Representa 1 a 2% dos tumores malignos do trato gastrointestinal, sendo incomuns no cólon.

RELATO DE CASO: L.G.P.O, 34 anos, sexo feminino, com tumor pré-sacral diagnosticado em exame de rotina, durante acompanhamento com endocrinologista. Realizou ressonância magnética de abdome em janeiro de 2016, que evidenciou massa pré-sacral (entre S1 e S4), medindo 82x72x77mm, com áreas avasculares que sugeriam necrose central, determinando compressão e deslocamento do terço superior do reto, não sendo possível descartar GIST. A paciente realizava acompanhamento periódico devido a NEM 1 (Neoplasia Endócrina Múltipla), Doença de Cushing e hipoparatiroidismo primário. Realizou hipofisectomia transesfenoidal em 2003, adrenalectomia bilateral VLP (videolaparoscópica) e paratiroidectomia total em 2011, além de mastoplastia e abdominoplastia. A paciente foi então submetida a retossigmoidectomia VLP em fevereiro de 2016, apresentou boa evolução pós-operatória e recebeu alta hospitalar no 4º dia. Em estudo histopatológico e imunohistoquímico foi firmado diagnóstico de sarcoma fusocelular pouco diferenciado.

Durante o acompanhamento com oncologista clínico, a paciente teve diagnóstico de múltiplas metástases e iniciou quimioterapia em maio de 2016 (gencitabina + docetaxel). Reinternou por três vezes devido a fraqueza e inapetência. No último internamento, em julho de 2016, a paciente apresentou sepse de foco não esclarecido e outras complicações, como crise convulsiva, hemorragia digestiva alta com broncoaspiração maciça e consequente óbito.

CONCLUSÕES: O leiomiossarcoma do cólon é uma patologia extremamente rara e seu prognóstico é pior quando comparado ao de estômago. A cirurgia permanece o único tratamento curativo, com sobrevida de 40-60% em 5 anos.

Renato Valmassoni Pinho; Júlio Cezar Uili Coelho; Micheli Fortunato Domingos; Caroline Blum; Guilherme Figueiró Ferronato; Valéria Aparecida Santos; Andre Gubert Weiss; Lucas Thá Nassif;

HOSP. NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

TL010 - O tratamento cirúrgico da recidiva pélvica vale a pena?

Introdução: O manejo do tratamento da recidiva pélvica do adenocarcinoma de reto é um desafio. Questiona-se quanto a validade da cirurgia por ser potencialmente mórbida, ter risco de ressecção não curativa e também de colostomia definitiva. **Objetivo:** Identificar sobrevida global, livre de recidiva e pós-operatória dos pacientes com adenocarcinoma de reto recidivado que foram operados. Como desfecho secundário, avaliar fatores que podem estar relacionados ao prognóstico. **Método:** Análise retrospectiva dos pacientes com recidiva pélvica de adenocarcinoma de reto operados entre 2010 e 2016. Fatores clínicos e terapêuticos foram estudados. Pacientes com ressecções que deixaram, na primeira cirurgia, doença residual macroscópica (R2) foram excluídos, assim como pacientes com dados incompletos no

prontuário. Resultados: Quatorze pacientes foram estudados (16 incluídos e 2 excluídos). A média de idade foi de 57,9 anos com a mesma proporção distribuída entre os sexos. A localização mais comum do tumor foi reto alto (42,8%), seguida de reto médio (35,7%). Retossigmoidectomia anterior foi a cirurgia primária mais realizada (64,2% sendo que destes, 55,5% foram derivados). Estadio III foi o achado patológico do reto que predominou (42,8%). A sobrevida livre de recidiva local (pélvica) foi 26,8 meses, com os exames complementares superando a sensibilidade do exame clínico, embora poucos pacientes tenham elevado o CEA (média da recidiva 5,3ng/mL). Três pacientes foram submetidos a quimiorradioterapia imediatamente antes da cirurgia da recidiva, totalizando 12 pacientes que fizeram tal tratamento em algum momento (cinco neoadjuvante, quatro adjuvante e três antes da recidiva). A ressecção da recidiva foi realizada em 64,2% dos pacientes, sendo a maioria submetida a amputação abdomino-perineal do reto (AAPR). Dos pacientes cuja cirurgia não foi ressectiva, ressecção primária com margem positiva microscópica (R1) e AAPR foram relacionadas a não ressecabilidade, embora o estadio do tumor primário não. Apenas cinco pacientes fizeram cirurgia ressectiva completa da recidiva, no entanto, a sobrevida pós-operatória foi de 20,5 meses com 28,5% de morbidade e zero mortalidade. Caracterizando uma sobrevida global de 50,5 meses. Conclusão: O tratamento cirúrgico da recidiva pélvica tem morbidade, gera estoma definitivo, pode não ser curativo, mas prorroga a sobrevida global, sendo recomendado aos pacientes com critérios de operabilidade.
Fernanda Bellotti Formiga; Eduardo De Souza Andrade; Bruna Lima Daher; Bruna Fernandes Dos Santos; Lucas Rodrigues Boarini; Pietro Dadalto Oliveira; Marcus Fábio Magalhães Fonseca; Galdino José Sítionio Formiga;
HOSPITAL HÉLIOPOLIS

TL011 - A análise histológica convencional é insuficiente para confirmar a resposta patológica completa após o tratamento neoadjuvante do câncer de reto

INTRODUÇÃO: Embora a terapia neoadjuvante para o adenocarcinoma de reto possa curar o paciente, há uma falta de métodos diagnósticos definitivos que possam comprovar a resposta completa, por isso 15-20% dos pacientes submetidos à retossigmoidectomia (RTS) com excisão total do mesoreto (ETM) têm resposta patológica completa (pRC). Entretanto, alguns pacientes deste subgrupo terão recidiva da doença. **OBJETIVO:** Determinar se a análise histológica convencional é suficiente para determinar pRC. **MÉTODOS:** Análise de 435 espécimes cirúrgicos de pacientes com câncer de reto submetidos a RTS com ETM após neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia (130 prospectivos e 305 retrospectivos). Todos os casos identificados como ypT0 tiveram seus blocos de parafina re-examinados com 3 cortes adicionais e coloração Hematoxilina-Eosina e imunohistoquímica (IHQ) para verificar a presença de tumor residual. **RESULTADOS:** Foram identificados 75 casos ypT0, desses 6 eram ypT0ypN+ e nenhum tinha tumor residual. Dos 69 com pRC, 12 (16%) tinham células neoplásicas presentes. Desses 12 casos não-pRC, 4 tornaram-se ypT3, 5 ypT2 e 3 ypT1, alterando para 13,1% a taxa de pacientes com pRC. A especificidade do exame histopatológico convencional para o diagnóstico de pRC foi de 82,6%. Nenhum dos 12 casos foi identificado exclusivamente pela análise IHQ. Comparando os verdadeiros pRC com os não-pRC a recidiva a distância ocorreu em 10,5% vs. 22,2% ($p=0,203$) dos casos e a sobrevida global foi de 93% vs 72,2% ($p=0,019$). **CONCLUSÕES:** A análise histopatológica convencional é insuficiente para determinar a pRC. A adoção da metodologia com cortes histológicos em 3-níveis aumenta a acurácia na detecção de células tumorais residuais e deve ser utilizada rotineiramente nos pacientes inicialmente classificados como ypT0.
Marina Alessandra Pereira; André Roncon Dias; Sheila Friedrich Faraj; Antonio Rocco Imperiale; Caio Sérgio Rizkallah Nahas; Carlos Frederico Sparapan Marques; Sergio Carlos Nahas; Ulysses Ribeiro Jr;

TL012 - A Captação de 18 F-FDG é Similar em Tumores de Reto Mucinosos e Não Mucinosos?

Introdução: PET/CT é considerado um método limitado para avaliação de tumores colorretais mucinosos devido a sua baixa celularidade e baixa captação de 18F-FDG. Objetivo: O objetivo desse estudo foi comparar parâmetros avaliados no PET/CT em tumores retais (adenocarcinomas) mucinosos (MC) e não mucinosos (nMC). Métodos: Foram revisados pacientes com adenocarcinoma de reto cT2-4N0-2M0 incluídos em ensaio clínico prospectivo. O PET/CT foi realizado para estadiamento inicial, sendo avaliados: SUVmax, SUVmédio, volume metabólico do tumor (VMT) e glicólise total da lesão (GTL). Os parâmetros do PET/CT foram comparados de acordo com os subtipos histológicos (MC e nMC). Resultado: 73 pacientes foram incluídos no estudo (18 com tumores mucinosos e 55 com tumores não mucinosos). Os valores de SUVmax foram similares entre MC e nMC (19,7 vs 16,6; $p=0,5$). Os valores de VMT e GTL foram maiores no subgrupo dos tumores MC (103,9 vs 54,1; $p=0,007$ e 892,5 vs 358,8; $p=0,020$) devido ao maiores volumes tumorais do subtipo mucinoso. Conclusão: A análise de parâmetros metabólicos do PET/CT no estadiamento inicial de pacientes com adenocarcinoma de reto é similar entre os subtipos histológicos mucinoso e não mucinoso.

Dalton Alexandre Dos Anjos; Angelita Habr-Gama; Guilherme Pagin São Julião; Bruna Borba Vailati; Rodrigo Oliva Perez; Rafael Ulysses De Azevedo; João Batista De Sousa; Carlos Alberto Buchpiguel;

HCASP

TL013 - A terapia neoadjuvante não reduz o número de linfonodos encontrados na peça cirúrgica de pacientes com câncer retal

INTRODUÇÃO: Embora seja amplamente aceito que a neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia (nQR/RT) reduz os linfonodos (LN) encontrados na peça cirúrgica de pacientes com câncer retal, alguns autores observaram que uma análise diligente da peça aumenta a contagem linfonodal e reduz a chance de subestadiamento, correlacionando mais LNs com melhor sobrevida. OBJETIVOS: Comparar as soluções fixadoras de Carnoy e Formol quanto ao número de LNs obtidos em peças cirúrgicas de pacientes com câncer retal pós nQT/RT. Verificar se linfonodos são perdidos com a análise rotineira e se esse fato é clinicamente relevante. Avaliar a relação entre a resposta tumoral à nQT/RT e a contagem linfonodal. MÉTODOS: Cento e trinta peças cirúrgicas de pacientes submetidos a retossigmoidectomia com excisão total mesoreto após nQT/RT foram randomizadas para fixação em Carnoy ou Formol. Após a dissecação do grupo Formol, a gordura a ser desprezada foi imersa em Carnoy e dissecada novamente (grupo Revisão). RESULTADOS: As médias de LNs nos grupos Carnoy e Formol foram 24.0 e 16.3 ($p<0.01$), respectivamente. LNs pequenos ($<5\text{mm}$) foram mais frequentes no grupo Carnoy (21.6 vs 14.6, $p<0.01$) e a dissecação foi mais rápida neste grupo (45.7 vs 49.0 minutos, $p=0.02$). O grupo Formol teve mais casos abaixo do limiar recomendado de 12 LNs (21 vs 6, $p=0.001$). LNs foram encontrados em todos os casos do grupo Revisão (média 11.1, variação: 3-33) e 8 LNs metastáticos foram encontrados em 6 casos, o que promoveu migração de estágio de 4 pacientes. Considerando os 130 casos, a idade, sexo, acesso cirúrgico e índice de massa corpórea não se relacionaram com o número de LNs obtidos. Status pT mais elevados e menores graus de resposta tumoral se relacionaram com status N+. Bons e maus respondedores à nQT/RT tiveram contagem de LNs similar (23.7 vs 27.1, $p=0.11$). CONCLUSÕES: Comparado com o Formol, a solução de Carnoy aumenta o

número de LNs dissecados, reduz o número de casos com <12 LNs e acelera a dissecação. O tratamento nQT/RT não reduz o número de LNs na peça, apenas os torna mais difíceis de serem encontrados. Avaliar todos os LNs da peça é fundamental para evitar subestadiamento. Apenas uma pequena porcentagem dos pacientes terá <12 LNs na peça cirúrgica e esse evento não se relaciona com o grau de resposta tumoral ao tratamento neoadjuvante.

Andre Roncon Dias; Marina Alessandra Pereira; Evandro Sobroza De Mello; Sergio Carlos Nahas; Ivan Cecconello; Ulysses Ribeiro Jr;
HOSPITAL DAS CLINICAS DA FMUSP

TL014 - Adenocarcinoma de reto extraperitoneal com metástase sincrônica ressecável: devemos fazer quimiorradioterapia pré-operatória?

Introdução: O tratamento do adenocarcinoma de reto extraperitoneal com metástase sincrônica ressecável é multimodal e controverso em relação ao papel da quimiorradioterapia (QT+RDT). Na prática, indica-se quatro distintos manejos terapêuticos: 1) quimioterapia (QT) seguida de cirurgia sincrônica ou estagiada e QT adjuvante; 2) QT seguida de QT+RDT, cirurgia sincrônica ou estagiada e QT adjuvante; 3) QT+RDT, cirurgia sincrônica ou estagiada e QT adjuvante ou 4) cirurgia sincrônica ou estagiada, QT+RDT e QT adjuvante. Objetivo: Avaliar o desfecho de pacientes com adenocarcinoma de reto extraperitoneal com metástase sincrônica ressecável, definindo o papel da QT+RDT pré-operatória. Calculou-se também a taxa de progressão de metástase em vigência de QT+RDT. Método: Estudo retrospectivo, analisando pacientes com adenocarcinoma de reto extraperitoneal com metástase sincrônica ressecável diagnosticados entre 2000 e 2015. Foram analisadas sobrevida global, livre de doença e livre de recidiva e comparados os pacientes que realizaram QT+RDT pré-operatória (grupo A) com aqueles que operaram diretamente (grupo B). Resultados: Foram 375 pacientes com adenocarcinoma de reto extra-peritoneal, sendo 286 estadios I-III, 11 excluídos por falta de dados e 78 estadio IV. Destes, 11 deles foram excluídos por falta de informações e 29 eram estadio IV com metástase ressecável. Vinte e seis foi a amostra final avaliada (houve três exclusões adicionais): 15 no grupo A e 11 no grupo B. Obteve-se 33,34% de progressão de metástase em vigência de QT+RDT. O grupo A atingiu taxa de 60% de metastasectomia, 26,7 meses de média de sobrevida global, 5,4 meses de sobrevida livre de doença e 19,4 meses de sobrevida livre de recidiva local. O grupo B alcançou 45,45% de metastasectomia, com 30 meses de média de sobrevida global, 5,6 meses de sobrevida livre de doença e 23 meses de sobrevida livre de recidiva local. Cinco pacientes do grupo B fizeram radioterapia pós-operatória para controle local. Os pacientes com metástase pulmonar ressecável foram os de melhor prognóstico (32,5 meses de sobrevida global versus 23,4 meses quando metástase hepática). Conclusão: A QT+RDT é fundamental no tratamento do adenocarcinoma de reto extraperitoneal mas a definição do melhor momento a ser realizada nos pacientes com metástase sincrônica ressecável ainda é um desafio.

Fernanda Bellotti Formiga; Louisie Galantini Lana De Godoy; Andrea Pecci Rabello; Thais Yuka Takahashi; Caroline Merci Caliar De Neves; Marineide Prudencio De Carvalho; Fang Chia Bin;
SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO

TL015 - Adenocarcinoma de reto inferior: incidência de ressecções abdominoperineal e anterior baixa em hospital referência de coloproctologia em Pernambuco.

Introdução: O tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de reto inferior tem evoluído para maior preservação esfintéfrica a medida que obtivemos maior esclarecimento de sua biologia molecular, aprimoramos radioquimioterapia neoadjuvante e adquirimos grampeadores cirúrgicos em ressecções e anastomoses difíceis. Objetivo: avaliar a incidência das ressecções

abdominoperineal (RAP) e anterior (RAR) baixa no tratamento do adenocarcinoma de reto inferior em um serviço de coloproctologia referência em Pernambuco, identificando o perfil desses pacientes. Método: Realizado análise retrospectiva com revisão de prontuários de todos os pacientes com adenocarcinoma de reto inferior submetidos a tratamento cirúrgico em um serviço de coloproctologia nos anos 2015 e 2016. Foram identificados idade, sexo, IMC, além de dados pré-operatórios como Escala de Incontinência Fecal (EIF) de Wexner, escala status performance karnofsky e o Estadiamento TNM da American Joint Committee on Cancer, com a distância da margem inferior da lesão para a margem anal (MA) avaliados pela ressonância magnética (RNM) de pelve antes do início do tratamento. Resultados: Foram avaliados prontuários de 26 pacientes no total; sendo 11 pacientes excluídos, seis por se tratar de adenocarcinoma de reto > 6 cm da MA, quatro por se tratar de persistência de carcinoma escamocelular de canal anal, e um por se tratar de GIST de reto baixo. Assim, restaram 15 pacientes com adenocarcinoma de reto inferior. Desses, 73% eram homens e 26% mulheres. A média de idade foi de 61,4 anos e do IMC foi de 24,31 kg/m². Doze pacientes (80%) tinham KPS maior ou igual a oitenta antes da cirurgia; apenas um paciente apresentou EIF de Wexner pré-operatória de quatro, tendo os demais um EIF pré-operatório igual a zero. Todos estes pacientes tinham histologia de adenocarcinoma e apresentaram uma distância média da margem inferior da lesão para a MA de 3,5 cm, levando-se em conta a RNM de reto pré-operatória para estadiamento inicial. Entre esses doentes, três (20%) eram estágio I e não receberam neoadjuvância, sendo submetidos diretamente à cirurgia; dois (13%) eram estágio IIA, um (6%) era estágio IIIA, oito (53%) eram estágio IIIB, um (6%) era IIIA e um (6%) era IIIC. Então, 66% destes doentes foram submetidos a RAP com colostomia definitiva e 34% foram submetidos à RAR baixa com anastomose colo anal. Conclusão: A RAP foi a técnica mais utilizada como tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de reto inferior no referido Serviço. Thiago Alexandre Martins Marques; Luis Fernando Heinen Scaglioni; Rodrigo Artur Souza De Oliveira; Marco Aurélio Fernandes Oliveira Guimarães; Luciana Nogueira Paraguassú De Moraes; Lorena Chaib Rodrigues; Juscielle De Souza Barros; Aline Ribeiro Teixeira
HOSPITAL BRAO DE LUCENA

TL016 - Amputação abdominoperineal com reconstrução com retalho miocutâneo de reto abdominal: Relato de casos

Introdução: Dentro do contexto de cirurgias preservadoras de esfíncter, a amputação abdominoperineal (AAP) ainda guarda espaço importante em casos de adenocarcinomas de reto inferior localmente avançados e terapia de resgate em carcinomas de células escamosas (CCE) de canal anal. Para reconstrução perineal o retalho miocutâneo de reto abdominal (RMCRA) apresenta-se como opção interessante. Objetivo: Relato de casos de pacientes submetidos à amputação abdominoperineal com reconstrução do assoalho pélvico com RMCRA. Relato de Casos: GGS 69 anos, masculino, diagnosticado com adenocarcinoma de reto inferior recorrendo com lesão invadindo canal anal após resposta endoscópica completa ao tratamento neoadjuvante. Submetido a amputação abdominoperineal com reconstrução perineal por RMCRA. JSFS, 74 anos, feminino, diagnosticada com CCE de canal anal. Encaminhada para tratamento radioterápico e quimioterápico combinados sem resposta oncológica satisfatória. Re-estadiamento mostrou acometimento linfonodal mesorretal, para-aórtico e ilíaco comum sem possibilidade curativa. Optado pela realização de AAP paliativa com reconstrução perineal com RMCRA. TRF, 71 anos, diagnóstico de adenocarcinoma de reto inferior com invasão esfíncteriana comprovada na RNM de pelve, submetida a tratamento neoadjuvante e posteriormente a AAP com reconstrução por RMCRA. Discussão e conclusão: O retalho miocutâneo do reto abdominal é uma técnica utilizada desde 1977 para reconstrução de defeitos cirúrgicos. Robusto, simples e versátil, representa opção interessante nas AAP,

recompondo de forma satisfatória a ferida perineal, cuja cicatrização geralmente é precária. Necrose e hérnia ventral incisional são complicações raras.

Raquel Martins Cabral; Marco Antônio Miranda Dos Santos; Sinara Mônica De Oliveira Leite; Pablo Rezende De Oliveira;

IPSEMG

TL017 - Apendicectomia vídeo-laparoscópica na suspeita de mucocele de apêndice

Introdução: A mucocele de apêndice é uma entidade rara, e em sua maioria tem seu diagnóstico, descritivo, confirmado apenas no intra-operatório. A avaliação pré-operatória e a técnica cirúrgica, com manipulação adequada, são imprescindíveis para evitar comprometimento do resultado oncológico. A literatura nesse tema é escassa, e mais ainda é a discussão acerca da melhor via de abordagem cirúrgica. **Objetivo:** Aumentar a apendicectomia ampliada vídeo-laparoscópica como uma técnica exequível e segura diante da suspeita de mucocele do apêndice **Método:** Avaliação retrospectiva 20 pacientes submetidos a apendicectomia vídeo-laparoscópica por suspeita diagnóstica de neoplasia mucinosa do apêndice, pela equipe da Cirurgia Geral do Hospital do Servidor Público Estadual - HSPE, no período de 2005 e 2016. A idade variou entre 22 e 81 anos, sendo 11(55%) do sexo feminino e 9(45%) do sexo masculino, com um total de 14(70%) pacientes acima de 50 anos. Separamos os achados de neoplasia mucinosa (NM) de acordo com a nova classificação da organização mundial de saúde (2010): baixo grau, borderline e invasiva. Realizou-se levantamento de prontuários desses doentes e foi avaliado: sintomatologia, tamanho da lesão, tempo operatório, comprometimento de margem, necessidade de ampliação cirúrgica em segundo tempo, ruptura do tumor e dias de internação. **Resultados:** Quanto a sintomatologia, 12(60%) apresentavam dor abdominal e 5(25%) eram assintomáticos. O tempo médio de operação e de internação foi de 56 minutos e 40 horas, respectivamente. A média de tamanho dos apêndices foi de 6cm. Identificamos 15(75%) casos de NM de baixo grau, 1(5%) de NM borderline, 2(10%) NM invasiva e 2(10%) de hiperplasia. Nenhum procedimento videolaparoscópico levou a ruptura de tumor. Apenas um caso (5%) necessitou de nova abordagem para colectomia complementar em por se tratar de NM invasiva, e outro (5%) o anatomopatológico relatou margem coincidente. **Conclusão:** A vídeo-laparoscopia, em serviços com experiência, se mostrou segura do ponto de vista oncológico, nos casos de neoplasia mucinosa do apêndice. Túlio Brasileiro Silva Pacheco; Arnaldo Nacarato; Luis Roberto Manzione Nadal; Maria Beatriz Alves Dos Santos Medrado; Carlos Eduardo Stangarlini Rivas; José Goldenberg; Renato Arioni Lupinacci; José Francisco De Mattos Farah;

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

TL018 - Avaliação da mortalidade em pacientes submetidos à cirurgia colorretal no grupo de coloproctologia da santa casa de belo horizonte

INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é o terceiro tipo de câncer mais comum entre homens e mulheres nos Estados Unidos, sendo também a terceira causa de morte por câncer entre homens e mulheres separadamente. No Brasil, 15.415 pessoas morreram no ano de 2013; sendo 7.387 homens e 8.024 mulheres, de acordo com o INCA; com estimativa de 34.280 novos casos diagnosticados. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é detalhar a sobrevida de pacientes operados de câncer colorretal (CCR) pelo Grupo de Coloproctologia (GCP) da Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH), no período de outubro de 2009 a agosto de 2013. **MÉTODOS:** Levantamento retrospectivo de fichas clínicas, SAME e contato pessoal com 124 pacientes operados de CCR pelo GCP da SCBH entre outubro de 2009 e agosto de 2013. Estes pacientes estão registrados no Banco de Aterias Biológicas da Santa Casa. Foram conseguidas informações

de 46 pacientes, dos quais 22 estavam vivos e 24 já haviam falecido, na data de 27/07/2016. Foi feita correlação entre taxa de mortalidade com estágio da doença e tempo médio de vida após a cirurgia. RESULTADOS: Analisados 46 pacientes com tempo de seguimento médio de 81,36 meses. 27 eram do sexo masculino (58,69%). Estadio 0 teve 1 paciente, 7 no estadio I, 18 no estadio II, 9 no estadio III e 10 no estadio IV. Um paciente não possui estadio conhecido. A taxa de mortalidade foi de 52,17%(24 óbitos), com 3 (12,5%) no estágio I, 5 (20,83%) no estágio II, 7 (29,16%) no estadio III e 8 (33,33%)no estágio IV. Demais pacientes (22 indivíduos) prosseguem em acompanhamento ambulatorial. Desses, 1 (4,54%) estava no estadio 0, 4 (18,81%) no estágio I, 13 (59,09%) no estágio II, 2 (9,09%)no estágio III e 2 (9,09%)no estágio IV. A média de tempo de vida, em meses, no grupo de estadio 0 foi de 35,6; estadio I de 49,71; estadio II de 36,24 meses, estadio III de 22,7; e estadio IV de 19,14. A média do tempo de vida global foi de 31,29 meses, com 39,84 meses nos estádios I e II, e 20,83 meses nos estádios III e IV. DISCUSSÃO: A mortalidade encontrada foi maior no presente estudo do que consta na literatura. Observa-se que os pacientes operados em estádios mais avançados, III e IV, tiveram tempo médio de vida menor, em comparação com os indivíduos nos estádios 0, I e II. CONCLUSÃO: Devemos dar ênfase na importância da prevenção e do diagnóstico precoce como fator de diminuição da incidência e mortalidade do câncer colorretal, visto que os indivíduos tratados em estádios avançados apresentam expectativa de vida menor. Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Guilherme De Almeida Santos; Raíssa Amélia Silva Reis; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Patrícia Costa Sant'Anna; Diego Vieira Sampaio; Alexandre Martins Da Costa El-Aoar; SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

TL019 - Avaliação de complicações pós operatórias em pacientes submetidos a amputação abdomino perineal de reto por neoplasia de reto baixo

Introdução: A amputação abdomino-perineal (AAP) é um procedimento cirúrgico mutilante de grande impacto na qualidade de vida. No entanto, mantém ainda hoje o seu lugar no tratamento dos doentes com câncer de reto apesar das múltiplas complicações inerentes ao procedimento cirúrgico. Objetivo: Analisar as complicações pós-operatórias de doentes submetidos a AAP por câncer do terço inferior do reto. Métodos: Análise retrospectiva de uma base de dados prospectiva . Avaliados pacientes submetidos a APP no período de março de 2012 a maio 2016 . Analisados dados demográfico em relação sexo , idade e comorbidades existentes ; dados relacionados ao estadiamento e tratamento oncológico e por fim dados relacionados ao procedimento cirúrgico , via da cirurgia , fechamento do defeito perineal. Foram coletados dados de evolução pós operatória considerados complicações até dias de pós operatório assim como mortalidade em 30 dias . Análise estatística de dados com SPSS. Resultados: 196 doentes foram submetidos a amputação de reto, no entanto 75 tiveram outros órgãos associados a ressecção sendo excluídos da análise. Dos 121 submetidos a AAP , 57 % sexo masculino, com uma media de idade de 63,8 anos; Destes 82,4% classificados como ASA I ou II. Apenas 25% não apresentava qualquer comorbidade e 30,6% apresentavam pelo menos uma comorbidade como hipertensão arterial (49%) ou diabetes (23%). Relativamente às complicações cirúrgicas aos 30 dias: 48% dos doentes tiveram algum tipo de complicação sendo 22 (18%) tiveram complicações graves Clavien-Dindo > 3 e a complicação mais frequente foi a deiscência da sutura perineal 30 (24,8%) seguido de infecção do períneo (14,8%). Foram realizados 84 casos com fechamento primário e 37 casos com retalho pela cirurgia plástica sendo maior numero de complicações quando realizado fechamento com técnica de retalho pela cirurgia plástica estatisticamente significativo. Apesar do índice de morbidade elevado apenas 9 (7,4%) do total necessitaram reintervenção cirúrgica. A mortalidade hospitalar foi de 1 (0,8%) em 30 dias. Conclusão: Sendo a AAP cirurgia com taxas de complicações elevadas, a nossa série apresenta resultados comparáveis aos da literatura

recente. Parece haver vantagem no fechamento primário do períneo ressaltando-se o viés de seleção dos casos para fechamento com técnica de plástica.

Ricardo Nogueira; Diego Fernandes Maia Soares; Paula Magro; Lucas Soares Gerbasi; Caio Sergio Rizkallah Nahas; Carlos Frederico Sparapan Marques; Sergio Carlos Nahas; Ivan Ceconello;

HOSPITALS DAS CLÍNICAS DA FMUSP

TL020 - Câncer colorretal em pacientes com idade inferior ou igual a 35 anos em uma casuística de 629 pacientes abordados por via videolaparoscópica, no pro

Introdução: O câncer colorretal é a terceira neoplasia maligna mais comum no Brasil e pode se apresentar de forma assintomática ou com quadro clínico rico: alteração do hábito intestinal, emagrecimento, dor abdominal, hematoquezia e anemia. Apesar de ser mais comum em indivíduos a partir da sexta década de vida, pode ter prevalência de até 14,6% em indivíduos com idades inferiores a 40 anos. **Objetivo:** Estudar a incidência de pacientes com CCR operados e suas características. **Métodos:** Estudo realizado com a avaliação de 629 pacientes submetidos à cirurgia colorretal videolaparoscópica (CCRVL), entre março de 2010 e junho de 2016. Foi criado um banco de dados onde foram avaliados gênero, idade, comorbidades, diagnóstico, cirurgia realizada, complicações pós-operatórias, exame histopatológico de peças cirúrgicas e conversão para laparotomia com os motivos. **Resultados:** Dos 629 pacientes submetidos a CCRVL, 23 apresentavam idades entre 22 a 35 anos (3,65%). A média de idade desse grupo foi de 29 anos, sendo 14 do gênero feminino e nove do sexo masculino. A maioria dos casos (82%) era da rede pública. Dentre eles, 18% apresentavam alguma comorbidade, sendo a mais comum a hipertensão arterial. Dos tumores encontrados, nove se localizavam no reto baixo/médio, seis no reto alto, seis no sigmoide, um no ânus e um caso de polipose adenomatosa familiar. Foram as seguintes cirurgias realizadas: 10 casos de retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto; oito casos de retossigmoidectomia; três casos de colectomia total e dois casos de amputação abdominoperineal. A maioria dos casos (43%) ocorreu em 2016. Em relação às complicações pós-operatórias, um paciente apresentou deiscência anastomótica, um desenvolveu fístula anastomótica, um teve íleo prolongado e um foi acometido de infecção de ferida operatória. Dos 23 tumores, 21 eram adenocarcinomas e 17 tiveram exames de peças cirúrgicas. Destes, um se inseria em estágio clínico 0; dois em estágio I; cinco em estágio IIA; um em estágio IIB; dois em estágio IIIB; um em estágio IIIC; e cinco em estágio IV. Apenas dois pacientes tiveram conversão para via laparotômica, sendo um deles por dificuldade técnica e outro por falha do equipamento. **Conclusão:** Muitos estudos demonstram que o diagnóstico de câncer em pacientes jovens é tardio, com lesões de comportamento mais agressivo e pior prognóstico. Desta forma as queixas associadas não devem ser negligenciadas para que o diagnóstico seja o mais precoce possível.

Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Patricia Costa Sant'Ana; Raissa Amélia Silva Reis; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Matheus Matta Machado Mafra Duque Estrada Meyer; Diego Vieira Sampaio; Sinara Mônica De Olivei

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

TL021 - Papel da ressonância nuclear magnética no estadiamento do câncer retal

Introdução: Após o diagnóstico de um tumor retal torna-se crucial o estadiamento clínico da doença. O melhor método para se estadiar essa doença seria através da ressonância magnética (RM). Entretanto, nem sempre a RM é confiável, pois é examinador dependente, possui dificuldade em avaliar linfonodos, além de poder superestimar o estadiamento.

Objetivo: Avaliar o uso da RM no estadiamento do câncer retal. **Método:** Foram pesquisados

artigos originais e de revisão sobre o uso da RM no adenoma colorretal. Também foi utilizado o método exploratório-descritivo do tipo série de casos. Resultados: Foram avaliados quatro (04) casos que se apresentaram com lesões suspeitas em colonoscopia, com anatomopatológico demonstrando lesões benignas (dois adenomas tubulovilosos, um adenoma viloso e outro com displasia de baixo grau). Todos os pacientes foram submetidos a RM. A RM demonstrou lesões invasivas em todos os casos, 03 (75%) deles ainda com suspeita de acometimento linfonodal. Realizada ressecção cirúrgica trans-anal em 03 casos, o que confirmou lesões benignas sem sinais de invasão. Um dos casos foi submetido a ultrassom endoscópico que manteve a suspeita de lesão benigna. Esse caso aguarda ressecção trans-anal por meio do uso do T.E.M. (Transanal Endoscopic Microsurgery). Discussão: Estudos atuais demonstram que a RM pode superestadiar uma lesão T2, devido à dificuldade em se diferenciar fibrose de invasão local, o que gera dificuldade na diferenciação do estágio T2 e T3. Uma recente revisão realizada demonstrou que a diferenciação entre T1 e T2 também não é precisa, sendo adequado a liberação de resultados como T1/T2. Para evitar erros, superestadiamentos e tratamentos desnecessários, não se deve indicar ressonância de estadiamento para lesões diferentes de adenocarcinoma. Ressalta-se ainda que tumores polipóides podem ser superestimadas, uma vez que seu crescimento deforma e comprime a luz retal, podendo levar a imagens que simulam um T3/T4. A RM também avalia o acometimento linfonodal. É importante ressaltar que o tamanho do linfonodo é um critério não confiável para avaliar seu acometimento, sendo mais importante a análise de sua homogeneidade e da regularidade de sua borda. Apesar disso, a avaliação linfonodal ainda carece de alto nível de acurácia. Conclusão: A RM é importante no estadiamento do câncer retal, mas possui limitações como a diferenciação dos estágios precoces e a avaliação linfonodal.

Raquel Martins Cabral; Sinara Mônica De Oliveira Leite; Marco Antônio Miranda Dos Santos; Pablo Rezende De Oliveira;
IPSEMG

TL022 - Perfil dos pacientes com neoplasia colorretal antes dos 40 anos do serviço de coloproctologia do husf

Introdução: o Câncer Colorretal é a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil e vem aumentando nos últimos anos, ocorrendo predominantemente em idosos, sendo incomum em menores de 40 anos, correspondendo entre 2,1 a 14,6% dos casos. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico varia entre 2 meses e 10 meses. Relato de Experiência: estudados 41 pacientes no período entre 2000 e 2016 com idades entre 22 e 40 anos com neoplasia colorretal. Apresentavam-se em 21 mulheres e 20 homens, com idade média de 34,11 anos. Localização do tumor: 8% cólon proximal (cólon direito: 2, cólon transversal: 1), 35,29% cólon distal (6 casos de cólon descendente, 8 cólon sigmoide), e, 55% Reto (Reto Alto: 6, Reto Médio: 3, Reto Baixo: 2, Reto não definido: 3). O tipo histológico do tumor apresentou-se: 18,91% de Adenocarcinoma Bem Diferenciado (7 casos), 58,88 Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado (24 casos), 5,8% Adenocarcinoma Pouco Diferenciado (2 casos), 17,64% Adenocarcinoma sem grau de diferenciação (6 casos), e, Carcinoma Indiferenciado (1 caso). As cirurgias realizadas foram: ressecção endoscópica (1 caso), Amputação Abdominoperineal do Reto (8 casos), Retossigmoidectomia Anterior (14 casos), Colectomia Esquerda (7 casos), Colectomia Direita (2 casos), Colectomia Total (1 caso), Exenteração Pélvica (1 caso), e, 2 casos inoperáveis. O estadiamento pela classificação de Dukes foi a seguinte: 14,7% Dukes A (5), 23,52 Dukes B (8), 47,05% Dukes C (16), 8,82% Dukes D (3), 5,88% indefinidos (2). Quanto a terapia oncológica; 20,58% dos pacientes foram submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante, e, 23,52% foram submetidos a quimioterapia adjuvante. A sobrevida global pós-operatória se deu em função da recidiva da neoplasia, que foi identificada

em 9 pacientes. Recidiva em 1 ano (2 casos), 2 anos (2 casos), 3 anos (3 casos), 4 anos (4 casos), e, 5 anos (1 caso). Óbitos durante a internação foi devido a infecção que representaram 5,88% dos casos (2 casos). Discussão: nossa experiência evidencia que a grande maioria dos casos de neoplasia colorretal antes dos 40 anos apresenta uma predominância no Cólon Distal e principalmente Reto. Destaca-se que os casos de recidiva pélvica correlacionaram-se predominantemente em casos de reto e sigmoide, e, que os casos de menor sobrevida foram as neoplasias de reto baixo, dados que corroboram com a literatura mundial.

Paula Cristina Steffen Novelli; Danilo Toshio Kanno; Danielle Campos Peseto; Denise D'Avilla; Vitor Rafael Pastro; Carlos Augusto Real Martinez; Daniel Castilho; Roberta Lais Mendonça;
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

TL023 - Purisole SM (sorbitol 2,7% + manitol 0,5%): Um alternativa segura para preparo colônico intra-operatório.

Introdução: As fistulas das anastomoses representam uma das mais graves e temidas complicações pós-operatórias da cirurgia colorretal. Em pacientes portadores de tumores sub-occlusivos e obstrutivos do cólon esquerdo e do reto, com grande conteúdo fecal, ainda é campo de discussão, já que a ressecção intestinal seguida de anastomose primária ou da cirurgia de Hartmann serem as mais empregadas. A possibilidade de anastomose primária apresenta como vantagem: único tempo cirúrgico, melhor custo-benefício, decréscimo dos transtornos clínicos e psicológicos decorrentes da presença de um estoma. Desde a descrição da técnica de preparo de cólon intra-operatório (PCIO), a solução universalmente utilizada é o SF 0,9%, porém está associada à edema de parede intestinal e necessidade de volume variável para limpeza satisfatória (2 a 19 litros). Não incomum, acarretando desequilíbrio hidroeletrólítico, hipotermia, aumento do tempo cirúrgico e maior risco de translocação bacteriana, desestimulando o cirurgião a optar por esta estratégia. Objetivo: Propomos a utilização de uma nova solução, composta por uma associação de sorbitol à 2,7% e manitol à 0,5%, para a realização de PCIO, naqueles indivíduos com grande quantidade de fezes, possibilitando assim, anastomose colorretal primária. Método: Estudo piloto e prospectivo, em 15 pacientes submetidos a retossigmoidectomia anterior associado excepcionalmente aos quadros sub-occlusivo ou obstrutivo com grande quantidade de fezes colônicas, no hospital AC Camargo Cancer Center, entre os períodos de jul/2013-Jan/2015. Imediatamente após a retirada da peça, foi realizado o PCIO, através da inserção de sonda de Foley no coto apendicular, conectada a um equipo contendo a solução. Resultados: A idade média foi de 57 anos (25-77 anos). A volume mediano de solução necessária foi de 1500ml (600-3000ml). A mediana de tempo anestésico e cirúrgico foi de 240min (150-432), incluindo 03 casos com ressecção ampliada. A duração mediana do preparo foi de 30min (28-60). A mediana da presença de trânsito intestinal foi de 03 dias (2-7) e do tempo de internação foi de 10 dias (7-24). As complicações clínicas foram: gastroparesia (05), HAS (02) e pneumonia (01). As complicações cirúrgicas foram: infecção de ferida operatória (02) e intracavitária (01). Não houve fístulas e mortalidade. Conclusão: O uso sorbitol 2,7% + manitol 0,5% é uma alternativa segura para PCIO, sendo efetiva com baixo volume, tempo de preparo e com baixa morbidade.

Paulo Roberto Stevanato Filho; Samuel Aguiar Júnior; Tiago Santoro Bezerra; Gustavo Bonilha Lisboa; Fábio De Oliveira Ferreira; Wilson Toshihiko Nakagawa; Ranyell Matheus Spencer Sobreira Batista; Renata Maymi Takahashi; Ademar Lopes;
A. C. CAMARGO CÂNCER CENTER

TL024 - Relato de caso de câncer colorretal hereditário não polióide

Introdução: o Câncer Colorretal Hereditário não Polipóide (HNPCC) é causa de 5 a 20% dos casos de câncer colorretal (CCR) e é decorrente de alterações genéticas no sistema de reparo do DNA. Acometem indivíduos mais jovens e são geralmente associados a tumores sincrônicos, metacrônicos e extra colônicos. Indivíduos que herdaram essa mutação tem uma chance de até 80% de desenvolvimento de CCR. Objetivo: relatar um caso de CCR hereditário. Métodos: revisão de prontuário e pesquisa bibliográfica. Relato do caso: mulher, 35anos, com queixa de alteração do hábito intestinal há 2 anos, associada a hematoquezia, tenesmo e fezes em fita. Mãe com história de CCR aos 39 anos e tia aos 42 anos. Colonoscopia evidenciou lesão neoplásica de transição retossigmóide e estadiamento com doença localizada e sem evidência de envolvimento à distância. Realizado retossigmoidectomia sem intercorrências.

Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrando todas as camadas da parede sem extensão ao tecido adiposo perirretal, com presença de invasão linfática, margens cirúrgicas livres e ausência de invasão linfonodal, E pT2N0M0. Imunohistoquímica com instabilidade microsatélites. No momento, encontra-se em tratamento adjuvante com Capecitabina e aguarda resultado de avaliação genética complementar. Resultados: o diagnóstico clínico da síndrome se dá através dos critérios clínicos de Amsterdã e Bethesda. Diagnóstico genético é feito por meio de testes de instabilidade microsatélites e imunohistoquímica (mutações principalmente de MHL1, MSH2 e MSH6), os quais devem ser realizados nos indivíduos que preenchem os critérios acima citados. Aqueles que apresentarem as mutações devem ser incluídos em programas de rastreamento e prevenção, sendo investigados todos os órgãos que podem ser acometidos, de acordo com a faixa etária, sexo e tipo de mutação. Conclusão: HNPCC é uma doença hereditária sem tratamento curativo, porém quando adequadamente identificado permite o rastreamento e tratamento precoces dos indivíduos acometidos.

Grasiela Elisa Scheffel; Michele Ceolin; Vanessa Martins; Marina De Moura Umpierre; Christian Corio Da Luz; Amanda Ketzer Menezes Citrin; Milton Lenzi Bergamo;
HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO

TL025 - Relato de caso: neoplasia avançada com focos primários de etiologias distintas

Neoplasias de colon e reto são a segunda causa de morbi-mortalidade no Brasil. Quanto mais avançado o estadio da doença no momento do diagnóstico, menor é a chance de sobrevivência decorridos cinco anos, Os adenocarcinomas são a maioria das neoplasias. O câncer de esôfago constitui a oitava neoplasia, mundialmente. O diagnóstico desta doença, é realizado na maioria dos casos em fase avançada, razão pela qual a afecção está associada a altas taxas de morbidade e mortalidade. Relato de caso: Paciente MOC, feminino, 64 anos com HAS, DM, esquizofrenia, fibrilação atrial iniciou com quadro de disfagia inicialmente à sólidos há 3 meses, evoluindo a líquidos no último mês associado a perda de peso de 40 kg (30%), hematemese e enterorragia há 15 dias, com aumento progressivo dos episódios. Apresentou vômitos incoercíveis na última semana antes da internação.

Eda: neoplasia esofágica evidenciando tumor estenosante de esfogado, sangrante ao toque, biopsia duvidosa de melanoma e carcinoma espinocelular, imunohistoquímica origem mesenquimal. Ct de tórax: metástases para pulmão e invasão de brônquios, sem planos de clivagem. Ct de abdômen: lesão em sigmoide proximal e acometimento de linfonodos. Colonoscopia: lesão subestenotante e biopsia de adenocarcinoma. Realizada gastrostomia e transversostomia de alívio, radioterapia intra-hospitalar, quimioterapia ambulatorialmente. Novos episódios de hematemese, com queda hematimétrica.

Transfundida e estabilizada, mantendo radioterapia e quimioterapia. Evoluiu com novos episódios de hematemese, e neutropenia febril, iniciado antibiótico, evoluindo para óbito.

Discussão: Para a neoplasia de esôfago não havia indicações cirúrgicas de ressecção oncológica

devido a invasão brônquica e planos de clivagem duvidosos. Para a neoplasia de colón havia evidências para ressecção, estadio III, Contudo, a paciente já estava em condições clínicas desfavoráveis como desnutrição e risco cirúrgico elevado. Realizou a transversostomia para prevenir a possibilidade de obstrução intestinal e a gastrostomia para alimentação.. Conclusão: Deverão ser submetidos a tratamento cirúrgicos todos os pacientes com neoplasias de colon , contudo deverão ser avaliados cada caso o tipo cirúrgico , desde irrecutibilidade total , oncológica ate cirurgias de alívio, devido a evolução com obstrução . O caso de dois tumores avançados, sem condições cirúrgicas, de sítios e histologias distintos se relacionam a pior prognóstico e são pouco descritos na literatura científica.

Paula Roberta Ismail Silva; Eduardo Castro Balarezo; Fernando Cesar Ferreira Pinto; Meilbel Melo Silva; Gilmer Fernando De La Cruz Abanto;
HOSPITAL SAO FRANCISCO

TL026 - Ressecção abdominoperineal de reto extraelevadores em adenocarcinoma fistulizado

Introdução: Durante as últimas duas décadas, tem-se verificado uma melhoria dramática no tratamento do câncer retal, em termos de menor taxa de recorrência, sobrevivência e melhoria da qualidade de vida. Entretanto a melhora nos resultados dos tumores baixos submetidos à cirurgia de Miles, a ressecção abdominoperineal do reto, não tem sido tão promissora quanto aos índices de recidiva local. Miles, originalmente, realizava a excisão retal com uma ampla excisão de gordura isquiorectal, da pele perineal, do músculo elevador do ânus e linfonodos mesentéricos. Desde que a técnica original foi descrita ocorreram uma série de modificações, sendo que a ressecção perineal foi se tornando cada vez menor, com possibilidade de comprometimento de margens circunferenciais e aumento da recidiva local. A ressecção abdominoperineal do reto extraelevadores, mais extensa, sugerida por Holm, vem ganhando popularidade no intuito da obtenção de margens negativas e menor recidiva pélvica, mas levando, também, a grandes defeitos perineais com necessidade de reconstrução através de retalhos. **Objetivo:** Relatar caso de uma paciente com adenocarcinoma de reto baixo submetida a ressecção abdominoperineal do reto extraelevadores. **Métodos:** Relato de caso, revisão de prontuário e revisão de literatura. Obtido consentimento informado da paciente. **Resultados:** CF, 46 anos, feminina, com quadro de abscesso perianal já associado a fistulização, dor anal intensa que vem encaminhada ao Pronto Socorro. Foi realizada drenagem cirúrgica , sendo que por endurecimento do canal anal e 7cm do reto distal foram associadas biópsias cujo resultado identificou a presença de adenocarcinoma. Realizada colostomia em alça. Após controle da sepse perineal foi submetida a radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes. Seis semanas após a neoadjuvância foi submetida a ressecção abdominoperineal do reto extraelevadores com ressecção de trajeto fistuloso em posição de Kraske. Realizada reconstrução perineal pelo cirurgião plástico com retalho glúteo-cutâneo, com boa evolução pós-operatória, sem infecção ou deiscência. O anatomopatológico da ressecção evidenciou adenocarcinoma tubular IIa (T3N0M0). **Conclusão:** A ressecção extraelevadores torna-se necessária em casos de adenocarcinoma associado a fistulas neoplásicas distantes do canal anal para obtenção de uma ressecção R0, sendo necessária a realização de retalhos para fechamento do defeito perineal mais extenso.

André Pereira Westphalen; Annata Teixeira Della Costa; Talita Zancanaro Carniel; Guilherme Kaiser Saran; Dalto Antonio Viganó Pastro; Melina Capraro Alcântara; Fernando Antonio Campelo Spencer-Netto; Frederico Haruo Adatihara Filho;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

TL027 - Ressecção posterior de tailguth cyst- relato de caso

Introdução: Os Cistos Retroretais são encontrados no espaço denominado Espaço pré-sacral, delimitado anteriormente pelo reto, posteriormente pelo sacro, superiormente pela reflexão peritoneal, inferiormente pelos músculos elevadores do anus e anococcígeo e lateralmente pelos ureteres. Apresenta estruturas da evolução embrionária da ectoderma, sendo, portanto, local de aparecimento de lesões benignas e malignas deste tecido embrionário. Paciente do sexo feminino com 28 anos procura o serviço ambulatorial queixando-se de dor pélvica em cólica, eventual, de moderada intensidade, sem alterações dos hábitos intestinais. Referia que os sintomas aumentavam em período pré-menstrual, procurando ajuda de seu ginecologista. Vem encaminhada do serviço de ginecologia que, durante a investigação de possível endometriose solicitou RNM de pelve sendo identificado cisto pré-sacral com conteúdo espesso medindo 34x26 mm, em compartimento extraperitoneal, identificado como possível Tailgut Cyst. Realizada ultrassonografia endoscópica com biópsia que identificou lesão cística de 32x21mm. Sem comprometimento da parede do reto, útero e bexiga. A análise histopatológica do líquido se apresenta em concordância com a hipótese diagnóstica feita pelos exames de imagem, sendo, portanto indicada a ressecção cirúrgica. Foi optada pela exérese transacral. Paciente em posição de Kraske, para abordagem por via posterior, sendo realizada incisão de aproximadamente 10 cm partindo do sacro, na linha média. Identificado cisto em espaço pré-sacral com limites bem definidos, com área de clivagem em relação à parede retal posterior, porém com íntimo contato e aderências com a porção distal do osso sacral. Paciente evoluiu com pouca dor pós-operatória, tendo alta no 2º PO após retirada do dreno não apresentando intercorrências. **Discussão:** Cistos retro-reatais são lesões encontradas no espaço denominado espaço pré-sacral, delimitado anteriormente pelo reto, posteriormente pelo sacro, superiormente pela reflexão peritoneal, inferiormente pelos músculos elevadores do anos e anococcígeo e lateralmente pelos ureteres. O tratamento ocorre com a completa excisão cirúrgica da lesão, devendo manter margens livres de lesão em casos de transformação maligna. 3 tipos de abordagens são consideradas: abdominal ou anterior laparotômica ou laparoscópica, trans-sacral ou posterior e abordagem combinada abdominosacral considerando tamanho, local e a sintopia anatômica com demais órgãos e estruturas adjacentes.

Bruno Zilberstein; Fernando Furlan Nunes; Orlando Contrucci Filho; Guilherme Tomasi Kappaz; Diego Ferreira De Andrade Garcia; Mauricio Mauad; Marcelo Capanema; Guilherme Jambor;
CLINICA PRIVADA

TL028 - Resultados oncológicos da cirurgia NOSE do colon esquerdo

Introdução: A ressecção do cólon esquerdo com extração da peça operatória por via transanal (Natural Orifice Specimen Extraction - NOSE) mostra ser uma técnica com resultados clínicos imediatos excelentes. **Objetivo:** Neste trabalho avalia-se o impacto da cirurgia NOSE do cólon esquerdo por neoplasia do cólon na sobrevivência e no tempo livre de doença comparada com a laparoscopia clássica. **Métodos:** Faz-se a análise de um coorte de doentes sujeitos a ressecção do cólon esquerdo, com diagnóstico de adenocarcinoma, por via laparoscópica, com tempo de seguimento superior a 24 meses. A análise é realizada a partir de uma base de dados prospectiva, comparando o tempo livre de doença e sobrevida global entre o grupo de doentes sujeitos a laparoscopia clássica e cirurgia NOSE. A comparação das curvas de Kaplan-Mayer foi realizada com o teste de Log rank. **Resultados:** De Janeiro de 2010 a Junho de 2014 foram sujeitos a cirurgia laparoscópica de ressecção do cólon esquerdo com intenção curativa 79 doentes (Estadio I-III). Em 29 doentes a peça cirúrgica foi extraída por via transanal (NOSE). O grupo NOSE apresentou menor tempo de internamento pós-operatório (média 5,2 vs 6,8 dias $p < 0,001$). A amostragem ganglionar foi semelhante em ambos os grupos. Durante o seguimento verificaram-se 6 óbitos (3 em cada grupo $p = 0,673$) e 4 recidivas (1 grupo Lap, 3

grupo NOSE $p=0,292$). A comparação das curvas de sobrevida e tempo livre de doença entre ambos os grupos não apresenta diferença estatisticamente significativa, quer na população total (sobrevida global $p=0.576$ e tempo livre de doença $p=0.140$) quer nos subgrupos subgrupos com estadio I-II (sobrevida global $p=0.874$ e tempo livre de doença $p=0.255$) ou estadio III (sobrevida global $p=0.539$ e tempo livre de doença $p=0.129$). Conclusões: A cirurgia NOSE do cólon esquerdo com extração da peça por via transanal além de ter melhores resultados clínicos imediatos, não afeta de forma negativa os resultados oncológicos. A cirurgia NOSE do cólon esquerdo é recomendável na abordagem laparoscópica das neoplasias do cólon esquerdo, sempre que exequível.

Joana Isabel Almeida; Carlos Costa Pereira; Joaquim Costa Pereira; Cristina Martinez Insua; Susana Costa; Inês Romero; João Pinto-De-Sousa;

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

TL029 - Retossigmoidectomia laparoscópica com preservação seletiva da Artéria Retal

Superior: Série de 8 casos

Introdução: A ocorrência de fístulas anastomóticas é uma das principais preocupações em pacientes idosos de alto risco cirúrgico. Neste estudo, apresentamos uma série de casos onde foi realizada a preservação seletiva da artéria retal superior no tratamento de tumores da transição reto-sigmoidea e sigmóide distal. **Método:** Série de 8 casos de pacientes com alto risco cirúrgico e diagnóstico de tumores de sigmóide distal e transição reto-sigmoidea submetidos à retossigmoidectomia laparoscópica com preservação seletiva da artéria retal superior. Casos foram selecionados através do estadiamento radiológico onde foram considerados excludentes: a presença de linfonodos aumentados e/ou espessamento visível em Tomografia Computadorizada. **Resultados:** O tempo médio de cirurgia foi de 162 minutos com internação média de 5,8 dias. Nenhum paciente apresentou fístula anastomótica. Cinco pacientes apresentaram estadio I, 3 pacientes estadio IIA e 1 paciente com estadio IIIA (T2N1b - 2 linfonodos peri-cólicos). **Discussão:** Diversos estudos demonstram a importância da circulação na prevenção de fístulas anastomóticas. A preservação da artéria retal superior busca otimizar a qualidade da circulação do coto retal na anastomose. Em casos selecionados, aparenta não comprometer o resultado oncológico. Apesar do pequeno número de pacientes acompanhados até o momento, é notável a ausência de fístulas anastomóticas. **Conclusão:** O atual estudo ainda não permite conclusões até o momento. Porém, avaliação inicial sugere que a preservação da artéria retal superior não compromete o resultado oncológico em casos selecionados. O impacto sobre a ocorrência de fístulas necessita de número maior de casos.

Eduardo Kenzo Mory; Roberto Nigro; Bruna De Camargo Nigro;

H SAO CAMILO SP

TL030 - Sobrevida versus número de linfonodos em peças-cirúrgicas de excisão total do mesorreto por câncer de reto pós-radioterapia neoadjuvante

O câncer colorretal está entre as cinco principais causas de morte por neoplasias malignas no Brasil. Seu adequado estadiamento é preditor do prognóstico e da estimativa da sobrevida. Estudos sugerem que quanto maior o número de linfonodos encontrados no espécime cirúrgico, maior a probabilidade de se encontrar linfonodos positivos para metástase, havendo relação entre maior sobrevida e menor razão de linfonodos acometidos entre os avaliados. O American Joint Committee on Cancer e a International Union Against Cancer recomendam a presença de pelo menos 12 linfonodos na peça cirúrgica, a fim de diminuir as chances de subestadiamento e garantir a ressecção oncológica adequada. Apesar de estudado em conjunto com o câncer de cólon, o câncer de reto se distingue desse. A margem circunferencial

no câncer retal é de extrema importância, como demonstrado por Heald na descrição da Excisão Total do Mesorreto (ETM). Além disso, muitas vezes exige-se quimiorradioterapia neoadjuvante. Alguns fatores interferem no número de linfonodos encontrados em peças cirúrgicas de ETM, dificultando o estadiamento nodal conforme guiado pelos guidelines atuais. Em comparação às peças produto de colectomias, com ligadura arterial no ramo principal, peças produto de ETM demonstram menor número de linfonodos, e, foi demonstrado que a quimiorradioterapia pode reduzir o número de linfonodos recuperados no exame patológico, por estar associada à depleção linfocítica em baixas doses e com atrofia e fibrose do estroma em altas doses, resultando em diminuição do tamanho dos linfonodos ou tornando-os irreconhecíveis ao exame. O presente estudo correlacionou retrospectivamente a sobrevida de três anos com o número de linfonodos encontrados em peças-cirúrgicas de pacientes consecutivamente submetidos à Excisão Total do Mesorreto por câncer de reto no período entre janeiro de 2007 e junho de 2013, numa única instituição, comparando os achados entre subgrupos submetidos ou não a quimiorradioterapia neoadjuvante, além de identificar outros fatores que exerceram influência sobre os resultados oncológicos deste grupo de pacientes. A base de dados do referido serviço foi utilizada para a obtenção da amostra e dos dados, não havendo intervenção ou risco aos pacientes. O número de linfonodos encontrados em peças cirúrgicas de pacientes submetidos à ETM pode variar amplamente de acordo com fatores pré-operatórios, sem que isso reflita ressecção oncológica inadequada ou um exame patológico displicente.

Alice Vargas De Aquino Oliveira; Mariana Campos Palma; Augusto Fernando Coelho Ferreira Junior; Rodrigo De Almeida Paiva; Fábio Lopes De Queiroz; André Alves Elias; Breno Xaia Martins Da Costa; Antônio Lacerda Filho;
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

TL031 - Câncer colorretal: características, clínicas, anátomo-patológicas e sobrevida em pacientes abaixo de 40 anos

Introdução: o câncer colorretal (CCR) é a terceira neoplasia maligna mais frequente e a segunda causa de morte por câncer, no mundo ocidental. A média de idade na época do diagnóstico é 70 anos. Existe controvérsia quanto ao prognóstico do CCR em pacientes jovens, admitindo-se que esse grupo de indivíduos tenha tumores localmente mais agressivos e com maior capacidade de disseminação à distância. Objetivo: avaliar a apresentação do CCR em pacientes com idade abaixo de 40 anos, no que diz respeito ao diagnóstico, ao tratamento instituído, aos aspectos anátomo-patológicos e à evolução da doença. Pacientes e métodos: foi realizado estudo retrospectivo de 52 casos de adenocarcinoma de cólon e reto atendidos entre 2000 a 2015. Houve predominância do sexo feminino numa relação de 2:1. A idade variou de 19 a 40 anos, com média de 33,29 anos para esse grupo. Os sintomas mais prevalentes foram hematoquesia, dor abdominal e alteração do hábito intestinal. A história familiar esteve presente em 8 casos. 30% dos pacientes foram operados em caráter de urgência. A maioria das lesões se encontrava no sigmóide e reto (69,23%), sendo observado lesões estadio TNM III e IV em 56,48%. À histologia, 34,61% dos tumores foram classificados como pouco diferenciados. A sobrevida média global foi de 28 meses. A sobrevida média livre de doença foi de 17,18 meses. Dos pacientes operados, em 10 houveram recidivas. De todos os pacientes tratados nesse período, ocorreram 17 óbitos. Conclusão: pacientes com CCR abaixo dos 40 anos são portadores de doença avançada ao diagnóstico com tendência a apresentar pior prognóstico.

Karla Costa Ferreira; Henrique Gonçalves; Raniere Rodrigues Isaac; Hélio Moreira Junior; Jose Paulo Teixeira Moreira; Marcos Antonio De Souza Junior; Caroline Lima De Oliveira; Paula Cristina C. Almeida Leite;
INIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

TL032 - Colectomia direita versus esquerda videolaparoscópica para tratamento de neoplasias colorretais

Introdução: A cirurgia laparoscópica diminuiu a morbidade da cirurgia coloretal. As duas cirurgias mais frequentes da coloproctologia são a colectomia direita e a esquerda. Objetivo: Comparar morbidade perioperatória da colectomia direita e esquerda, além da qualidade de ressecção oncológica, pela via laparoscópica. Métodos: Análise retrospectiva de dados coletados prospectivamente de 332 casos operados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 2006 e 2016. As complicações pós-operatórias foram classificadas pela escala de Clavien-Dindo em até 30 dias após a cirurgia. Foi considerada complicação grave Clavien grau 3 ou maior. A qualidade de ressecção oncológica foi avaliada pelo número médio de linfonodos e margens cirúrgicas. Os dados foram analisados com uso do programa SPSS®. Resultados: Foram 332 pacientes operados, 98 (29,5%) colectomias direitas e 234 (70,5%) colectomias esquerdas. A média de idade era de $62,8 \pm 11,9$ anos. As populações não apresentavam diferença estatística quanto a idade, comorbidades, Índice de Massa Corpórea (IMC) e classificação de ASA. O nível sérico de hemoglobina pré-operatória foi menor no grupo da colectomia direita (média de 11,9 versus 12,5, $p=0,27$), além da necessidade de transfusão pré-operatória que foi maior no mesmo grupo (5,1% versus 0,4%, $p=0,004$). No geral, 233 (70,2%) pacientes não tiveram complicações, as complicações foram grau I em 36 (10,8%) pacientes, grau II em 26 (7,8%) pacientes, grau IIIa em 2 (0,6%) pacientes, grau IIIb em 13 (3,9%) pacientes, IVa em 11 (3,3%) pacientes, grau IVb em 5 (1,5%) pacientes e grau V em 6 (1,8%). Reoperação foi necessária em 23 (6,9%) pacientes, a taxa de conversão foi de 7,8% e complicação intra-operatória de 4,8%. A comparação entre colectomia esquerda e direita não teve significância estatística para tempo operatório, conversão, reoperação, complicação pós-operatória grave ou tempo de internação. A taxa de deiscência de anastomose foi significativamente maior na colectomia esquerda do que na direita (9,4% versus 2%, $p=0,02$). O resultado oncológico foi igual em ambas cirurgias, com média de 19,5 linfonodos dissecados nas colectomias direitas e 19,4 nas colectomias esquerdas. A margens foram livres em 100% das colectomias direitas e 99% das colectomias esquerdas. Conclusão: O resultado cirúrgico e oncológico nas colectomias direitas e esquerdas pela via laparoscópica são semelhantes, tornando-se essa a via de acesso preferencial.

Lucas Soares Gerbasi; Rodrigo Ambar Pinto; Mariane Gouvea Monteiro De Camargo; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Diego Fernandes Maia Soares; Fábio Guilherme Caserta Maryssael Campos; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Cecconelo;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

TL033 - Conduta "watch and wait" em câncer de reto submetido a condições não ideais de neoadjuvância.

Paciente masculino, 57anos, atendido no ambulatório da coloproctologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, com queixa de constipação, sangramento e perda ponderal há 1 ano, em Abril/2015. Retossigmoidoscopia rígida evidenciando lesão vegetante a 8cm da borda anal, ocluindo 20% do lúmen do reto. Colonoscopia concordando com exame físico e não apresentando lesões sincrônicas. Tomografias não evidenciaram metástases à distância. Ressonância de reto evidenciou uma lesão T3N1, a 8cm da BA com extensão acima da reflexão peritoneal. Paciente foi encaminhado à neoadjuvância, iniciada em Outubro/2015, onde foi submetido à quimioterapia com Xeloda associado a sessões incompletas de Radioterapia por quebra do aparelho, não sendo finalizado como o protocolo já estabelecido. Devido a grande dificuldade de transferência do paciente para outro serviço, foi consenso em reunião multidisciplinar a abordagem cirúrgica imediata. No entanto, em novo exame proctológico a lesão regrediu a ponto de não ser mais vista. Solicitada nova colonoscopia, a qual revelou uma retração cicatricial no lugar da lesão, confirmada por biópsia. Partiu-se então para nova ressonância de reto, que identificou resposta clínica completa (γ TONO), mas apresentando

pequena área de marcado hipossinal na parede retal, distando 8cm da borda anal, com cerca de 1,5cm de extensão longitudinal superior. Seria a retração cicatricial descrita na colonoscopia ou lesão transmural não alcançada na biópsia? Após nova discussão em sessão multidisciplinar, incluindo o paciente, optou-se pela conduta "watch and wait", onde o mesmo tem sido examinado mensalmente com retossigmoidoscopia rígida e novos exames de imagem a cada 6 meses. O paciente encontra-se bem e assintomático do quadro em questão. A pergunta que fica é: o quão ética foi a conduta tomada e qual preço será pago pelo paciente pela decisão conservadora?

Maruska Dib Iamut; Elizabeth Madriaga Bittencourt; Annibal Coelho Amorim Junior; Paulo Cesar De Castro Junior; Luiz Fernando Pedrosa Fraga; Francisco Lopes Paulo;
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

TL034 - Diferenças nos Resultados Oncológicos e Qualidade de Vida entre Câncer de Cólon Direito, Cólon Esquerdo e Reto

Introdução: Estudos recentes têm sugerido que os resultados oncológicos de câncer de reto têm melhorado progressivamente, e podem ter ultrapassado o câncer de cólon. Objetivo: Comparar as diferenças nos resultados oncológicos e qualidade de vida entre câncer de cólon direito, cólon esquerdo e reto. Métodos: Um banco de dados institucional foi utilizado para identificar pacientes com adenocarcinoma colorretal estadiamento patológico I-III, operados eletivamente com intenção curativa entre 2000 e 2010. Os critérios de exclusão foram pacientes com doença metastática, doença inflamatória intestinal e câncer colorretal hereditário. Os pacientes foram divididos em 3 grupos de acordo com a localização do câncer: cólon direito (CD), cólon esquerdo (CE), e reto (R). Resultados per-operatórios, oncológicos, e qualidade de vida foram comparadas entre os 3 grupos. Resultados: 2065 pacientes preencheram os critérios de inclusão (606 CD, 366 CE, e 1093 R). Pacientes com CD são mais velhos ($p < 0,001$), do sexo feminino ($p < 0,001$), com maior ASA ($p < 0,001$) em comparação com CE e R. Cirurgia laparoscópica foi mais utilizada em CD e CE ($p < 0,001$). R apresentou mais complicações pós-operatórias ($p = 0,029$), e maior tempo de internação ($p = 0,003$). Radioterapia neoadjuvante foi utilizado em 44,6% em R. R recebeu mais terapia adjuvante que CD e CE ($p < 0,001$). CE apresentou melhor sobrevida global e sobrevida livre de doença. Em uma análise multivariada ajustada por idade, sexo, ASA, e estadiamento patológico, CD apresentou melhores resultados oncológicos que R. Idade ($p < 0,001$), sexo ($p = 0,016$), ASA ($p = 0,001$), estadiamento patológico ($p = 0,001$), quimioterapia adjuvante ($p = 0,043$), e localização do câncer ($p = 0,024$) foram os fatores independentes associados a sobrevida. 560 pacientes responderam ao questionário de qualidade de vida (134 RCC, 93 LCC, e 333 RC) em um tempo médio de acompanhamento de 6,1 anos. Pacientes submetidos a cirurgia para câncer de reto relataram mais alterações sexuais ($p = 0,015$) e restrições de trabalho ($p = 0,001$) do que os pacientes submetidos a cirurgia para câncer de cólon. Conclusão: Em contraste com estudos não ajustados, o nossos dados demonstraram melhores resultados oncológicos e qualidade de vida em câncer de cólon comparado com câncer de reto.

Leonardo C Duraes; Feza H Remzi; Luca Stocchi; David Liska; Emre Gorgun; David W Dietz; Olga Lavryk; Hermann Kessler;
CLINICA PRIVADA

TL035 - Eficácia da cirurgia de resgate no carcinoma epidermóide de canal anal

Introdução: O câncer de canal anal corresponde a 4% de todos os cânceres do trato gastrointestinal inferior com predominância em mulheres. O advento da quimioterapia associada à radioterapia (QT/RXT) possibilitou a cura do CEC sem a perda do esfíncter e sem

gerar alterações na sexualidade. Apesar do sucesso desse esquema terapêutico 20%-40% apresentam persistência da doença ou recidiva da doença. Nesses casos, o método de resgate que pode propiciar controle locorregional da neoplasia e aceitáveis taxas de sobrevivência dos pacientes é a ressecção abdominoperineal do reto. Objetivo: Avaliar os resultados da cirurgia de resgate em pacientes portadores de recidiva ou persistência de carcinoma epidermóide do canal anal após o tratamento com radioquimioterapia. Método: Estudo retrospectivo de 9 anos (janeiro de 2005 a agosto de 2014) em um hospital público do Recife-PE, de pacientes portadores de carcinoma epidermóide do canal anal submetidos a cirurgia de resgate por persistência ou recidiva do tumor. Os fatores avaliados foram: gênero, idade, estadiamento do tumor, complicações pós-operatórias, recidiva locorregional, mortalidade cirúrgica e sobrevida. Resultados: 14 pacientes, 4 (29%) do gênero masculino e 10 (71%) do feminino, foram submetidos a cirurgia de resgate após comprovação histológica de carcinoma epidermóide do canal anal, sendo 9 (64%) por persistência da doença e 5 (35%) por recidiva após tratamento convencional. Todos foram submetidos à amputação abdominoperineal do reto. A mortalidade foi de 7% (01 caso), decorrente de hemorragia intra-operatória, sendo a morbidade de 14% (02 casos), devido a infecção da ferida operatória perineal. Ocorreram 02 casos (14%) de recidivas com metástases à distância e 3 casos (21.4%) de recidivas locorregionais. A sobrevida média após o resgate cirúrgico foi de 22 meses. Até a data da conclusão do trabalho, 06 pacientes (42%) estão vivos, dos quais 01 (7%) apresenta recidiva locorregional e 01 (7%) apresenta metástase pulmonar; 04 pacientes (28%) estão vivos sem evidência de doença. Conclusão: Neste estudo, foi possível obter o controle da doença em até 28% dos casos. Reforçamos a necessidade de uma seleção criteriosa dos pacientes para o resgate cirúrgico, em decorrência da alta morbimortalidade associadas ao procedimento. Lorena Chaib Rodrigues; Thiago Alexandre Martins Marques; Aline Ribeiro Teixeira Cavalcante; Marco Aurélio Fernandes Oliveira Guimaraes; Luis Fernando Heinen Scaglioni; Luciana Nogueira Paraguassu De Moraes; Rodrigo Artur Souza Oliveira;
HOSPITAL BARAO DE LUCENA

TL036 - Emprego do PET-CT na avaliação da regressão histológica do adenocarcinoma de reto à terapia neoadjuvante

Introdução: A resposta à terapia neoadjuvante do adenocarcinoma de reto é variável e sua avaliação pode auxiliar na definição de protocolos distintos de tratamento. Ainda não está definido o papel do PET-CT para este fim. Objetivo: Avaliar a regressão histológica do adenocarcinoma de reto pós-neoadjuvância por meio do PET-CT. Métodos: Estudo prospectivo em portadores de adenocarcinoma de reto extraperitoneal submetidos ao PET-CT antes e após terapia neoadjuvante. Foram avaliados CEA, SUV e índice de redução do SUV (RI SUV). Os pacientes foram categorizados em relação aos níveis séricos de CEA; menor do que 5 ng/ml e maior ou igual a 5 ng/ml. Para avaliação histológica, empregou-se o grau de regressão tumoral (RTG) pela classificação de Mandard, na peça operatória, considerando-se RTG 0 a 1 como grupo 1 e RTG 2 a 4 como grupo 2. Para comparação das medias entre os grupos, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Resultados: Vinte e oito pacientes com adenocarcinoma de reto extraperitoneal foram submetidos a PET-CT antes e após o tratamento neoadjuvante, sendo 14 (50%) do sexo masculino, com média de idade de 62 anos. Destes, 13 foram submetidos também à cirurgia. O grau de regressão tumoral 0 ou 1 esteve presente em 54% dos casos. O SUV pós neoadjuvância foi significativamente menor no grupo 1 (5,0 e 9,3; $p=0,046$). O SUV pós dos pacientes com CEA < 5 foi de 11,29 contra 21 para CEA > 5 ($p=0,026$). Não se observou diferença em relação ao RI SUV. Conclusão: Os dados iniciais podem evidenciar a utilidade do PET-CT na avaliação da resposta histológica pós neoadjuvância no adenocarcinoma de reto.

Lílian Vital Pinheiro; Daniéla Oliveira Magro; Felipe Ozório Costa; Carlos Augusto Real Martinez; Debora Helena Dos Gonçalves Rossi; Raquel Franco Leal; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Cláudio Saddy Rodrigues Coy;
UNICAMP

TL037 - Exanteração pélvica para tratamento do câncer colorretal localmente avançado e/ou recidivado: experiência de um centro de referência oncológico

Introdução: Este estudo mostra a experiência de um centro oncológico no tratamento do câncer colorretal e seus resultados para definição de fatores clínico-patológicos que ajudem na seleção do paciente para o procedimento de exenteração pélvica. Objetivos: Avaliar sobrevida global e sobrevida livre de doença de pacientes submetidos à exenteração pélvica por tumores colorretais em um centro oncológico. Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, longitudinal envolvendo 104 pacientes com câncer colorretal avançado submetidos à exenteração pélvica como tratamento cirúrgico. Foram avaliados fatores clínico-patológicos, sendo o desfecho principal a sobrevida global e sobrevida livre de doença. Resultados: Dos 104 pacientes avaliados 57% apresentavam tumores primários e 43 tumores recidivados. A taxa de sobrevida global em 5 anos foi de 43%, com uma sobrevida mediana de 47 meses. Realizando análise de risco relativo, os fatores que tiveram maior impacto na sobrevida foram: doença recidivada, cirurgia paliativa, ressecabilidade, quimioterapia prévia, ASA, hemotransfusão e pacientes que tiveram complicações graves. A sobrevida livre de doença em 5 anos foi de 35% com uma mediana de recorrência de 24 meses. A taxa de recorrência apresentada foi de 41,43% sendo mais comum a recorrência à distância. Os principais fatores de risco associados à recorrência foram: localização (reto), doença recidivada, estadiamento T4 patológico, comprometimento linfonodal, tratamento prévio, ASA, hemotransfusão e os pacientes que tiveram complicações graves. Conclusões: A sobrevida global e livre de doença obtidas são equiparáveis às de outros centros oncológicos, devendo-se considerar os fatores identificados para uma melhor seleção de pacientes para o procedimento.

Tiago Santoro Bezerra; Fábio De Oliveira Ferreira; Ademar Lopes; Wilson Toshihiko Nakagawa; Ranyell Matheus Spencer Sobreira Batista; Paulo Stevanato Filho; Renata Mayumi Takahashi; Samuel Aguiar Junior;

A. C. CAMARGO CÂNCER CENTER

TL038 - Excisão Local é uma Melhor Opção que Ressecção Radical para Câncer de Reto Estádio I em Octogenários?

Introdução Octogenários apresentam alta morbidade e mortalidade após a ressecção radical para câncer de reto. Excisão local pode ser uma alternativa para tratamento cirúrgico de tumores de reto estadio I em pacientes acima de 80 anos. Objetivo Comparar resultados perioperatórios e oncológicos entre excisão local e ressecção radical para câncer de reto estadio I em octogenários. Métodos Um banco de dados institucional foi utilizado para identificar pacientes octogenários com adenocarcinoma de reto estadio I (pT1-T2 N0-Nx), operados eletivamente com intenção curativa entre 1980 e 2013. Os critérios de exclusão foram terapia neoadjuvante, câncer retal recidivado, doença inflamatória intestinal e câncer colorretal hereditário. Resultados perioperatórios e oncológicos de pacientes submetidos a excisão local (EL) foram comparados com pacientes submetidos a ressecção radical (RR). Resultados 105 pacientes preencheram os critérios de inclusão. 51 pacientes foram submetidos a EL (46 excisões trans-anais e 5 cirurgias microendoscópicas trans-anais), e 54 foram submetidos a RR (41 ressecções anteriores e 13 amputações abdomino-perineais). O tempo médio de acompanhamento pós-operatório foi de 5,9 anos. Idade (p=0,573), sexo (p=0,911), e

classificação ASA (0,203) foram semelhantes entre os grupos. RR apresentou maior morbidade pós-operatória ($p=0,014$), e maior tempo de internação hospitalar ($p<0,001$) comparado a EL. Radioquimioterapia adjuvante foi utilizado exclusivamente entre os pacientes submetidos a EL. EL e RR apresentaram sobrevida global ($p=0,703$), sobrevida livre de doença ($p=0,589$), e sobrevida específica de câncer ($p=0,722$) semelhantes. No entanto, pacientes submetidos a EL apresentaram maior recidiva local (0,015). Na análise multivariada, idade, ASA e estadiamento patológico T foram variáveis independentes para a sobrevida global ($p = 0,002$, $p = 0,002$ e $p = 0,038$), e sobrevida livre de doença ($p = 0,001$, $p = 0,002$, e $p = 0,032$). O tipo de cirurgia (RR ou LE) não foi um fator independente para sobrevida global ($p = 0,678$), ou sobrevida livre de doença ($p = 0,535$). Conclusão: Excisão local para tratamento do câncer de reto estadio I em octogenários apresenta menor morbidade, e sobrevida semelhante a ressecção radical, porém está associada a maior recidiva local.

Leonardo C Duraes; Feza H Remzi; Emre Gorgun; David Liska; Luca Stocchi;

CLINICA PRIVADA

TL039 - Excisão Local ou Ressecção Radical: Qual o Melhor Tratamento na Atualidade para Câncer de Reto Estadio I?

Introdução O uso de excisão local para câncer de reto estadio I apresenta baixa morbimortalidade, mas está associado a resultados oncológicos inferiores à ressecção radical. É possível que avanços tecnológicos nos métodos de imagem para estadiamento do câncer de reto tenham otimizado a seleção de pacientes para excisão local, melhorando os resultados oncológicos. Objetivo Comparar resultados per-operatórios e oncológicos de pacientes com câncer de reto estadio I, operados por excisão local após seleção por métodos de imagem avançados, com pacientes submetidos a ressecção radical. Métodos Um banco de dados institucional foi utilizado para identificar pacientes com adenocarcinoma retal estadiamento patológico I (pT1-T2 Nx/No), operados com intenção curativa, entre 1980 e 2013. Os critérios de exclusão foram terapia neoadjuvante, câncer retal recidivado, doença inflamatória intestinal e câncer colorretal hereditário. Pacientes submetidos a excisão local (EL), estadiados no pré-operatório por Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) ou PET Scan (PET) pélvicos foram pareados 1:1 com pacientes submetidos a ressecção radical (RR), por idade, sexo, estadiamento patológico, ASA, diferenciação tumoral, e invasão linfo-vascular. Resultados perioperatórios e oncológicos foram comparados entre os grupos. Resultados Entre 1980 e 2013, 254 pacientes com adenocarcinoma de reto estadio I foram submetidos EL. Destes, 57 pacientes realizaram estudos de imagem pélvica avançada no pré-operatório (54 excisões trans-anais e 3 cirurgias microendoscópica trans-anais). Estes pacientes foram pareados 1:1 com pacientes submetidos a RR (49 ressecções anteriores de reto e 8 amputações abdomino-perineais). Pacientes submetidos a EL apresentaram menor morbidade no pós-operatório ($p=0,011$) e menor tempo de internação hospitalar ($p<0,001$). Não houve diferenças entre os grupos na sobrevida global em 5 anos ($p=0,930$), sobrevida livre de doença ($p=0,336$) e sobrevida específica ao câncer ($p=0,670$). Comparado a RR, EL apresentou maior recorrência local em tumores T2 ($p=0,035$). No entanto, pacientes submetidos a EL ou RR para tumores de reto T1 apresentaram recorrência local semelhantes ($p=0,147$). Conclusão Melhor seleção de pacientes devido a avanços em estadiamento locorregional por imagem, torna excisão local uma opção viável no tratamento cirúrgico de pacientes com tumores de reto T1.

Leonardo C Duraes; Luca Stocchi; Emre Gorgun; Meagan Costedio; Mathew F Kalady; David W Dietz; James Church; Feza H Remzi;

CLINICA PRIVADA

TL040 - Experiência com 629 pacientes submetidos à cirurgia colorretal por via videolaparoscópica no programa de Residência em Coloproctologia pelo Grupo de C

Introdução: A videolaparoscopia surgiu em meados da década de 80. Uma década depois iniciaram as cirurgias colorretais por via videolaparoscópica (CCRVL). É um método importante na prática clínica já que tem função diagnóstica, propedêutica e terapêutica. **Objetivo:** Levantar dados epidemiológicos e cursos clínicos e cirúrgicos de 629 pacientes portadores de doenças colorretais submetidos a CCRVL. **Métodos:** Estudo realizado com a avaliação de 629 pacientes submetidos à CCRVL, entre março de 2010 e junho de 2016. Foi criado banco de dados onde foram avaliados gênero, idade, classificação ASA, comorbidades, diagnóstico, ano da cirurgia, dias de internação, cirurgia realizada, via de anastomose, complicações pós-operatórias, anatomopatológico pós-operatório, conversão para laparotomia e motivo da conversão. **Resultados:** Dos pacientes atendidos, a média de idade foi de 61 anos. 59% dos pacientes eram mulheres. Nove hospitais foram incluídos no estudo, sendo 62,10% dos casos operados por residentes R2. 59,62% dos pacientes foram classificados em ASA II, sendo a hipertensão arterial a principal comorbidade. 89,0% dos pacientes submetidos a CCRVL eram portadores de neoplasia maligna. Os tumores localizavam no reto baixo e médio (21,28%), sigmóide (18,97%) e cólon ascendente (14,54%). O tempo de internação foi, em média, de 6,56 dias. Das cirurgias realizadas, 39,04% foram a retossigmoidectomia, 24,83% a colectomia direita e 18,66% a retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto. 77,55% dos casos com anastomose foram anastomoses mecânicas. 89,18% dos pacientes não desenvolveram qualquer complicação. As complicações mais comuns foram infecção de ferida operatória (2,62%) e fístula anastomótica (2,44%). A taxa de óbito foi de 1,22%. O exame histopatológico das peças cirúrgicas revelou: adenocarcinoma (84,53%), adenoma (7,55%), doença diverticular (2,34%) e megacólon (1,80%). A taxa de conversão para via laparotômica foi de 14,31%, sendo 4,75% dos casos convertidos por aderências e 2,62% por lesão invasiva (T4). A utilização CCRVL foi crescente com o correr do tempo: 15 em 2010, 32 em 2011, 74 em 2012, 94 em 2013, 105 em 2014, 145 em 2015 e 164 no primeiro semestre de 2016. **Conclusão:** A CCRVL foi mais comum em mulheres, média etária de 61 anos, a maioria classificada como ASA II, sendo o câncer a doença mais abordada e a retossigmoidectomia a cirurgia mais executada. O tempo de internação, taxa de complicações e de mortalidade sugerem ser uma técnica cirúrgica muito segura.

Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Raissa Amélia Silva Reis; Matheus Matta Machado Mafra Duque Estrada Meyer; Sinara Mônica De Oliveira Leite; Peterson Martins Neves; Heraldo Neves Valle Junior; Patricia Costa

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

TL041 - As ressecções colorretais laparoscópicas são uma boa opção terapêutica nas diverticulites complicadas?

Introdução: A abordagem videolaparoscópica (VL) da doença diverticular complicada é ainda considerada controversa. Alguns estudos demonstram menor morbibilidade peri-operatória da VL em relação à laparotomia. O objetivo primário desta análise é avaliar o papel da VL para a abordagem cirúrgica de pacientes portadores de doença complicada e não complicada.

Métodos: Análise retrospectiva a partir de uma base de dados prospectiva dos pacientes submetidos a sigmoidectomias VL por doença diverticular nos últimos 10 anos (2006-2016). Análise estatística foi realizada com SPSS® Statistics. **Resultados:** Apresentamos 25 casos de doentes operados por VL por diverticulite crônica: 17 casos de diverticulite complicada (8 casos de doença estenosante (DE), 9 de fístula rectovesical (FRV)) e 8 por diverticulites de repetição (DR). A mediana de idade é de 63 anos.. Na maioria dos pacientes a cirurgia realizada foi rectosigmoidectomia com anastomose termino-terminal primária (88%). Nos doentes com fístula reto-vesical não foi necessário realizar nenhum procedimento na bexiga em 66,6% dos

casos e nos restantes 33,4% foi realizada cistografia. Apenas 8% das cirurgias necessitaram de conversão para laparotomia, sendo que estes 2 casos faziam parte dos grupos correspondentes a FRV e DE. O tempo cirúrgico médio foi de 269,1 minutos e, comparando os diferentes grupos, o tempo foi estatisticamente maior nos grupos FRV e DE (p value de 0,019 e 0,006, respectivamente) comparativamente ao grupo DR. O tempo de internação médio foi de 8,3 dias, semelhante entre os grupos. As taxas de complicações intraoperatórias não foram estatisticamente diferentes entre os 3 grupos e ocorreram em 16% dos casos. As complicações no pós-operatório, ocorreram em 24% dos casos, sem diferença estatística entre os grupos. Houve apenas mortalidade pós-operatória em um caso, no grupo FRV. Em mediana de seguimento de 19,8 meses quatro doentes apresentaram hérnias incisionais e um doente apresentou estenose da anastomose. Houve um caso de recorrência de diverticulite com recidiva de sintomas. Conclusões: As cirurgias realizadas nas diverticulites complicadas foram mais longas e com taxas de conversão maiores em relação aos casos de diverticulites não complicadas. As complicações intra e pós-operatórias foram semelhantes independente do estágio da diverticulite. Estes dados sugerem que a abordagem VL foi exequível e segura mesmo nos casos mais complicados.

Paula Magro; Rodrigo Ambar Pinto; Ricardo Nogueira; Lucas Gerbasi; Mariane Camargo; Cinthia Kimura; Sérgio Nahas; Ivan Ceconello;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TL042 - Efeitos hepáticos da carcinogênese cólica induzida por Azoximetano em ratos na vigência de uma dieta específica

Introdução: Câncer colorretal e o hepático têm incidência crescente e são influenciados por fatores genéticos e ambientais, sendo um dos mais importantes a dieta. O azoximetano (AOM) é utilizado como iniciador da carcinogênese cólica em modelos experimentais. No fígado, o AOM causa alterações celulares semelhantes às observadas em modelos de agressão hepática crônica. Estudos sugerem que ácidos graxos ômega 3, 6 e 9 estão envolvidos na gênese e prevenção da carcinogênese. Objetivo: Verificar as repercussões hepáticas e sistêmicas em ratos alimentados com dietas hiperlipídica, normolipídica e hipolipídica com baixa relação w-6/w-3 e alta w-9/w-6 na vigência da carcinogênese cólica induzida por AOM. Método: Foram usados 60 ratos Wistar, 3 semanas de idade, peso médio de 50g e distribuídos em 5 grupos de 12 animais: GI- Dieta Padrão sem AOM; GII- Dieta Padrão e AOM; GIII- Dieta Hiperlipídica e AOM; GIV- Dieta Normolipídica e AOM; GV- Dieta Hipolipídica e AOM. Avaliados massa corporal e ingesta 4 vezes por semana até a 36ª. Resultados: Os colos e fígados foram analisados quanto à presença de alterações macro e microscópicas. Determinaram-se colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia, ALT e AST, glutatona e TBARS. Ingestas de GI e GII foram maiores que em GIII, GIV e GV. GI e GII apresentaram aumento da massa corporal em relação aos GIII, GIV e GV. GV apresentou aumento da relação percentual entre o peso do fígado e massa corporal final do animal em relação aos demais grupos. Houve aumento na incidência dos tumores cólicos e lesões hepáticas pré-neoplásicas e neoplásicas benignas em GII e diminuição em GV. Concentração de glutatona foi maior e de TBARS menor em GV. Conclusão: Dietas hiperlipídica, normolipídica e hipolipídica com baixa relação w-6/w-3 e alta w-9/w-6 reduzem a ingesta e massa corporal dos animais, o aparecimento de tumores cólicos e lesões hepáticas pré-neoplásicas e neoplásicas, peroxidação lipídica e elevam a capacidade antioxidante. A utilização da dieta hipolipídica apresentou maior eficácia em relação às dietas normo e hiperlipídica.

Lara Burlamaqui Veras; Idália Maria Brasil Burlamaqui; Lusmar Veras Rodrigues; Paulo Roberto Leitão De Vasconcelos; Conceição Aparecida Dornelas; Sthela Maria Murad Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

TL043 - Perfil dos pacientes e análise do pós-operatório de colectomias devido à doença diverticular em um serviço de referência – Curitiba PR

INTRODUÇÃO: A doença diverticular é uma das indicações mais comuns de colectomia. As complicações da doença diverticular incluem a diverticulite (10 a 25%) e a hemorragia (5%), que em geral cessa espontaneamente em 80% dos casos. A colectomia está indicada em pacientes que tiveram dois ou mais episódios de diverticulite aguda, ou após um único episódio de diverticulite em pacientes com menos de 50 anos. **OBJETIVOS:** Análise do perfil dos pacientes e do pós-operatório das cirurgias por doença diverticular nos últimos 5 anos em nosso serviço. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo observacional através da revisão de 64 prontuários de pacientes submetidos a colectomias e retossigmoidectomias por doença diverticular no período de janeiro de 2011 a junho de 2016. **RESULTADOS:** Foram incluídos 64 pacientes, sendo que destes 52 foram submetidos à cirurgia eletiva (81%) por doença diverticular, e 13 foram submetidos a procedimento de emergência por alguma complicação, como perfuração, abscesso e fístula. A idade média foi de 61 anos, com maior prevalência em mulheres (56%). Dentre as comorbidades, 39% dos pacientes eram hipertensos, 23% diabéticos e 16% dislipidêmicos. A cirurgia videolaparoscópica foi realizada na maioria dos pacientes (n=50), perfazendo 78% dos casos. A confecção de estoma ocorreu em 17% dos casos e a média de internamento foi de 10,44 dias. A dieta, em geral via oral, foi introduzida no 2º pós-operatório (PO). Cerca de 19% dos pacientes necessitaram de permanência na UTI, com média de 18 dias de internamento. Dentre as complicações, fístula da anastomose ocorreu em 3 pacientes (5%) e foi diagnosticada em média no 5º PO. Óbito ocorreu em 2 pacientes, assim como 2 pacientes tiveram que ser reoperados. **CONCLUSÕES:** A cirurgia tem papel importante no tratamento da doença diverticular dos cólons tanto nas indicações eletivas, quanto na emergência em casos complicados. Além disso, a cirurgia videolaparoscópica mostrou-se uma opção de tratamento eficaz e segura na análise dos resultados. Renato Valmassoni Pinho; Júlio Cezar Uili Coelho; Lucas Thá Nassif; Yan Sacha Hass Aguilera; Guilherme Figueiró Ferronato; Luiz Francisco Cravo Bettini; Mariane Christina Savio; Valéria Aparecida Santos;
HOSP. NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

TL044 - Tumor assintomático de sigmoide simulando piartrite de quadril esquerdo - relato de caso.

Relato de caso: Paciente R.S, 45 anos deu entrada no HRSul, com queixa de dor com limitação funcional de quadril esquerdo há uma semana. Referia que a queixa citada era acompanhada de sinais flogísticos locais, sem história de trauma ou outra afecção local. Foi realizado RX de quadril E sem lesões ósseas, e US que evidenciava um pouco de coleção local. Optado por drenagem no PS e encaminhado para enfermaria para tratamento com antibioticoterapia. Durante a internação o único exame alterado de bioquímica era no hemograma, o qual apresentava uma Hb de 8.5. Durante nova anamnese na enfermaria, negava melena, perda de sangue nas fezes como também alterações do hábito intestinal, lembrando-se que havia perdido 10 Kg nos últimos 4 meses. Foram iniciadas, então, medidas para investigação do quadro anêmico bem como de síndrome consuptiva. Foram solicitados exames de E.D.A. e Colonoscopia. Entretanto, antes da realização destes exames solicitados houve piora do quadro inflamatório do quadril, acompanhado de um abaulamento súbito regional com timpanismo local ao exame clínico. Em detrimento da piora local e sistêmica foi realizada uma TC de abdome e pelve para melhor avaliação, na qual evidenciou-se um processo expansivo perfurado e bloqueado para o retroperitônio causando infiltração dos planos musculares, com abscesso e proporcionando fístula para a região dorsal, simulando um processo inflamatório do quadril E. Tratamento: Optou-se inicialmente por drenagem do abscesso retroperitoneal, compensação clínica global. Após estabilização clínica e hemodinâmica foi indicada retossigmoidectomia e ressecção da musculatura retroperitoneal onde havia infiltração como

segundo tempo do tratamento. Discussão: neoplasias malignas colorretais apresentam gama extremamente variável de possíveis complicações clínicas que variam de quadros de sangramento agudo ou crônico; obstruções do trânsito colônico; perfurações; abscessos ou fístulas e até mesmo algumas destas complicações simultaneamente, que geralmente ocorrem em estágios mais avançados da doença e com quadro clínico mais exuberante. No caso em discussão nota-se a presença de doença assintomática que evoluiu com abscesso no local do tumor e fístula para retroperitônio que mimetizou um quadro de piodartrite de quadril a esquerda. Conclusão: considerando as mais diversas manifestações clínicas da doença neoplásica maligna colorretais o cirurgião deve sempre estar atento as possíveis variações dos casos clássicos

Orlando Contrucci Filho; Diego Ferreira De Andrade Garcia; Paulo César Rozental Fernandes; Fernando Furlan Nunes; Fabiana Damiani Korsakoff; Marcelo Augusto Fontenelle Ribeiro Junior; Marcela Drago; Paulo Roberto P. Pallone;

CLINICA PRIVADA

TL045 - Tumor neuroendócrino de íleo terminal - relato de caso

Os tumores neuroendócrinos podem incidir por quase todos os órgãos do corpo, sendo mais frequentes no trato gastroenterico, pancreatico e pulmonar. Tais tumores são originados de células secretórias enterocromafins do sistema neuroendócrino do trato gastrointestinal ou das células endócrinas das ilhotas de Langerhans do pâncreas, em conjunto conhecidas como sistema endócrino difuso. Histologicamente caracterizam-se por expressar marcadores de diferenciação neuroendócrina como a sinaptofisina e a cromogranina A. Nas últimas décadas houve um aumento significativo no diagnóstico deste tipo de neoplasia, muito em virtude do maior conhecimento sobre a doença e da melhoria dos métodos de diagnósticos radiológicos e endoscópicos. O trato gastrointestinal corresponde a 60,9% dos casos. Dentre estes, o intestino delgado representa o sítio mais comum dos tne gi (34%), seguidos dos tumores do reto (20%), cólon (19%), estômago (7%), pâncreas (7%) e apêndice (6%). Trata-se de um relato de caso de paciente do sexo feminino, 70 anos, previamente hígida e oligossintomática (cólica abdominal difusa esporadicamente) e diagnóstico de tumor neuroendócrino em íleo distal feito através de colonoscopia de rastreamento para câncer colorretal. Paciente foi estadiada no pré-operatório, sem evidência de lesões metastáticas ou tumores sincrônicos. Submetida a colectomia direita e anastomose ileocólica mecânica por via laparotômica. A paciente evoluiu com melhora e recebendo alta no 5º pós-operatório e segue em acompanhamento oncológico.

Vitor Lúcio Alves; Alexandre Cavalho; Lina Codes; David Silveira Villas-Boas;

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS

TL046 - Valor dos níveis séricos da Proteína C reativa (PCR) na identificação precoce de complicações pós-operatórias na neoplasia colorretal

Introdução: Muito se discute a respeito do papel do valor da dosagem sérica dos níveis da Proteína C Reativa (PCR) no diagnóstico de complicações pós-operatórias de ressecções do trato gastrointestinal. Sabe-se que uma das mais temidas complicações em pacientes portadores de neoplasia de cólon e reto são: as fístulas anastomóticas, pneumonia, distúrbios cardiovasculares e óbito. É sabido que a elevação do PCR sérico correlaciona-se aos processos inflamatórios, infecciosos, tromboembólicos e cardiovasculares. Entretanto, a literatura mostra-se escassa de trabalhos que correlacionem a elevação do PCR e complicações no adenocarcinoma colorretal. Objetivo: Correlacionar alterações do valor sérico do PCR em pacientes submetidos a ressecções cirúrgicas por neoplasia colorretal e suas complicações. Método: analisou-se retrospectivamente os prontuários de 120 pacientes atendidos no Serviço

de Coloproctologia do HUSF no período de 2013 a 2015, que foram submetidos a ressecção cirúrgica por neoplasia colorretal e suas complicações, comparando-os aos valores séricos de PCR pós-operatórios. A análise dos resultados obtidos foi realizada adotando-se nível de significância menor que 5% ($p \leq 0,05$), mediante os testes de Friedman, Mann-Whitney e comparações de Tukey. Resultados: foram revisados 120 prontuários de pacientes submetidos a ressecções colorretais no HUSF no período de 2 anos em pacientes portadores de neoplasia de cólon e reto. Conclusão: a elevação ou manutenção pós-operatória do PCR em ressecções cirúrgicas colorretais no adenocarcinoma estão relacionadas a complicações.

Danilo Toshio Kanno; Danielle De Campos Peseto; Vitor Rafael Pastro; Denise Graffitti D'Avila; Carlos Augusto Real Martinez; Daniel De Castilho Da Silva; Ronaldo Nonose; Enzo Fabricio Ribeiro Nascimento;

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

TL047 - Videolaparoscopia no cancer colorretal : análise de complicações pós operatórias em pacientes com idade avançada

Introdução:Atualmente,a videolaparoscopia é a via de acesso de escolha para o tratamento dos pacientes portadores de câncer colorretal, pelas vantagens descritas na literatura no que diz respeito à recuperação pós operatória, retorno às suas atividades cotidianas e melhor aspecto estético. Aliado a isso, a literatura também revela resultados oncológicos (sobrevida livre de doença e sobrevida global) semelhantes quando comparamos o acesso laparotômico.Nota-se que com a evolução na qualidade de vida em quase todo o mundo, acompanha-se o envelhecimento geral da população e com isso o aumento no diagnóstico de doenças relacionadas à idade, tal como o câncer colorretal (CCR).Sendo a cirurgia o tratamento padrão-ouro na maior parte dos estágios clínicos dessa doença, surge a necessidade de trabalhos que avaliem a segurança de técnicas menos invasivas para a população de idade avançada. Objetivos: Avaliar a segurança na aplicabilidade da videolaparoscopia na população com idade avançada - acima de 70 anos de idade,portadora de CCR, levando-se em consideração as complicações pós operatórias.Materiais, Casuística e Métodos:Avaliados 126 pacientes submetidos a videolaparoscopia para CCR (colectomia parcial, ressecções anteriores do reto e amputação abdominoperineal do reto) entre agosto 2011 e abril 2015 no Hospital de Câncer de Barretos. Separados em dois grupos:Grupo 1-menor ou igual a 70 anos e Grupo 2-acima de 70 anos,tiveram suas taxas de complicação reportadas e analisadas entre si.Resultados:As complicações agrupadas pós operatórias ocorreram em 11 pacientes do grupo 1 (18.6%) e 13 (19.4%) do grupo 2 ($p=0,914$) não apresentando diferenças estatisticamente significativas, assim como quando analisou-se as complicações em subgrupos (cardiovasculares, respiratórias, urinárias, deiscência de anastomose, infecção de sítio cirúrgico, além de outras).Conclusão: A cirurgia laparoscópica consiste em um método seguro e efetivo para o tratamento do CCR em pacientes acima dos 70 anos, com comorbidades controladas, não devendo a idade ser considerada isoladamente como contra-indicação para a aplicação desta via terapêutica.

Marcos Vinicius Araujo Denadai; Euvaldo Jorge Da Silva Filho; Gustavo Botega; Luis Gustavo Capochin Romagnolo; Maximiliano Cadamuro Neto; Armando Geraldo Franchini Melani; Carlos Augusto Rodrigues Veo;

HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS

TL048 - Volumetria por PET-CT na Avaliação da Resposta Completa após Quimiorradioterapia no Tumor de Reto: Olhando o Mesmo Exame com Outros Olhos

Introdução: Estudos com PET/CT não obtiveram êxito em identificar com precisão respostas completas (cCR) pós quimiorradioterapia neoadjuvante (nQRT) em pacientes com tumor de reto distal. O uso de parâmetros metabólicos genéricos ou imprecisos na avaliação dos volumes tumorais residuais podem ter contribuído para esses resultados inconclusivos. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi determinar a acurácia da identificação de resposta completa em tumores de reto após nQRT através do uso de PET/CT sequencial com análise do decréscimo do metabolismo e volume tumoral e do limiar de SUV de forma individualizada. **Métodos:** Ao todo, 90 pacientes com neoplasia de reto distal (cT2-4N0-2M0) foram submetidos a PET/CT no estadiamento inicial e 12 semanas após a nQRT. Para a análise metabólica quantitativa foram avaliados o SUVmax (standart uptake value máximo) e SUVmédio, também foram avaliados o volume metabólico tumoral e uma estimativa de atividade metabólica tumoral (glicólise total da lesão - TLG). Esses parâmetros foram comparados para a avaliação da resposta a nQRT usando curva ROC (receiver operator characteristic curve). Foi definido para cada paciente um limiar de SUV que permitisse um delineamento mais preciso do tumor. **Resultados:** A variação do TLG entre o exame inicial e 12 semanas após nQRT foi associada com a melhor área abaixo da curva quando comparada com SUV ou volume metabólico do tumor para a identificação de resposta completa. Pacientes com decréscimo $\geq 92\%$ no TLG entre o exame inicial e 12 semanas após nQRT tem 90% de chance de ter obtido resposta tumoral completa. **Conclusão:** A utilização de volume e estimativas metabólicas no PET/CT com definição de limiares individuais de SUV para determinação do volume tumoral pode ser uma ferramenta mais precisa para predizer resposta completa pós nQRT em pacientes com tumor de reto distal.

Dalton Alexandre Dos Anjos; Rodrigo Oliva Perez; Angelita Habr-Gama; Guilherme Pagin São Julião; Bruna Borba Vailati; Rafael Ulysses De Azevedo; João Batista De Sousa; Carlos Alberto Buchpiguel;
HCASP

TL049 - Altos níveis séricos de infliximabe estão associados a remissão clínica e cicatrização de mucosa em pacientes com doença inflamatória intestinal

Introdução: poucos estudos avaliaram a correlação entre os níveis séricos de infliximabe (IFX) com remissão clínica e cicatrização de mucosas em pacientes com doença inflamatória intestinal (DII). **Objetivo:** determinar se altos níveis séricos de IFX estão associados com remissão clínica e cicatrização de mucosas em pacientes com DII. **Métodos:** foram avaliados de forma prospectiva os níveis séricos de IFX em 51 pacientes com DII em uso de IFX na fase de manutenção. O nível sérico foi obtido imediatamente antes da próxima infusão de IFX. O nível sérico foi correlacionado com escores endoscópicos (para avaliar cicatrização de mucosas) e com o índice de Harvey Bradshaw (HBI), sendo considerado remissão clínica valores de HBI menor ou igual a 4. **Resultados:** Concentração sérica de IFX maior ou igual a 2 foi associada com maiores taxas de RC (84,2% vs 28,1%; $P < 0.001$) e de CM (83,3% vs 25%; $P = 0.001$). Nível sérico de 2 foi 89% específico para remissão clínica (sensibilidade de 66%; $P < 0.001$) e 89% específico para cicatrização de mucosas (sensibilidade de 64%; $P < 0.001$). Na análise univariada, o nível sérico de IFX foi a única variável associada a remissão clínica e cicatrização de mucosas. **Conclusão:** há associação entre remissão clínica e cicatrização de mucosas com níveis séricos de IFX > 2 . Monitorização terapêutica dos níveis séricos de medicamentos biológicos, tais como IFX, é importante no manejo de pacientes com DII e deveriam ser feitas de rotina nestes pacientes.

Rogério Serafim Parra; Marley Ribeiro Feitosa; Omar Feres; José Joaquim Ribeiro Da Rocha;
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TL050 - Análise comparativa dos efeitos adversos entre o uso de Infliximabe e Adalimumabe em portadores de doença de Crohn

Introdução: a utilização de inibidores do TNF-alfa no manejo da doença de Crohn (DC) é cada vez mais frequente atualmente. Tanto o Infliximabe (IFX) quanto o Adalimumabe (ADA) são considerados medicamentos altamente efetivos no controle da doença. Entretanto, por serem potentes imunossupressores de ação sistêmica, podem causar efeitos adversos importantes, desde infecções, reações cutâneas e até doenças desmielinizantes. Há escassos estudos sobre o tema no Brasil, e os eventos parecem ser semelhantes entre os agentes. O objetivo primário deste estudo foi analisar a presença de efeitos adversos (EA) dos anti-TNF em portadores de DC, comparando-se IFX e ADA, individualizando-se o perfil de segurança de cada droga.

Método: trata-se de um estudo observacional, longitudinal e retrospectivo, que incluiu portadores de DC com uso de IFX ou ADA de uma coorte de pacientes tratados em um único centro. Os pacientes tiveram seus prontuários eletrônicos avaliados, e um protocolo foi preenchido com as variáveis do estudo. Analisou-se características demográficas (incluindo-se a classificação de Montreal), tipo de agente utilizado, presença e tipo dos eventos adversos observados, entre outras variáveis. Os pacientes foram alocados em dois grupos (IFX e ADA) e tiveram os EA anotados e posteriormente comparados. Utilizou-se o teste de Qui-Quadrado de Pearson e o teste U de Mann-Whitney para a homogeneidade dos grupos. Os efeitos adversos foram comparados com o teste t de student, com $p < 0.05$ considerado significativo. **Resultados:** 130 pacientes foram incluídos (68 com IFX e 62 com ADA). Os grupos foram homogêneos em todas as variáveis analisadas, com tempo de seguimento médio de $47,21 \pm 36,52$ meses no grupo IFX e $47,79 \pm 35,09$ no grupo ADA ($p=0,512$). EA foram encontrados em 43/68 (63,2%) e 40/62 (64,5%) nos dois grupos, respectivamente ($p=0,879$). Não houve diferença entre os grupos em relação a infecções ($p=0,094$), lesões cutâneas ($p=0,915$), artralgias ($p=0,975$), infecções por herpes ($p=0,314$), clostridium difficile ($p=0,578$) e interrupção do tratamento ($p=0,091$). Houve, obviamente, maiores índices de reações infusionais no grupo IFX ($p=0,016$). **Conclusões:** EA foram encontrados em cerca de 60% dos pacientes com uso de anti-TNF, não havendo diferenças em relação ao uso de IFX ou ADA. Houve maiores índices de reações infusionais com o uso do IFX, por motivos óbvios. Com uma maior amostra de pacientes, provavelmente diferenças mais sutis poderiam ser significativas.

Mariella Bau; Luiza Facchin; Larissa Boaron; Diogo Araujo Ribeiro; Patricia Zacharias; Alvaro Steckert Filho; Lorete Maria Da Silva Kotze; Paulo Gustavo Kotze;

PUCPR

TL051 - Análise de variáveis associadas ao tratamento cirúrgico na Retocolite Ulcerativa

Introdução: A identificação de aspectos relacionados ao tratamento cirúrgico em portadores na Retocolite Ulcerativa (RCUI) pode contribuir para a otimização terapêutica e avaliar os resultados pós-operatórios. **Objetivo:** caracterizar a casuística em portadores de RCUI submetidos a cirurgia. **Casuística e métodos:** Análise retrospectiva de pacientes oriundos do Ambulatório de Doenças Inflamatórias intestinais "Prof. Ricardo Góes" UNICAMP de 1999 a 2016. Foram avaliados a terapia pré-operatória, indicação cirúrgica e tipo de procedimentos realizados. Com relação ao período pós-operatório avaliou-se ocorrência de remissão clínica, uso de medicamentos para doença inflamatória intestinal e presença de derivação intestinal. **Resultados:** Dentre 212 portadores de RCUI, 39 (18,3%) foram submetidos a cirurgia. As indicações cirúrgicas foram: intratabilidade clínica (46,1%), colite tóxica/megacólon (28,2%), displasia/câncer (10,2%), sangramento (5,1%). Quatro pacientes foram submetidos a cirurgia por perfuração de colon, sendo dois durante colonoscopia, um por trauma abdominal e outro por divertículo perfurado. A incidência de cirurgia com até 12 meses de evolução foi de 30,7% e com tempo superior a 36 meses de 46,1%. O medicamento mais empregado no pré-operatório foi salicilato (71,8%), sendo que sete (17,9%) encontravam-se em uso de terapia biológica, cinco (12,8%) com azatioprina e três (7,7%) com terapia combinada. Com relação ao

tipo de cirurgia, reservatório ileal (RI) foi a cirurgia mais frequente (n=23, 58,9%). Colectomia total com fechamento do reto e ileostomia sem reconstrução do trânsito intestinal esteve presente em 17,9%, colectomia total com ileorreto anastomose (IR) em 15,3% e proctocolectomia total em dois pacientes (5,1%). Quatro pacientes foram submetidos a colectomia segmentar por perfuração colônica. Dentre os pacientes com RI, 18 (78,2%) encontravam-se assintomáticos e sem medicação e a ocorrência de bolsite foi de (21,7%). Dentre os pacientes com IR, 33,3% encontravam-se assintomáticos e sem medicação. A presença de estoma intestinal permanente foi de 33,3%, sendo que todos encontravam-se assintomáticos e três em uso de medicamentos. Conclusões: Nesta casuística, a indicação cirúrgica mais frequente foi intratabilidade clínica e ressalta-se que o uso de terapia biológica no pré-operatório foi de 25,6%. A cirurgia possibilitou bom controle clínico na maioria dos pacientes, mas com elevada incidência de derivação intestinal.

Claudio Coy; Raquel Franco Leal; Carlos Augusto Real Martinez; Joao Jose Fagundes; Debora Gonçalves Rossi; Michel Gardere Camargo; Natalia Panzetti Vieira; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono;

FCM-UNICAMP

TL052 - Análise dos casos de doença inflamatória intestinal atendidos em Hospital Universitário.

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) vem aumentando a sua prevalência em nosso meio, e existe a necessidade de estudarmos a prevalência em nossos hospitais. Objetivos: Analisar a frequência da DII no ambulatório de proctologia do hospital universitário. Métodos: estudo retrospectivo, com a revisão dos casos atendidos no ambulatório de coloproctologia através da análise do prontuário eletrônico, classificando os pacientes por gênero, idade, tipo de doença, classificação de gravidade e uso de terapia biológica ou cirúrgica. Resultados: Foram analisadas as consultas de ambulatório de proctologia através do prontuário eletrônico no período de janeiro de 2014 a junho de 2016, com 228 pacientes com DII, sendo 137(60%) portadores de retocolite ulcerativa, 82 de doença de Crohn (35,9%) e 9 (4,1%) com colite indeterminada. A média de idade foi 42,08 variando de 6 a 86 anos, com 139 (60,9%) pacientes do sexo feminino e 89 (39,1%) masculino. Desses pacientes, 93(40,7%) foram submetidos a terapia biológica e 65 (28,5%) a procedimentos cirúrgicos. Conclusões. Análise desses dados de atendimento auxiliam no entendimento da prevalência e incidência da DII em nosso hospital e a característica desses pacientes.

Alexander Sa Rolim; Ana Paula Hociko; Gabriela Fonseca Lopes; Maysa Moreira Mismetti; Laercio Robles; Rogerio Freitas Lino Souza; Hugo Henrique Watte; Issac Jose Felipe Correa Neto;

HOSPITAL SANTA MARCELINA

TL053 - Avaliação dos pacientes com doença inflamatória intestinal que receberam carboximaltose férrica para o tratamento de anemia ferropriva

Introdução: Doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU) são caracterizadas pela inflamação crônica do intestino. Dentre os vários sintomas e manifestações extra intestinais, a anemia é considerada uma das mais comuns e deve ser tratada precocemente, pois a deficiência de ferro pode ter efeito sistêmico. Comparado à ingestão oral, a administração intravenosa apresenta uma resposta melhor, como aumento do nível da hemoglobina e de ferro. Novas preparações têm surgido como terapia, como a carboximaltose férrica (CF), que permite distribuição de ferro em alta dose, controlada e segura. Casuística e Método: Estudo retrospectivo em que foram avaliados dados epidemiológicos e clínicos de pacientes que receberam CF para o tratamento da anemia associada à DC e RCU. As dosagens de ferritina,

hemoglobina e da proteína C reativa (PCR) foram avaliadas e expressas em mediana com valores máximos e mínimos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP. Resultados: Foram incluídos 6 pacientes (5 mulheres e 1 homem), sendo que 4 apresentavam DC, e 2 RCU. Todos refratários a ferripolimaltose 100 g e faziam uso de terapia biológica. A média de idade foi de 31 anos ($\pm 6,1$). Em um dos pacientes, a RCU era manifestada apenas no cólon esquerdo e, em outro, como forma de pancolite. Já os pacientes com DC, um apresentava doença de delgado, outro colorretal, e dois com acometimento ileocolônico, sendo um deles com envolvimento perianal. A média de tempo de evolução da doença era de 9 anos ($\pm 5,7$). Apenas quatro pacientes apresentavam escores clínicos CDAI (média $246,2 \pm 43,6$) e Mayo (ambos com escore 9) antes da aplicação da CF. A hemoglobina antes do tratamento foi de 8,3g/dL (mín 6,5; máx 10,9) e após o tratamento foi de 12,0g/dL (mín 8,0; máx 13,7). O nível de ferritina antes do tratamento foi de 55,2ng/ml (mín 1; máx 273), e pós tratamento foi de 127,6ng/ml (mín 7; máx 426). Em relação à PCR, a mediana antes do tratamento foi de 2,0mg/dL (mín 0,17; máx 17,64) e pós tratamento foi de 4,6mg/dL (mín 0,31; máx 8,10). As aplicações de CF foram quinzenais e a média de aplicações foi de 2,3 ($\pm 1,8$). Conclusão: Pode-se afirmar que a CF mostrou-se eficaz na melhora da anemia em curto período de tempo nos pacientes que apresentam doença inflamatória intestinal.

Bruno Lima Rodrigues; Luis Eduardo Miani Gomes; Francesca Aparecida Ramos Silva; Yuri Carvalho Oiamore Silva; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Cláudio Saddy Rodrigues Coy; Joyce Maria Annichino-Bizzacchi; Raquel Franco Leal;

UNICAMP

TL054 - Bem-Estar Psicológico em Pacientes Com Doença de Crohn

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma enfermidade crônica, com tratamento contínuo e prolongado. Além de sintomas físicos como dor abdominal, diarreia e emagrecimento, os pacientes tem sua rotina de vida alterada e apresentam alterações psicológicas em virtude de estresse, traumas, perdas e dificuldades emocionais. Para o bem-estar psicológico do paciente com DC é relevante suas habilidades de coping e resiliência para promoção de adaptações adequadas. Objetivos: Avaliar bem-estar psicológico, coping e resiliência em pacientes com DC e correlacionar com a atividade da doença. Métodos: Estudo prospectivo com pacientes portadores de DC, de ambos os sexos e com idade entre 18 e 65 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico, Índice de Atividade da Doença de Crohn (IADC), Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP), Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (Coping), e Escala de Pilares de Resiliência (EPR). Para a análise de resultados foram utilizados coeficientes de correlação de Pearson e modelo de regressão linear múltipla aplicado para identificar a variável que mais impactou no IADC. Foi considerado o nível de 5% como diferença significativa e 10%, como diferença indicativa (Software: XLSTAT 2016). Resultados: Foram estudados 104 pacientes, sendo 69 (65,4%) mulheres e 35 (33,7%) homens. EPR e EPR apresentaram alta classificação com as respectivas médias, 375,8 e 337,7; enquanto que para Coping obteve-se classificação média com a média de 94,9. Os três instrumentos apresentam impacto negativo no IADC (-0,322 EBEP, -0,240 EPR e -0,219 Coping). Conclusão: Quanto maior o IADC se observou, neste estudo, menor bem-estar psicológico, capacidade de resiliência e coping.

Arlete Silva Acciari; Raquel Franco Leal; Cláudio Saddy Rodrigues Coy; João José Fagundes; Carlos Augusto Real Martinez; Cristiana Correa Dias; Lucia Helena Lourenço Tomiato; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono;

UNICAMP

TL055 - Cápsula endoscópica retida apos exame incompleto - relato de caso

O exame de cápsula endoscópica tem entre suas indicações a investigação de doença inflamatória intestinal em delgado, pesquisa de sagramento digestivo oculto entre outras. A pesquisa de estenoses deve ser feita anteriormente a indicação do exame da cápsula devido risco de retenção da mesma com conseqüências inclusive de evolução para abdome agudo obstrutivo. Na literatura, existem trabalhos já feitos que avaliaram as causas e a evolução de pacientes que tiveram complicações com retenção da cápsula endoscópica. O objetivo deste relato é a discussão em torno deste problema baseado em um caso clínico do nosso serviço. O relato do caso em questão, trata-se de uma paciente de 35 anos que foi submetida ao exame de cápsula endoscópica em 2014 par investigação doença de crohn. Devido estenoses no seguimento jejunal exame não foi completo ficando a capsula retida entre seguimentos estenosados. A paciente foi submetida a enteroscopia para retirada da capsula sem sucesso devido a estenoses proximais ao ponto de impactação da capsula endoscópica. Em junho de 2016 foi submetida a videolaparoscopia para retirada da capsula. Foi identificado 7 pontos de estenoses , todas jejunais sendo realizada enterectomia de 15 cm e estricturoloplastia. A paciente evoluiu com melhora tendo alta no 4 pós operatório.

Vitor Lucio Alves; Alexandre Carvalho; Lina Codes; David Villas Boas;

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS

TL056 - Colonoscopia versus enterotomografia computadorizada no seguimento pós operatório de pacientes com doença de Crohn

OBJETIVO Comparar a utilização de colonoscopia óptica convencional com a enterotomografia computadorizada no seguimento pós operatório de pacientes com doença de Crohn. **MÉTODOS** Foram selecionados 12 pacientes com diagnóstico de doença de Crohn, todos tendo sido submetidos a pelo menos 1 procedimento cirúrgico (resseccão intestinal). Os pacientes encontravam-se em acompanhamento ambulatorial de rotina e necessitavam de exame de imagem para acompanhamento da doença. Foram comparados os achados da enterotomografia com os achados da colonoscopia óptica convencional. Foram analisados os seguintes itens: idade, sexo, sintoma atual, índice de atividade clínico, uso de medicações, número de cirurgias, achados da colonoscopia óptica, biópsias da colonoscopia óptica, tempo de exame da colonoscopia, preferência pelo tipo de exame, achados da enterotomografia (segmento envolvido, sinais de estenose da anastomose, espessamento parietal, edema, realce mucoso ao contraste endovenoso, realce transmural ao contraste endovenoso, irregularidade mucosa, hipervascularização periférica, presença de linfonodos, sinais de lesões penetrantes e sinais de proliferação fibroadiposa). **RESULTADOS** Foram incluídos 12 pacientes no estudo, 8 do sexo masculino (66,67%) e 4 do sexo feminino (33,33%). A idade dos pacientes variou entre 35 e 62 anos, sendo a média de 47,7 anos. O índice de atividade clínico variou entre 0 e 94 pontos, com média de 37,5 anos. O número de cirurgias variou de 1 a 5. Analisando-se os achados da colonoscopia óptica: Em 6 pacientes (50%) observou-se estenose da anastomose intestinal; não se observaram outros achados na colonoscopia em 11 pacientes do grupo. Um paciente apresentava estenose de anastomose colorretal. Analisando-se os achados da entero tomografia: Quanto ao segmento envolvido: 6 pacientes (50%) apresentavam alterações na região da anastomose. Destes 6 pacientes com estenose da anastomose, todos eles (100%) apresentavam espessamento parietal, edema (sinal do halo), realce mucoso e estreitamento luminal, hipervascularização peri entérica e linfonodos aumentados em número e tamanho. **CONCLUSÕES** Apesar do pequeno número de pacientes há indicações de que a enterotomografia pode diagnosticar estenose de anastomose nestes pacientes e ser utilizada no seguimento pós operatório, fornecendo mais informações que a colonoscopia óptica convencional.

Roger Beltrati Coser; Arceu Scanavini Neto; Afonso Henrique Da Silva E Sousa Jr.; Angela H M Caiado; Serli K N Ueda; Magaly Gemio Teixeira; Sergio Carlos Nahas; Ivan Ceconello;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

TL057 - Correlação da calprotectina fecal com as manifestações clínicas e endoscópicas do paciente a partir do Escore de Mayo.

INTRODUÇÃO: A calprotectina fecal (CF) é uma proteína encontrada no citoplasma dos neutrófilos e serve como biomarcador utilizado para diagnóstico/seguimento de doença inflamatória intestinal (DII), a exemplo Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU). Durante um processo inflamatório intestinal, ocorre a migração de neutrófilos para a mucosa local. A elevação da CF decorre da morte dos neutrófilos com liberação da substância na luz intestinal. Dessa forma, a CF é capaz de indicar a atividade inflamatória intestinal, prever recidiva da doença e a cicatrização da mucosa intestinal. Quanto mais alto seu valor, maior a atividade inflamatória. Vale ressaltar que é um exame de simples realização, não invasivo e de baixo custo, ao contrário do exame endoscópico. Entretanto, a colonoscopia permanece como padrão ouro para diagnóstico da atividade da doença. **OBJETIVO:** Correlacionar os valores da CF com as manifestações clínicas e endoscópicas do paciente, utilizando o Escore de Mayo. **MÉTODOS:** Estudo observacional e retrospectivo, realizado a partir dos exames de CF coletados entre janeiro de 2014 e junho de 2016 de pacientes com DC e RCU. Os valores da CF (< 50ug/g negativo; 50 – 200ug/g indeterminado, >200ug/g positivo) foram correlacionados com aspectos clínicos e endoscópicos classificados pelo escore de Mayo (0-2 remissão; 3-5 atividade leve; 6-10 atividade moderada; 11-12 atividade grave). **DISCUSSÃO:** Foram realizados 83 exames (65 pacientes) no período estudado. Destes, 24 exames foram excluídos devido falta de dados nos prontuários. Dos 50 pacientes incluídos no estudo, 27 eram do sexo feminino e a média de idade foi de 44,9 anos. Dos prontuários analisados, 28 pacientes eram portadores de DC e 22 com diagnóstico de RCU. Dos 22 pacientes com RCU, 7 apresentaram doença moderada a grave. Todos estes tinham exame positivo de CF. Dos pacientes com diagnóstico de DC, 16 apresentaram doença moderada, sendo 13 com CF positiva e 3 indeterminada. Nenhum indivíduo com DC se enquadrou como doença grave. No geral, 8 pacientes com DC e 8 com RCU que tiveram no Escore de Mayo doença leve ou doença em remissão apresentaram CF positiva. **CONCLUSÃO:** Avaliou-se que em ambos grupos, DC e RCU, os pacientes apresentaram calprotectina positiva apesar de o Escore de Mayo constar como doença em remissão ou leve. Isso fala a favor de remissão clínica em pacientes ainda com certo grau de atividade inflamatória.

William Mateus Coutinho Hilbig; Roberta Nascimento Cypreste; Joaquim José Oliveira Filho; Ricardo Bolzam Do Nascimento; Gustavo Sevá Pereira; Sandra Pedroso De Moraes;
HOSPITAL MARIO GATTI

TL058 - Fatores associados à diminuição da densidade mineral óssea em indivíduos com Doença de Crohn.

Introdução: Osteoporose e osteopenia são doenças multifatoriais que acometem até 42% de portadores de Doença de Crohn (DC). Podem ser decorrentes, entre outros, do próprio processo inflamatório, uso de corticóides, gênero, tempo de evolução, composição corporal (perda de massa muscular), desnutrição associada à absorção deficiente de nutrientes (cálcio e vitamina D). **Objetivo:** Correlacionar a composição mineral óssea em portadores de DC com fatores associados com a atividade inflamatória e composição corporal. **Métodos:** As avaliações da densitometria óssea, composição corporal e estimativa da gordura visceral foram realizadas por meio do Dual Energy X-Ray Absorptiometry (DEXA). Empregou-se o índice

de atividade da doença de Crohn (IADC), PCR, uso de corticóide. Resultados: Foram avaliados 50 indivíduos com DC, com idade média de $41,04 \pm 13,32$ anos sendo 27 (54%) homens. Da população estudada, 81,08% encontravam-se em remissão clínica (IADC $87,72 \pm 71,04$); 76% nunca fumaram; 14% fizeram uso de corticoide no último ano. O PCR médio foi de $3,05 \pm 0,87$ mg/dl. O percentual de gordura corporal foi de 30,9 nas mulheres e 20,23 nos homens. A medida da gordura visceral foi de $830,00 \pm 495$ g nas mulheres e de $899,37 \pm 729$ g nos homens. A ocorrência de osteopenia/osteoporose no fêmur e coluna foi 24% e 28% segundo o Z-score, respectivamente. Na análise multivariada, quanto menor o Z-score no fêmur, maiores os valores de PCR ($p=0,0169$) e gordura visceral ($p=0,0177$) e menor a idade ($p=0,0192$). No modelo de regressão logística, a cada unidade a mais de PCR, maior a chance de desenvolver osteopenia/osteoporose, $OR=1,292$; ($p=0,0172$). O uso de corticoide aumentou em 6 vezes a ocorrência de osteopenia/osteoporose no fêmur ($OR=5,83$; $p=0,0399$). Conclusão: Níveis elevados de PCR, o uso de corticoide e aumento de gordura visceral associaram-se com a ocorrência de osteopenia/osteoporose na DC.

Maria Rita Lazzarini Barreto; Daniéla Oliveira Magro; Michel Gardere Camargo; André Luiz Gonçalves De Freitas; Cristina Camacho; Carlos Augusto Real Martinez; Bruno Geloneze; Claudio Saddy Rodrigues Coy;
UNICAMP

TL059 - Otimizando resultados e satisfação dos pacientes submetidos à hemorroidectomia: uma nova proposta de cuidados

Introdução: O tratamento cirúrgico da hemorróida envolve grande expectativa por parte dos pacientes, principalmente em relação ao temor de dor e outras complicações. Por consequência, a satisfação do paciente fica comprometida, mesmo quando os resultados cirúrgicos esperados são atingidos. Propomos um protocolo de cuidados peri-operatórios visando a melhora dos resultados e satisfação de pacientes submetidos à hemorroidectomia. **Objetivo:** Analisar os resultados da aplicação de novo protocolo de cuidados peri-operatórios em pacientes submetidos a hemorroidectomia. **Método:** Avaliamos a evolução, resultados e satisfação de 100 pacientes submetidos à hemorroidectomia convencional com acompanhamento de 6 meses. Todos os pacientes passaram por pelo menos duas consultas onde foram orientados e puderam esclarecer suas dúvidas. A anestesia utilizada foi a raquianestesia com ou sem opióides. Analgesia pós-operatória incluía analgésico comum, anti-inflamatório e derivado opióide. Todos os pacientes receberam antibiótico por 7 dias. Pacientes foram reavaliados no 3º PO com ajuste de analgesia e no 7º PO. **Resultados:** A adesão ao protocolo proposto foi de 96%. Ajustes na medicação analgésica de 3º PO foram feitos em 36% dos casos. Ao 7º PO, 12 pacientes necessitaram de novo ajuste. Ao final do período de observação, verificamos dor de difícil tratamento em 8 pacientes, sangramento sem necessidade de reabordagem em 3, puxo/tenesmo em 2. A satisfação geral do procedimento foi de 86%. **Discussão:** Das principais queixas dos pacientes no pós operatório, a dor pode ser significativamente minimizada com acompanhamento adequado. Outras queixas como secreção orificial e tenesmo podem ser atenuadas com medicação adicional. A orientação prévia adequada parece melhorar a aceitação de eventuais problemas no pós operatório. **Conclusão:** O protocolo proposto melhora a satisfação do paciente, principalmente devido ao controle analgésico.

Eduardo Kenzo Mory; Roberto Nigro; Bruna De Camargo Nigro;
H SAO CAMILO SP

TL060 - PPH: reavaliação de resultados de longo prazo

Introdução: O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária apresenta uma grande variedade de abordagens técnicas com vantagens e desvantagens. A hemorroidopexia mecânica (Procedure for Prolapsed Hemorrhoids - PPH) apresenta como principal vantagem índices menores de dor pós-operatória, porém é criticada por uma taxa maior de recorrência. Neste estudo, avaliamos os resultados pós-operatórios tardios de pacientes submetidos ao procedimento há pelo menos 10 anos. **Métodos:** Entrevista telefônica ou pessoal de paciente submetidos à hemorroidopexia mecânica (PPH) entre 1998 e 2006 e aplicação de breve questionário abordando complicações pós-operatórias tardias. Todos os pacientes tiveram seus prontuários revistos retrospectivamente com identificação de eventos do pós-operatório inicial e sua evolução. **Resultados:** Foram identificados 98 pacientes submetidos ao procedimento no período selecionado. O contato com paciente foi possível em 57 casos. As complicações iniciais incluíram dor de difícil controle (5 casos), sangramento sem necessidade de reinternação (3) e sangramento com necessidade de reinternação (1). Todos tiveram os sintomas resolvidos até a segunda semana de acompanhamento. Nenhum paciente apresentou recidiva de doença hemorroidária. Dois deles declararam ter realizado exereses de plicoma tardiamente. **Discussão:** A enteropexia mecânica apresenta excelentes resultados com baixo índice de complicações em comparação às técnicas convencionais. A aplicação da técnica correta permite evitar complicações frequentes relatadas na literatura como sangramento, dor, urgência e incontinência (realização correta da bolsa e em altura adequada, aplicação de pontos hemostáticos). A seleção de pacientes aparenta ter papel fundamental nos resultados obtidos. A técnica foi indicada em paciente com grau II e III com moderado prolapso mucoso, além de casos selecionados de grau IV sem doença exuberante. **Conclusão:** No seguimento de longo prazo de pacientes submetidos ao PPH, não verificamos a ocorrência de recidivas comumente reportada na literatura. A técnica apresenta vantagens significativas desde que sejam respeitados os preceitos técnicos e de indicação.

Roberto Nigro; Eduardo Kenzo Mory; Bruna De Camargo Nigro;

H SAO CAMILO SP

TL061 - Reconstrução virtual tridimensional como ferramenta de diagnóstico e planejamento pré-operatório de fistulas anais complexas

Introdução: Os métodos de imagem como ressonância magnética, tomografia computadorizada e ultrassom endoanal são de grande utilidade no diagnóstico e planejamento pré-operatório de fistulas anais complexas. Para uma cirurgia bem sucedida é fundamental o conhecimento das relações anatômicas da fistula com as estruturas adjacentes bem como a identificação dos trajetos fistulosos e orifícios primários. Infelizmente, os métodos de imagem bidimensional atualmente disponíveis são de difícil interpretação pelo cirurgião e inacessíveis durante o intraoperatório. **Objetivos:** Descrever o desenvolvimento e a experiência clínica inicial de um software inovador que permite ao cirurgião a visualização de imagens tridimensionais da anatomia pélvica com a identificação dos trajetos fistulosos em pacientes com fístula anal complexa. **Métodos:** Em março de 2016, um paciente foi selecionado para correção cirúrgica de fístula anal complexa. Inicialmente, tomografia computadorizada pré-operatória foi realizada com intervalo de 0,5 mm. As imagens obtidas foram exportadas para Vitrea FX Workstation (Vital Images Corporation – Toshiba Medical Images)[®]. Um radiologista realizou a análise e segmentação das imagens. Estas foram exportadas em formato compatível CAD (.STL) para um software de processamento de imagens 3D (Meshlab v. 1.3.3- ISTI – CNR research center, Pisa University, Italy[®]). Foi atribuído cores diferentes as diferentes estruturas anatômicas para facilitar a identificação. A imagem 3D final colorida foi controlada em computador portátil (notebook) e utilizada durante o procedimento cirúrgico para orientar a cateterização dos trajetos fistulosos bem como do orifício interno. **Resultados:** A imagem

tridimensional final obtida apresentou alta correlação anatômica com os achados cirúrgicos. Seu controle é de fácil manuseio e apresenta excelente qualidade de gráficos, permitindo uma visualização 3D precisa individual ou agrupada da fistula, trato digestivo e músculos elevadores, bem como a rotação e zoom de todas essas estruturas. Toda equipe ficou satisfeita com o resultado e a visualização pré e trans-operatória das imagens foi de extrema importância para o sucesso da cirurgia. Conclusão: A reconstrução tridimensional facilita a interpretação dos exames de imagem pelos cirurgiões, melhora o planejamento pré-operatório e auxilia no trans-operatório melhorando os resultados no tratamento cirúrgico das fístulas anais complexas.

Edilson Carvalho De Sousa Junior; Walberto Monteiro Neiva Eulálio Filho; Alexandre Tolstenko Nogueira; Bruno Aragão Rocha; Arthur Augusto Siqueira Carvalho; Aurus Dourado Meneses;
CLINICA PRIVADA

TL062 - Relato de caso de condiloma anal gigante

O tumor de Buschke-Lowestein (TBL), também conhecido como condiloma acuminado gigante é uma lesão de aspecto verrucoso, extensa, envolvendo a região ano-genital. Não representa uma lesão maligna por critérios histológicos, embora exista claramente um potencial de malignização, e tenha um comportamento agressivo. É uma forma rara de apresentação do condiloma acuminado anogenital, que por sua vez é uma doença sexualmente transmissível relacionada ao Papilomavírus humano (HPV). Relatar caso de lesão condilomatosa gigante (tumor de Buscke- Lowestein) em região anal ocorrida em hospital da região metropolitana de São Paulo. Realizado pesquisa de prontuário eletrônico para relatar caso de paciente internado neste serviço. RELATO: BTA, 17 anos, nascido em São Paulo, residente em Carapicuíba. Paciente deu entrada no Hospital Geral de Carapicuíba em 21/03/16, encaminhado do ambulatório de cirurgia geral, relatando lesão em região perianal há 4 meses, com crescimento progressivo, acompanhado de dor ao evacuar e sangramento. Nega comorbidades. Ao exame físico de entrada, apresentava grande lesão em região perianal, com aspecto de couve-flor, friável e doloroso à palpação. Toque retal doloroso, com esfíncter hipertônico, sem massas palpáveis. Realizado sorologias para HIV, Hepatites B e C e sífilis, todas negativas. Paciente submetido à procedimento cirúrgico no mesmo dia da internação, no qual foi identificado à anoscopia lesão com aspecto de couve-flor com grandes dimensões, acompanhada de lesões satélites. Realizado ressecção das lesões e preservado esfíncter externo e mucosa do canal anal. Deixado ferida cruenta, com curativo local e introduzido ciprofloxacino e metronidzol. Apresentou boa evolução clínica, recebendo alta em 25/03/16, em uso dos antibióticos e deixada ferida cruenta, para fechamento em segunda intenção. Retornou ao ambulatório de cirurgia geral após 7 dias, sem queixas, ferida apresentando sinais de fibrina e cicatrização, sem sangramento. Resultado do anatomo-patológico: condiloma acuminado. Realizado excisão de lesão perianal extensa e deixado ferida cruenta, conseguindo preservar esfíncter externo e mucosa do canal anal. CONCLUSÕES: No TBL, devido à sua extensão, ao índice alto de recorrência e pelo risco de malignização, a excisão radical é o tratamento mais utilizado, isoladamente ou em combinação com outras modalidades terapêuticas. A cirurgia pode ocasionar ressecções extensas e invasão do esfíncter anal, podendo levar à incontinência. Bruno Amantini Messias; Alexandre Andrade Da Siva Cherao; Andre De Melo Ribeiro; Giovanna Ricciteli Couto; Kandyce Kathelyn Sganzerla; Reinaldo Robalinho Filho; Leonardo Marques Silveira; Vitoria Castro Marcos;

HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA

TL063 - Resultados da retopexia ventral no tratamento do prolapso de reto

Introdução: Em estudos europeus a retopexia ventral (RV) é considerada a técnica padrão ouro para tratamento cirúrgico de prolapso de reto (PR) e defecação obstruída. O impacto de procedimentos cirúrgicos prévios para tratamento de prolapso de reto na recidiva não é bem descrito em pacientes submetidos a retopexia ventral. O objetivo deste estudo foi avaliar e comparar as taxas de recidiva após a RV em pacientes submetidos a correção de prolapso pela primeira vez e em pacientes com recorrência do prolapso. O desfecho primário foi a recidiva do prolapso e o secundário incluiu a técnica operatória, complicações pós operatória, resultados funcionais e qualidade de vida. **Métodos:** este estudo prospectivo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição, incluindo os pacientes submetidos a retopexia ventral no período de 2009 a 2015. Os procedimentos foram realizados por abordagem aberta, laparoscópica ou robótica. Pacientes submetidos a procedimento combinado para prolapso vaginal também foram incluídos. **Resultados:** cento e oito pacientes foram submetidos a retopexia ventral durante o período do estudo. A RV foi o primeiro tratamento cirúrgico para prolapso em 72 pacientes e o procedimento cirúrgico subsequente em 36 pacientes. Sete pacientes foram submetidos ao procedimento via aberta, 21 por abordagem laparoscópica e 73 por abordagem robótica com uma taxa de conversão de 5,6%. Em 63 pacientes a retopexia ventral foi combinada com procedimentos ginecológicos. Não houve diferença estatística entre os dois grupos na avaliação dos dados demográficos, técnica e tempo operatório, complicações, perda sanguínea e tela utilizadas. O tempo de internação foi maior em pacientes com cirurgia prévia para prolapso ($p=0,014$). A recidiva do prolapso ocorreu em 7 pacientes sem história de cirurgia prévia e em 9 pacientes com tratamento cirúrgico prévio. O tempo médio de seguimento (meses) foi similar entre os grupos ($28,6 \times 25,2$; $p=0,47$) com recorrência mais precoce em pacientes submetidos a procedimento cirúrgico prévio ($0,73 \times 2,56$; $p=0,03$). Cirurgia combinada, complicações e tipo de tela utilizada não impactaram a recorrência do prolapso na análise de regressão logística. **Conclusão:** a retopexia ventral pode ser realizada em pacientes com ou sem história de tratamento cirúrgico prévio para prolapso retal. A recorrência do prolapso é mais precoce e frequente no grupo de pacientes com história de cirurgia prévia.

Maria Emilia Carvalho E Carvalho; Brooke H Gurland; Tracy Hull; Massarat Zutshi;
CLEVELAND CLINIC FOUNDATION

TL064 - Resultados iniciais em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de fístula anal por ligação do trato interesfincteriano (LIFT).

Introdução: As fístulas anorretais são muito comuns na prática diária do coloproctologista, a maioria são classificadas como interesfincterianas e são de fácil tratamento através da fistulotomia ou fistulectomia, porém as fístulas classificadas como complexas podem representar verdadeiros desafios ao cirurgião quanto ao adequado tratamento cirúrgico e a preservação da continência fecal. Novas formas de tratamento vem surgindo nos últimos anos, como o tratamento cirúrgico videoassistido da fístula anal (VAAFT), laser, avanço de retalho miomucoso, plugs de colágeno e a ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso (LIFT), a qual vem apresentando resultados iniciais satisfatórios. **Objetivo:** Avaliar os resultados iniciais de pacientes com fístulas anorretais complexas submetidos a cirurgia de ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso (LIFT) com relação ao tratamento da fístula e recorrência. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, coleta de dados através de acompanhamento ambulatorial e revisão de prontuários, de sete pacientes submetidos a procedimento cirúrgico de LIFT no período de fevereiro de 2015 a maio de 2016. Foram considerados recidiva os casos em que houveram drenagem de secreção pelo orifício externo fistuloso e curados os que não apresentavam nenhum sintoma e cicatrização completa da ferida operatória. **Resultados:** Sete pacientes foram avaliados, sendo todos do sexo masculino,

com média de idade de 39 anos (18 a 55 anos). Todos os pacientes eram portadores de fístulas transesfinctéricas e foram submetidos a ligadura interesfincteriana, através da técnica cirúrgica descrita por Rojanasakul em 2007. O tempo médio de cicatrização foi de 38 dias (18 – 90 dias). Um paciente apresentou recidiva com saída de secreção purulenta pelo orifício externo. Os outros 6 pacientes apresentaram cicatrização completa, sem sinais de recidiva até o momento. Conclusão: Apesar da amostragem limitada, foi obtido bons resultados com uma taxa de sucesso de 85% da amostra, ainda são necessários maiores estudos.

Carlos Ramon Mendes; Thiago Faria Magalhães; Joana Paula Pessoa; Antonio Carlos De Carvalho; Adil Jose Duarte; Geislane Alcantara Dos Santos; João Luiz Silva; Gutemberg Marques Lopes;

HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TL065 - Supercrescimento bacteriano em pacientes em uso crônico de antiácidos

Supercrescimento bacteriano em pacientes em uso crônico de antiácidos
Introdução: Os Inibidores da bomba de prótons (IBPs) são utilizados nas principais condições patológicas onde é necessário reduzir a secreção de ácido gástrico. Em geral, são bem tolerados pelo organismo, sendo poucas as reações adversas. Entretanto, o ácido gástrico é um tipo de mecanismo de defesa contra os microorganismos ingeridos e os fisiológicos, e a supressão de forma crônica do ácido gástrico poderia, de alguma forma, causar efeitos adversos como o supercrescimento bacteriano no intestino delgado (SBID), que é uma doença caracterizada por um maior número de bactérias intestinais e pela mudança na composição bacteriana do trato gastrointestinal. Um dos fatores de risco do SBID são hipocloridria e acloridria de longo prazo (induzidas pelo IBP). Esse trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre a ocorrência de supercrescimento bacteriano em pacientes em uso crônico de antiácidos
Metodologia: O trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura nas bases de dados PubMed e SciELO. Foram escolhidos 8 artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos e que foram lidos na íntegra.
Resultados: Em um estudo realizado com crianças > 5 anos de idade descobrimos que o SBID é frequente em crianças tratadas com 20 mg/dia de omeprazol por quatro semanas. O alto metabolismo do omeprazol em algumas faixas etárias (1-6 e 13-16 anos de idade), que correspondem à idade dos indivíduos deste estudo, pode contribuir para a menor incidência de SBID em adolescentes. Em um grupo de 200 pacientes adultos afetados pela doença do refluxo gastroesofágico em uso de IBP por pelo menos 2 meses, 50% dos pacientes apresentaram SBID. Acredita-se que o aumento das bactérias esteja relacionado com o pH gástrico e a quantidade de dias em que ele fica acima de 4,0. Observou-se que, se o pH ficar abaixo de 4,0 em algumas horas no período de 24hrs, o crescimento bacteriano é inibido.
Conclusão: Todos os estudos apontam que a relação entre o supercrescimento bacteriano e o uso crônico de antiácidos, principalmente dos Inibidores da Bomba de Prótons, é positiva. A prevalência de SBID e a gravidade dos sintomas relacionados com o IBP aumentam com a duração do tratamento com IBP: em outras palavras, quanto maior o tempo de tratamento com IBP, maiores as conseqüências de SBID.

Paloma Passos Carvalho Bahia Sapucaia; Rodrigo Leonardo Passos Carvalho Bahia Sapucaia; Natalia Lemos Carvalho Senra; Paula Lima Ferreira; José Raimundo Bahia Sapucaia Filho; Paulo Marcelo Pires Bastos; Carlos Ramon Mendes; Christiano Fraguas;

UNIVERSIDADE SALVADOR (UNIFACS)

TL066 - Teste de H2 expirado para o diagnóstico diferencial entre supercrescimento bacteriano e aganglionose

Teste de H2 expirado para o diagnóstico diferencial entre supercrescimento bacteriano e aganglionose
Introdução: Um dos sintomas mais comuns observados no paciente com aganglionose ou doença de hirschprung é a distensão abdominal acentuada, associada à dificuldade de evacuação. O diagnóstico diferencial entre a aganglionose e outras doenças funcionais se faz pelo quadro clínico, manometria anorretal e biópsia retal. O teste respiratório do hidrogênio expirado é um exame que utiliza a medida do hidrogênio na respiração para diagnosticar várias condições que originam sintomas gastrointestinais. Em humanos, somente as bactérias são capazes de produzir hidrogênio em grande quantidade. Logo, grande quantidade de hidrogênio também pode ser produzida quando as bactérias do cólon se movimentam para o intestino delgado, uma condição chamada de supercrescimento bacteriano do intestino delgado (SCBID). Metodologia: Apresentamos 3 pacientes encaminhados pelo serviço de pediatria, sendo 2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino, variando de 1 a 5 anos, com quadro de distensão abdominal acentuada; com dor e vômitos ocasionais; com ritmo intestinal variando de 3 a 5 dias sem evacuar; enema opaco mostrando distensão abdominal que piora após a alimentação. Foi solicitado manometria anorretal pelo pediatra e, até mesmo, biópsia retal. Resultados: Ao chegar ao serviço de coloproctologia infantil, foi feita a anamnese detalhada em todos os casos e constatado o início dos sintomas tardio em dois pacientes, embora a presença de distensão bastante significativa em um paciente com início desde o primeiro ano de vida. Realizamos manometria anorretal nos 3 pacientes, observando o reflexo reto esfinteriano positivo em todos os pacientes. Após realizar teste de tolerância a lactose com H2 expirado e pesquisado o supercrescimento bacteriano (SIBO), observamos que os três pacientes tinham SIBO, e um deles tinha supercrescimento bacteriano associado à tolerância a lactose. Conclusão: O teste de H2 expirado para diagnóstico de supercrescimento bacteriano é valioso para o diagnóstico diferencial entre as distensões abdominais causadas pelo megacolon congênito ou aganglionose e o supercrescimento bacteriano ou constipações funcionais, afastando também as intolerâncias alimentares. Dessa forma, consiste no método de escolha para o diagnóstico de má absorção intestinal devido ao supercrescimento bacteriano no intestino delgado. .

José Raimundo Bahia Sapucaia Filho; Paloma Passos Carvalho Bahia Sapucaia; Rodrigo Leonardo Passos Carvalho Bahia Sapucaia; Paula Lima Ferreira; Natália Lemos Carvalho Senra; Paulo Marcelo Pires Bastos; Crhistiano Fraguas; Carlos Ramon Mendes;
UNIVERSIDADE SALVADOR (UNIFACS)

TL067 - Uso de dinitrato de isossorbida em crianças com fissura anal com avaliação manométrica

Uso de dinitrato de isossorbida em crianças com fissura anal com avaliação manométrica
Introdução: A etiopatogenia da fissura anal na criança não está elucidada completamente. A isquemia da comissura posterior, somada à hipertonía do esfíncter interno é a teoria mais aceita. O dinitrato de isossorbida provoca direta e indiretamente uma inibição da contração do esfíncter interno (esfincterotomia química). Metodologia: Durante o ano de 2016, de Janeiro a Maio, 18 pacientes portadores de fissura anal foram tratados com uma fórmula contendo dinitrato de isossorbida, vitamina A e D, e xilocaína. Foram desconsiderados pacientes que tinham fissura anal e doença inflamatória associada. Desses 18 pacientes, 10 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino, variando entre 3 a 14 anos. Dos 18 pacientes, 12 tinham fissura aguda e 6 crônica. Os sintomas mais comuns foram sangramento retal após evacuações e dor durante ou após o ato de evacuar. Foi realizado manometria anorretal computadorizada antes e após o tratamento, que durou cerca de 35 a 55 dias. Resultados: Dos 18 pacientes submetidos à manometria anorretal, 72,2% (13 pacientes) tinham tônus aumentado e 27,8%

(5 pacientes) tinham tônus normal. No final de 40 dias, todos apresentaram melhora de pelo menos uma das queixas de sangramento retal e dor anal; na manometria realizada posteriormente ao tratamento, todos tiveram diminuição do tônus anal. A cefaleia foi o efeito colateral relatado por 5 pacientes. Conclusão: Concluímos que o uso de esfínteromia química constitui uma boa opção para evitar ou retardar o tratamento cirúrgico, aliado à medidas higiênicas dietéticas.

José Raimundo Bahia Sapucaia Filho; Paloma Passos Carvalho Bahia Sapucaia; Paula Lima Ferreira; Rodrigo Leonardo Passos Carvalho Bahia Sapucaia; Natalia Lemos Carvalho Senra; Paulo Marcelo Pires Bastos; Carlos Ramon Mendes; Cristiano Fraguas;
UNIVERSIDADE SALVADOR (UNIFACS)

TL068 - Biofeedback no tratamento dos distúrbios funcionais do assoalho pélvico posterior – fatores associados aos resultados?

Introdução: Anismus(AN) e a incontinência fecal(IF) são distúrbios funcionais comuns do assoalho pélvico posterior que acometem principalmente as mulheres. O biofeedback(BFD) é uma modalidade terapêutica já bem estabelecida para o tratamento destas disfunções. Objetivo: Comparar o papel do BFD no tratamento do AN e da IF em mulheres, analisando fatores preditores de resposta à terapia. Método: Análise prospectiva dos dados de pacientes com diagnóstico clínico e manométrico de AN ou IF. Foram utilizados os escores de constipação e incontinência da Cleveland Clinic para quantificar os sintomas. Os dados foram analisados de acordo com o percentual(%) de resposta ao tratamento, sendo distribuídos em: satisfatória(Melhora \geq 50%)e insatisfatória($<$ 50%), correlacionando fatores que poderiam interferir nos resultados: idade, parto vaginal (presença e o número de partos), histerectomia, cirurgia colorretal e/ou proctológica prévia. Foram utilizados os Testes t Student e Fisher de acordo com dados numéricos ou categóricos. Resultados: 136 mulheres incluídas, sendo 75 com diagnóstico de AN e 61 com IF, com idade média de 56 e 64 anos, respectivamente. Pacientes com AN apresentaram um % de melhora significativamente maior ao comparar àquelas com IF (mediana 54% vs. 42%, respectivamente / $p=0.008$). As pacientes do grupo da IF apresentaram diferença significativa do grupo do AN: idade superior, presença de parto vaginal e paridade maior, número maior de cirurgias proctológica e/ou colorretal e pressões anais de repouso e contração mais baixa. No entanto, foi similar o número de pacientes com resposta satisfatória nos 2 grupos (AN= 41/55% vs. IF=28/46 %). Quando analisados os pacientes comparados dentro de cada grupo: Resposta satisfatória, 39(56,5%) tiveram parto vaginal (17=AN vs. 22=IF $p=0.003$), 10(14,5%) foram histerectomizadas (12 AN vs. 3=IF/ $p=0,0811$), 20(29%) apresentavam cirurgia prévia (11 AN vs. 9 IF / $p=0,7877$). No grupo de pacientes que apresentaram resposta insatisfatória, 46 (68,6%) tiveram parto vaginal (16-AN vs. 31-IF/ $p=0,001$), 9(13,4%) submetidas à histerectomia (6 vs. 3 IF/ $p=0,7840$), 17 apresentaram cirurgia prévia (8 IAP vs. 9 IF/ $p=0,7840$). Conclusão: O BFD representa uma boa opção para o tratamento dos distúrbios funcionais do assoalho pélvico posterior. Não houve correlação entre os fatores idade, parto vaginal, histerectomia e menopausa com o tipo de resposta (satisfatória x insatisfatória) ao tratamento, comparando-se as pacientes com AN e IF. Sthela Maria Murad Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho; Lusmar Veras Rodrigues; Francisco Wendel De Sousa Arruda; Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes; Lara Burlamaqui Veras; Felipe Ramos Nogueira;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

TL069 - Comparação entre neuroestimulação sacral e esfinteroplastia no tratamento da incontinência fecal em pacientes com lesões esfinterianas

Objetivo: Estudo visa comparar os resultados da neuroestimulação sacral (SNS) e esfinteroplastia no tratamento da incontinência fecal (IF) em pacientes portadores de defeitos esfinterianos. **Métodos:** Após aprovação por comitê de ética, os pacientes com defeito esfinteriano tratados para IF foram identificados a partir de banco de dados prospectivo; foram criados dois grupos pareados por sexo, idade e índice de massa corporal, um deles incluindo os pacientes tratados por SNS e o outro, incluindo pacientes submetidos a esfinteroplastia. O desfecho primário foi a alteração na pontuação do escore de IF da Cleveland Clinic (CCFIS). Foram analisadas variáveis demográficas, as taxas de complicações e a história médica. Os defeitos esfinterianos foram avaliados pelo ultrassom endoanal e variou de 45°-180°. Para as variáveis contínuas foram utilizados testes T independentes ou Mann-Whitney U, baseado na distribuição distribuição Gaussiana. As variáveis categóricas foram comparadas através de teste qui-quadrado. Foram utilizados testes t e Wilcoxon para análises pareadas dentro dos grupos. Para avaliação comparativa de cada intervenção no CCFIS foi utilizada análise de covariância (ANCOVA). **Resultados:** Vinte e seis pacientes do sexo feminino foram incluídos, sendo 13 submetidos à SNS e 13 submetidos à esfinteroplastia. Os grupos foram semelhantes em relação à idade (62,2 vs 57,2 anos, $p = 0,16$), IMC (26,2 vs 26,5, $p = 0,33$), CCFIS inicial (15,9 vs 16,8, $p = 0,39$) e seguimento (14 vs 10 meses, $p = 0,72$). Também foram semelhantes na presença de > 1 parto vaginal taxa de incontinência urinária ($p = 1,00$ e $p = 0,62$, respectivamente). Quanto às complicações pós-operatórias precoces houve 1 paciente, em cada grupo, com infecção da ferida operatória. Dentro de cada grupo, as análises revelaram uma melhora importante da CCFIS em pacientes submetidos à SNS (queda de 15,9 para 8,4; $P = 0,003$), porém a mesma não foi observada no grupo da esfinteroplastia (queda de 16,9 para 12,9; $p = 0,078$). Houve tendência para valores menores do CCFIS nos pacientes submetidos à SNS quando comparado com o grupo da esfinteroplastia, porém esta não foi significativa (8,4 vs 12,9; $p = 0,06$). A análise ANCOVA revelou que ambos procedimentos atuam na redução do escore de IF. **Conclusão:** Este estudo demonstra que a SNS foi eficaz, na redução da IF em pacientes com defeitos esfinterianos. Amostras maiores serão necessárias para avaliar a superioridade entre os procedimentos.

Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Fábio Gontijo Rodrigues; Sami A. Chadi; Alejandro J. Craco; Dana R. Sands; Massarat Zutshi; Giovanna Da Silva; Steven D. Wexner;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

TL070 - Correlação do efeito do parto vaginal na anatomia e função do assoalho pélvico e sintomas de incontinência fecal

Introdução: O parto vaginal é o principal fator de risco para lesões anatômicas e neurogênicas do canal anal (CA) e assoalho pélvico (AP). **Objetivo:** Demonstrar as anormalidades anatômicas e funcionais do CA e do AP em mulheres com partos vaginais, correlacionando com sintomas de incontinência fecal (IF). **Método:** Estudo prospectivo incluindo 130 mulheres com parto vaginal prévio, avaliadas com score de incontinência fecal da Cleveland Clinic (EIF), ultrassom-3D endovaginal/endoanal e manometria anorretal, distribuídas em 02 grupos de acordo com a presença de lesões esfinterianas e/ou do músculo pubovisceral (PV): GI - com lesões e GII - sem lesões. Os comprimentos dos músculos esfíncter anal externo anterior (EAE), interno anterior e posterior (EAI), EAE-puborretal posterior, gap, área do hiato urogenital (HU) e pressões anais foram medidos e correlacionados com a gravidade dos sintomas de IF. **Resultados:** GI incluiu 89/68% das mulheres, com idade média de 62a, e GII 41/32% delas, com idade média de 55a. Os sintomas de IF foram significativamente mais frequentes e a média do EIF foi significativamente superior em GI. Em GI, 47/53% apresentaram lesão da musculatura esfinteriana e PV intacto (31-lesão do EAE; 16- lesões combinadas de EAE/EAI) e 42/47%,

lesões do PV e musculatura esfinteriana (12-defeito isolado do PV; 12-PV + EAE e 18-PV+EAE+EAI). A média do EIF foi significativamente alta em mulheres com lesão combinada do PV quando comparada àqueles com PV intacto. Os comprimentos das musculaturas esfinterianas anterior e posterior foram significativamente menores e o gap maior em GI que em GII. A área de HU foi significativamente maior durante a manobra de Valsalva em GI do que em GII. As pressões anais em repouso e na contração foram significativamente mais baixas em GI. A média do CCI variou de 0.825 a 0.978cm para medições no ultrassom-3D. Conclusões: Mais da metade das mulheres com parto vaginal prévio (68%) apresentaram pelo menos uma lesão muscular (esfíncter anal ou PV) e, metade delas, lesões associadas. Houve correlações entre anormalidades anatômicas, lesões do esfíncter anal e/ou PV, com presença e gravidade dos sintomas de IF, bem como comprometimento da função anal. Além disso, o PV aumentou a assimetria do canal anal e do assoalho pélvico, evidenciadas pelo comprimento reduzido da musculatura esfinteriana nos quadrantes anterior e posterior, assim como pelo alargamento da área de HU em mulheres com lesões musculares e sintomas de incontinência.

Sthela Maria Murad Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho; Lusmar Veras Rodrigues; Adjra Da Silva Vilarinho; Lara Burlamaqui Veras; Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes; Francisco Wendel De Sousa Arruda;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

TL071 - Correlação entre descenso perineal e anormalidades anatomofuncionais do assoalho pélvico avaliadas por ultrassom endovaginal dinâmico tridimensional

Introdução:Diferentes modalidades de ultrassonografia dinâmica têm sido utilizadas na avaliação das disfunções do assoalho pélvico com a vantagem de identificar alterações morfológicas e funcionais. Objetivo:Descrever uma nova técnica de ultrassonografia endovaginal dinâmica(USEV) para avaliação do descenso perineal(DP), comparando-a com a Ecodefecografia(ECD) e correlacionando com as anormalidades anatômicas e funcionais do assoalho pélvico.Método:Estudo prospectivo incluindo 61 mulheres com disfunções do assoalho pélvico e evacuação obstruída. Dessas, 30 com incontinência fecal(IF) e 12 incontinências urinária(IU). Foram submetidas à ECD e USEV e distribuídas em dois grupos de acordo com a presença de DP na ECD. GI-DP normal (medido pelo deslocamento do músculo puborretal - PR \leq 2.5cm) e GII-DP excessivo (deslocamento do PR $>$ 2,5cm). Na USEV, a posição da junção anorretal(JAR) foi medida em relação a sínfise púbica(SF) . O DP foi determinado de acordo com deslocamento e a posição da JAR comparando o repouso com a Valsalva. Os sintomas de IF e/ou IU, lesões esfinterianas e/ou elevador do ânus e a área do hiato urogenital(HU) foram correlacionados com a presença de DP. Resultados:GI—inclusas 29(2 nulíparas e 27 mulheres com parto vaginal prévio-PV), média de idade 59a. Dessas, em 27 o deslocamento da JAR \leq 1cm (média=0.6 (variação=0.1-1) e a média da posição da JAR foi 0,6cm (0-2.3) acima da SP na Valsalva. GII-32 (1 nulípara e 31 PV), média de idade 62a. Dessas, em 30 foram identificados DP pelo USEV, em 24 a posição média da JAR foi 0,4cm (0.3-2.4) abaixo da SP e o deslocamento médio da JAR foi 1,4cm (0.4-3.6). Em 6, o deslocamento da JAR $>$ 1cm (média=1,3cm /1,2-1,7) e a posição JAR foi 0,4cm (0-0,8) acima da SP. O Lee Kappademonstrou concordância perfeita entre os métodos para identificar DP normal e excessivo(K=0.86). A distribuição dos sintomas de IF e IU foi semelhante entre os grupos. Similar, fatores anatômicos, como, lesões esfinteriana ou do elevador do ânus, medidas da área do HU, retoceles graus II–III, intussuscepção e anismus entre GI e GII.Conclusões:USEV demonstra ser uma técnica confiável para avaliação do DP apresentando elevada concordância com a ECD. Foi quantificado o DP usando USEV determinado pelo deslocamento da JAR $>$ 1 e/ou pela posição da JAR abaixo da SP na Valsalva. Não houve correlação entre DP e a presença de IF, IU, lesões da musculatura esfinteriana ou do elevador do ânus, área do HU, retocele, intussuscepção e anismus.

Sthela Maria Murad Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho; Lusmar Veras Rodrigues; Lara Burlamaqui Veras; Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes; Adjra Da Silva Vilarinho; Livia Borges Olinda Batista;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

TL072 - Correlação entre o traçado manométrico em expulsão e o teste de expulsão do balão na suspeita clínica de evacuação obstruída

A manometria anorretal é importante método de investigação utilizado para a avaliação de pacientes com distúrbios anorretais podendo sugerir o diagnóstico e orientar a conduta fundamentalmente em casos de incontinência fecal, constipação intestinal e doenças orificiais. O teste de expulsão do balão surgiu recentemente com o objetivo de ser um método barato e sensível para excluir a obstrução à evacuação e prescindir de outros testes diagnósticos. Objetivo: analisar nas manometrias anorretais de pacientes com suspeita clínica de evacuação obstruída a correlação entre o teste de expulsão do balão e o achado manométrico de contração paradoxal do músculo puborretal (anismus). Resultados Foram analisadas 64 manometrias anorretais entre agosto de 2014 e maio de 2016, sendo 84,4% realizadas em pacientes do sexo feminino. Os valores médios das pressões de repouso foram de 65,9 mmHg e de contração voluntária foram de 157,5 mmHg. O canal anal funcional teve em média 2,6 cm de comprimento. A maioria dos pacientes (96,9%) apresentaram o reflexo inibitório reto anal positivo. A sensibilidade retal média foi de 72,1 ml, considerada reduzida em 29 pacientes (45,3%) e capacidade retal de 193,6 ml, considerada aumentada em 14 pacientes (21,9%). A análise do teste de expulsão do balão em pacientes portadores de anismus demonstrou que dos 24 pacientes portadores de anismus à manometria apenas 4 não conseguiram eliminar o balão contendo 60 ml em 60 segundos ou menos. Por outro lado, de 40 pacientes não portadores de anismus à manometria 5 falharam em eliminar o balão nas mesmas condições descritas. A correlação da curva ROC entre anismus e o teste de expulsão do balão apresentou uma área sob a curva de 0,48, o que indica baixa sensibilidade e especificidade do teste de expulsão do balão. Conclusão: A sensibilidade retal apresenta-se reduzida em aproximadamente metade dos pacientes com suspeita de evacuação obstruída. O teste de expulsão do balão mostrou baixa correlação com anismus para pacientes com suspeita de evacuação obstruída, apresentando baixa eficácia para prescindir de outros métodos diagnósticos de investigação.

Rodrigo Ambar Pinto; Isaac José Felipe Corrêa Neto; Diego Fernandes Maia Soares; Caio Sérgio Rizcalah Nahas; Carlos Frederico Sparapan Marques; Lucas Soares Gerbasi; Mariane Gouveia Monteiro Camargo; Sérgio Carlos Nahas;
HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

TL073 - Criação do padrão de valores manométricos anorretais na população brasileira sem distúrbios do assoalho pélvico

Introdução: A manometria anorretal é um dos testes fisiológicos mais utilizados e estudados, constituindo-se em importante método de investigação utilizado em centros de pesquisa, clínicas ou hospitais especializados, para a avaliação de pacientes com distúrbios anorretais podendo sugerir o diagnóstico e orientar a conduta. Por meio desse método diagnóstico avaliam-se parâmetros físicos como a pressão de repouso e contração voluntária, a capacidade de sustentação da contração, o reflexo inibitório retoanal, a sensibilidade e capacidade do reto. Entretanto, na população brasileira não existem estudos que demonstrem os valores considerados normais desse exame, o que motivou a realização desse estudo. Objetivo: Determinação de valores de manometria anorretal em pacientes eutróficos sem distúrbios do assoalho pélvico ou cirurgias anorretais prévias e mulheres sem passado obstétrico Materiais e

Métodos: Análise de dados manométricos anorretais de pacientes de ambos os sexos com IMC entre 18,5 e 29,9 Kg/m² do ambulatório de fisiologia colorretoanal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Hospital das Clínicas da Hospital das Clínicas da FMUSP). Foram excluídos pacientes portadores de diabetes mellitus, com passado de cirurgia anorretal e os que não consentiram em realizar a manometria anorretal.

Resultados: No período entre outubro de 2011 e outubro de 2013 foram analisados 26 pacientes, sendo 20 do sexo masculino (77%) com média de idade de 44,1 anos ($\pm 11,78$ anos). A média do índice de massa corpórea foi de 25,08 Kg/m² ($\pm 2,84$ Kg/m²) com valor mínimo de 20,5 e máximo de 29,1 Kg/m². Os valores médios dos parâmetros manométricos foram de 74,07 mmHg ($\pm 21,83$ mmHg) para as pressões de repouso e 210,06mmHg ($\pm 75,92$ mmHg) para as pressões de contração total. O canal anal funcional teve comprimento médio de 2,77cm ($\pm 0,76$ cm) e os estudos adjuntos revelaram valores médios de sensibilidade e capacidade do reto de 63,08ml ($\pm 56,29$ ml) e 176,15ml ($\pm 73,71$ ml), respectivamente. **Conclusão:** Os valores manométricos foram semelhantes nos valores pressóricos em relação à literatura, mas com sensibilidade retal com índices maiores. Entretanto, o baixo número de pacientes pode ser um fator limitante ao estudo

Isaac José Felipe Corrêa Neto; Rodrigo Ambar Pinto; José Márcio Neves Jorge; Diego Fernandes Maia Soares; Lucas Soares Gerbasi; Mariane Gouveia Monteiro Camargo; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Cecconello;

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

TL074 - Eficácia do Ultrassom Translabial Dinâmico e da Ecodefecografia combinada com abordagem endovaginal para avaliar as disfunções do assoalho pélvico

Introdução:Diferentes modalidades de ultrassonografia dinâmica se tornaram disponíveis e são um método eficaz para avaliar as disfunções do assoalho pélvico (DAP). **Objetivo:**Avaliar a utilidade do Ultrassom Translabial Dinâmico(UTD) nas DAP, comparando seus resultados com a Ecodefecografia combinada com acesso Endovaginal (ultrassonografia 3-D dinâmica anorretal e endovaginal - ECD). **Método:**42 pacientes (média de idade: 56a) com DAP e sintomas de evacuação obstruída, com escore de constipação da Cleveland Clinic 9 (variando 7 – 21) foram submetidos ao ECD e UTD. Desses, 16 com incontinência fecal(IF), média escore de incontinência da CCF 2(1-8), e 17 com incontinência urinária(IU). 7 nulíparas, 29 partos vaginais e 6 cesarianas. **Avaliados:** lesões esfinterianas e do elevador do ânus(EA); contração paradoxal do músculo puborretal(anismus); retocele; intussuscepção, entero-sigmoidocele, descenso perineal e cistocele medidos em repouso, evacuação e manobra de Valsalva. Os achados foram comparados no mesmo paciente por diferentes operadores. **Resultados:** 7 pacientes apresentaram lesões musculares, 2 com lesão parcial do esfíncter anal externo(EAE), 2 com lesão combinada do EAE e do esfíncter anal interno(EAI) associado a defeito parcial unilateral do EA e 3 lesões de EA com musculatura esfinteriana intacta. Desses, 5 com IF. Anismus foi identificado em 18 pacientes e relaxamento normal em 17 com ambas as técnicas(LeeKappa foi substancial/ $K=0.68$).Retocele foi identificada em 27 e 25 pacientes pelo ECD e UTD, respectivamente ($k=0.89$). As duas técnicas demonstraram achados idênticos em 15 pacientes sem retocele, e em 2, 5 e 17 pacientes com graus I, II e III de retocele, respectivamente. Pelo UTD, a profundidade foi $>2,0$ cm para o grau III, de 1.1-2.0cm para grau II e $\leq 1,0$ cm para os casos de grau I. Intussuscepção retal identificada em 17 pacientes pela ECD e confirmada em 3 pelo UTD($K=0.20$). Entero-sigmoidocele identificado em 1 paciente por ambas as técnicas. Na ECD, descida perineal $>2,5$ cm detectada em 10 pacientes, sem nenhuma correlação na UTD. Cistocele foi identificada em 20 pacientes pelo ECD e confirmada em 18 pelo UTD($K=0.68$). Desses, 11 com IU.**Conclusão:**As duas modalidades podem ser utilizadas como método para avaliar DAP. O ECD mostrou vantagem na identificação de lesões da musculatura esfinteriana e dos EA. Demonstrou-se uma boa correlação entre ambas as

técnicas e foram estabelecidos valores para mensuração da profundidade da retocele usando UTD.

Sthela Maria Murad Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho; Lusmar Veras Rodrigues; Lara Burlamaqui Veras; Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes; Adjra Da Silva Vilarinho; Livia Borges Olinda Batista;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

TL075 - Manometria anorretal em pacientes portadores de incontinência fecal em hospital privado de São Paulo

A manometria anorretal em casos de incontinência fecal, tem como objetivos fundamentais determinar de maneira objetiva os níveis pressóricos dos esfíncteres anais interno e externo. Outros testes, como a capacidade de sustentação e índice de fadiga podem inferir a capacidade de recrutamento do esfíncter anal externo. Já o vetograma com os índices de assimetria esfíncteriana busca identificar pontos de desbalanço principalmente na zona de alta pressão para inferir falhas ou defeitos esfíncterianos. Objetivo: avaliar as manometrias anorretais de pacientes portadores de incontinência fecal, com foco nas pressões esfíncterianas, vetograma e capacidade de sustentação da contração esfíncteriana. Resultados Foram analisadas 75 manometrias anorretais entre julho de 2012 e maio de 2016, sendo 70,7% realizadas em pacientes do sexo feminino. Os valores médios das pressões de repouso foram de 47,4 mmHg, sendo que 7 pacientes (9,3%) apresentavam hipotonia acentuada, 10 (13,3%) hipotonia moderada, 9 (12%) hipotonia leve 38 (50,7%) tônus normais e 11 (14,7%) hipertonia, indicando alta porcentagem de esfíncter anal interno preservado (65,4%). A contração voluntária foi em média de 128 mmHg, sendo ineficiente em 27 pacientes (36%), efetiva em 33 (44%) e aumentada em 15 pacientes (20%). O canal anal funcional teve em média 2,5 cm de comprimento, sendo que 34 pacientes (43,3%) apresentavam canal anal funcional menor ou igual a 2 cm. A maioria dos pacientes (90,7%) apresentaram o reflexo inibitório reto anal positivo, sendo que 3 foram indeterminados devido a pressões reduzidas e 4 ausentes. A sensibilidade retal média foi de 63,3 ml, considerada reduzida em 33 pacientes (44%) e capacidade retal de 153,4 ml, considerada aumentada em 8 pacientes (10,7%) e reduzida em 12 (16%). A sustentação das pressões de contração foi adequada em 69 pacientes (92%) e ruim em apenas 8% dos casos. O índice de assimetria esfíncteriana testado em 30 pacientes foi em média de 16,14% ao repouso e 15% à contração. Apenas 10 pacientes apresentaram assimetria de repouso alterada maior que 20%, enquanto 9 pacientes tiveram alteração na assimetria de contração. Conclusão: As pressões esfíncterianas da população estudada com queixas de incontinência fecal estavam em sua maioria dentro da normalidade, assim como a capacidade de sustentação de contração e simetria anorretal

Rodrigo Ambar Pinto; Isaac José Felipe Corrêa Neto; Diego Fernandes Maia Soares; Caio Sérgio Rizcalah Nahas; Carlos Frederico Sparapan Marques; Lucas Soares Gerbasi; Mariane Gouveia Monteiro Camargo; Sérgio Carlos Nahas;

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

TL076 - Novo tratamento para a incontinência anal feminina: um estudo piloto com a radiofrequência não ablativa

Introdução: A radiofrequência (RF) é uma técnica diatérmica gerada pela mobilização iônica do tecido, ocasionada pelas ondas eletromagnéticas. O calor oriundo da RF causa uma desnaturação do colágeno com conseqüente contração das fibras e ativação fibroblástica, produzindo uma neocolagenização e reorganização das fibras de colágeno. Baseado neste princípio a RF ablativa vem sendo usada no tratamento da incontinência anal (IA), com baixos sucesso terapêutico, além da necessidade do uso de antibióticos e anestésicos. Na busca por

um procedimento não invasivo, com menor risco e maior resposta clínica, testamos a hipótese de que a utilização da radiofrequência não ablativa em esfíncter anal, pode ser segura e diminuir a perdas fecais. **Objetivo:** Descrever a segurança e resposta clínica da Radiofrequência não ablativa no tratamento da Incontinência anal. **Métodos:** Estudo piloto prospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa conforme protocolo CAAE: (43462915.8.0000.5544), realizado com cinco mulheres, com queixa clínica de incontinência anal, encaminhadas para tratamento fisioterapêutico. Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados, em um questionário de anamnese básica, seguindo a rotina e o padrão do serviço. Foram realizadas 5 sessões de Radiofrequência não ablativa, com intervalo de sete dias, aplicada em região anal com movimentos circulares, por dois minutos com uma temperatura de 39 a 41°C. A segurança foi avaliada por meio do relato ou observação de efeitos adversos e a resposta clínica pela resposta auto-referida sobre a incontinência anal. **Resultados:** A amostra foi composta por 5 mulheres com idade média de 48,80±14,48 (27 -60) anos, na qual 1 (20%) apresentava incontinência líquida, e 2 (40%) apresentava incontinência gasosa e 2 (40%) perdas de material líquido e gasoso. Histórico de cirurgia de colpoperineoplastia em 3 (60%) das pacientes. Efeito adverso foi relatado por duas (40%), uma referiu ardência e a outra referiu a sensação de ânus molhado. Analisando a resposta clínica, 4(80%) relataram ausência de sintomas e 1(20%) permaneceu com a perda líquida de fezes. **Conclusão:** O tratamento da IA com a RF não ablativa mostrou-se segura e de baixo risco, com redução dos sintomas nas mulheres. Um ensaio clínico randomizado faz-se necessário para validar o efeito terapêutico da RF.

Juliana Barros Ferreira; Claudia Liony Amaral Figueiredo; Cristina Aires Brasil; Janine Ferreira; Allana Luso; Paulo Vitor Lima Soares; Luciana Pereira Andrade Vilas Boas; Patrícia Virgínia Silva Lordêlo Garboggini;

HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TL077 - Oral Benfotiamine as coadjuvant in neuropathic fecal incontinence therapy

Introduction: Benfotiamine is a precursor of thiamine (B1 vitamin) readily transformed in active thiamine in the bloodstream. Its role is known in improving symptoms in neuropathies (especially diabetic). Its use in treating neuropathic fecal incontinence is still relatively new. **Objectives:** Evaluate benfotiamine benefit in treating neuropathic fecal incontinence. **Methods:** 8 patients (5 females, 3 males) were included in the study. All presented with passive fecal incontinence and moderate evacuatory urgency. 5 patients already were diagnosed and treated for DM2 with oral metformin. All patients were submitted to RMN (showing no damage of the sphincteric complex) and anorectal manometry showing low resting pressure (22-40 mm Hg mean 30,75 mmHg) and low squeeze pressure (42-8 mmHg, mean 68,75Hg). Sensibility and rectal capacity were normal. All were clinically evaluated and WEXNER score was calculated (8-14, mean 11,12). All patients were submitted to a nutritional, endocrinologic and neurologic evaluation, and prescribed oral Benfotiamine 150 mg a day for 60 days. All were clinically reviewed after 90 days and a new anorectal manometry was realized. **Results:** All patients improved clinically, with 3 patients that presented without any symptoms. WEXNER SCORE improved (0-4, mean 1,75), manometric value improved lightly (resting pressure 29-42 mmHG, mean 34,125 and squeeze pressure 80-50 mmHg mean 70). **Conclusion:** Benfotiamine as a therapy for pure neuropathic fecal incontinence showed promising results; long lasting result are still uncertain but further studies with more patients are needed.

Umberto Morelli; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Raquel Franco Leal; Carlos Augusto Real Martinez; Michel Gardere Camargo; José João Fagundes; Fonoff Alexandre; Claudio Saddy Rodrigues Coy;

CLINICA PRIVADA

TL078 - Intussuscepção ileo-ceco-colica direita

MOSS, 49a, nascida em Sao Paulo, residente em Carapicuíba. Paciente deu entrada neste serviço em 15/05/16, com história de dor abdominal constante em flanco e fossa ilíaca esquerda associada a diarreia muco-purulenta com 3 meses de evolução do primeiro episódio. Realizado exame físico, paciente eupnéica, corada, hidratada, com dor a palpação superficial e profunda em fossa ilíaca esquerda com diminuição dos ruídos hidroaéreos, ao toque retal nota-se massa fibroelástica, de superfície lisa e região posterior. Realizado tomografia de abdome total, que evidenciou acentuada dilatação de cólon descendente, sigmoide e reto, com espessamento parietal irregular, com áreas hipodensas heterogêneas mal delimitadas, associado a leve densificação dos planos gordurosos adjacentes, achado de natureza indeterminada compatível com neoplasia. Encaminhado à retossigmoidoscopia, onde identificamos uma lesão elevada em topografia do reto, ocupando toda luz, de superfície regular, recoberta por mucosa normal, impossibilitando progressão do aparelho. Optado por conduta cirúrgica onde foi realizado laparotomia exploradora. No intra-operatório visualizado lesão em topografia esquerda compatível com intussuscepção ceco-ileo-colica direita com sofrimento de alças de delgado e coleção purulenta em pelve. Optado por secção longitudinal em retosigmoide para identificação de conteúdo intraluminal, realizado colectomia direita com grampeador linear em ponto de intussuscepção, desfeita intussuscepção, optado por realizar colo jejunostomia a Mikulicz , rafia de retosigmoide, locado dreno tubulaminar, seguido de fechamento de aponeurose e pele. Iniciado ciprofloxacino e metronidazol até D14. Apresentou boa evolução clínica, recebendo alta no dia 25/05/16. Retornou ao ambulatório de cirurgia geral no dia 30/05/16 para retirada de dreno tubulolaminar , sem queixas, sem dor, sem febre, com dieta branda e colo-jejunostomia funcionante. Realizado laparotomia exploratória com colectomia direita, desfeita intussuscepção, optado por realizar colo jejunostomia a Mikulicz, rafia de retosigmoide, locado dreno tubulaminar. Com o constante avanço dos métodos de imagem, maior número de casos têm sido diagnosticados antes da indicação da cirurgia, que se impõe em todos os casos. Permanecem, entretanto, controvérsias quanto à melhor abordagem cirúrgica, tais como o tipo de ressecção, sua extensão e à possibilidade de redução apenas, sem ressecção. Portanto técnica amantini-robalinho se mostrou um sucesso Bruno Amantini Messias; Alexandre Andrade Da Silva Cherao; Andre De Melo Ribeiro; Giovanna Ricciteli Couto; Kandyce Kathelyn Sganzerla; Reinaldo Robalinho Filho; Carolina Nogueira Ferraz Tremonte; Paula De Julio Matheus;

HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA

TL079 - O tipo de estoma influencia a prevalência da colite por derivação?

Introdução: a inflamação em segmentos excluídos de intestino grosso é conhecida como colite por derivação. Sua incidência varia entre 70 e 100%, sendo sua patogênese ainda pouco esclarecida. Com respeito aos diferentes tipos de derivações, é reconhecido que os estomas em alça ou em dupla boca podem permitir a passagem de conteúdo fecal para a alça distal. A manutenção de um volume fecal intraluminal mínimo teoricamente poderia evitar ou atenuar uma possível colite por derivação. Objetivo: avaliar se o tipo de estoma influencia a prevalência da colite por derivação. Método: trata-se de uma análise retrospectiva dos laudos de exames endoscópicos coletados prospectivamente no banco de dados do Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário de Brasília. A amostra foi constituída por pacientes que realizaram exame endoscópico digestivo baixo, entre março de 2003 e março de 2016, com avaliação de segmento colorretal desfuncionalizado. Resultados: foram selecionados 87 pacientes com avaliação endoscópica de segmento colorretal desfuncionalizado. A mediana da idade foi de 56 anos. Achados endoscópicos de colite por derivação foram encontrados em

70,1%. A capacidade de derivação fecal do estoma foi considerada completa em 46% dos casos e incompleta em 54%. Quando comparada a capacidade de derivação fecal do estoma com a presença de achados endoscópicos de colite, não houve diferença estatística significativa entre a derivação completa e incompleta ($p: 0,983$). Com relação aos tipos de estoma, a transversostomia em alça mostrou ser fator protetor para colite nesta amostra (p value 0,005). Discussão: a prevalência de colite nesta análise foi semelhante a de estudos como o de Ferguson et al e Orsay et al. Szczepkowski, na maior série conhecida, não observou diferença estatística entre os tipos de estomas e a incidência de colite por derivação. Conclusão: nesta análise retrospectiva não houve diferença na prevalência de colite por derivação com relação à capacidade de derivação do estoma.

Bruno Augusto Alves Martins; Natascha Mourão Moreira; Romulo Medeiros De Almeida; Antônio Carlos Nóbrega Dos Santos; Flavia Berford Leão Dos Santos Goncalves De Oliveira; Luiz Felipe De Campos Lobato; João Batista De Sousa; Paulo Gonçalves De Oliveira;
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

TL080 - O valor da proteína C reativa (PCR) no diagnóstico precoce de complicações em cirurgias colorretais

O manejo dos pacientes submetidos a cirurgias colorretais baseia-se cada vez mais no uso de protocolos de recuperação rápida, principalmente aqueles submetidos a cirurgias minimamente invasivas. Em contrapartida, isso pode causar atraso no diagnóstico de complicações pós-operatórias. Sendo assim, existe uma necessidade crescente de excluir complicações precocemente e com segurança. Nesse contexto, a proteína C reativa (PCR) surge como um marcador de complicação pós-operatória. Este trabalho tem o objetivo de avaliar os valores da PCR para diagnosticar complicações pós-operatórias, correlacionados com a classificação de Clavien-Dindo, definindo um valor de corte preditivo de complicação e sua associação com o dia de pós-operatório. Trata-se de um estudo prospectivo e comparativo, envolvendo pacientes submetidos a cirurgia colorretal com confecção de anastomose. Foram analisados prontuários dos pacientes submetidos a cirurgia de novembro de 2015 a julho de 2016. Foram colhidos dados dos valores da PCR e das complicações, assim como o tratamento imposto. Os pacientes foram, então, divididos em dois grupos, aqueles que evoluíram bem e aqueles que apresentaram complicações pós-operatórias de acordo com a classificação de Clavien-Dindo. Foram analisados prontuários de 81 pacientes, 6 foram excluídos por falta de dados. Do total de 74 pacientes, 14 apresentaram complicações. Os valores da PCR e sua associação com as complicações foram analisados estatisticamente. A média da PCR nos pacientes que não obtiveram complicações foi de 71,1 mg/L e daqueles que tiveram qualquer tipo de complicação foi de 152,7 mg/L no 4º dia de pós-operatório (DPO). Os resultados encontrados revelaram que o valor da PCR acima de 150 mg/L no 4º DPO tem um alto valor preditivo positivo para complicações infecciosas, indicando avaliação com exames de imagem. Esses dados são condizentes com os achados na literatura. A crescente valorização da alta hospitalar precoce após cirurgias colorretais deve-se ao avanço nas técnicas de cirurgia colorretal laparoscópica, à redução nos custos do tratamento e o aumento na rotatividade dos leitos hospitalares. Com a necessidade cada vez maior de se excluir complicações após cirurgias colorretais precocemente e com segurança, a PCR aparece como um bom marcador de complicação pós-operatória, indicando método de imagem para diagnóstico. Isso implicaria em menores custos e maior segurança para a implantação protocolos de liberação rápida.

Mariana Campos Palma; Rodrigo De Almeida Paiva; Fabio Lopes De Queiroz; Alice Vargas De Aquino Oliveira; Augusto Fernando Coelho Ferreira Junior; André Alves Elias; Diogo Bicalho Silva; Paulo Rocha França Neto;
HOSPITAL FELICIO ROCHO

TL081 - Perfil dos pacientes em pós-operatório de cirurgia colorretal internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

Objetivos: Avaliar o perfil e evolução dos pacientes internados na UTI do Hospital de Clínicas da Unicamp em pós-operatório de cirurgia colorretal Métodos: Estudo transversal baseado em banco de dados de registro contínuo da UTI/HC/UNICAMP de maio de 2010 a julho de 2016. Realizadas análises estatísticas descritivas e testes específicos para avaliar relações entre variáveis. Resultados: Durante o período de maio de 2010 a julho de 2016, foram internados 290 pacientes do Grupo de Coloproctologia-DMAD-FCM na UTI/HC/UNICAMP. Destas, 264 (91,3%) foram admissões em pós-operatório de cirurgia eletiva; 22 (7,6%) cirurgia de urgência e 3 (1%) por co-morbidades. A idade média foi de 61,38±14,80 anos, sendo 162 (56,1%) masculino. Em relação às principais comorbidades observamos: tabagismo 98 (33,9%); Diabetes Mellitus 42 (14%); etilismo 34 (11,8%), dislipidemia 20 (6,9%). O tempo médio de internação foi de 5,10±7,04 dias. Dos pacientes internados 283 (97,9) estavam com sonda vesical de demora; 281 (97,2) com cateter venoso central e 64 (22,1%) em ventilação mecânica invasiva (VMI). A mortalidade geral foi de 11 (3,8%) pacientes. Identificou-se associação entre emprego de VMI no pós-operatório com mortalidade ($p < 0,001$) com OR de 18,24 (IC 3,83-86,85) . O tempo de VMI nos pacientes que evoluíram a óbito foi de 16,75±12,16 e nos que tiveram alta da UTI de 2,41 ± 3,89 ($p < 0,001$). Em relação aos escore de gravidade observamos: A média do SOFA da internação foi 3,22 ± 2,17 e mediana de 3 (IQ 2-5); Escore Apache II com média de 10,89 ± 3,91 e mediana de 11 (IQ 2-5) e probabilidade de óbito média de 14,13 % ± 6,89 e mediana de 13 % (IQ 10-17); SAPS3 com média de 41,02±10,95 e mediana de 42 (IQ 36-47) e probabilidade de óbito com média 10,65 % ± 10,947 e mediana de 8% (IQ 4-13). Conclusão: A mortalidade esteve abaixo da esperada de acordo com os índices prognósticos internacionalmente utilizados (escore Apache II e SAPS 3). Houve associação entre mortalidade na UTI com emprego e tempo de ventilação mecânica invasiva.

Antonio Luis Eiras Falcão; Desanka Dragosavac; Ana Amélia Barbieri Bonatelli; Debora Gonçalves Rossi; Carlos Augusto Real Martinez; Raquel Franco Leal; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Claudio Coy;
FCM-UNICAMP

TL082 - Perfil dos pacientes submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica com alta até 24 horas.

A via de acesso laparoscópica para a realização de procedimento cirúrgico se iniciou no final da década de oitenta e vem cada vez mais sendo utilizada. Assim como para outros procedimentos laparoscópicos, a cirurgia colorretal demonstra além do benefício estético, recuperação mais rápida do paciente, menos dor no pós-operatório e menor tempo de internação hospitalar. Tendo em vista a evolução tecnológica e o acúmulo de experiência do cirurgião, a técnica cirúrgica deixa de está ligada a um tempo cirúrgico mais prolongado. Objetivo: Este estudo tem como objetivo avaliar a eficácia da alta hospitalar precoce e a qualidade da técnica laparoscópica nas cirurgias colorretais. Método: Estudo prospectivo, baseado na revisão de prontuários e consultas ambulatoriais. Foram analisados 77 pacientes submetidos a cirurgias laparoscópica no período de maio de 2011 a julho de 2016. Foram incluídos os pacientes que receberam alta hospitalar com um prazo de até 24 horas do procedimento cirúrgico. Resultado: Dos 77 pacientes, 65% eram do sexo feminino e 35% do sexo masculino. A média de idade foi de 57 anos (33 a 91 anos). A cirurgia com maior prevalência foi a Retossigmoidectomia com 65%, em segundo lugar a colectomia direita com 18% e por ultimo a transversectomia representando 8% da amostra, e 9% cirurgias variadas. Apenas dois pacientes apresentaram complicação cirúrgica e reinternaram. Conclusão:

Podemos concluir que a técnica laparoscópica proporciona uma recuperação mais rápida dos pacientes, e que a alta precoce é viável.

Carlos Ramon Mendes; Meyline Andrade Lima; Eduardo Costa Cobas; Luciano De Santana Miranda; Rafael Santana Ferraz; Geislane Alcantara Santos; Joana Paula Pessoa; João Luiz Silva;
HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TL083 - Perfil epidemiológico de colectomias e retossigmoidectomias em um serviço de referência: experiência de 5 anos

INTRODUÇÃO: A cirurgia do cólon e do reto tem sido empregada no tratamento de patologias colônicas variadas, sendo as indicações mais comuns o câncer colorretal e a doença diverticular. Tal procedimento pode ser realizado pela via aberta ou laparoscópica, a qual vem apresentando crescimento desde a década de 80, devido a seus inúmeros benefícios. **OBJETIVOS:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a colectomias e retossigmoidectomias em nosso serviço. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo observacional através de revisão de 351 prontuários de pacientes submetidos a colectomias ou retossigmoidectomia, no período de janeiro de 2011 a junho de 2016. **RESULTADOS:** No período foram realizadas 185 retossigmoidectomias, 79 colectomias direita, 29 colectomias esquerda, 21 ressecções de cólon transverso e 31 colectomias totais. A indicação cirúrgica mais comum foi por tumor (64,1%), a segunda por doença diverticular (17,95%) e perfuração intestinal (4,8%). A idade média foi de 63 anos, com maior prevalência em mulheres (56%) e a maior parte dos pacientes eram classificados como ASA II. Dentre as comorbidades, 45% dos pacientes eram hipertensos, 17% diabéticos e 16% dislipidêmicos. A cirurgia videolaparoscópica foi realizada na maioria dos pacientes (243), perfazendo 69% dos casos. A confecção de estoma ocorreu em 21% dos casos e a média de internamento foi de 10 dias. A dieta, em geral via oral, foi introduzida no 2º pós-operatório. Cerca de 29% dos pacientes necessitaram de permanência na Unidade de Terapia Intensiva, com média de 10 dias. Dentre as complicações, o índice de fístula de anastomose ocorreu em 26 pacientes (7%) e foi diagnosticada em média no 6º pós-operatório. A mortalidade geral foi de 9%. **CONCLUSÕES:** Os dados deste estudo evidenciaram características epidemiológicas semelhantes em nossos pacientes comparado aos dados encontrados na literatura.

Renato Valmassoni Pinho; Júlio Cezar Uili Coelho; Micheli Fortunato Domingos; Lucas Thá Nassif; Yan Sacha Hass Aguilera; Guilherme Figueiró Ferronato; Caroline Blum; Andre Gubert Weiss;

HOSP. NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

TL084 - Relato de caso de Tuberculose peritoneal em um hospital secundário da grande São Paulo

Introdução: A tuberculose peritoneal é uma situação rara com alta morbimortalidade, o prognóstico depende do diagnóstico e tratamento precoce. Ultimamente tem havido aumento de incidência nos países desenvolvidos, principalmente em pacientes imunocomprometidos. **Métodos:** Revisão de prontuário eletrônico. **Relato:** TMS, 22a iniciou quadro de dor em HD em pontada, que após 4 dias evoluiu para dor abdominal difusa, com piora após alimentação e hiporexia. Procurou nosocômio próximo a sua residência após 1 mês de piora com febre, sendo medicado com sintomáticos e liberado. Evoluiu com quadro de sudorese noturna, sem aferir temperatura em domicílio. Após 20 dias iniciou quadro de dor em htx direito, no PS local identificado derrame pleural extenso em htx direito, afebril e eupneico. Encaminhado para nosso serviço para investigação e tratamento. **Toracocentese (18/06/16):** DHL: 672, pH:8,0, glic: 126, PTT 5,9 leuco: 200 neut: 17 linf: 83 BAAR/cultura: neg, ADA: 64 (após uso de ATB).

Iniciado Ceftriaxone e Claritromicina, apresentando melhora da dor abdominal, porém com picos febris. Trocado para cefepime em 24/01, com melhora da febre. Evoluiu com abdome agudo obstrutivo, realizado laparotomia exploradora em 30/03. No intra-op identificado grande quantidade de aderências de delgado com múltiplos implantes puntiformes altamente sugestivos de tuberculose peritoneal. Em íleo terminal identificado quadro estenosante por aderências com impossibilidade de liberação. Optado por ileostomia em alca para desobstrução. Anátomo patológico: Processo inflamatório granulomatoso necrosante com característica de TB peritoneal. Transferido para UTI, iniciado esquema para TB onde permaneceu por 5 dias, retornou a enfermaria com melhora do estado geral recebendo alta dia 08/04/16. Conclusão: Nos últimos anos tem havido aumento de incidência de tuberculose peritoneal nos países desenvolvidos, principalmente em pacientes imunocomprometidos. Quadro raro com alta morbimortalidade, o prognóstico depende do diagnóstico e tratamento precoces. O diagnóstico pode ser dificultado por várias razões, desde anamneses, exame físico e diagnóstico histopatológico, a ausência de granulomas à laparoscopia não exclui o diagnóstico. Assim, a análise rigorosa de exames de imagem associado a elevado grau de suspeita clínica, dentro de um contexto clínico-epidemiológico, pode ser primordial para o diagnóstico. Casos suspeitos devem ser submetidos a laparoscopia diagnóstica e iniciado tratamento adequado precoce

Bruno Amantini Messias; Alexandre Andrade Da Silva Cherao; Andre De Melo Ribeiro; Giovanna Riccitelli Couto; Kandyce Kathleen Sganzerla; Reinaldo Robalinho Filho; Carolina Nogueira Ferraz Remonte; Paula Julio Matheus;
HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA

TL085 - Resultados do tratamento cirurgico da endometriose intestinal por videolaparoscopia

Introdução: Das mulheres com endometriose, 25% possui acometimento gastrointestinal com alguma necessidade de intervenção cirúrgica, particularmente na região do retossigmoide. A omissão no tratamento do tubo digestivo é responsável por falta de resolução ou recidiva dos sintomas e incapacidade reprodutiva. Objetivo: Avaliar o resultado em relação à morbidade e mortalidade do tratamento cirúrgico da endometriose intestinal, através da via vídeo-laparoscópica. Método: Revisão de prontuário de 25 doentes operados pelo Grupo de Colo-Proctologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP entre fevereiro de 2014 e junho de 2016 em conjunto com a Disciplina de Ginecologia. Parâmetros avaliados: faixa etária, distância da lesão da borda anal, tamanho da lesão, tipo de cirurgia realizada, complicação e mortalidade P.O., exame anátomo-patológico e tempo de acompanhamento. Resultados: As doentes tinham média de idade de 35,8 anos. Do total de 25 doentes, 17 (68%) apresentavam lesões do trato gastrointestinal que necessitaram de abordagem cirúrgica pelo Grupo de Colo-Proctologia, sendo que as 8 (32%) restantes, apesar de apresentarem imagem radiológica (tomografia ou ressonância) de lesão do tubo digestivo, não tiveram este achado confirmado no intra-operatório. A média da distância das lesões em relação à borda anal foi de 9,0 cm. Em 4 (23,5%) doentes, optou-se por ressecção em espessura parcial da parede colônica (shaving); onze doentes (64,7%) foram submetidas a retossigmoidectomia com anastomose colorretal primária e em dois (11,8%) realizou-se apendicectomia. O índice de mortalidade foi nulo. A taxa de morbidade foi de 5,9%, representado por fistula de reto em um caso de ressecção em espessura parcial de parede, havendo necessidade de colostomia em alça no 5º dia de pós-operatório. Todas as pacientes apresentaram melhora importante da sintomatologia, sem recidiva do quadro até o momento, com tempo médio de acompanhamento de 13 meses. Os

exames dos espécimes relevaram endometriose em todos os casos sendo a média do diâmetro das lesões de 2,9 cm. Conclusão : O tratamento cirúrgico do acometimento gastrointestinal na endometriose se mostra importante para complementação da terapia desta patologia, sendo sua abordagem laparoscópica um método factível, seguro e com baixo índice de morbidade. Stella Maria Botequio Mella; Henrique Setti Barroso; Bruna Dell Acqua Cassão; Gaspar De Jesus Lopes Filho; Elesiário Marques Caetano Junior; Ricardo Tadayoshi Akiba; Luis Cesar Fernandes; Sarhan Sydney Saad;

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

TL086 - Volvo de ceco como causa de oclusão intestinal: uma série de casos

INTRODUÇÃO: O volvo de ceco é uma causa infrequente de oclusão intestinal em adultos e consiste na torção do ceco, íleo terminal e cólon ascendente sobre seu próprio meso. Sua incidência varia de 2,8 a 7,1 por 1 milhão de pessoas/ano. **OBJETIVOS:** Relatar nossa experiência com 5 casos de volvo de ceco, causando oclusão intestinal e necessidade de cirurgia. **MÉTODOS:** Realizou-se um estudo retrospectivo de pacientes com diagnóstico de volvo de ceco, atendidos em nosso serviço, no período de janeiro de 2014 a junho de 2016. **RESULTADOS:** Dentre os 5 pacientes analisados, 4 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A idade média foi de 59 anos (variando de 31 a 88). O tempo de início dos sintomas ao procurar o hospital foi de 1,8 dias, em média (variando de 6h a 7 dias). Todos pacientes estavam hemodinamicamente estáveis e apresentavam distensão abdominal e dor à admissão, sendo difusa em 60% dos casos (n=3) e localizada em hipocôndrio direito em 40% (n=2). Náuseas e vômitos foram referidos por 80% dos pacientes e parada na eliminação de gases e fezes, também 80%. Apenas um paciente apresentava sinais de irritação peritoneal. Dos 5 pacientes, 3 apresentavam cirurgia abdominal prévia, sendo que uma paciente estava no 2º pós-operatório de cesariana e 40% eram previamente hígidos. Todos os pacientes desta série foram submetidos a laparotomia exploradora e todos realizaram tomografia diagnóstica pré-operatória. Três pacientes (60%) foram submetidos a colectomia direita com anastomose primária devido a sinais de isquemia colônica e 2 pacientes foram submetidos a redução do volvo e cecopexia. A mortalidade nesta série foi de 40% e acometeu pacientes idosos (81 e 88 anos), portadores de múltiplas comorbidades, sendo um caso no 12º pós-operatório e outro no 31º. Os demais pacientes tiveram boa evolução, com alta hospitalar, em média, no 6º pós-operatório. **CONCLUSÕES:** Apesar de ser uma causa incomum de oclusão intestinal (1 a 1,5%), o volvo de ceco deve ser considerado no diagnóstico diferencial. A conduta é, em geral, cirúrgica, com colectomia direita ou desvolvulação com cecopexia, podendo-se realizar redução do volvo por via colonoscópica. Além disso, o diagnóstico precoce faz-se essencial para redução de complicações.

Renato Valmassoni Pinho; Júlio Cezar Uili Coelho; Leonardo Dudeque Andriguetto; Marco Aurélio Raeder Da Costa; Raul Alberto Anselmi Júnior; Yan Sacha Hass Aguilera; Micheli Fortunato Domingos; Mariane Christina Savio;
HOSP. NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

TL087 - Há diferenças nas complicações pós-operatórias de ileocelectomias direitas entre pacientes com doença de Crohn e Câncer colorretal?

Introdução: a ileocelectomia direita (ICD) é a operação mais realizada no manejo cirúrgico da doença de Crohn (DC). Da mesma forma, é o procedimento de escolha no tratamento do câncer colorretal (CCR) quando localizado à direita. Independentemente do diagnóstico, a ICD pode ser realizada por via aberta ou por via laparoscópica, e diversas complicações pós-operatórias podem ocorrer. Há escassez de estudos na literatura que comparem os desfechos

cirúrgicos e complicações pós-operatórias entre portadores de DC e CCR neste tipo de cirurgia. O objetivo deste estudo foi analisar e comparar as complicações cirúrgicas em pacientes submetidos a ICD por DC e CCR em uma coorte de pacientes. Método: estudo longitudinal, retrospectivo e observacional, de uma coorte de pacientes submetidos a ICD provenientes de 2 centros. Os critérios de inclusão foram pacientes com DC ou CCR, submetidos a ICD, em qualquer estágio de acompanhamento. Pacientes abaixo de 18 anos, sem acompanhamento periódico e com prontuário incompleto foram excluídos. Os pacientes operados entre 2011 e 2016 foram identificados e tiveram seus prontuários eletrônicos revisados, com preenchimento de um protocolo específico. As variáveis analisadas foram: idade à cirurgia, gênero, diagnóstico, abordagem (aberta ou laparoscópica), tipo de anastomose, presença e tipo de complicações pós-operatórias e óbito, entre outras. Os pacientes foram alocados em 2 grupos (DC e CCR) e tiveram suas complicações analisadas e comparadas. Utilizou-se o teste de Qui-Quadrado de Pearson (maioria das variáveis) e o teste U de Mann-Whitney (para idade), com $p < 0,05$ considerado significativo. Resultados: foram incluídos 109 pacientes, 73 com DC (67%) e 36 com CCR (33%). Os grupos foram homogêneos em todas as variáveis, à exceção da idade ($42,44 \pm 12,73$ na DC e $66,14 \pm 11,02$ no CCR, $p < 0,0001$). Não houve diferença entre os grupos em relação às complicações precoces, com 17/67 (23,3%) na DC e 5/36 (13,9%) no CCR, $p = 0,250$. Da mesma forma, não houve diferença entre os grupos em relação a deiscência de anastomose ($p = 0,185$), infecções do sítio cirúrgico ($p = 0,883$), outras complicações (0,829) e óbitos ($p = 0,069$). Conclusões: não houve diferença nas complicações pós-operatórias entre pacientes submetidos a ICD portadores de DC e CCR. Houve tendência para maior prevalência de óbitos nos portadores de CCR, que provavelmente poderia ser comprovada com uma maior amostragem de pacientes.

Larissa Boaron; Rogerio Saad Hossne; Mariella Bau; Diogo Araujo Ribeiro; Patricia Zacharias; Alvaro Steckert Filho; Ligia Sasaki; Paulo Gustavo Kotze;
PUCPR

TL088 - Influência dos níveis de glp-1 e glp-2 sobre a homeostase glicêmica em portadores de doença de crohn

Introdução: Os efeitos do processo inflamatório no metabolismo da glicose e secreção da insulina em portadores de doença de Crohn (DC) são pouco conhecidos. O GLP-1 estimula a secreção de insulina e o GLP-2 tem como uma das funções aumentar a absorção de nutrientes, particularmente carboidratos e gorduras. Ambos são secretados no íleo e colon.

Objetivo: Avaliar os níveis de GLP-1 e GLP-2 em portadores de DC e correlacionar esses valores com os níveis séricos de glicose e insulina. **Métodos:** Portadores de DC e controles foram submetidos a dosagens séricas de GLP-1, GLP-2, insulina e glicose, antes e após o teste de refeição padrão (-15, 0, 15, 30, 45, 60, 90, 120, 150 e 180 minutos). A análise da área sob a curva (AUC) foi empregada para estudar os valores médios das variáveis consideradas em função do tempo. Os pacientes foram classificados quanto à atividade da doença pelo IADC, considerando-se atividade clínica para valores superiores a 150. **Resultados:** Grupo Controle (GC) foi constituído por sete indivíduos saudáveis e 20 DC foram incluídos, sendo 10 em atividade (Grupo1) e 10 em remissão (Grupo2). Não houve diferença estatística entre os grupos em relação aos valores médios, em jejum, de glicemia ($p = 0,71$) e insulina ($p = 0,86$). As dosagens séricas de GLP-2 foram menores na DC em relação ao GC (Grupo1: $2,2 \pm 0,7$; Grupo2: $3,0 \pm 0,8$; GC: $8,06 \pm 5,4$ pmol/L, $p < 0,0004$). Os níveis de GLP-1 foram semelhantes entre os grupos ($p = 0,14$). Na análise da AUCi observou-se que nos tempos 120 e 180 as médias de secreção de insulina são menores no Grupo1 ($p = 0,007$; $p = 0,012$, respectivamente). Também não houve secreção de GLP-2 em DC nas AUC ($p = 0,0002$ e $p = 0,0002$) e AUCi ($p = 0,0008$ e $p = 0,0069$) nos tempos 120 e 180. Os níveis pós-prandiais em 30, 45 e 120 minutos de GLP-1

foram significativamente mais altos no Grupo 2 quando comparados ao GC e ao Grupo1 ($p=0.024$; $p=0.039$; $p=0,0052$, respectivamente). Este achado pode sinalizar um metabolismo glicêmico anômalo nos DC, um possível mecanismo compensatório para o déficit de atividade de GLP-2 que compromete a absorção de glicose ao longo do intestino delgado e reduz a secreção glicose-dependente de insulina do pâncreas. Na atividade da DC, observou-se elevação do GLP-1, embora não significativa, mais tardiamente, a partir de 180 minutos, fato relacionado à restrição da atividade da DPP-IV. Conclusões: Os resultados encontrados evidenciam na DC há diminuição nos níveis séricos de GLP-2 e conseqüente diminuição da absorção de glicose e gordura.

Daniéla Oliveira Magro; Paulo Gustavo Kotze; Carlos Augusto Real Martinez; Michel Gardere Camargo; Ana Carolina Junqueira Vasques; Bruno Geloneze; Claudio Saddy Rodrigues Coy;
UNICAMP

TL089 - Malignização de fístula perianal em doença de Crohn: relato de caso

Introdução: O câncer oriundo de fístula perianal por doença de Crohn representa uma manifestação rara da doença e configura situação de difícil manejo diagnóstico e terapêutico. Apresenta incidência de 0,7%, sendo o adenocarcinoma o subtipo histológico mais comum. A constante regeneração da mucosa pelo processo inflamatório e a imunossupressão induzida são apontadas como possíveis mecanismos de etiopatogenia. O tratamento envolve a quimiorradiação ou ressecção ampla do tumor e de todos trajetos fistulosos, mas há elevadas taxas de recorrência e mortalidade. **Objetivos:** Descrever um caso de complicação rara na doença de Crohn perianal. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** É apresentado um caso de paciente de 61 anos, sexo masculino, com doença de Crohn perianal exclusiva, que evoluiu com aumento de dor e secreção perianal, em seis meses. Ao exame, apresentava lesão úlcero-vegetante, esbranquiçada, endurecida e dolorosa, em orifício externo de fístula perianal posterior, cuja biópsia incisional revelou carcinoma de células escamosas. Após reunião multidisciplinar foi optado por ressecção cirúrgica, com amputação abdominoperineal do reto alargada englobando todos os trajetos fistulosos perianais. Houve reconstrução pélvica utilizando-se retalho de músculo reto abdominal e de região perianal, com retalho fásio-cutâneo. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória e, após seis meses de seguimento, não apresenta sinais de recorrência da doença. **Conclusões:** O seguimento e rastreamento de neoplasias na doença de Crohn exigem empenho do médico assistente. A malignização de fístula perianal trata-se de complicação rara, cuja abordagem depende de alta suspeição clínica, seguida de biópsia, para tratamento precoce e adequado.

Rodrigo Gomes Da Silva; Magda Maria Profeta Da Luz; Antônio Lacerda Filho; Adriana Cherem Alves; Gabriel Braz Garcia; Gabriela Maciel Cordeiro; Arthur Manoel Braga De Albuquerque;
FACULTA DE MEDICINA DA UFMG

TL090 - Manutenção da terapia combinada na doença de crohn: é factível?

Introdução: O emprego de terapia combinada (anticorpo anti TNF-alfa e azatioprina) associa-se com melhores taxas de remissão clínica na doença de Crohn (DC). Entretanto, a ocorrência de efeitos colaterais, falta de adesão ou infecção oportunista podem interromper esta forma de terapêutica. A identificação de fatores associados com a suspensão de um ou ambos os medicamentos da terapia combinada poderá contribuir para o estabelecimento de esquemas terapêuticos mais eficientes, assim como, promover ações que perpetuem o uso do mesmo. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de manutenção da terapia combinada e as causas da interrupção deste esquema terapêutico. **Casística e Métodos:** Estudo longitudinal observacional retrospectivo em portadores de DC em uso de terapia combinada com tempo

mínimo de seis meses. Para análise das variáveis qualitativas foram empregados o teste do Qui-quadrado e para quantitativas o Teste exato de Fisher. Para verificar associação linear entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética local (FCM-UNICAMP) Resultados: De um total de 395 pacientes, cadastrados no ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Gastrocentro – UNICAMP foram avaliados 80 pacientes. Destes, 52,5% eram do sexo feminino, com idade média ao diagnóstico de 28,8 (11-64) anos. Todos os pacientes incluídos fizeram uso de azatioprina. Em 62,5% dos casos foi usado Infliximabe como o anticorpo anti TNF- α e em 37,5% Adalimumabe. A média de tempo de uso de terapia combinada foi de 40,68 \pm 28,36 meses. Ocorreu suspensão de uma ou de duas classes de medicamentosas em 41 casos (51,2%). O anticorpo Anti-TNF alfa foi o medicamento mais frequentemente associado com a interrupção da TC, quando comparado com azatioprina ($p=0,019$). O surgimento de efeitos adversos foi o principal causador de descontinuidade de TC (46,3%), seguido de falta de adesão, falha terapêutica e infecção. Conclusão: a manutenção da TC ocorreu em 48,8%, com tempo médio de uso de 40,6 meses. Os fatores mais frequentes associados com a interrupção desta terapia foram efeitos adversos, falta de adesão ao tratamento, falha terapêutica e infecção. FAPESP no 205/03101-8

Juliana Mazzuia Guimaraes; Daniéla Oliveira Magro; Debora Gonçalves Rossi; Michel Gardere Camargo; Carlos Augusto Real Martinez; Raquel Franco Leal; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Claudio Coy;
FCM-UNICAMP

TL091 - O aumento nos níveis de lipopolissacarídeos está associado à endotoxemia na Doença de Crohn

Introdução: O Lipopolissacarídeo (LPS) é uma molécula constituída de um lipídio e um polissacarídeo, componente principal da parede das bactérias gram-negativas. É considerada uma endotoxina que ativa os receptores TLR-2 e TLR-4, provocando forte resposta do sistema imunológico e liberação de citocinas pró-inflamatórias. Especula-se que níveis elevados de LPS associam-se com o processo inflamatório na Doença de Crohn (DC). Objetivo: Determinar os níveis séricos de LPS em indivíduos com DC e correlacioná-lo com IADC, PCR e citocinas. Métodos: Os níveis séricos de LPS, TNF- α , IL-1 β , IL-6, IL-17, CD26 e PCR foram avaliados em 27 indivíduos (10 com DC em atividade, 10 com DC em remissão e 7 controles) e correlacionados com o índice de atividade da doença de Crohn (IADC). Resultados: Os níveis séricos de LPS são significativamente elevados no grupo de DC, principalmente nos indivíduos em atividade da doença ($p=0.004$). IL-1 β ($p=0.002$), IL-6 ($p=0.003$), e IL-17 ($p=0.000$) são menores nos DC quando comparados ao grupo controle. Os níveis de TNF- α são maiores no grupo de DC em atividade. A PCR é maior nos grupos de DC quando comparados aos controles ($p<0.01$). Os níveis de CD26, em ambos os grupos de DC, são menores quando comparados ao controle ($p=0.000$). A correlação entre LPS e CD26 foi negativa (coeficiente de correlação $r = -0.413$, $p=0.032$), ou seja, quanto maior os níveis de LPS menor a expressão de CD26. Conclusão: Indivíduos com DC apresentam níveis de LPS aumentados de duas a seis vezes quando comparados aos controles. Nossos achados demonstraram que, na atividade da DC, há uma correlação negativa entre LPS e CD26.

Daniéla Oliveria Magro; Paulo Gustavo Kotze; Carlos Augusto Real Martinez; Michel Gardere Camargo; Ana Carolina Junqueira Vazques; Bruno Geloneze; Mario José Saad; Claudio Saddy Rodrigues Coy;
UNICAMP

TL092 - Osteomielite sacral como complicação tardia de bolsa ileal: relato de caso

Introdução: A polipose adenomatosa familiar é uma doença hereditária, autossômica dominante, com penetrância próxima de 100%, causada por mutação no gene supressor tumoral APC, localizado no cromossomo 5q 21. A colectomia é o tratamento recomendado, podendo ser a colectomia total com ileorretoanastomose, proctocolectomia total com ileostomia terminal ou com bolsa ileal. A proctocolectomia total com bolsa ileal em J apresenta maior ocorrência de complicações pós-operatórias imediatas e tardias, do que procedimentos com preservação retal. No entanto, possui aceitável morbidade e baixa mortalidade em portadores de PAF. **Objetivos:** relatar um caso de osteomielite sacral por fístula tardia de bolsa ileal em paciente submetido proctocolectomia total por polipose adenomatosa familiar. **Métodos:** relato de caso de paciente proveniente do HC-UFMG. **Resultados:** JLMS, masculino, 24 anos, com história familiar de polipose adenomatosa familiar e diagnóstico colonoscópico de PAF aos 19 anos foi submetido em fevereiro de 2010 a proctocolectomia total com confecção de bolsa ileal em J e ileostomia protetora. Reconstrução de trânsito intestinal em junho de 2010. Seguimento ambulatorial sem anormalidades até primeiro trimestre de 2013, quando iniciou dor pélvica com irradiação para região sacral e região glútea esquerda, evoluindo com aparecimento de orifícios fistulosos em região sacral. Propedêutica ambulatorial com fistulografia, colonoscopia e ressonância magnética de pelve e coluna lombossacra evidenciou deiscência parcial da anastomose com coleção pré-sacral e trajeto fistuloso cutâneo na região glútea esquerda com sinais sugestivos de osteomielite sacral e mioosite. Em março de 2016, foi submetido a exérese de reservatório ileal com identificação da fístula em sua porção posterior com infiltração de sacro, confecção de ileostomia terminal e exérese de fistulas sacrais com curetagem de trajeto fistuloso. Pós-operatório transcorreu sem complicações. No momento, mantém seguimento ambulatorial com coloproctologia e ortopedia, sem intercorrências. **Conclusões:** A proctocolectomia com bolsa ileal em J é uma excelente opção terapêutica para indivíduos com polipose adenomatosa familiar pelo baixo risco de complicações graves e por evitar a ileostomia definitiva. A osteomielite deve ser considerada em casos de fístulas de aparecimento tardio.

Rodrigo Gomes Da Silva; Kelly Cristine De Lacerda Rodrigues Buzatti; Magda Maria Profeta Da Luz; Antônio Lacerda Filho; Beatriz Deoti E Silva Rodrigues; Gabriela Maciel Cordeiro; Gabriel Braz Garcia;

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

TL093 - Patogênese da retocolite ulcerativa a partir de um modelo murino de disbiose induzida por estase, metaplasia colônica e susceptibilidade genética

Disbiose intestinal, genética do hospedeiro, e causas ambientais estão implicadas como fatores causais de doença inflamatória intestinal (DII). Entretanto, faltam idéias mecanicistas que possam comprovar essas hipóteses. A análise dos pacientes com retocolite ulcerativa (RCU) após a retocolectomia total com anastomose ileoanal (IPAA), onde mais que 40% desenvolvem bolsite, oferece um cenário único para examinar causa vs. efeito. **Material e Método:** Mimetizando o reservatório ileal humano, empregamos um modelo experimental criado cirurgicamente no qual foi confeccionado alça cega ileal antiperistáltica (self-filling loop - SFL) em alguns animais e em outros animais alça cega peristáltica (self-emptying loop - SEL) usando camundongos selvagens (WT), IL-10 KO (IL10), TLR4 KO (T4) e duplos KO IL10/T4. Após 5 semanas, foram realizadas análise histológica, expressão de transcritos/proteínas, e análise da microbiota por sequenciamento do rRNA 16s. **Resultados:** SFL apresentaram estase fecal devido à motilidade direcional orientada para o final do circuito fechado, enquanto SEL permaneceu vazio. Nos animais de tipo selvagem SFL desenvolveram perfil bacteriano semelhante ao verificado na bolsa ileal de pacientes com RCU, porém sem atividade inflamatória. No entanto, camundongos geneticamente suscetíveis (IL-10/-) e com SFL

apresentaram inflamação grave e análise transcricional total da mucosa semelhante à bolsite humana (biópsias da bolsa ileal). Verificou-se que foi necessária a ativação de TLR4 na inflamação presente em animais IL-10 $-/-$, uma vez que animais duplo knockout não manifestaram doença. Além disso, animais IL10 $-/-$ germ free transplantados com microbiota da SFL desenvolveram colite grave. Estes dados suportam um papel essencial da estase fecal induzida cirurgicamente, mudança de microbiota semelhante a do cólon, metaplasia colônica mediada por TLR4, e susceptibilidade genética no desenvolvimento de bolsite e possivelmente da RCU. No entanto, esses fatores de maneira isolada não são suficientes. Semelhanças entre este modelo e RCU/bolsite humanas podem proporcionar oportunidades para o entendimento da base mecanicista da DII e para a identificação de alvos para novas intervenções preventivas e terapêuticas.

Raquel Franco Leal; Marc Ward; Joseph F. Pierre; Sushila Dalal; Jonh Alverdy; Eugene Chang;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

TL094 - Perfil de Personalidade, Qualidade de Vida e Neuroticismo em Pacientes com Doença de Crohn

Introdução: A doença de Crohn tem tido sua incidência aumentada e é uma enfermidade crônica, com repercussões físicas e psicológicas que afetam a rotina e a qualidade de vida dos pacientes. Por exigir acompanhamento a longo prazo, é relevante conhecer o perfil dos pacientes para intervenções adequadas. **Objetivo:** Investigar a relação entre traços de personalidade, sintomas depressivos e qualidade de vida em uma amostra de pacientes com doença de Crohn. **Métodos:** Estudo prospectivo, envolvendo 100 pacientes de ambos os sexos e idade entre 18 e 62 anos. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sócio-demográfico, Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), Escala de Depressão (EDEP) e Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). As correlações entre os instrumentos foram verificadas através do teste de correlação de Pearson. **Resultados:** Houve uma forte correlação negativa significativa ($r = -0,71$, $p < 0,01$) entre a depressão (EDEP) e qualidade de vida (IBDQ-Total). As correlações mais significativas ocorreram entre depressão (EDEP-Total) e traços de personalidade (BFP) nas dimensões de neuroticismo ($r = 0,48$, $p < 0,01$) e extroversão ($r = -0,32$, $p < 0,01$). **Conclusão:** Quanto maior for a depressão, pior é a qualidade de vida dos pacientes, com aumento do neuroticismo e redução da extroversão. **Palavras-chave:** Doença de Crohn, Qualidade de Vida, Perfil de Personalidade, Neuroticismo, Depressão. Cristiana Corrêa Dias; Arlete Silva Acciari; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Tristan Guillermo Torriani; João José Fagundes; Cláudio Saddy Rodrigues Coy; Carlos Henrique Sancineto Da Silva Nunes; Raquel Franco Leal;
UNICAMP

TL095 - Plastias de estenoses na doença de Crohn. Experiência de um centro de referência em Doença Inflamatória Intestinal.

RESUMO: **Introdução:** Enteroplastia constitui opção ideal no tratamento da estenose na doença de Crohn (DC), especialmente em doentes com ressecção intestinal prévia e/ou múltiplos segmentos acometidos. **Objetivo:** Avaliar as complicações das plastias intestinais na DC e o acompanhamento dos pacientes operados em um centro de referência. **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários médicos de 51 pacientes submetidos à enteroplastias, de

1991 a 2016. Resultados: No período, foram realizadas 173 plastias intestinais, sendo 130 (75,1%) à maneira de Heineke-Mikulicz, 28 (16,2%) do tipo Finney, 11 (6,4%) ileocoloplastias látero-lateral (Poggioli) e 4 (2,3%), outras técnicas. Vinte e nove doentes (56,9%) eram do sexo masculino e a média de idade foi de 35,4 (16-70) anos. Aproximadamente metade dos pacientes já tinha ressecção intestinal prévia e 66,7% realizaram enterectomia e/ou ileotiflectomia concomitante as enteroplastias. Não houve complicações intra-operatórias. No pós-operatório imediato, as complicações cirúrgicas verificadas foram: infecção de ferida operatória (3), deiscência/fístula da plastia intestinal (3), deiscência de anastomose ileotransversa (1), perfuração inadvertida de íleo (1) e sangramento da anastomose enteroentérica (1). Este último paciente evoluiu com pneumonia e óbito na internação. Verificou-se outro óbito no pós-operatório imediato, decorrente de sepse pulmonar fúngica. No seguimento tardio, outros quatro doentes vieram a falecer, sem relação com as cirurgias de plastias intestinais. Vinte doentes (39,2%) necessitaram posteriormente de novas enteroplastias e/ou ressecções intestinais. Atualmente, a maioria se encontra assintomáticos ou oligossintomáticos, sendo que grande parte deles faz uso de terapia biológica associada com imunossupressor. Conclusão: As plastias intestinais apresentaram baixas taxas de complicações e devem ser utilizados como opção no tratamento cirúrgico da DC, evitando-se ressecções intestinais extensas e suas consequências.

Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Raquel Franco Leal; Vitor Augusto De Andrade; João José Fagundes; Carlos Augusto Real Martinez; Michel Gardere Camargo; Priscilla De Senne Portel Oliveira; Coy, Csr;

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

TL096 - Proctocolectomia Total com Bolsa Ileal: Incisão de Pfannenstiel Modificada como Alternativa à Cirurgia Laparoscópica

Introdução: Proctocolectomia total com bolsa ileal é o tratamento cirúrgico preferencial para retocolite ulcerativa, polipose adenomatosa familiar, colite indeterminada e casos selecionados de Doença de Crohn. A abordagem laparoscópica está associada a melhor recuperação pós-operatória e melhores resultados estéticos. A cirurgia aberta, por outro lado, apresenta menor tempo operatório. A cirurgia de bolsa ileal por incisão de Pfannenstiel modificada pode combinar as vantagens de ambas as técnicas. Objetivo: Comparar os resultados de proctocolectomia total com bolsa ileal por incisão de Pfannenstiel modificada à abordagem laparoscópica. Métodos: Uma base de dados institucional foi utilizada para identificar pacientes submetidos à proctocolectomia total com bolsa ileal entre 1998 e 2014. Os pacientes submetidos à cirurgia por incisão de Pfannenstiel modificada (P) foram comparados aos pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica (L). Em seguida, pacientes foram pareados 1:1 utilizando diagnóstico, sexo, idade (+/- 5 anos) e Índice de Massa Corpórea (IMC) (+/- 5 kg/m²). Resultados pós-operatórios e qualidade de vida foram comparados entre os grupos. Resultados: 1.275 pacientes foram submetidos a proctocolectomia total com bolsa ileal entre 1998 e 2014. 119 pacientes foram submetidos a L, e 33 foram submetidos a P. Pacientes submetidos a P eram mais novos ($p=0,006$), do sexo feminino ($p<0,001$), com menor IMC ($p<0,001$) e menor classificação ASA ($p=0,005$) em relação a L. O tempo cirúrgico foi menor em P ($p<0,001$). Não houve diferença no tempo de internação hospitalar entre os grupos ($p=0,44$). Também não houve diferença em complicações pós-operatórias (0,93), perda da bolsa ileal ($p=0,45$), ou qualidade de vida ($p=0,55$). Quando os pacientes foram pareados, P apresentou menor tempo cirúrgico ($p<0,001$) e também não foi observada diferença no tempo de internação hospitalar ($p=0,095$), complicações pós-operatórias ($p=0,73$), perda da bolsa ileal ($p=0,31$) ou qualidade de vida ($p=0,75$). Conclusão: Proctocolectomia total com bolsa ileal por incisão de Pfannenstiel modificada apresenta resultados pós-operatórios e qualidade de vida

semelhantes à cirurgia laparoscópica, com menor tempo operatório, e pode ser utilizado em alguns pacientes selecionados.

Leonardo C Duraes; Destiny A Schroeder; David W Dietz;

CLINICA PRIVADA

TL097 - A importância da colonoscopia em pacientes com hematoquezia

INTRODUÇÃO: A endoscopia digestiva baixa possui grande valia não apenas como método diagnóstico e de rastreamento do câncer colorretal, mas também como exame complementar fundamental ao diagnóstico diferencial das hemorragias baixas. **OBJETIVOS:** Avaliar a importância da realização da colonoscopia em pacientes com queixa de hematoquezia. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo prospectivo, observacional. No período de setembro de 2012 a maio de 2016, 144 pacientes foram submetidos a colonoscopia por apresentarem queixas de hematoquezia. Uma vez tabulados, foram extraídos dados clínicos (indicação do exame, comorbidades, laudo endoscópico) e epidemiológicos, buscando a correlação entre os mesmos. **RESULTADOS:** Dos 144 pacientes avaliados, 76 (52,7%) eram mulheres e 68 homens. A média de idade do grupo foi de 54,2 (16 – 92) anos, sendo menor em pacientes do sexo feminino (52,47 anos) que em pacientes do sexo masculino (56,11). Tal diferença, contudo, não apresentou significância estatística ($p=0,09$). Dos pacientes avaliados, 85 (59,02%) não haviam sido submetidos a quaisquer procedimentos cirúrgicos. Dentre os 59 pacientes com histórico de cirurgia prévia, 40 (72,2%) eram do sexo feminino, sendo que 18,8% haviam sido submetidas a laqueadura tubária, 14,5% a cesariana e 12,7% a histerectomia abdominal. Houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos em relação ao histórico de cirurgia prévia ($p=0,002$). O exame foi completo em 123 (85,4%) dos pacientes, sendo alcançado o íleo distal em 65 (52,8%) destes. Dentre os pacientes do sexo masculino, 91,1% apresentaram exame completo, enquanto apenas 80,2% das mulheres obtiveram tal desfecho. Não houve, contudo, diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,06$). Oitenta e oito (61,1%) apresentaram exame endoscópico normal. Vinte e um pacientes (14,6%) apresentaram pólipos, dezenove (13,2%) apresentaram divertículos e cinco (3,5%) apresentaram tumores. Retite, colite, ileíte, estenose e angiodisplasia foram achados menos frequentes, encontrados nos demais pacientes. **CONCLUSÕES:** A realização de colonoscopia em pacientes com queixa de hematoquezia mostrou-se relevante, uma vez que em 38,9% dos pacientes foi evidenciada alterações no exame endoscópico. Como achado adicional, observou-se um menor percentual de exames completos entre pacientes do sexo feminino, o que pode estar relacionado a uma maior frequência de cirurgias prévias.

Graziela Olívia Da Silva Fernandes; João Batista Pinheiro Barreto; Rosilma Gorete Lima Barreto; Giancarlo De Souza Marques; Nikolay Coelho Da Mota; Bruno Henrique Da Silva Pereira; Yvanna Lopes Carvalhal;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

TL098 - A influência dos linfócitos t cd4 dos pacientes com hiv+ portadores do hpv anal tratado e em seguimento com citologia do canal anal.

INTRODUÇÃO: O papilomavirus humano (HPV) é o mais comum dos agentes etiológicos sexualmente transmissíveis que provocam doenças na região perianal no doente HIV+. A grande incidência de recidivas e a possibilidade de carcinoma indicam a necessidade de seguimento nesses pacientes. Há poucos estudos avaliando a evolução citológica em relação aos linfócitos T CD4, marcadores da imunidade e por isso, é motivo de nosso estudo.

OBJETIVO: Avaliar se a dosagem sérica dos linfócitos T CD4 interfere na evolução citológica anal dos pacientes HIV positivo, portadores do HPV anal. **MÉTODO:** Estudo observacional e

retrospectivo, comparando as contagens séricas dos linfócitos T CD4 com a evolução da citologia do canal anal de 157 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, portadores do HIV e em seguimento ambulatorial por lesões pelo HPV, no período de maio de 2010 a julho de 2015. As coletas do CD4 e da citologia foram realizadas no mês 0 e comparadas com as obtidas após 6 e 18 meses. Os achados citológicos foram classificados em melhores, piores ou inalterados em relação aos exames iniciais. O CD4 de 350 células/mm³ foi o limite entre os doentes com melhor e pior imunidade. Os resultados foram submetidos à avaliação estatística, sendo utilizado 5% para afastar a hipótese de nulidade. RESULTADOS: Não notamos diferença quando avaliamos as dosagens séricas do CD4 ($p = 0,232$) para piora ($p = 0,232$) ou melhora ($p = 0,138$) da citologia anal. Também observamos que no 6º mês, as citologias mantiveram-se inalteradas em 45% das amostras, pioraram em 20% e apresentaram melhora em 35%. No 18º mês, melhoraram em 46%, pioraram em 21% e não se alteraram em 33%. Os pacientes que apresentaram piora citológica no 6º mês, mantiveram a mesma citologia após 18 meses. A análise estatística não mostrou diferença ($p = 0,311$) dos padrões citológicos entre o sexto e o 18º mês. CONCLUSÃO: As dosagens séricas dos linfócitos T CD4 não mostraram relação com a evolução citológica dos doentes avaliados nas condições de execução do presente estudo. Aline Pozzebon Gonçalves; Sidney Roberto Nadal; Luis Roberto Manzione Nadal; Thiago Da Silveira Manzione; Carmen Ruth Manzione;
CLINICA PRIVADA

TL099 - **Achados colonoscópicos relacionados à indicação**

A colonoscopia permite, desde a década de 60, a visualização completa da mucosa do cólon e íleo terminal sendo considerado um método completo na investigação das doenças colorretais. Uma de suas principais indicações além do rastreamento do câncer colorretal, é na hematoquezia. A vantagem da colonoscopia em relação a outros exames complementares é a sua habilidade de prover o diagnóstico e uma terapêutica, quando indicada. O objetivo do trabalho é analisar os achados colonoscópicos dos exames realizados no Hospital Universitário de Brasília, no período de março de 2003 a março de 2016, comparando com a indicação, seja ela de rastreamento ou de diagnóstico. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo baseado nos laudos de colonoscopias realizadas no Serviço de Coloproctologia, em caráter ambulatorial, através de um banco de dados, no período de 13 anos, totalizando 3494 resultados. Do total de colonoscopias realizadas, 81,7% foram para fins de diagnóstico de pacientes sintomáticos, sendo o sintoma mais comum para indicação do exame a hematoquezia (17,2%). Nos exames de rastreamento obteve-se entubação cecal em 95,2% das colonoscopias. O principal achado nos exames de diagnóstico e nos exames de rastreamento foram os pólipos colônicos, com $p=0,029$. O câncer colorretal está presente na amostra de rastreamento em 1% dos exames e na amostra de diagnóstico em 6,5%, com $p=2,84$. Nos pacientes sintomáticos que realizaram colonoscopias 51,6% tinham alteração no exame, sendo o achado mais comum a presença de pólipos colônicos com significância estatística, em relação ao grupo de pacientes assintomáticos inseridos no grupo de rastreamento. A qualidade da colonoscopia no grupo de rastreamento está de acordo com a literatura. A incidência de câncer colorretal nos exames é de 7,5%.

Natascha Mourão Moreira; Bruno Augusto Alves Martins; Romulo Medeiros De Almeida; Antonio Carlos Nóbrega Dos Santos; Flavia Berford Leão Dos Santos Gonçalves De Oliveira; Luiz Felipe De Campos-Lobato; Paulo Gonçalves De Oliveira; João Batista De Sousa;
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUB

TL100 - Achados endoscópicos em pacientes submetidos a colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal. Título:

Introdução: O câncer colorretal é um problema de saúde mundial, com altas taxas de incidência e mortalidade em nível global. A colonoscopia tem papel fundamental no rastreamento desta neoplasia pela possibilidade de identificação de lesões precoces, muitas vezes oligo ou assintomáticas, e pelo benefício de remoção de lesões pré-malignas, interferindo diretamente na sequência adenoma-carcinoma. **Objetivo:** Identificar os principais achados colonoscópicos em paciente com indicação de rastreamento para câncer colorretal, de um hospital terciário em Salvador. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, análise de 336 laudos de pacientes submetidos a colonoscopia, no período de janeiro de 2015 até Julho de 2016. Realizado preparo de cólon com manitol e os pacientes foram submetidos a sedação com propofol. **Resultados:** Dos 336 pacientes analisados com indicação de colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal, 62,2% (209 pacientes) eram do sexo feminino e 37,8% (127 pacientes) eram do sexo masculino, apresentavam uma média de idade de 59 anos. Dentre os achados encontrados, pólipos colônicos tiveram uma maior prevalência nos exames, apresentando uma incidência de 36,3% (122 pacientes). Exames normais apresentou uma taxa de 36,6% (123 pacientes). Em 35,7% (120 pacientes) foi encontrado doença diverticular. Lesões sugestivas de neoplasia representaram 3,2% (11 pacientes) dos achados nos exames. Entre outros achados encontrados estavam doença hemorroidária, angiectasias, colopatia hipertensiva portal, e outros achados com menos significância na amostra. No estudo não houve complicações em relação a sedação durante o exame. Os pólipos foram o diagnóstico mais frequente no estudo, assim como na literatura mundial, o que reforça a alta prevalência dessa patologia. Os achados de lesões sugestivas de neoplasia também corroboram com dados internacionais. **Conclusão:** A colonoscopia é o melhor exame para rastreamento neoplásico, pois permite a possibilidade terapêutica impedindo a transformação de adenomas em carcinomas.

Carlos Ramon Mendes; Joana Paula Pessoa; João Luiz Silva; Geislane Alcantara Santos; Thiago Faria Magalhães; Gutemberg Marques Lopes; Paulo Vitor Soares; Antonio Carlos Carvalho;
HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TL101 - Achados endoscópicos em pacientes submetidos a retossigmoidoscopia de urgência por sangramento retal.

Introdução: Retossigmoidoscopia é um dos principais métodos propedêutico para investigar sintomas intestinais, serve como parâmetro para a realização da colonoscopia. Alguns autores estabeleceram que a colonoscopia deve ser indicada quando se identifica lesão polipóide neoplásica, ou seja, adenoma, maior que 1 cm, no exame distal, dentre outras causas. O emprego de rastreamento com retossigmoidoscopia flexível reduz a mortalidade por câncer colorretal em até 59% quando comparado a população não rastreada. **Objetivo:** Identificar as principais causas de solicitação de retossigmoidoscopia na emergência de um hospital terciário em Salvador. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, coleta de 58 laudos de pacientes submetidos a retossigmoidoscopia flexível no período de janeiro de 2015 até fevereiro de 2016. **Resultados:** Dos 58 pacientes analisados com solicitação de retossigmoidoscopia com caráter de urgência provenientes da emergência, 59% (34pacientes) eram do sexo feminino, média de idade de 49 anos. Dentre os achados encontrados, a doença hemorroidária apresentou uma maior prevalência nos exames, apresentando 36% (21 pacientes). Com 12% (7 pacientes) foram encontrados três patologias, sendo elas, doença diverticular, pólipos em reto e suspeita de doença inflamatória intestinal em atividade. Exames normais eram 10% (06 pacientes). Lesões sugestivas de neoplasia representaram 5% (03 pacientes) dos achados nos exames. Entre outros achados encontrados estavam plicoma anal, úlceras em reto, varizes retais, prolapso retal, processo inflamatório inespecífico, entre outros achados com menos

significância na amostra. Conclusão: A retossigmoidoscopia é um exame útil para afastar alguns casos de hemorragia digestiva baixa e, principalmente diagnosticar doenças e lesões orificiais.

Carlos Ramon Mendes; Joana Paula Pessoa; Gutemberg Marques Lopes; João Luiz Silva; Geislane Alcantara Santos; Thiago Faria Magalhães; Paulo Victor Soares; Antonio Carlos Carvalho;

HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TL102 - Análise de achados de exames de colonoscopia em pacientes entre 40 e 50 anos em um serviço de referência em endoscopia do estado da Bahia

A colonoscopia como exame de rastreamento para câncer colorretal (CCR) já é bem estabelecido em população de pacientes acima de 50 anos, permitindo diagnóstico precoce, com consequente redução de mortalidade. No entanto, nos pacientes entre 40 e 50 anos, ainda que estejamos nos deparando com aumento na incidência de CCR neste grupo, o uso do exame com este fim ainda é controverso mesmo na presença de sintomas, já que as causas de origem benignas ainda são responsáveis pela maioria dos casos. Objetivo foi avaliar o resultado de colonoscopias realizadas em pacientes sintomáticos entre 40 e 50 anos no hospital de referência em diagnóstico endoscópico da Bahia. Estudamos resultados de colonoscopias de paciente entre 40 e 50 anos, realizadas de janeiro de 2011 a julho de 2016. Os dados foram analisados em programa estatístico SPSS versão 20.0. Um total de 369 exames foi avaliado no período, sendo 162 (43,1%) do gênero masculino e 207 (56,1%) feminino. O preparo de cólon foi realizado com bisacodil, seguidos de manitol oral a 20% e a maioria (86,72%) estava em boas condições. Da amostra, 69 (18,7%) pacientes estavam internados no hospital e 300 (81,3%) eram de outras unidades ou ambulatoriais. As indicações mais frequentes foram: sangramento digestivo baixo (27,1%), diarreia crônica (15,4%), dor abdominal (12,2%), doença inflamatória intestinal-DII (8,9%) e outras indicações (35,2%). Encontramos 127 (34,4%) exames normais, 196 (15,7%) com pólipos colônicos, 56 (15,1%) com DII, 38 (10,2%) com doença diverticular e 16 (4,33%) exames com lesão suspeita de CCR, entre outros diagnósticos. O rastreamento do CCR com colonoscopia em pacientes maiores de 50 anos é consenso e faz parte da prática clínica. Em pacientes menores de 50 anos o uso de colonoscopia como método de triagem não é bem definido. Estudos que avaliaram este grupo populacional com sangramento digestivo baixo associado, não indicam colonoscopia e outros estudos concluem que o exame só deve ser usado nos pacientes com sangramento e fator de risco para CCR. No entanto há outros estudos que advogam que pacientes jovens com sangramento digestivo e idade entre 40 e 50 anos devem ter o cólon estudado com colonoscopia. Na amostra deste trabalho encontramos 4,33% dos pacientes entre 40 e 50 anos com exame suspeito para CCR e 25,3% dos pacientes com pólipos colônicos ou DII, que podem ser fator de risco. Mais estudos que avaliem a eficácia da colonoscopia como exame de rastreio em pacientes abaixo de 50 anos são necessários para validar o seu uso.

Luciana Pereira Andrade Vilas Boas; Paulo Vitor Lima Soares; Geislane Alcântara Dos Santos; Gutemberg Marques Lopes; Joana Carolina Saraiva De Paula Pessoa; Thiago Faria Magalhaes; Antonio Carlos Carvalho; Carlos Ramon Mendes;

HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TL103 - Avaliação do uso da cromoscopia com indigo carmim na detecção de pólipos no ceco e no cólon ascendente

A colonoscopia como método de rastreamento é capaz de diminuir a incidência e a mortalidade relacionada ao câncer colorretal, sobretudo pela possibilidade de diagnosticar e remover

pólipos, sabidamente lesões potencialmente pré-cancerosas. Entretanto a detecção de pólipos durante a colonoscopia pode ser falha, sobretudo nos cólons proximais. **Objetivos:** Avaliar o impacto da utilização da cromoscopia com índigo carmim na identificação de pólipos no ceco e no cólon ascendente e as possíveis correlações entre o número de pólipos identificados após a cromoscopia com as características dos pacientes e com os resultados histopatológicos. **Métodos:** Foram estudados dois grupos de pacientes, prospectivamente, com e sem a utilização de índigo carmim. No grupo convencional (G1/101 pacientes), o ceco e o cólon ascendente foram avaliados uma segunda vez de forma convencional, sem cromoscopia. No grupo cromoscopia (G2/102 pacientes), esses mesmos segmentos foram avaliados uma segunda vez, após a utilização do corante índigo carmim. **Resultados:** Nos dois grupos foram identificados número adicional de pólipos após a segunda avaliação, mas apenas no grupo com cromoscopia esse número atingiu significância estatística. Após a segunda avaliação, o número de pacientes nos quais se encontrou pelo menos um pólipo adicional foi significativamente maior no G2 (23 ou 22,5% versus 9 ou 8,9% com $p=0,008$). O número de pacientes que tiveram pelo menos um pólipo nas duas avaliações somadas foi significativamente maior no G2 (53 ou 52% versus 27 ou 26,7% com $p=0,0002$). O número de pólipos encontrados na segunda avaliação também foi significativamente maior no G2 (50 ou 76,9%) em relação ao G1 (15 ou 23,1%), com $p<0,0001$. Observou-se, portanto, significativo aumento na detecção de pólipos após a utilização do corante, em relação ao grupo convencional, resultando em ganho de performance endoscópica. A maioria das lesões (68%) removidas após a cromoscopia correspondeu a adenomas. **Conclusões:** o ganho de performance na detecção de pólipos no ceco e no cólon ascendente com o emprego da cromoscopia com índigo carmim, confere importante relevância na prevenção do câncer colorretal a este método, devendo seu uso ser incentivado na prática clínica.

Rodrigo De Almeida Paiva; Antônio Lacerda Filho; Felipe Ferreira Da Mota; Alice Vargas De Aquino Oliveira; Mariana Campos Palma; Augusto Fernando Coelho Ferreira Junior; Paulo Rocha França Neto;

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

TL104 - **Desafios na colonoscopia do paciente idoso**

Introdução. A população brasileira está envelhecendo, esta é a indicação das últimas estatísticas oficiais do IBGE. O número de brasileiros acima de 65 anos deverá quadruplicar até 2060, passando dos atuais 14,9 milhões (7,4% do total), para 58,4 milhões (26,7% do total). Dentre os vários fatores relacionados ao aparecimento dos pólipos, a faixa etária elevada destaca-se como o principal fator de risco. **Objetivo.** Identificar e comparar os achados da colonoscopia em pacientes idosos e com os da população mais jovem. **Métodos.** Estudo retrospectivo dos achados em pacientes submetidos a colonoscopia, no período de Julho de 2015 a Março de 2016. Foram registrados os seguintes dados: gênero, idade, procedimento realizado (colonoscopia), intubação cecal, motivos do insucesso de intubação cecal, realização de biópsias, realização de polipectomias, topografia dos pólipos, qualidade do preparo pela Escala de Boston. A análise univariada pelo teste T e significância estatística com $p<0,05$. **Resultados.** Um total de 1185 pacientes foram selecionados, sendo 976 < 65 anos (82%) e 209 > 65 anos (18%). No subgrupo de pacientes <65 anos (976 pacientes) a intubação cecal foi obtida em 961 pacientes (98%). A polipectomia foi realizada em 292 (30%) e a localização topográfica foi: 111 (29%) proximais a flexura esplênica e 266 (71%) distais a flexura esplênica. O preparo foi satisfatório (índice >5) em 892 (91%). No subgrupo de pacientes >65 anos (209 pacientes), a intubação cecal foi obtida em 200 pacientes (96%), a realização de biópsia foi necessária em 35 pacientes (17%) e polipectomia em 103 (48%). A localização topográfica das polipectomias foi: 57 (36%) proximais a flexura esplênica e 102 (64%) distais a flexura esplênica. O preparo foi satisfatório (índice >5) em 178 (85%) e insuficiente em 5 (2%), sendo

que em 26 (13%) pacientes não houve registro. Na comparação dos dois subgrupos de faixa etária, não se observou diferença quanto à distribuição de gênero ($p=0,069$), à intubação cecal ($p=0,25$) e à necessidade de realização de biópsias ($p=0,13$), porém notou-se diferença entre a localização topográfica e necessidade de realização de polipectomia ($p=0,03$ e $p<0,01$, respectivamente) e a qualidade do preparo do cólon ($p<0,01$). Conclusão. Conclui-se que o paciente idoso apresenta uma tríade desafiadora para o colonoscopista: maior prevalência de neoplasias, lesões mais proximais no cólon e preparo colônico mais difícil.

Eduardo Rosetti Filho; Eduardo Rosetti; Martha Cruz Sperandio; Carlos Alberto Castro Fagundes; Joubert Almeida Esteves;
HOSPITAL METROPOLITANO

TL105 - Importância da realização de colonoscopia em pacientes abaixo de 50 anos

INTRODUÇÃO A colonoscopia é um método adequado na investigação das doenças colorretais, com destaque para os pólipos e neoplasias, sendo considerada diagnóstica e terapêutica.

Permite a identificação precoce de lesões em pessoas de grupos de risco, investiga os sinais e sintomas, visualiza a mucosa do íleo terminal, cólons, reto e faz a análise macroscópica das lesões encontradas. **OBJETIVOS:** Avaliar as indicações e os resultados da realização da colonoscopia em pacientes menores de 50 anos submetidos ao exame. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo retrospectivo através da revisão de laudos de colonoscopia de pacientes com idade inferior a 50 anos, de ambos os sexos, submetidos a colonoscopias eletivas em um Hospital Universitário. O período do estudo foi de setembro de 2012 a maio de 2016. Neste período foram realizadas 144 colonoscopias pelo Serviço de Coloproctologia e em paciente com idade inferior a 50 anos. Uma vez tabulados, foram extraídos dados clínicos e demográficos (idade, sexo, indicação do exame, achados do exame) buscando a correlação entre os mesmos.

RESULTADOS: Dos 144 pacientes avaliados, 88 (61,1%) eram mulheres e 56 (38,9%) homens. Todos os pacientes apresentavam menos de 50 anos, sendo a média de idade 40,01 (14 – 49) anos. As indicações mais comuns para o exame foram: Hematoquezia ($n=53$; 36,8%), pré-operatório de cirurgia orificial ($n=33$; 22,9%) e Constipação Crônica ($n=20$; 13,9%). Outras indicações foram: dor anorretal ($n=8$; 5,5%), controle de pós-polipectomia ($n=8$; 5,5%), dor abdominal ($n=6$; 4,1%) e controle de retocolite ulcerativa ($n=3$; 2%), dentre outros. Cento e dezessete pacientes (81,3%) tiveram exames completos e 27 (18,7%) incompletos. Cento e quatro (72,2%) pacientes apresentaram exame endoscópico normal. Quinze (10,4%) pacientes apresentavam inflamação de cólons e/ou reto. Nove (6,2%) apresentavam doença diverticular. Onze pacientes (7,6%) apresentaram pólipos e dois (1,4%) pacientes apresentavam lesões tumorais. **CONCLUSÕES:** A colonoscopia é um exame de grande utilidade na avaliação dos cólons e reto mesmo em pacientes com idade inferior a 50 anos, respeitando-se as indicações para sua realização. Contribui de maneira efetiva para diagnóstico de afecções colorretais e prevenção e identificação de neoplasias colorretais.

Graziela Olívia Da Silva Fernandes; Rosilma Gorete Lima Barreto; Nikolay Coelho Da Mota; Giancarlo De Souza Marques; Bruno Henrique Da Silva Pereira; Yvanna Lopes Carvalho; João Batista Pinheiro Barreto;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

TL106 - Perfil dos atendimentos em serviço de coloproctologia de um centro de referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, Salvador- Bahia

Introdução: As afecções sexualmente transmissíveis em região anorretal têm aumentado mundialmente. No Brasil, centros de referência para assistência às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) oferecem atendimento uroginecológico, mas o proctológico

não é disponibilizado na maioria dos serviços. O objetivo deste trabalho é descrever o perfil de atendimentos no serviço de coloproctologia em um centro de referência em IST, Salvador-Bahia. Métodos: Trata-se de estudo transversal, utilizando planilha de atendimentos realizados no ambulatório de proctologia no período de maio de 2015 a abril de 2016, na qual foram registradas informações relativas às características clínico-epidemiológicas e laboratoriais. Foram oferecidos exames sorológicos para HIV, Hepatites B e C, HTLV e Sífilis, além de pesquisa de gonorreia e clamídia, coleta de citologia e colposcopia anal. Os dados foram digitados e tratados no programa SPSS versão 20.0. Foram garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos indivíduos atendidos. Resultados: No período de estudo foram feitas 1.199 consultas proctológicas nas quais realizadas 317 citologias anais, 394 colposcopias anais e 161 pesquisas para gonorreia e clamídia. 601 pacientes (50,1%) foram atendidos como primeira consulta, sendo a idade média de 33,2 anos ($\pm 11,9$ anos); 56,6% do sexo masculino; 43,4% do sexo feminino, das quais 5,7% gestantes. 58,4% apresentaram lesões sugestivas de HPV; 34,9% hemorroidas; 24,1% dor anal e 20,8% úlceras ou fissuras. A prevalência de HIV foi 40,9% e sífilis 14,5%. Das associações encontradas: sexo masculino, infecção por sífilis, presença de úlcera/fissura em relação à positividade para HIV ($p < 0,001$); sexo feminino e jovens de até 24 anos com lesões sugestivas para HPV ($p < 0,001$). Conclusão: O expressivo número de indivíduos com doenças anorretais, IST e HIV positivo encontrado demonstra a necessidade de acompanhamento especializado com vistas a redução de suas incidências.

Eda Maria Vinhaes Dantas; Ana Gabriela Travassos; Monaliza Cardozo Rebouças; Tatiana Haguihara; Maiara Santos Timbó; Idalicio Da Silva Bastos Filho;
CEDAP-SESAB

TL107 - Análise comparativa de ressecções colorretais laparoscópicas e convencionais no serviço de residência de coloproctologia do HUSF

Introdução: o acesso laparoscópico tem sido uma alternativa em ressecções colorretais, com retorno precoce as atividades e seguro do ponto de vista oncológico. Objetivo: comparar os resultados entre ressecções colorretais pelo acesso convencional e laparoscópico no programa de residência médica de coloproctologia do HUSF. Método: foram analisados 50 casos de ressecções colorretais em pacientes portadores de neoplasia. Foram divididos em dois grupos de 25 pacientes, sendo um grupo abordado por laparoscopia e outro por laparotomia. Foram excluídos os pacientes submetidos a procedimentos de urgência. Pode-se identificar que não houve diferença no tempo médio de internação (VLP: 5,8 dias/ Aberta: 5,56 dias). Houve uma diferença no tempo médio de cirurgia (VLP: 4,16 horas/ Aberta: 3,16 horas). Volume médio infundido no intraoperatório mostrou-se superior nos pacientes submetidos a laparotomia (VLP: 2140ml/ Aberta: 2880ml). Quanto a necessidade de infusão de hemoderivados, no grupo laparoscópico foi necessária transfusão em 1 paciente enquanto que no outro foi de 3. Nas complicações pós-operatórias o grupo submetido a cirurgia convencional apresentou 4 casos de complicação, e no grupo laparoscópico 3. Conclusão: a via laparoscópica mostra-se segura, com tempo cirúrgico maior e uma curva de aprendizado, e, número de complicações similares. Danilo Toshio Kanno; Vitor Rafael Pastro; Denise Graffitti D'Avila; Danielle De Campos Peseto; Carlos Augusto Real Martinez; Enzo Fabricio Ribeiro Nascimento; Ronaldo Nonose; Daniel De Castilho Da Silva;

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

TL108 - Análise de desfechos pós-operatórios em cirurgias colorretais laparoscópicas e convencionais

Introdução: A recuperação pós-operatória nas cirurgias colorretais representa um grande desafio para o cirurgião, e, por muito tempo, as rotinas foram guiadas por paradigmas tradicionais, muitas vezes, empíricos. Nos últimos anos, estudos baseados em evidências revisaram tais conceitos, estabelecendo estratégias para minimizar a resposta orgânica ao trauma e o retorno precoce da função intestinal, a fim de garantir recuperação rápida e tempo abreviado de internamento. O projeto ACERTO (Acelerando a Recuperação Total Pós-Operatória) é um protocolo brasileiro multimodal baseado no europeu ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) que visa acelerar a convalescência pós-operatória (PO) dos pacientes. Ademais, as vantagens do acesso laparoscópico são amplamente consolidadas e recomendadas, por promover menor manipulação das estruturas e menor agressão tecidual. **Objetivo:** baseado no ACERTO, comparar os grupos de pacientes submetidos a cirurgias colorretais laparoscópicas e convencionais. **Métodos:** foram analisados retrospectivamente, através de revisão de prontuários, pacientes submetidos a anastomoses colorretais eletivas em um serviço de coloproctologia de Salvador, no período de agosto 2015 a julho 2016. **Resultados:** sessenta pacientes foram incluídos na análise, com média de idade de 58,4 anos, sendo 34 mulheres e 26 homens. Destes, 26 (43%) foram submetidos à cirurgia videolaparoscópica (VLP) e 34 (57%), à cirurgia convencional. O tempo médio de jejum pré-operatório foi de 11 horas, semelhante em ambos os grupos. A reintrodução da dieta foi mais precoce nos pacientes submetidos à cirurgia VLP (1,27 vs. 2,57 dias). Nenhum dos pacientes utilizou sonda nasogástrica no PO imediato. Dez apresentaram íleo adinâmico após início da dieta oral, destes 8 casos do grupo convencional. O tempo de internamento foi expressivamente menor no grupo de cirurgia VLP (6 vs. 10 dias). O uso de drenos foi semelhante nos dois grupos (em 18 pacientes do grupo VLP e em 22 pacientes do grupo convencional). Todos os pacientes iniciaram profilaxia para tromboembolismo no 1º dia PO. **Conclusão:** Observou-se melhores resultados no grupo submetido à laparoscopia, em relação a início da dieta, ocorrência de íleo e tempo de internação.

Larissa Andrade Da Costa; Mayara Maraux Braga; Lina Maria Goes De Codes; Isabela Dias Marques Da Cruz; Aline Landim Mano; Flavia De Castro Ribeiro Fidelis; Elias Luciano Quinto De Souza; Euler De Medeiros Ázaro Filho;
HOSPITAL SAO RAFAEL

TL109 - Análise de fatores relacionados ao tempo de internamento pós-operatório em cirurgias colorretais

Introdução: A recuperação pós-operatória nas cirurgias colorretais representa um grande desafio, e, por muito tempo, as práticas foram baseadas em paradigmas tradicionais, muitas vezes empíricos. Nos últimos anos, estudos têm revisado tais conceitos, estabelecendo estratégias que minimizam a resposta orgânica ao trauma, favorecendo o retorno precoce da função intestinal, e tempo abreviado de internamento. Com esse foco, foram criados protocolos multimodais brasileiros e internacionais. **Objetivo:** Comparar características e fatores relacionados ao manejo dos pacientes submetidos a ressecção colônica no nosso serviço no último ano, relacionando-os com o tempo de internamento pós-operatório. **Métodos:** Realizou-se análise retrospectiva dos pacientes submetidos a cirurgia de ressecção colônica no período de um ano, através de revisão do prontuário, coletando características demográficas, dados da cirurgia, manejo do jejum, ocorrência de íleo adinâmico, uso de sondas e drenos e profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV). Os pacientes foram divididos em dois grupos - grupo A: alta hospitalar até o 5º dia pós-operatório (DPO) e grupo B: alta hospitalar após o 5º DPO. Foram então comparadas as características de ambos. **Resultados:** Foram incluídos 60 pacientes com média de idade de 58,6 anos, sendo 53,3% do

sexo feminino. Setenta e um por cento tinham doença maligna e 40% foram submetidos a cirurgia laparoscópica. Todos receberam profilaxia para TEV no 1º DPO e nenhum teve sonda nasogástrica no pós-operatório imediato. Do total, 55% obtiveram alta até o 5º DPO. Comparando o grupo A com o B, encontramos diferenças significantes em relação à proporção de doença maligna (60% vs. 85%), ao tempo de jejum total (40h vs. 71,25h), ao dia de reintrodução da dieta (no 1º DPO – 78,8% vs. 40,7%), à ocorrência de íleo adinâmico (3% vs. 33%) e à via de acesso (laparoscópica ou híbrida – 54% vs. 29,6%). Outras características não demonstraram diferenças significativas nos dois grupos, como a idade, o tempo de jejum pré-operatório, o tipo de preparo de cólon, o uso de dreno e o tempo de cirurgia. Conclusão: A análise destes resultados expõe o impacto positivo da diminuição do tempo de jejum e da cirurgia laparoscópica na recuperação pós-operatória, sugerindo a importância da adoção de protocolos que otimizem tais variáveis.

Mayara Maraux Braga; Larissa Andrade Da Costa; Lina Maria Goes De Codes; Isabela Dias Marques Da Cruz; Aline Landim Mano; Flávia De Castro Ribeiro Fidelis; Elias Luciano Quinto De Souza; Euler De Medeiros Azaro Filho;
HOSPITAL SÃO RAFAEL

TL110 - Avaliação do valor preditivo da Proteína C Reativa (PCR) e a formação de fistulas em anastomoses colônicas.

Introdução: O avanço das técnicas operatórias e os dispositivos de grampeamento cirúrgico usados atualmente não foram suficientes para eliminar uma das complicações mais temidas nas cirurgias que envolvem anastomoses colônicas, as fistulas. Fatores como o estado nutricional do paciente, anastomoses realizadas em condições de emergência e fechamentos tensos estão relacionados com maior incidência do aparecimento das fistulas (até 40%), o que eleva os riscos de sepse, tempo de internação e mortalidade em até 15%. Por isso, o diagnóstico precoce das fistulas colônicas tem papel fundamental para boa evolução clínica do doente e diminuição das taxas de morbimortalidade. Porém não dispomos de um método de alta eficiência no diagnóstico precoce desta complicação e os critérios clínicos de tais paciente em pós operatório não apresentam bom valor preditivo para identificação inicial. **Objetivos:** Avaliar a correlação entre a dosagem de Proteína C Reativa (PCR), e a identificação precoce da formação de fístulas em pacientes submetidos a anastomoses envolvendo o colon. **Métodos:** Análise retrospectiva em prontuário eletrônico, sendo incluídos ao trabalho todos os pacientes submetidos a anastomoses que envolviam o colon, entre junho de 2015 e junho de 2016, com dosagens seriadas de PCR e excluídos os casos em que não haviam ao menos 3 dosagens seriadas nos primeiros pós operatórios. **Resultados:** Foram revisados prontuários de 26 pacientes que correspondiam aos critérios de inclusão. Entre os pacientes avaliados houve formação de fístula em 3 casos (11,5%) sendo que em 100% desses casos os valores de PCR mantiveram-se elevados ao menos 2 dias prévios ao diagnóstico. Nos 23 casos em que não houve formação de fístula, foi possível observar um decréscimo progressivo nos valores de PCR, em média de início entre o terceiro e quarto pós operatório. **Conclusão:** Apesar da amostragem pequena, a observação do decréscimo nos valores de PCR entre os pacientes que não houve formação de fistulas aparenta ser importante, já que pode inferir um fator preditivo negativo da complicação e isto na prática médica pode trazer impacto na redução do tempo de internação, muitas vezes prolongado desnecessariamente.

Bruno Amantini Messias; Andre De Melo Ribeiro; Alexandre Andrade Da Silva Cherao; Giovanna Riccitelli Couto; Kandyce Kathleen Sganzerla; Reinaldo Robalinho Filho; Leonardo Marques Silveira; Vitoria Castro Marcos;
HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA

TL111 - Colectomia direita videolaparoscópica: anastomose intra-corpórea versus extra-corpórea.

Introdução: A colectomia direita por vídeo é um procedimento padronizado. No início da experiência laparoscópica a anastomose era realizada preferencialmente extra-corpórea, por meio de uma pequena incisão mediana. Mais recentemente, a confecção de anastomose intra-corpórea tem sido um atrativo aos coloproctologistas pela menor tração do meso, melhor resultado estético e menor risco de hérnia incisional. **Objetivo:** Comparar morbidade perioperatória da colectomia direita com anastomose extra-corpórea e intra-corpórea.

Métodos: Análise retrospectiva de dados coletados prospectivamente de 82 casos operados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 2012 e 2016. As complicações pós-operatórias foram classificadas pela escala de Clavien-Dindo em até 30 dias após a cirurgia. Foi considerada complicação grave Clavien grau 3 ou maior. Os dados foram analisados com uso do programa SPSS®. **Resultados:** Foram 82 pacientes operados, 24 (29,3%) com anastomose intra-corpórea e 58 (70,7%) com anastomose extra-corpórea. A média de idade era de 63,9 ± 12,1 anos. As populações não apresentavam diferença estatística quanto a idade, comorbidades, Índice de Massa Corpórea (IMC), Hemoglobina pré-operatória e classificação do ASA. No geral, 56 (68,3,1%) pacientes não tiveram complicações, as complicações foram grau I em 14 (17,1%) pacientes, grau II em 7 (8,5%) pacientes, grau IIIa em 1 (1,2%) pacientes, grau IVa em 2 (2,4%) paciente e grau V em 2 (2,4%). Não houveram complicações grau IIIb ou IVb. Deiscência de anastomose ocorreu em 1 (1,2%) paciente, reoperação foi necessária em 1 (1,2%) paciente. Não houveram conversões ou complicações intra-operatórias. A comparação entre anastomose intra-corpórea e extra-corpórea não teve significância estatística em nenhum dos parâmetros analisados. Houve uma tendência de menor tempo cirúrgico para o grupo da anastomose extra-corpórea (média de 199 minutos versus 223 minutos, p=0,76), porém não atingiu relevância estatística. **Conclusão:** A colectomia direita videolaparoscópica é um procedimento de baixa morbidade. Tanto a anastomose intra-corpórea quanto a extra-corpórea, são bastante seguras, podendo o cirurgião usar a técnica de sua preferência, porém a comparação ambas necessita de uma casuística com número maior para comparação devido a raridade das complicações.

Lucas Soares Gerbasi; Rodrigo Ambar Pinto; Mariane Gouvea Monteiro De Camargo; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Diego Fernandes Maia Soares; Fábio Guilherme Caserta Maryssael Campos; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Cecconelo;

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

TL112 - Quality of life assessment in patient with anismus- are we missing something?

Introduction: Anismus (or paradoxal contraction of puborectalis muscle) is a common evacuatory alteration who affects a significant quota of individuals. The quality of life (QOL) of these individuals is affected in various ways. **Objective:** Evaluate the QOL in its various aspects of individuals with anismus through a validated questionnaire (SF36) to highlight aspects that are frequently missed with a normal clinical evaluation and use it to evaluate future treatment results in the right perspective. **Methods:** 8 patients were enrolled, 5 females (62,5%), mean age 51,5 (34-70 years). All patients were clinically and instrumentally (anorectal manometry) diagnosed with anismus. All were submitted to a preliminary evaluation with a validated questionnaire (SF36) in order to evaluate multiple aspects of QOL. All patients were submitted to the questionnaire, and all replies was calculated and transformed in scales. The scales calculated represent the score for Physical Function, Role-Physical, Body Pain, General Health, Vitality, Social Functioning, Role Emotional, Mental Health and Reported Health. All results were resumed in a global score that includes all the scales. We focused our study on Social Functioning, Role Emotional and Mental Health scales to evaluate is there is an area that affects QOL complaints that we need to focus for properly approaching this evacuatory

alteration, in order to treat it as a whole in the right perspective without missing aspects that can affect the clinical results. Results: The results obtained shows that all the patient have a poor Social Functioning score (mean 15,625 scale 40 to -12) a slightly below average Role Emotional score (mean 45,75, scale 0-100) and poor Mental Health (mean 25,874 scale 54 to -8). Especially in Mental Health, we can observe some extremes, with patients with a good punctuation and patients with very low score in the scale (-6 to 54). Conclusion: evaluating QOL in patients with animus with a validated questionnaire is useful for a global clinical approach, to modulate an integrate treatment with the correct perspective.

Umberto Morelli; Claudia Luciana Fratta; Maria De Lourdes Ayrizono; Raquel Franco Leal; Carlos Augusto Real Martinez; José João Fagundes; Claudio Saddy Rodrigues Coy;
CLINICA PRIVADA

TL113 - Resultados do Reimplante do Eletrodo de Neuroestimulação Sacral para Incontinência Fecal: um Estudo de Coorte

Introdução: eventos adversos e complicações foram descritos após neuroestimulação sacral (NES) para tratamento de incontinência fecal (IF), podendo resultar em revisão cirúrgica e remoção do dispositivo. Reimplante do dispositivo pode ser viável, porém dados disponíveis sobre esses resultados são pouco concretos. Objetivo: o objetivo deste estudo foi determinar os resultados da NES para IF. Métodos: trata-se de um estudo retrospectivo a partir de uma base de dados mantida prospectivamente. Foram selecionados pacientes com IF submetidos a implante ou reimplante do dispositivo para NES entre 2011 e 2014. Foram comparados casos de implante primário com casos de reimplante utilizando o escore de IF da Cleveland Clinic (o melhor, 20 o pior). Resultados secundários incluíram a frequência, o tipo de efeito adversos e complicações. Resultados: Foram selecionados 112 pacientes submetidos a implante ou reimplante do condutor de NES entre 2011 e 2014. Dos 97 pacientes submetidos à fase de teste com estimulação nervosa, 93 foram submetidos a implante de estimulador permanente. Quinze pacientes foram submetidos a reimplante do eletrodo. Os grupos de implante primário e reimplante foram semelhantes em perfil demográfico, comorbidades e complicações (inclusive taxa de retirada do implante). A razão mais comum de reimplante foi relacionada aos eletrodos (6/15): quatro migrações, uma quebra e uma erosão. Diminuição significativa no escore de IF foi alcançada nos dois grupos. Comparando a eficácia da NES em diminuir o escore de IF em cada grupo, os pacientes com implante primário obtiveram resultados mais significativos na melhora do escore, comparado ao grupo de reimplante. Limitações: este estudo foi retrospectivo. Um grande número de pacientes com avaliação funcional incompleta foi excluído da análise. Conclusão: Apesar dos resultados do reimplante serem piores do que no implante primário, pode-se esperar melhora dos pacientes; justificando-se assim a indicação do reimplante.

Patrícia Costa Sant'Ana; Fábio Gontijo Rodrigues; Alejandro J. Cracco; Sami A. Chadi; Massarat Zutshi; Brooke Gurland; Steven D. Wexner; Giovanna Da Silva;
SANTA CASA BELO HORIZONTE

TL114 - Resultados parciais do emprego do agente de preenchimento exantial pacientes portadores de incontinência fecal

Incontinência anal é definida como a passagem involuntária e recorrente de fezes ou gás através do canal anal e representa distúrbio de etiologia multifatorial com impacto significativo na qualidade de vida devido ao transtorno físico e psicológico que acarreta. A incidência estimada encontra-se entre 2 e 7%, podendo alcançar valores de até 13,6% em pessoas com mais de 65 anos e 16,9% em populações acima de 85 anos. Dentre os tratamentos, principalmente em casos de ausência de lesões esfínterianas e/ou defeitos

isolados do esfíncter anal interno pode-se empregar o implante de agente de preenchimento anal. Objetivo: demonstrar resultados iniciais do emprego do agente de preenchimento anal Exantia[®] em pacientes portadores de incontinência fecal. Métodos: Incluídos no estudo pacientes portadores de incontinência fecal do ambulatório de fisiologia colorretoanal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sem defeito anatômico do esfíncter anal externo e com apenas defeitos pontuais do esfíncter anal interno. Resultados: Foram implantados Exantia em 11 pacientes, com média de idade de 64,8 anos (44-87), sendo 54,5% do sexo feminino. A média das pressões de repouso à manometria anorretal foi de 37,9 mmHg e o índice de assimetria do esfíncter anal interno em 45,45%. Ao se proceder ultrassonografia endoanal basal demonstrou-se ausência de alteração anatômica em 4 pacientes (36,3%), afilamento difuso do esfíncter anal interno em 3 pacientes (26,8%) e defeito anatômico da musculatura lisa em 4 pacientes (36,3%). A média em ml de agente aplicado por paciente foi de 5,5 ml (4-8 ml) e todos realizaram procedimento em regime ambulatorial. Quatro pacientes (36,4%) relataram febre nos primeiros dias após o implante do agente. Com relação à queixa de dor, 81,2% referiram queixa algica no pós-operatório, com intensidade média 7,3 em uma escala de 0-10 (3-10), entretanto, em apenas um paciente (9%) a sintomatologia no pós-operatório perdurou por mais de uma semana. A média do índice de incontinência anal antes do tratamento era de 10,2 (7-12) e após um mês foi de 7,3 (0-11), com melhora da qualidade de vida em 10 pacientes (91%). Todas as pacientes do sexo feminino apresentavam passado obstétrico e 63,6% tinham alguma comorbidade. Conclusão: a aplicação do agente de preenchimento Exantia[®] demonstrou-se segura e com bons resultados funcionais e de qualidade de vida na análise inicial.

Rodrigo Ambar Pinto; Isaac José Felipe Corrêa Neto; José Márcio Neves Jorge; Diego Fernandes Maia Soares; Lucas Soares Gerbasi; Mariane Gouveia Monteiro Camargo; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Cecconello;

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TL115 - São os achados manométricos importantes no manejo dos adultos com constipação intestinal crônica?

Introdução: O estudo eletromanométrico da região anorretal é um importante método de avaliar a continência anal, pela análise do mecanismo de contração esfínteriana. Objetivo: Avaliar adultos com constipação intestinal crônica através da eletromanometria anorretal e correlacionar seus achados com a escolha do tratamento adequado. Métodos: Estudo prospectivo envolvendo 234 pacientes com constipação intestinal crônica atendidos entre julho de 2011 e maio de 2016. Os pacientes foram avaliados através de um questionário sobre função intestinal e submetidos à eletromanometria anorretal (MAR). Foram avaliados: pressão de repouso (PR) (40-70 mmHg) e de contração (PC) (100-200 mmHg), RIRA/sensibilidade (10-30 ml) e capacidade retal (180-300 ml) e presença ou ausência de anismus. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparar os pacientes com hipotonia, normotonia e hipertonia, tanto em repouso, quanto de contração. Além disso, foram coletadas informações sobre realização de parto vaginal e cirurgias orificiais e trauma em região pélvica. Resultados: A média de idade foi 33 anos (18 – 45), 93% eram do sexo feminino (218), 11% das mulheres (25) relataram parto vaginal, 13 (5,9%) foram submetidos à cirurgia orificial. 52 pacientes (22,2%) apresentaram hipotonia esfínteriana de repouso (PR média: 29,74 mmHg), 71 (30,3%) apresentaram hipotonia durante contração (PC media: 80,49 mmHg), 20 (8,5%) apresentaram hipertonia esfínteriana de repouso e 11 (4,7%) apresentaram hipertonia durante contração. Anismus foi observado em 163 casos (69%). Capacidade retal aumentada foi detectada em 10 pacientes e diminuída em 76 pacientes. Sensibilidade retal estava aumentada em 41 pacientes (17,5%) e diminuída em 2 (0,8%). Houve diferença significativa ($p < 0.01$) quando os pacientes com hipotonia, hipertonia e normotonia foram comparados. Conclusão: O tratamento da

constipação deve ser diferenciado em pacientes com alterações da musculatura esfíncteriana baseados nos achados da eletromanometria anorretal.

Doryane Maria Dos Reis Lima; Gustavo Kurachi; Dayanne Alba Chiumento; Jorge Oliveira; Sthela Murad Regadas; Univaldo Etsuo Sagae;
HOSPITAL SÃO LUCAS

TL116 - Uso do biofeedback combinado com a dieta no tratamento da defecação obstruída associada ao anismus: fatores preditivos e resultados a curto prazo

Introdução: Biofeedback é terapêutica eficaz no anismus, ou contração paradoxal do músculo puborretal(CPPR), apesar de parcela considerável de pacientes não apresentar melhora da defecação obstruída(DO). Suas taxas de sucesso variam muito, mas poucos dados estão disponíveis sobre fatores preditivos de sucesso. **Objetivo:** Avaliar os resultados, a curto prazo, do biofeedback associado à dieta, em pacientes com DO devido a anismus, e investigar fatores que podem afetar os resultados. **Método:** Estudo prospectivo, entre 2012-2014, de pacientes com DO por anismus, avaliados por manometria anorretal(MAR) e defecografia, e tratados com biofeedback (6 sessões) combinado à dieta (20-30g de fibras, 1,5-2L de líquidos e laxativo osmótico diário). A resposta a terapia foi satisfatória (>50%) ou insatisfatória (<50%), de acordo com o score de constipação da Cleveland Clinic (Flórida), realizado antes e 6 meses após o tratamento. Gênero, idade, score de constipação, fatores funcionais (pressões anais de repouso e de contração e reversão da CPPR a MAR), e fatores anatômicos em mulheres (história e número de partos vaginais, menopausa, histerectomia e cirurgia anorretal anterior) foram analisados e correlacionados com a resposta ao tratamento. **Resultados:** 116 pacientes incluídos (75M:41H), com idade média de 54a. Das 75 mulheres, 33(44%) tinham história de parto vaginal(PV), 51(68%) de menopausa, 15(20%) de cirurgia anorretal prévia e 18(24%) de histerectomia. A média do score de constipação pós-tratamento(SCPT) foi de 14 para 6 ($p=0,00$)(redução de 54%). Uma média de 41(56%) das mulheres apresentou resposta satisfatória. Dessas, 10(24%) mostraram reversão da CPPR. Dos 41 homens analisados, 6(15%) tiveram cirurgia anorretal prévia. A média do SCPT reduziu de 11 para 5 ($p=0,00$)(redução de 57%). 27(66%) dos homens apresentaram resposta satisfatória e 2(7%) mostraram reversão da CPPR. Fatores como sexo, idade, PV anterior, menopausa, histerectomia, cirurgia anorretal prévia, pressões manométricas anorretais e reversão da CPPR não mostraram influenciar nos resultados. **Conclusão:** Biofeedback combinado com dieta é terapêutica válida para DO associada a anismus. Mais da metade dos pacientes, de ambos os sexos, referiu resposta funcional satisfatória, independente da reversão da CPPR na MAR. Não houve correlação entre fatores como sexo, idade, PV anterior, menopausa, histerectomia, cirurgia anorretal prévia e achados manométricos com maior chance de tratamento insatisfatório.

Sthela Maria Murad Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas; Lusmar Veras Rodrigues; José Airton Gonçalves Siebra; Francisco Wendel De Sousa Arruda; Carla Camila Rocha Bezerra; Benjamin Ramos De Andrade Neto; Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

TL117 - A constipação Intestinal interfere na qualidade de vida?

Introdução A qualidade de vida (QV) é a percepção de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, preocupações dos indivíduos. O SF-12 é um questionário sobre QV. Possui categorias que expressam estado geral de saúde, capacidade funcional, aspectos físicos, mental, emocional. As categorias são subgrupadas em 2 componentes relacionados ao domínio físico (CF) e mental (CM). O score de análise varia de 0 até 100% sendo que os valores mais elevados

representam uma melhor qualidade de vida. Objetivos Avaliar o impacto da QV em idosos com constipação intestinal (CI) Métodos A análise de dados foi descrito através de diferenças de médias das variáveis verificando seu impacto quando relacionada a CI. O ponto de corte é a mediana. Scores acima dela, são considerados como uma melhor qualidade de vida. A variável dependente dicotômica foi Constipação. As independentes foram: Componente Físico(QVRS Boa e QVRS Ruim), relacionada a prejuízo nas atividades diárias como trabalho, saúde física, movimentação; Componente Mental esta relacionado a sentimentos como desânimo, falta de energia, calmo, relação social, conforme a pontuação, é considerada QVRS Boa e QVRS Ruim. Resultados Considerando o CF nos homens, temos que a média para CI é 45,5 evidenciando uma menos QVRS quando se trata de CF para os idosos constipados. O Intervalo de confiança não esta sobreposto, indicando uma diferença nas médias. Para o sexo feminino, a média é de 43,7. Para ambos os sexos a media 47,6. Para o componente mental a média do sexo masculino e feminino, respectivamente, 56,8 e 57,1. Não evidenciou diferença de média para CM. A idade para o CF, apresenta maior destaque, já que a média dos idosos com 80 anos ou mais é de 38,2, diferindo dos idosos de 60-69 anos sem constipação com média de 49,5. É possível também verificar que a média dos idosos entre 70-79 anos que não apresentam constipação (45,2) difere para menos quando comparada a mesma faixa etária (45,7). A média do CF para os idosos de 60-69 anos com constipação (45,7), difere também mostrando uma piora na QV do CF para os idosos constipados ao longo dos anos (45,2 e 38,2). O CM não apresenta diferença entre as médias, variando entre 56,5 até 58,6 (Teste Rao Scott, $p=0,009$) Conclusões A CI influencia na QV no CF como as atividades diárias com aumento gradativo de acordo com a faixa etária.

Sâmia Gomes; Yeda Aparecida De Oliveira Duarte ; Maria Lucia Lebrão;
ESCOLA DE ENFERMAGEM USP

TL118 - Avaliação multidisciplinar do assoalho pélvico

Introdução: A disfunção colônica, anorretal e do assoalho pélvico vem acometendo um numero crescente de indivíduos, sendo particularmente comum entre as mulheres. Sabe-se que há uma forte correlação com o número de partos e com o processo do envelhecimento, envolvendo alterações anatômicas e funcionais da musculatura do piso pelviano e órgãos pélvicos. Objetivo: o objetivo do nosso trabalho é a demonstração da importância de se avaliar os pacientes com disfunção do assoalho pélvico através de uma interação multidisciplinar . Métodos: Entre outubro de 2015 e agosto de 2016, todos os pacientes encaminhados com sintomas de disfunção do assoalho pélvico(incontinência urinaria, fecal, defecação obstruída, urgência urinaria, infecção urinaria de repetição, prolapso genitais) foram submetidos a avaliação uroginecológica e proctológica concomitantemente, quando estabeleceu-se a necessidade de exames complementares(urodinamica, manometria, ultrassonografia, ressonância magnética) Todos os pacientes foram avaliados através de índice de incontinência fecal , índice de constipação e POP-Q e cirurgia virtual de Petros. Resultados: 15 pacientes do sexo feminino foram avaliadas devido a incontinência dupla (3), incontinência de urgência (2), incontinência fecal (3), prolapso retal (3) e sintomas de defecação obstruída (4). A avaliação multidisciplinar ajudou a indicação cirúrgica em 6 pacientes, tendo sido realizadas 3 ventropexias laparoscópicas (prolapso retal e enterocele), 2 colpopexias com sling (incontinência dupla e retocele)e uma reconstrução do septo reto vaginal devido a uma fistula anovaginal. Nao houve complicações. O índice de satisfação no pos-operatorio sugeriu propedêutica cirúrgica adequada. Conclusão: A integração para a avaliação dos distúrbios do assoalho pélvico promove uma melhor caracterização dos respectivos distúrbios e proporciona uma melhor indicação cirúrgica, otimizando os resultados

Oliveira Lcc; Roncatti V; Netto Fa; Mauro F;
CLINICA PRIVADA

TL119 - Desequilíbrio do reparo por excisão de bases está associado a pior prognóstico e modulação da resposta à quimioterapia no câncer colorretal

Introdução: A capacidade de reparo do DNA é determinante não apenas no desenvolvimento de uma neoplasia, mas também na resposta individual frente à terapia. Alterações no reparo por excisão de bases (BER) e de malpareamento (MMR) contribuem para a resistência a 5-fluoracil (5-FU) e temozolomida (TMZ). O desequilíbrio em diferentes etapas do BER pode influenciar o destino de células neoplásicas de diferentes maneiras, como por interferência nos intermediários metabólicos, que podem ter um papel determinante na sobrevida dos pacientes e na predição de terapias personalizadas. **Pacientes e métodos:** O desenho do estudo inclui dois braços: (1) Clínico: 70 pares de tumores colorretais esporádicos pareados com mucosa intestinal adjacente saudável foram analisados para expressão gênica (qPCR) do BER (MPG, OGG1, APE1, Pol β , PARP1, XRCC1) e MMR (MLH1 e MSH2) e proteica (imunohistoquímica), bem como para sua associação a características clínicas e histopatológicas. (2) in vitro: células de câncer colorretal (CCR) deficientes em MMR superexpressando MPG e XRCC1 foram tratadas com 5-FU e TMZ e avaliadas por viabilidade celular e metabolismo energético. **Resultados:** A superexpressão de componentes do BER foi associada a características de tumores mais agressivos e de pior prognóstico em pacientes com CCR (presença de invasão linfática e perineural; tumores com pouca diferenciação celular; estadió TNM avançado). Entretanto, apenas 5 casos apresentaram superexpressão de toda a via, configurando um desequilíbrio na maioria dos pacientes. Tumores com baixa expressão de MMR (24%) foram associados a redução dos níveis de mRNA em MPG, OGG1 e PARP1. In vitro, células superexpressando MPG, mas não XRCC1, tiveram sensibilidade aumentada a 5-FU e TMZ através de depleção de ATP e acúmulo de lactato. **Conclusões:** A superexpressão dos componentes BER é um preditor de prognóstico desfavorável em pacientes CCR e pode atuar como biomarcador de sensibilidade à quimioterapia.

Azambuja Db; Leguisamo Nm; Gloria Hc; Saffi J; Martins Tv; Laporte G; Cruz Jv; Kalil, An;
CLINICA PRIVADA

TL120 - Excisão Total do Mesoreto Transanal - Experiência Inicial de 34 casos

Introdução: A excisão total do mesoreto já é um conceito mundial de ressecção oncológica correta para o tratamento do câncer de reto, principalmente os tumores de reto médio para distal. Desde a primeira descrição da Excisão total do mesoreto (ETM) por Heald a mais de 30 anos, como forma de alcançar maior radicalidade com menores taxas de recorrência, o que de fato está acontecendo. Novas buscas por acessos menos invasivos com iguais ou menores taxas de recidiva vem sendo apresentadas. Uma destas formas de acesso seria o acesso transanal do mesoreto e desta forma resolveria este problema de dissecação do mesoreto em casos difíceis e com resultados atualmente bem promissores. **Objetivo:** apresentar casuística de dois serviços distintos submetidos a técnica híbrida de cirurgia ressecção de tumor de reto com acesso videolaparoscópico abdominal e com acesso transanal para a excisão total do mesoreto. **Método:** dados retrospectivamente no período de 2014 a 2016, todos os consecutivos pacientes submetidos a retossigmoidectomia com excisão total do mesoreto transanal elegíveis com neoplasia de reto médio ou distal realizado em dois serviços diferentes de cirurgia oncológica porém com cirurgiões com experiência em laparoscopia coloretal e portal único. **Resultados:** total de 34 pacientes sendo 20 do sexo feminino e 14 do sexo masculino, 18(52,9%) apresentavam algum tipo de comorbidade e 24(70,6%) realizaram neoadjuvância. Referente ao procedimento cirúrgico obteve-se média operatória em tempo abdominal de 88 minutos e transanal de 50 minutos, referente a complicações 7(20%) pacientes apresentaram complicações que necessitaram de rebordarem cirúrgica. Referente ao anátomo-patológico número de linfonodos dissecados média de 18 e a qualidade de mesoreto foi completa em 82,4%.

Conclusão: A Excisão Total do Mesoreto Transanal nesse primeiro estudo pode ser considerada uma técnica factível com resultados preliminares aceitáveis porém ainda necessita de mais estudos para consolidação da técnica.

Luis Gustavo Capuchin Romagnolo; Carlos Ramon Silverio Mendes; Sergio Eduardo Alonso Araujo; Armando Geraldo Franchini Melani; Maximiliano Cadamuro Neto; Marcos Vinicius Araujo Denadai; Carlos Augusto Rodrigues Veo;
HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS

TL121 - Impacto da modulação da via de reparo do DNA por excisão e bases no prognóstico do câncer colorretal

Introdução: O estadiamento do câncer colorretal (CCR) falha em predizer acuradamente sua recorrência. Painéis moleculares têm se mostrado de grande auxílio para estratificação do prognóstico na prática clínica em diversos tipos de neoplasias, mas ainda não foi possível implementá-los para o CCR. Aliado a isto, em razão de o epitélio colônico estar sujeito a constantes injúrias relacionadas a substâncias exógenas e por possuir uma elevada taxa de regeneração, sua vulnerabilidade frente a situações que danificam o DNA é imensa. Neste contexto, é muito plausível que as vias de reparo por excisão de bases (BER) esteja envolvida com a patogênese e o prognóstico do CCR. Desequilíbrios nesta via estão associados a aumento do dano ao DNA, redução da capacidade de reparo e pior resposta à quimioterapia, podendo atuar como uma promissora ferramenta de refinamento do estadiamento. Pacientes e métodos: Amostras emblocadas de 72 pacientes com CCR não submetidos a tratamento neoadjuvante foram avaliadas quanto à expressão de APC, MPG, Pol β , XRCC1 e Fen1 por imunohistoquímica. Foram realizados estudos de associação dos dados moleculares com os dados clínicos e da escala TNM como preditores de prognóstico. Tabelas de contingência e associações foram analisadas com o teste do qui-quadrado e teste exato de Fischer, $p < 0.05$. Resultados: Altos níveis de MPG, Pol β e XRCC1, mas não de Fen1, foram associados com fatores de mau prognóstico, como pouca diferenciação celular, estadiamento, TNM avançado, presença de invasões linfática e perineural, assim como de linfonodos metastáticos. Entretanto, apenas a alta expressão de MPG foi associada a um menor tempo de sobrevida livre de doença em pacientes de CCR. Encontramos também um padrão de expressão associado, no qual quanto maior a expressão de APC, menor a expressão de Pol β (-0.441 ; $p = 0.001$), assim como uma co-expressão entre MPG e Pol β (0.384 ; $p = 0.001$) e de Pol β e Fen1 (0.257 ; $p = 0.03$). Conclusões: Níveis elevados de MPG, Pol β e XRCC1 foram associados a desfechos patológico e clínicos menos favoráveis.

Azambuja Db; Leguisamo Nm; Gloria Hc; Saffi J; Laporte G; Cruz Jv; Kalil, An;
CLINICA PRIVADA

TL122 - Neuromodulação sacral para o tratamento da incontinência. Resultados iniciais.

A incontinência anal é uma condição sub-estimada, com grande prejuízo para a qualidade de vida. A utilização da neuromodulação sacral, através do implante de um marcapasso sacral, vem modificando o algoritmo de tratamento da incontinência. OBJETIVO: Avaliar prospectivamente os resultados da neuromodulação para o tratamento da incontinência anal, associada ou não à incontinência urinária. MÉTODOS: Entre o período de Setembro de 2013 e maio de 2016, 12 pacientes incontinentes encaminhados para avaliação, foram submetidos a avaliação clínica e fisiológica, através de índice de incontinência (CCF) e instrumento de qualidade de vida (FIQL) além de manometria anorretal e ultrassonografia de canal anal. Pacientes com grande prejuízo de sua qualidade de vida e índice de incontinência superior a 15, que não responderam ao tratamento conservador e Biofeedback com 10 sessões foram

encaminhados para implante de eletrodo para fase de teste. Os pacientes que responderam com redução de 50% ou mais dos episódios de incontinência foram encaminhados para implante definitivo do marcapasso Interstim II. RESULTADOS: 12 pacientes do sexo feminino com idade média de 63.9 (60-75) anos foram submetidos a implante de marcapasso sacral Interstim II após fase de teste com melhora de mais de 50% dos sintomas de incontinência. Todos os pacientes apresentavam algum defeito esfinteriano. A melhora da qualidade de vida e índice de incontinência foi significativa ($p < 0.05$). Como complicações, observamos 1 seroma de ferida cirúrgica, uma infecção com necessidade de retirada do marcapasso e uma paciente apresentou dor no sítio do gerador. Com um acompanhamento médio de 2 anos após o implante, observamos manutenção da continência em 10 pacientes. CONCLUSÃO: Em casos selecionados, a neuromodulação sacral através do implante de marcapasso Interstim II é uma promissora opção, independente da etiologia da incontinência, tendo como vantagem, a possibilidade de um período de teste.

Lúcia Câmara De Castro Oliveira ;

CLINICA PRIVADA

TL123 - Perfil epidemiológico de idosos constipados em São Paulo

Introdução A constipação intestinal (CI) é definida como a presença de dois ou mais critérios por três meses. São: esforço evacuatório em $>25\%$; fezes grumosas ou duras; sensação de evacuação incompleta em $>25\%$; sensação de obstrução das fezes em $>25\%$; manobras manuais em $>25\%$; <3 evacuações/semana e fezes moles raramente presentes sem o uso de laxantes. Objetivos Prevalência de CI em idosos de São Paulo e fatores de risco. SABE (Saúde, Bem estar e Envelhecimento) Métodos Estudo transversal por inquérito populacional. N=1345 idosos. Análise por regressão logística. A variável dependente dicotômica foi CI. Uso de tabela de contingência. Análise pela univariada, selecionando variáveis com $p < 0,20$ e Intervalos de confiança (IC95%). Inserção no modelo múltiplo por Stepwise; Ajustado por Teste Wald, Verossimilhança e de Hosmer e Lemeshow. Resultados e Conclusão A CI é de 15,24% sendo 70,2% de mulheres. Ajuste por idade: dor articular (60-69 anos) apresentou 4,05 vezes mais chance de apresentar CI; osteoporose (70-79 anos) mostrou 2,43 mais chance de CI que os demais; laxante apresentou risco para todos os idosos mas, entre 80 anos ou mais apresentou risco maior para CI com um OR 8,08; embutidos mostrou que idosos com 80 anos ou mais tem 57% menos chance de ser afetados pela CI quando comparados aos demais idosos desta mesma faixa que não consomem embutidos; opióide apresentou um risco maior para faixa de 70-79 anos com uma chance de 5,62 vezes mais de apresentar CI do que os idosos que não usam opióides; leite integral seu consumo entre 70-79 anos apresentou risco para CI, com uma chance de 2,36 vezes mais quando comparado aos demais volumes de ingestão de leite. Ajustado por sexo: dor articular fator de risco (FR) para CI em homem OR 2.12 e mulher OR 2.23; osteoporose FR para CI em mulher (OR 2.01); laxante associação com CI para homem OR 5.20 mulher OR 4.45; leite integral para o homem foi fator de proteção quando ingeridos 1-6 vezes/sem (OR 0,27) ou 1 vez por dia (0,43), para mulher foi um FR quando ingeridos 2-3 vezes/dia (OR 2,83); antidepressivo é um FR para CI em mulher (OR 1,16); diuréticos é um FR para CI em mulheres (OR 1,74); líquidos em uma quantidade inferior a 3 copos por dia é um fator de risco para CI em mulheres sendo 78% mais frequente do que nas mulheres que ingerem mais água; anos de escolaridade as mulheres com 8 anos ou mais (OR 2,83), tem maior o risco de CI quando comparado aos sem escolaridade.

Sâmia Gomes; Yeda Aparecida De Oliveira Duarte ; Maria Lucia Lebrão;

ESCOLA DE ENFERMAGEM USP

TL124 - “Avaliação do uso de plasma rico em plaquetas como imunomodulador em pacientes com doença de Crohn”

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma patologia complexa e multifatorial. Tratamentos atuais disponíveis incluem medicamentos imunossuppressores, corticosteroides e terapia biológica. Cerca de 40% dos pacientes deixam de responder após a administração destes medicamentos. Plasma rico em plaquetas (PRP) é uma terapia alternativa amplamente usada em ortopedia e odontologia. Mais recentemente, tem sido estudada em afecções dermatológicas e doenças autoimunes, com resultados promissores. **Objetivos:** Caracterizar o P-PRP dos pacientes com DC através da avaliação das plaquetas e dos fatores de crescimento (PDGF-AA, VEGF, EGF, TGF- β) e PF4; avaliar resposta clínica, endoscópica e marcadores de atividade da doença antes do início do tratamento, e após 12 aplicações de P-PRP; analisar os efeitos imunomoduladores da aplicação subcutânea de P-PRP autólogo em pacientes com DC, através da avaliação de frequência e função celular antes e após 12 aplicações de P-PRP. **Casuística e Métodos:** Cinco pacientes diagnosticados com DC ileocolônica foram selecionados. Estes pacientes estavam sem medicação durante pelo menos dois meses e estavam resistentes à terapia biológica por pelo menos um ano. Os fatores de crescimento, interleucinas, proteína C-reativa, número de plaquetas e frequência das células T reguladoras foram quantificados em dois momentos diferentes: antes do tratamento e após 12 aplicações de P-PRP. A atividade da doença foi avaliada por índice clínico e endoscópico. **Resultado:** Os índices endoscópicos após P-PRP diminuíram em relação ao início do tratamento em quatro pacientes, mas não foi verificada remissão endoscópica completa. Quatro pacientes tiveram remissão clínica, incluindo o desaparecimento de artralgia. Dois pacientes com DC perianal mostraram uma diminuição da secreção das fístulas. Não foram observados efeitos adversos, tais como reações alérgicas, embora um paciente desenvolvesse displasia colônica durante o tratamento. **Conclusão:** Houve um benefício em curto prazo do P-PRP para a maioria dos pacientes nesta série, no entanto, a inclusão de mais pacientes neste protocolo e um maior tempo de seguimento são necessários, a fim de mostrar se esta terapia poderia ser uma opção para pacientes com DC refratários.

Francesca Aparecida Ramos Da Silva; Bruno Lima Rodrigues; Claudio Saddy Rodrigues Coy; Ângela Cristina Malheiros Luzo; Nielce Maria De Paiva; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Raquel Franco Leal; Joyce Maria Annichino-Bizzacchi;
UNICAMP

TL125 - Análise dos pacientes submetidos a cirurgia de Altemeier para tratamento de prociência retal em um serviço de referência.

Introdução: Prociência retal (PR) é caracterizada pela protrusão de toda a parede do reto através do ânus. Apesar de existir vários procedimentos cirúrgicos descritos, o método de tratamento ideal ainda permanece inconclusivo. As cirurgias por via perineal tem a vantagem de ser menos mórbidas para pacientes idosos. A cirurgia de Altemeier consiste em uma excisão do reto e uma porção do cólon sigmoide por via perineal. **Objetivo:** Analisar as complicações cirúrgicas e avaliar o pós-operatório dos pacientes submetidos a cirurgia de Altemeier em um serviço de referência em Salvador, Bahia. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, coleta de dados através de revisão de prontuários e consultas ambulatoriais. Foram submetidos a cirurgia de Altemeier onze pacientes, no período de fevereiro de 2015 a maio de 2016, dos quais 9 foram avaliados no presente estudo. Foram considerados recidivas para os casos com recorrência do prolapso retal. Foram excluídos da pesquisa pacientes que perderam o seguimento e com ausência de dados em prontuário. **Resultados:** Nove pacientes foram avaliados, sendo 88% do sexo masculino (08 pacientes), média de idade de 66 anos (24-92anos), todos foram submetidos a cirurgia de Altemeier. O tempo de internação foi de 22 dias (2-60dias). Cinco pacientes tinham algum tipo de comorbidade. Quatro pacientes

evoluíram com complicações cirúrgicas. Apenas um paciente apresentou recorrência. Conclusão: Apesar da amostragem limitada, o resultado foi satisfatório, confirmando que não há necessidade de submeter esses pacientes a uma Laparotomia.

Carlos Ramon Mendes; Joana Paula Pessoa; João Luiz Silva; Geislane Alcantara Santos; Jorge Serra; Marcus Vinicius Oliveira; Antonio Carlos Carvalho; Gutemberg Marques Lopes;
HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TL126 - Avaliação inicial de pacientes submetidos a tratamento endoscópico de cisto pilonidal

O cisto pilonidal é uma infecção da pele e do tecido subcutâneo, secundário a um processo inflamatório crônico que ocorre com frequência na região sacrococcigena, geralmente associado à presença de pêlos nesta região. É mais comum no sexo masculino e mais frequente na terceira década. Ocorrência é associada a obesidade, sedentarismo e inflamação local ou trauma. O tratamento é eminentemente cirúrgico com diversas formas de realização. Tendo excelentes resultados com a técnica endoscópica para o tratamento de fístula anorretais, Meineiro e colaboradores em 2013, desenvolveram a mesma técnica para o tratamento do cisto pilonidal. Com o intuito de melhores resultados estéticos e menos morbidade. Objetivo: O presente estudo tem como objetivo mostrar a eficácia do tratamento endoscópico de cisto pilonidal. Materiais e Métodos: Estudo prospectivo, casuística representada por 17 pacientes que tiveram como indicação o diagnóstico de cisto pilonidal. No período de agosto de 2014 a junho de 2016. O material utilizado: fistuloscópio Meiner, fabricado pela Karl Storz GmbH (Tuttlingen, Alemanha), um obturador, um eletrodo monopolar, uma escova e pinça endoscópica. Resultados: Dos 17 pacientes, 47 % (8 pacientes) eram do sexo masculino sendo 53% (09 paciente) do sexo feminino. Média de idade 24 anos(17 a 33 anos). Tempo cirúrgico com uma média de 42 minutos (30 a 80 minutos). Tempo de cicatrização médio de 5 semanas (5 a 7 semanas). Complicações cirúrgicas foram apresentada por 17% da amostra (3 pacientes). Não houveram recidivas clínicas até o momento. Conclusão: O tratamento endoscópico do cisto pilonidal apresenta bom resultados cirúrgicos, com muitas vantagens comparado as outras técnicas cirúrgicas.

Carlos Ramon Mendes; Meyline Andrade Lima; Luciano Santana De Miranda; Rafael Santana Ferraz; Ricardo Aguiar Sapucaia; Joana Paula Pessoa; João Luiz Silva; Geislane Alcantara Santos;
HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TL127 - Fístula Anorretal - Tratamento a Laser - Resultados preliminares

Introdução A fístula anorretal é uma doença com alta morbidade, em decorrência do seu difícil tratamento apresentando recidivas frequentes e necessidade de lesão esfinteriana para o tratamento cirúrgico convencional. Com intuito de diminuir a chance de incontinência fecal a longo prazo e promover preservação esfinteriana, a técnica FILAC utiliza uma fibra de LASER para destruir o trajeto fistuloso. Apresenta bons resultados descritos a curto e médio prazo, no entanto, a taxa de sucesso a longo prazo é desconhecida. Este estudo teve como objetivo demonstrar esta nova tecnica, assim como, relatar nossos resultados a médio e longo prazo. Método Estudo de Coorte retrospectivo, baseado em protocolos colhidos prospectivamente. Vinte e tres pacientes submetidos FILAC™ entre dezembro de 2012 a dezembro 2015 foram avaliados conforme características da fístula, tratamentos prévios, taxas de cura, falhas de tratamento e incontinência pós-operatória. Em todos os casos, FILAC™ foi realizada com um laser de diodo com um comprimento de onda de 1470 nm, na potencia de 15 W, através de uma fibra radial que vaporiza o trajeto fistuloso, colabando suas paredes e poupando a musculatura esfinteriana. Resultados O Tempo médio de acompanhamento foi de 18 meses .

Onze pacientes (48%) tinham cirurgias prévias, sendo que oito deles apresentavam-se com seton no dia da cirurgia. Oito pacientes (35%) eram portadores de Doença de Crohn fistulizante, em tratamento com biológicos e compensados clinicamente. Um paciente (4%) apresentava múltiplos trajetos fistulosos que drenavam para o mesmo orifício interno. Dezesesseis pacientes (70%) apresentaram cura primária após a primeira cirurgia e o tempo médio para resolução dos sintomas foi de 5 semanas (3-8 semanas). Dos pacientes portadores de seton, 75% tiveram fechamento primário. Portadores de Doença de Crohn apresentaram índices superiores a 80% de sucesso. Do total, 07 pacientes mantiveram seus sintomas e foram considerados como falha do tratamento FILAC. Em 3 pacientes intervimos com a mesma técnica entre 8 -15 meses após a primeira cirurgia e obtivemos sucesso em um paciente. Nenhum paciente relatou incontinência pós-operatória

Paulo Boarini; Lucas Rodrigues Boarini; Marcelo Rodrigues Boarini; Paulo De Azeredo Passos Candelaria;

CLINICA PRIVADA

TL128 - Help - Tratamento para hemorroidas com Laser Doppler guiado

Introdução A doença hemorroidária está associada a teoria vascular de hiperfluxo causando dilatações nos plexos venosos hemorroidários e consequente hiperplasia vascular. Sabemos que a obliteração das arteríolas terminais da artéria retal superior, diminuem este gradiente e consequentemente levam a uma retração destes mamilos, o que gera uma melhora dos sintomas. **Metodo** . Um proctoscópio especial ,com uma pequena janela é posicionado 3 cm acima da linha dentada. Através desta, introduzimos uma caneta de Doppler ,cuja função é identificar o fluxo dos ramos terminais das artérias hemorroidárias . Essa nova técnica descrita utiliza uma fibra de laser diodo 980 nm, associada a um Doppler para reconhecimento e posterior fotocoagulação das arteríolas terminais das artérias hemorroidárias. O procedimento não requer anestesia e pode ser realizado ambulatorialmente Nesta casuística estão incluídos 55 pacientes que se submeteram a nova técnica, A maioria portava hemorroidas de I, II grau ou III com pequeno prolapso Os autores discutem indicação, complicações e resultados a médio e longo prazo

Paulo Boarini; Marcelo Rodrigues Boarini; Lucas Rodrigues Boarini; Paulo De Azeredo Passos Candelaria;

CLINICA PRIVADA

TL129 - Hemorroidopexia com grampeador: Análise da casuística.

Introdução: A doença hemorroidária atinge até 50% da população acima de 50 anos, entretanto, apenas 10-20% necessitam de cirurgia. A técnica de grampeamento é classicamente indicada em paciente com hemorroidas circunferencial grau III-IV, estando associada na literatura, a menor dor e recuperação mais precoce no pós-operatório. **Objetivo:** Avaliar as complicações e o seguimento dos pacientes operados de doença hemorroidária utilizando-se grampeador circular. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 57 doentes submetidos à hemorroidopexia no período de 2005 a 2015. Todos os pacientes foram operados em posição de litotomia e a maioria (85,9%) sob bloqueio espinhal (peridural ou raqui anestesia). Foram utilizados grampeador circular convencional (Nº31 ou Nº33) em 55 pacientes (96,5%) e PPH nos outros 2 (3,5%). Em 45 (79%) foi realizada sutura em bolsa única e nos demais, sutura em dupla bolsa. **Resultados:** Trinta pacientes (52,6%) eram mulheres, com média de idade de 49 (22-74) anos. O tempo médio de aparecimento dos sintomas foi de 60 meses, sendo as principais queixas o sangramento (64,9%) e prolapso (19,3%). Quatro doentes (7%) já tinham sido submetidos à hemorroidectomia pelas técnicas tradicionais. A duração média do

procedimento cirúrgico foi de 55 minutos, variando de 20 a 105 minutos. Houve apenas uma complicação intraoperatória onde houve a falha do grampeador que cortou, mas não disparou os grampos, necessitando de sutura manual. No pós-operatório imediato, as principais complicações verificadas foram: dor (15,7%), sangramento (10,5%) e outras (7%). Receberam alta no primeiro dia de pós-operatório 37 pacientes (64,9%) e no segundo, 18 (31,5%). Como complicações pós-operatórias tardias, 5 doentes (8,8%) mantiveram episódios de sangramento, 3 (5,2%) apresentaram incontinência fecal e 2 (3,5%), queixa de dor anal crônica. Quatro pacientes recidivaram do prolapso hemorroidário, sendo que dois foram reoperados. Um doente ficou com uma ponte mucosa, necessitando de ressecção cirúrgica. Conclusão: A técnica de grampeamento mostrou-se, no presente estudo, eficaz e segura, com baixas taxas de complicações e recidivas.

Ana Amélia Barbiere Bonatelli; Raquel Franco Leal; Cláudio Saddy Rodrigues Coy; João José Fagundes; Carlos Augusto Real Martinez; Débora Helena Gonçalves Rossi; Michel Gardere Camargo; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono;

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

TL130 - Lift (ligation of the intersphincteric fistula tract): experiência do serviço de coloproctologia do hospital barão de lucena

INTRODUÇÃO: A técnica LIFT (ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso) é uma forma de tratamento cirúrgico para fístulas anorretais complexas que vem ganhando destaque pela simplicidade da técnica, pequena incisão cirúrgica, menor desconforto pós operatório além da vantagem em preservar a musculatura esfinteriana. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia da técnica de LIFT no tratamento de fístulas transesfincterianas num serviço de referência em coloproctologia no Recife-PE. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo de análise de prontuário de pacientes portadores de fístula anorretal transesfincteriana, submetidos a técnica de LIFT no período de janeiro de 2009 a julho de 2016, num serviço referência de coloproctologia no Recife-PE. Os parâmetros avaliados foram idade, sexo e continência, registros sobre cicatrização da ferida e persistência do trajeto e necessidade de reoperação de consultas ambulatoriais no pós operatório realizadas mensalmente. **RESULTADOS:** Foram incluídos dezoito pacientes, sete (38,8%) eram homens e onze (61,2%) mulheres. A média de idade foi de 40,6 anos. Desses pacientes, cinco (27,7%) haviam realizado cirurgia prévia de fístula com colocação de seton. Treze pacientes (72,2%) evoluíram para cura completa da fístula. Oito cicatrizaram o trajeto em apenas um tempo cirúrgico. Cinco tiveram cicatrização incompleta do trajeto transesfincteriano, persistindo apenas o trajeto da cripta até a incisão cirúrgica, as tornando em fistula anal interesfinctérica, sendo reabordada então como fistulotomia. Cinco pacientes apresentaram recidiva como fístula transesfinctérica sendo submetidos a colocação de seton. Nenhum paciente apresentou incontinência. **CONCLUSÃO:** A técnica de LIFT mostrou eficácia em relação a cura completa das fístulas e apresentou-se como uma técnica segura. Luís Fernando Heinen Scaglioni; Marco Aurélio Fernandes Oliveira Guimaraes; Rodrigo Artur Souza De Oliveira; Lorena Chaib Rodrigues; Luciana Nogueira Paragassu De Moraes; Thiago Alexandre Martins Marques; Mauricio Jose De Matos E Silva; Aline Ribeiro Teix
HOSPITAL BARAO DE LUCENA

TL131 - Resultado tardio do tratamento cirúrgico na doença de Crohn perineal: o papel da cirurgia na era dos medicamentos biológicos

Introdução: As afecções perianais estão presentes em algum momento da vida em até 54% dos pacientes com Doença de Crohn (DC), sendo que as fístulas correspondem a 14 até 38%. O tratamento atual mais recomendado é o procedimento cirúrgico combinado com terapia

medicamentosa, principalmente a terapia biológica. Objetivos: Avaliar o desfecho de pacientes com fístulas de Crohn, definindo taxas de falha terapêutica e de remissão (cicatrização completa ou incompleta). Além disso, definir quais características clínicas e terapêuticas estão associadas com os desfechos. Método: Estudo retrospectivo com dados coletados de prontuários de pacientes com DC operados por fístula entre 2008 e 2014. A apresentação da doença foi categorizada pela Classificação de Montreal e as fístulas classificadas de acordo com a American Gastroenterology Association e Parks. Realizada análise estatística por teste x 2 para comparação das características estudadas dentro dos três desfechos: fístulas resolvidas (grupo A), fístulas melhoradas (grupo B) e falha terapêutica (grupo C). Resultados: Foram incluídos 19 pacientes: 57,9% mulheres e média de idade de 39,3 anos. O tempo médio de diagnóstico de DC até o tratamento cirúrgico das fístulas foi 9,9 anos, variando de três a 24 anos. A incidência de retite entre os pacientes foi 52,6%. Apenas três pacientes foram submetidos a colectomias, sendo dois destes com estomas derivativos. As fístulas foram classificadas como simples (31,6%) e complexas (68,6%). Quanto à classificação de Parks: 36,8% interesfincterianas, 26,3% transesfincteriana e 21,1% submucosas. Além de dois pacientes com fístulas retovaginais e 10 com abscessos associados. Apenas 10,5% dos pacientes não receberam terapia biológica. Com média de 7,5 anos de seguimento, 47,4% dos pacientes tiveram fístulas resolvidas (grupo A), 26,3% melhoraram (grupo B) e 26,3% falharam no tratamento. No grupo A, houve uma menor incidência de fístulas complexas (44,4% vs 80% no grupo B e 100% no grupo C) e de retite (33,3% vs 100% e 100%, respectivamente). Foram obtidos melhores resultados nos pacientes submetidos ao tratamento curativo do que naqueles que o procedimento não foi curativo (colocação de sedenho). Estas diferenças foram confirmadas estatisticamente. Conclusão: Metade dos pacientes com DC perineal tem sucesso com o tratamento. Fístulas simples, ausência de retite e procedimentos curativos são fatores associados a melhores resultados.

Nathália Lins Pontes Vieira; Andrea Pecci; Andrea Vieira; Fernanda Bellotti Formiga; Fang Chia Bin;

SANTA CASA DE SÃO PAULO

TL132 - Sinais ativadores da inflamação no tecido intestinal e mesentérico na doença de Crohn

A doença de Crohn (DC) é uma enfermidade inflamatória crônica que pode afetar todo o trato gastrointestinal, sendo caracterizada pela ativação de vias moleculares inflamatórias e por um desequilíbrio na expressão de citocinas. O aumento do tecido adiposo mesentérico (TAM) próximo à área intestinal afetada é uma característica da DC, e seu papel na fisiopatologia da doença tem sido estudado. Assim, hipotetizamos que a mucosa intestinal e o TAM ativam vias moleculares distintas na DC. Essas possíveis diferenças tecido-específicas, são importantes para entender resposta a medicamentos, bem como estabelecer potenciais alvos farmacológicos, uma vez que o TAM pode estar envolvido com a manutenção do processo inflamatório próximo a alça intestinal. Objetivo: Caracterizar a ativação das vias moleculares e transcricionais na mucosa intestinal e TAM de pacientes com DC em atividade. Casuística e Método: Dez pacientes com DC ileocecal e 16 controles foram estudados. As biópsias de mucosa intestinal e de tecido mesentérico foram congeladas e a expressão de pIKB, IKB, pSTAT, TNF- α , IL-1 β , IL23 e IL-10 foram determinadas por imunoblot de extrato protéico total. A expressão gênica de TNF- α , STAT1, IL10, IL6, IL8, IL23A foram mensurados por RT-PCR. O Comitê de Ética aprovou o estudo e os participantes assinaram o termo de consentimento informado. Resultados: Primeiramente avaliamos a via de sinalização do NF-kB na mucosa intestinal, e observamos um aumento da razão p-IkB/IkB, assim como dos níveis protéicos de TNF- α , IL-1 β e IL23 no grupo DC, quando comparados aos respectivos controles. Apesar de a expressão gênica de STAT1 ser significativamente maior no grupo DC, outra via de sinalização

celular importante, não houve diferença quanto a p-STAT nestes grupos. Considerando o TAM, observamos diminuição da razão p-IKB/IKB e aumento de p-STAT no grupo DC quando comparado aos seus respectivos controles, além do aumento IL-10. Conclusão: Estes achados reafirmam a relevância da ativação da via de transcrição nuclear do NF- κ B para a produção de TNF- α na mucosa intestinal de pacientes com DC. No entanto, demonstrou-se, de maneira inédita e controversa, não ser essa a principal via do processo inflamatório no tecido adiposo mesentérico, e sim via de sinalização da STAT1.

Andressa Coope; Lívia Bitencourt Pascoal; J. Diego Bottezelli; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Marciane Milanski; Núria Planell; Lício Augusto Velloso; Raquel Franco Leal;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

TL133 - Vias de autofagia em mucosa de reservatório ileal de doentes operados por retocolite ulcerativa inespecífica

Introdução: A retocolite total com reservatório ileal (RI) é a cirurgia de escolha para doentes com Retocolite Ulcerativa (RCU) refratária ao tratamento clínico e para pacientes com Polipose Adenomatosa Familiar (PAF). A ileíte do RI primária é uma das principais complicações após este procedimento nos pacientes com RCU e sua etiologia ainda não está totalmente elucidada. Entretanto, não há estudos na literatura avaliando o processo de autofagia celular nos RIs. **Objetivos:** Avaliar as vias de autofagia na mucosa intestinal dos pacientes com RCU, PAF sem ileíte do RI, e controles de íleo distal normal. **Casuística e Métodos:** Foram selecionados 17 pacientes submetidos à retocolite total com confecção de RI em "J", sendo nove portadores de RCU, oito portadores de PAF e oito pacientes com íleo distal normal para compor o grupo controle (GC). O tempo médio de acompanhamento após o fechamento da ileostomia de proteção foi de 144 (120-168) meses. Realizou-se a coleta de biópsias dos RIs e do íleo distal normal por meio de ileocolonosopia. As biópsias foram congeladas à -80°C em RNA later® para expressão gênica e também congelamento à fresco em -80°C para posterior extração de proteínas e imunoblotting. Foram pesquisados os seguintes transcritos MAP1LC3A, ATG161L, BECN1, ATG5, ULK1, GAPDH e proteínas codificadas: LC3, beclin-1, B-actina. Aplicou-se o índice de Atividade da Ileíte do RI (PDAI). Para análise estatística foram utilizados testes não paramétricos, com nível de significância $p < 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da UNICAMP. **Resultados:** Avaliou-se RIs sem bolsite pelo PDAI para se estudar mecanismos moleculares que podem estar alterados mesmo antes de qualquer processo inflamatório endoscópico e histológico. Não houve diferença significativa dos transcritos avaliados entre os grupos ($p > 0,05$). As expressões proteicas de beclin-1 e LC3 na mucosa do RI de pacientes com RCU não diferiram daquelas nos grupos PAF e controle ($p > 0,05$). **Conclusão:** Não houve modulação da via de macroautofagia na mucosa do RI no grupo RCU comparado à PAF e controle, mostrando que este mecanismo está preservado nesses pacientes e não está envolvido na predisposição ao maior estímulo inflamatório presente no RI.

Nielce Maria De Paiva; Leandro Minatel Vidal De Negreiros; Andressa Coope; Lívia Bitencourt Pascoal; Cláudio Saddy Rodrigues Coy; Marciane Milanski; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Raquel Franco Leal;
UNICAMP

TL134 - A hipertonia do esfíncter anal interno nas fissuras anais crônicas é realmente relevante a ponto de prescindir a manometria anorretal?

A fissura anal é patologia bastante comum, acometendo entre 7,8 e 11% da população em algum momento de suas vidas, notadamente pacientes adultos jovens com igual predileção

pelos gêneros, porém afeta homens em uma média de idade pouco mais avançada que as mulheres (46,6 x 40,9 anos, respectivamente). Na maioria das vezes decorre de ruptura do epitélio do canal anal que ao expor as fibras nervosas leva ao estímulo da musculatura lisa com consequente hipertonia do esfíncter anal interno, embora estudos demonstrem que esse aumento do tônus ocorre em torno de 60% dos pacientes. Objetivo: analisar os dados manométricos de portadores de fissura anal crônica de um hospital privado da cidade de São Paulo. Resultados: Foram analisados 16 portadores de fissura anal crônica através da manometria anorretal, sendo 9 homens (56,25%), com média de idade de 39,06 anos (21-71 anos). Com relação aos dados manométricos, pressão média de repouso foi de 72,92mmHg nos homens e de 69,52mmHg nas mulheres. Além disso, em 55,5% dos pacientes do sexo masculino e 42,85% do sexo feminino, os valores das pressões de repouso foram normais, considerando-se como limite superior 70 mmHg. A média dos valores das pressões de contração total foi de 177,5 mHg e 152,27mmHg nos homens e mulheres, respectivamente. O reflexo inibitório reto anal foi positivo na totalidade dos casos e haviam dados manométricos sugestivos de anismus e 22,22% dos pacientes do sexo masculino e em 14,28% do feminino. O valor médio da sensibilidade retal no sexo masculino foi de 64,4 ml e no feminino de 52,14 ml, com redução da sensibilidade em 55,5% nos homens e de 42,8% nas mulheres. Conclusão: Verificou-se que os valores das pressões de repouso anal são normais aproximadamente metade dos pacientes portadores de fissura anal estudados, enfatizando a realização da manometria anorretal como parte do planejamento cirúrgico nesses pacientes.

Rodrigo Ambar Pinto; Diego Fernandes Maia Soares; Caio Sérgio Rizcalah Nahas; Carlos Frederico Sparapan Marques; Lucas Soares Gerbasi; Mariane Gouveia Monteiro Camargo; Sérgio Carlos Nahas;

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TL135 - A ultrassonografia anorretal tridimensional pode ser utilizada como método diagnóstico para avaliação da fístula anal pré e pós tratamento cirúrgico?

Introdução: O tratamento da fistula anal ainda permanece um desafio para o cirurgião.

Objetivo: Avaliar a aplicabilidade do ultra-som anorretal tridimensional(US-3D) na avaliação da fístula anal na determinação do comprimento da musculatura esfíncteriana a ser seccionado, selecionando pacientes para diferentes abordagens e na identificação da cicatrização ou recidiva após tratamento. Métodos: Estudo prospectivo que avaliou 48 pacientes (25-masculino-M e 23-feminino-F), mediana de idade 39a, com fístulas transesfinctéricas avaliadas pelo escore de Incontinência fecal da Cleveland Clinic (IF-CCF), US-3D e manometria anal antes e após a cirurgia. A percentagem (%) da musculatura a ser seccionado foi mensurada pelo US-3D e os pacientes selecionados: Colocação de Sedenho seguido por fistulotomia ou a ligação do trajeto interesfinctérico-LIFT (se o % do músculo seccionado $\geq 50\%$ em M e $\geq 40\%$ em F) ou fistulotomia (% de músculo seccionado $< 50\%$ em H e $< 40\%$ em F). Após a cirurgia, % da fibrose (musculatura seccionada) e músculos residuais foram medidos com US-3D e comparados com os resultados pré-operatória. Resultados: A colocação de sedenho foi significativa maior no F vs. M e a fistulotomia só foi realizado no M. Os sintomas de incontinência fecal (IF) e o IFCCF foram similares em ambos os sexos. O % dos EAE e EAI anterior seccionados foram semelhantes antes vs. depois da cirurgia em ambos os sexos. Houve uma significativa redução nas pressões anais em repouso e contração antes vs. após a cirurgia. A taxa de sucesso na cicatrização pelo US-3D foi de 100%. O LIFT foi indicada em 12F e 10 M e US-3D identificou a cicatrização completa em 15/22. Houve um caso de pequena cavidade persistente no IS e um no EP anterior, ambos tratados de forma conservadora. A taxa de sucesso foi de 17/22 (77%). Não houve alterações PO nas pressões anais e sem relato de IF. US-3D identificou 3 casos de recidiva, uma fístulas interesfinctérica e 2 fístulas transesfinctéricas. Todos submetidos a um novo procedimento cirúrgico. A seguimento médio

PO foi de 12m. Conclusões: US-3D é um método eficaz na avaliação pré-operatória de fístulas anais, quantificando o comprimento do músculo a ser seccionado uma vez que os resultados foram semelhantes no período PO, proporcionando uma abordagem completa e tratamento seguro de acordo com o sexo e % de envolvimento músculos. Além disso, US-3D identificou com sucesso o tecido cicatricial e o tipo de falha ou recorrência.

Sthela Maria Murad Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho; Lusmar Veras Rodrigues; Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes; Lara Burlamaqui Veras; Lívia Borges Olinda Batista; Francisco Wendel De Sousa Arruda;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

TL136 - Avaliação da função anal antes e após tratamento cirúrgico de fístula anal

INTRODUÇÃO: A fístula anal é uma das afecções que mais comuns no consultório proctológico. Seu tratamento é cirúrgico e ainda é associado ao risco de recorrência e a distúrbios da função esfinteriana. **OBJETIVOS:** Avaliar a função anal antes e após o tratamento cirúrgico de fístula anal. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo prospectivo, realizado de janeiro/2015 a julho/2016. Foram avaliados funcionalmente 21 pacientes portadores de fístula anal provenientes do Ambulatório de Coloproctologia de um Hospital Universitário antes e após o tratamento cirúrgico de fístula anal (fistulotomia), avaliando-se idade, sexo, pressão média de repouso no pré e pós operatório, pressão voluntária máxima no pré e pós operatório e a presença de anismus. **RESULTADOS:** Dos 21 pacientes, 13(62%) eram homens e 8 (38%) eram mulheres, com idade média de 37,71 anos (26-61 anos). A média de idade do sexo feminino foi de 34 anos(26-34 anos). No sexo feminino, em relação aos resultados manométricos encontrados no pré operatório, a média da pressão de repouso foi de 60,15mmHg±11,28(44,7-80,8mmHg) e a média da pressão voluntária máxima foi 149,87mmHg±57,66(98,4-276,5mmHg). Os resultados manométricos referentes ao pós operatório das mulheres, a média da pressão de repouso foi 55,41 mmHg ±20,65 (30-92,1 mmHg) e a média da pressão voluntária máxima foi de 140,78mmHg ±46,23 (62,0-211,0 mmHg). Não houve diferença estatística na pressão média de repouso (p=0,971) e na pressão voluntária máxima (p=0,87) do pré e pós operatório no sexo feminino. A média de idade do sexo masculino foi de 40 anos(30-61 anos). No sexo masculino, no pré operatório, a média da pressão de repouso foi de 87,21mmHg ±31,43(42,2-171,9mmHg) e a média da pressão voluntária máxima foi 248,40mmHg ±85,85(107,2-339,8mmHg). Os resultados manométricos referentes ao pós operatório dos homens, a média da pressão de repouso foi 55,10 mmHg ±23,33(22,6-113,0mmHg) e a média da pressão voluntária máxima foi 192,85mmHg ±95,85(33,0-371,7mmHg). Observamos diferença estatística em relação a pressão média de repouso (p=0,02) e a pressão voluntária máxima (p=0,010) no pré e pós operatório de fístula anal no sexo masculino. Uma paciente do sexo feminino e 7 pacientes do sexo masculino apresentaram anismus. **CONCLUSÕES:** Conclui-se que a Fistulotomia anal resulta em dano à função esfinteriana. Nesta amostra a perda parcial da função esfinteriana foi significativa apenas no sexo masculino, provavelmente devido ao tamanho limitado da amostra.

Rosilma Gorete Lima Barreto; Graziela Olivia Da Silva Fernandes; Giancarlo De Souza Marques; Nikolay Coelho Da Mota; Bruno Henrique Da Silva Pereira; Yvanna Lopes Carvalhal; Maura Tarciany Coutinho Cajazeiras De Oliveira; João Batista Pinheiro Barreto;
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

TL137 - Avaliação da sensibilidade do médico não-coloproctologista para diagnóstico de disfunções esfinterianas analisado pelo toque retal.

INTRODUÇÃO: A manometria anorretal (MA) é o método de escolha para a avaliação da pressão anal de repouso e contração, porém como ainda hoje é um exame pouco acessível, muitas vezes a conduta é baseada na avaliação clínica. Nosso grupo já avaliou o exame proctológico realizado por coloproctologistas, e ficou claro que o toque retal (TR) é um bom método de detecção das disfunções esfinterianas. Mas restou a dúvida da aplicabilidade da triagem realizada por um médico não especialista. **OBJETIVO:** Comparar os achados do TR realizados por cirurgiões gerais, aos resultados da manometria anorretal. **MÉTODOS:** Incluídos pacientes submetidos à MA por diversas indicações, e que poderiam ser submetidos ao TR, entre os meses de março a junho de 2016. Estes foram examinados pelo Coloproctologista (CP) e por residentes do segundo ano de Cirurgia Geral (CG). Ambos descreveram, pelo TR, o tônus basal do esfíncter anal interno (EAI) em normal, hipertônico ou hipotônico, e a contração voluntária como normal ou reduzida. As MA foram realizadas no mesmo aparelho e por um único médico, que classificou as pressões de EAI como normais, hipertônicas (>70mmHg) ou hipotônicas (<40mmHg), e a contração voluntária como normal (>100mmHg) ou reduzida (<100mmHg). **RESULTADOS:** Incluídos 25 pacientes submetidos à MA pelas indicações: constipação (7), incontinência (6), hemorróida (3), fístula (3), dor anal (2), fissura (1), retocèle (1). A maioria são mulheres (72%), e a idade média de 55 anos. O achado da MA foi coincidente com a descrição do TR realizado pelos CG em: todos os pacientes com hipotonia de EAI, em 60% dos com contração voluntária reduzida, em 40% com o tônus normal, e 30% dos exames com a contração normal. A interpretação do TR realizado pelo CP mostrou-se coincidente com a MA em: todos os pacientes com hipotonia de EAI, em 60% com contração voluntária reduzida, em 75% com tônus normais, e em 65% com contração voluntária normal. Não houve coincidência quanto a hipertonia de EAI, tanto para o CG quanto para CP. Com isso, a sensibilidade do médico especialista foi 75% para o tônus esfinteriano normal e 65% para a contração voluntária normal. Enquanto que o TR realizado pelo CG apresentou sensibilidade de 40% e 30% para o tônus de EAI e a contração voluntária normais, respectivamente. **CONCLUSÃO:** O TR é um bom método de triagem para disfunção esfinteriana, quando realizado pelo médico Coloproctologista. Os mesmos resultados não são observados em médicos não especialistas.

Nathália Lins Pontes Vieira; Andrea Pecci; Thiago Da Silveira Manzione; Karina Dagne Magri; Jorge Alberto Ortiz; Fang Chia Bin;
SANTA CASA DE SÃO PAULO

TL138 - Avaliação morfofuncional de mulheres portadoras de endometriose profunda com acometimento retal

Introdução: A endometriose profunda com envolvimento intestinal é uma doença de difícil tratamento na qual o sucesso do mesmo geralmente requer uma abordagem multidisciplinar. **Objetivo:** Fazer uma avaliação morfofuncional de mulheres portadoras de endometriose profunda, com acometimento retal. **Métodos:** Estudo prospectivo envolvendo 34 pacientes diagnosticadas com endometriose profunda e constipação intestinal. Pacientes com foco de endometriose na parede retal visualizados pela ultrassonografia anorretal 3D (US3D) foram avaliadas clinicamente e submetidas à eletromanometria anorretal (MAR). Foram avaliados os seguintes critérios: pressão de repouso (PR) e de contração (PC), reflexo retoesfinteriano, sensibilidade retal (10-30 ml) e presença ou ausência de anismus). Com base nesses critérios, a integridade e o comprimento esfinteriano foram determinados por outro avaliador. Um questionário por telefonema foi aplicado às pacientes no período pós-operatório, coletando informações sobre hábito intestinal, consistência das fezes, dispareunia, evacuação incompleta, uso de laxativos, dor retal, dor pélvica e infertilidade. Pacientes com doenças

orificiais, doença inflamatória intestinal ou história de neoplasia foram excluídas do estudo. Resultados: A média de idade foi de 35,9 anos. As lesões observadas afetavam a gordura perirretal ou a camada muscular do reto. Uma paciente (2.9%) apresentou hipotonia de repouso, enquanto 11.7% apresentaram hipotonia de contração, 7 pacientes (20.5%) e 8 (23.5%) apresentaram hipertonia de repouso e de contração, respectivamente. Anismus foi observado à MAR em 18 pacientes (52.9 %). Sensibilidade retal aumentada foi observada em 13 (38.2%) pacientes. O máximo da pontuação no questionário aplicado foi 8 (20.5% da amostra), o escore 7 e 6 foi obtido em 8,8% das pacientes, 5 e 4 em 14.7%, 3 e 2 em 2.9% e 1 em 14%. Conclusão: A avaliação morfofuncional em mulheres constipadas com endometriose profunda com acometimento retal fornece informações importantes na conduta terapêutica a ser seguida associada ao tratamento.

Doryane Maria Dos Reis Lima; Sthela Murad Regadas; Francisco Sérgio Regadas; Gustavo Kurachi; Dayanne Alba Chiumento; Univaldo Etsuo Sagae;
HOSPITAL SÃO LUCAS

TL139 - Novo Dispositivo Mostrou Eficácia No Preparo Intestinal Em Relação À Método Padrão: Estudo Comparativo de Score

Introdução: Nos últimos 5 anos, cinquenta e cinco por cento (55 %) dos norte-americanos entre 50 a 65 anos fizeram colonoscopia e, acima de 65 anos, o número de exames foi de 64 %. No Brasil, estima-se um crescente aumento da população submetida a colonoscopia. Assim, é imperativo desenvolver novos métodos para aperfeiçoar o preparo intestinal em todas as suas variáveis. Objetivo: Analisar e comparar o score de pontuação da qualidade de preparo intestinal entre o novo dispositivo Aquanet EC-2000® (AQ) e solução oral de Manitol (M). Método: Por meio da seleção de 200 pacientes com indicação à colonoscopia, formaram-se dois grupos de 100. Um grupo recebeu o tratamento com AQ e o outro grupo M. O primeiro recebeu orientação dietética e o segundo para a administração do laxante. Analisou-se os resultados de pontuação da qualidade de preparo os três segmentos por meio da Escala de Boston, com pontuação máxima de nove (9,0), somando a pontuação dos três cólons. Fez-se análise estatística de correlação não-paramétrica, regressão e de resíduos dos resultados. O preditor contínuo foi idade e o resposta foi a qualidade de preparo dos três segmentos. Resultados: Ambos os preparos foram estatisticamente significativos com $p > 0,05$, de acordo com a correlação não-paramétrica entre os grupos para todos os segmentos. Além disso, a pontuação máxima de três (3,0) para cada segmento na Escala de Boston foi a mais prevalente para ambos os métodos. Em relação ao grupo M, os valores médios foram de 2,42 no cólon direito, 2,23 no transversal e 2,10 no esquerdo, somatizando 6,75 no score final. Em relação ao AQ, os valores médios foram 2,34 no cólon direito, 1,64 no transversal e 2,10 no esquerdo, com score final de 6,10. Assim, por meio do teste qui-quadrado aplicado às diferentes regiões do cólon, para ambos os procedimentos, as proporções observadas concordaram com o esperado (3-excelente). Portanto, os dados podem ser considerados não-aditivos (sem polarização), isto é, os resultados do preparo intestinal utilizando AQ foram semelhantes aos resultados de Manitol. Ainda, o teste de regressão e de resíduos mostraram que houve autocorrelação (interdependência) entre o preditor contínuo (idade) e os preditor resposta (qualidade de preparo) para o grupo AQ, com $p < 0.05$. O mesmo não se observou no grupo M. Conclusão: O AQ se mostrou tão eficaz quanto manitol para a limpeza das três regiões do cólon, além de não causar danos na mucosa intestinal e de melhor aceitação pelo paciente. Luiz Roberto Kaiser Júnior; Luiz Gustavo De Quadros; Mário Flamini Júnior; Mikael Alexandre Gouvea Faria; Juan Carlos Ochoa Campo; Vera Lúcia De Oliveira; Idiberto José Zotarelli Filho;
KAISER HOSPITAL DIA

TL140 - Perfil de pacientes com pólipos e neoplasias malignas acompanhados em serviço especializado.

Introdução: A colonoscopia é considerado um dos melhores métodos na detecção e prevenção de Cancer Colorretal (CCR), a quarta neoplasia que mais mata no mundo, com cerca de quase 700 mil mortes em 2012. Sua importância encontra-se principalmente na detecção e remoção de pólipos adenomatosos, lesões comprovadamente pré-malignas. A idade de início do screening para doenças colônicas preconizadas na literatura na população geral é de 50 anos. No entanto, poucas são as propostas de início do rastreamento em pacientes com acompanhamento em serviços especializados, geralmente uma amostra com maiores fatores de risco e sintomatologia. **Objetivo:** analisar o perfil de pacientes com pólipos e neoplasias, como também a prevalência destas alterações em um serviço de ensino no interior paulista.

Métodos: análise retrospectiva, através de prontuário, de colonoscopias e retossigmoidoscopias flexíveis (RF) realizadas entre Janeiro e Junho de 2016, no serviço de Coloproctologia de um hospital terciário de ensino. Teste do qui-quadrado foi aplicado entre variáveis categóricas, considerando diferença estatística quando $p < 0,05$. **Resultados:** nossa amostra consistiu em 231 pacientes, com uma média de idade de 57,34 anos, prevalecendo o sexo feminino (57,6%). Dentre os exames (15,6% deles RF e os demais colonoscopias), 43,7% dos casos apresentaram pólipos, sendo que 65,7% destes eram menores que 1cm e 57,1% sésseis. Adenoma tubular com displasia de baixo grau foi achado anátomo-patológico mais frequente, ao passo que malignidade foi encontrada em 3,9% da amostra. Lesões vegetantes com malignidade foram encontrados em 6,9% da casuística, com 1 paciente apresentando lesão sincrônica. Após categorizarmos a amostra em um grupo entre 40 e 49 anos e outro acima de 50, idade esta preconizada na literatura para o início do screening colonoscópico, observamos uma prevalência de pólipos de 25,7% e 53,0% ($p=0,003$), respectivamente. No entanto, a prevalência de neoplasias benignas não diferiu entre os grupos (5,7% e 11,6% - $p=0,305$), respectivamente. **Conclusão:** a prevalência de alterações colonoscópicas na amostra mostrou-se maior que a descrita na população geral. No entanto, apesar de observarmos a semelhança na prevalência de pólipos entre pacientes de 40-49 anos e acima de 50 anos, a prevalência de neoplasias malignas permaneceu inalterada nestes grupos, dado que poderia propor uma nova discussão com relação a idade de início do rastreamento em pacientes acompanhados em serviços especializados.

Gustavo Lisbôa De Braga; Tamara Durci Mendes; Danilo José Munhóz Da Silva; Rafael Andrade De Oliveira; Ricardo Mendonça Costa Junior; Alisson Teixeira Silva Martins; Francisco De Assis Gonçalves Filho; João Gomes Netinho;

HOSPITAL DE BASE

TL141 - Perfil manométrico anorretal dos pacientes de um hospital privado de São Paulo

A manometria anorretal é um dos testes fisiológicos mais utilizados e estudados, constituindo-se em importante método de investigação utilizado em centros de pesquisa, clínicas ou hospitais especializados, para a avaliação de pacientes com distúrbios anorretais podendo sugerir o diagnóstico e orientar a conduta fundamentalmente em casos de incontinência anal, constipação intestinal e doenças orificiais. Por meio desse método diagnóstico avaliam-se parâmetros físicos como a pressão de repouso e contração voluntária, a capacidade de sustentação da contração, o reflexo inibitório retoanal, a sensibilidade e capacidade do reto. **Objetivo:** avaliar o perfil de pacientes e dados manométricos anorretais de um serviço privado de São Paulo. **Resultados:** Foram analisadas 237 manometrias anorretais entre março de 2012 e maio de 2016, sendo 77,2% realizadas em pacientes do sexo feminino. A média de idade global foi de 50,13 anos (16-95 anos), sendo de 50,55 anos (18-86) no sexo masculino e de 46,1 anos (16-95) no feminino. Com relação à indicação do exame, 114 foram por constipação (48,1%), 70 (29,5%) por incontinência anal, 31 pacientes (13,1%) por patologias orificiais e 22 casos por

outros diagnósticos (9,3%). Os valores médios das pressões de repouso foram de 58,9 mmHg e de contração voluntária foram de 145,3 mmHg, sendo mais elevados nos homens, assim como o comprimento do canal anal funcional, de 3,26 contra 2,49 cm nas mulheres. A maioria dos pacientes (97,5%) apresentaram o reflexo inibitório reto anal positivo e os valores de sensibilidade (65,3 ml) e capacidade retal (176,6 ml) foram semelhantes entre os gêneros. Além disso, verificou-se uma maior porcentagem de dados manométricos sugestivos de anismus nos homens (39,3% vs. 30,1%). Os índices de assimetria esfínteriana foram semelhantes entre os sexos, tanto do esfíncter anal interno (15,2% vs. 14%) quanto do externo (14,3% vs. 9,8%), respectivamente em mulheres e homens nos 161 pacientes testados. Conclusão: No hospital privado estudado a maior indicação de manometria anorretal foi devido a constipação intestinal. Como esperado, as pressões esfínterianas foram mais elevadas no sexo masculino, que também apresentou canal anal funcional mais longo. Rodrigo Ambar Pinto; Isaac José Felipe Corrêa Neto; Diego Fernandes Maia Soares; Caio Sérgio Rizcalah Nahas; Carlos Frederico Sparapan Marques; Lucas Soares Gerbasi; Mariane Gouveia Monteiro Camargo; Sérgio Carlos Nahas;
HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TL142 - Qualidade no treinamento em colonoscopia: existe um número mágico?

INTRODUÇÃO: A colonoscopia é considerada padrão ouro para detecção e prevenção do câncer colorretal. Critérios de qualidade do exame estão bem definidos pela literatura e estabelecem a eficácia da colonoscopia. **OBJETIVO:** Avaliar o número de colonoscopias necessário para que o executante consiga atingir os critérios de excelência. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Registro prospectivo de 200 colonoscopias realizadas por dois residentes de proctologia da Santa Casa de BH sempre supervisionados por preceptor. Critérios avaliados a cada 20 exames. **RESULTADOS:** Nos primeiros 20 exames, houve 100% de necessidade de ajuda do preceptor. Entre 20 e 40 exames, 92,5%. Entre 40 e 60 exames, 70%. De 60 a 80 exames a necessidade foi de 53% e entre 80 e 100 exames, 42%. As colonoscopias foram completas em 88% dos casos. Dos 24 exames incompletos, os motivos foram: tumor obstrutivo(10), preparo inadequado(6), dificuldade técnica(5), complicação anestésica (2) e inflamação intensa(1). Os achados mais encontrados foram: pólipos (31,5%), diverticulose (19%), tumor colorretal (12,5%) e colite (6%). As condições do preparo foram: 52% boas, 35% razoáveis e 13% ruins. O tempo médio de chegada ao ceco foi de 15,7 minutos e de descida do aparelho 14 minutos. A taxa de detecção de adenomas foi de 31%. A extensão média do aparelho até o ceco foi de 96cm, considerando pacientes sem ressecções colônicas prévias. **DISCUSSÃO:** O advento da colonoscopia reduziu as taxas de mortalidade associadas ao câncer colorretal. Destarte, é importante a implementação de critérios que melhorem as taxas de detecção de adenomas. Esse estudo demonstrou que quanto maior o número de exames, melhor a eficácia do examinador em treinamento. Porém, com 100 exames ainda não se obteve os resultados necessários. Não houve diferença na taxa de detecção de adenomas nesse estudo, pois, antes de realizar os exames, os residentes assistem a 100 exames e apenas retiram o aparelho em mais 100 exames. Isso treina o olhar para as lesões, com maior detecção deste o início da execução. Mesmo com 100 exames, o médico foi capaz de atingir o ceco em apenas 58% das vezes sem ajuda do preceptor, número bem abaixo do índice de 90% de intubação do ceco preconizado pela literatura como padrão de qualidade. **CONCLUSÃO:** Quanto melhor a formação do colonoscopista, maior a detecção das lesões durante o exame, com menor chance de câncer de intervalo. Raíssa Amélia Silva Reis; Renata Magali Ribeiro Silluzio Ferreira; Sinara Mônica De Oliveira Leite; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Ilson Geraldo Da Silva; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Patrícia Costa Sant'Ana; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Om
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

TL143 - Taxa de detecção de adenomas colorretais em colonoscopias realizadas em serviço de referência em endoscopia da Bahia

INTRODUÇÃO:No Brasil, o câncer colorretal (CCR) ocupa o quarto lugar em incidência.Em mais de 80% dos casos,origina-se de pólipos adenomatosos em uma evolução adenoma-carcinoma,descrita por Morson em 1968.O pólipo adenomatoso é considerado neoplasia benigna que se origina na mucosa do trato digestivo.Seu potencial de malignização é cerca de 10%.Os adenomas são importantes por sua alta incidência e por possibilitarem uma queda dramática no aparecimento do CCR quando retirados.O rastreamento com a colonoscopia é considerado o “padrão ouro” para detectar e remover pólipos colorretais.O American College of Gastroenterology (ACG) e a American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) propôs marcadores de qualidade para colonoscopia,sendo os principais a taxa de detecção de adenoma (TDA) e a taxa de detecção de pólipos (TDP),que devem ser > 25% em homens e > 15% em mulheres,e > 40% em homens e > 30% em mulheres,respectivamente.**OBJETIVO:** O Objetivo foi avaliar a TODA e TDP no Centro de Hemorragia Digestiva (CHD) no estado da Bahia,a fim de avaliar a qualidade das colonoscopias.Avaliar a associação entre adenomas e sexo,idade,peso,etilismo e tabagismo.**MÉTODOS:** Trata-se de estudo prospectivo de corte transversal com pacientes submetidos à colonoscopia no CHD de Salvador-BA,entre abril/2015 e julho/2015.O software SPSS foi utilizado para análise de dados. **RESULTADOS:** A amostra foi de 154 pacientes em uma proporção de 2 mulheres:1 homem.A idade média foi de 55,3 anos.Metade dos pacientes encontra-se eutrófico (50,4%) e 45% apresentam algum grau de obesidade; 30,5% dos pacientes ingerem bebida alcoólica e 9,1% são tabagistas.A taxa de detecção de pólipos encontrada foi de 39,6% e a TDA foi de 16%.Em relação às complicações do exame,ocorreram dois casos de sangramento importante após polipectomia e um caso de perfuração colônica.Entre os pacientes com adenoma,a idade média foi de 61,1, e nos sem adenoma foi de 54,3.O IMC médio dos pacientes com adenoma foi de 26,46, enquanto no grupo sem adenoma foi de 25,11.Não houve associação entre a TDA e tabagismo,etilismo ou obesidade.**CONCLUSÃO:** Elevadas taxas preparo de cólon adequado,de intubação de ceco,de detecção de pólipos e mínimos efeitos adversos conferem ao serviço um bom índice de qualidade,comparados aos critérios do ASGE e ACG.Pacientes mais idosos têm maior incidência de adenomas.A incidência de adenomas mostrou-se semelhante em ambos os sexos.

Luciana Pereira Andrade Vilas Boas; Paulo Vitor Lima Soares; Thiago Farias Magalhães; Joana Carolina Saraiva De Paula Pessoa; Geislane Alcântara Dos Santos; João Luiz Moreira Santos Silva; Carlos Ramon Mendes; Antonio Carlos Carvalho;

HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TL144 - Comparação entre a técnica aberta e videolaparoscópica em colectomias em um serviço de referência – Curitiba PR

INTRODUÇÃO: A abordagem minimamente invasiva vem se tornando a opção preferencial no tratamento das doenças cirúrgicas do aparelho digestivo, devido a inúmeras vantagens. Entretanto, no campo da cirurgia colorretal, a aceitação da videolaparoscopia foi mais lenta. Um estudo americano apontou que a proporção de colecistectomias laparoscópicas feitas nos EUA evoluiu de 2,5% para 73,7% entre 1988 e 1992, enquanto que as sigmoidectomias passaram de 4,3% para 7,6% entre 2000 e 2004. **OBJETIVOS:** Comparar as variáveis: tempo cirúrgico e de internamento, índice de fístula de anastomose e tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) das colectomias realizadas por técnica aberta e videolaparoscópica. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo observacional através da revisão de 395 prontuários de pacientes submetidos a colectomias e retossigmoidectomias no período de janeiro de 2011 a junho de 2016. **RESULTADOS:** Foram incluídos no estudo 351 pacientes, sendo que destes 243 (69%) foram submetidos à cirurgia videolaparoscópica (VLP) e 108 (31%)

operados por técnica convencional. A idade média foi de 62,2 anos para os pacientes submetidos à cirurgia VLP, contra 66,8 anos na cirurgia aberta. Com relação à cirurgia de emergência, 59,2% das cirurgias abertas foram de emergência, contra 2% das VLP. O tempo cirúrgico das duas técnicas se mostrou praticamente igual com média de 195 minutos. A introdução de dieta, em geral via oral, foi em média no 1,7 dia de pós-operatório (PO) na cirurgia VLP e no 3,3 dias de PO na cirurgia aberta. O índice de fístula de anastomose para a cirurgia aberta foi de 9% (10 pacientes), enquanto que na técnica VLP foi de aproximadamente 7% (16 pacientes). O tempo de internamento foi em média de 7,53 dias para os pacientes que realizaram cirurgia videolaparoscópica e de 17,8 dias na cirurgia aberta. Nos pacientes submetidos à cirurgia aberta, 72 precisaram de internamento na UTI (66,6%) e permaneceram em média 12,7 dias sob cuidados intensivos; já nos pacientes submetidos à cirurgia VLP, constatou-se que 30 precisaram de internamento na UTI (12,3%), com média de permanência de 5,66 dias. **CONCLUSÕES:** A cirurgia videolaparoscópica mostrou-se uma opção de tratamento eficaz e segura na realização de colectomias e retossigmoidectomias com tempo cirúrgico e índice de fístula de anastomose semelhante, porém com menor tempo de internamento hospitalar e menor tempo de permanência sob cuidados intensivos.

Renato Valmassoni Pinho; Júlio Cezar Uili Coelho; Micheli Fortunato Domingos; Caroline Blum; Lucas Thá Nassif; Andre Gubert Weiss; Yan Sacha Hass Aguilera; Luiz Francisco Cravo Bettini;
HOSP. NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

TL145 - Correlacionar os achados ultrassonográficos para pesquisa de endometrioses profunda com o tratamento cirúrgico de pacientes com endometriose intestinal

Endometriose é definida como a presença de tecido semelhante ao endométrio, com glândulas e estroma fora da cavidade uterina, de etiologia incerta. Esta presente em 10% das mulheres em idade fértil. A endometriose pode afetar o intestino em 3% a 37% de todos os casos da doença, e em 90% destes casos o reto, o sigmoide ou ambos são acometidos. Pacientes com endometriose afetando o reto podem apresentar sintomas como dor abdominal, obstrução intestinal, sangue nas fezes, diarreia e infertilidade. Técnicas de imagem têm sido utilizadas no auxílio diagnóstico da endometriose pélvica profunda, como a ultrassonografia (USG) transvaginal e transretal, a endoscopia sonográfica retal, a sonovaginografia-mucosa (hiperecogênica) e a ressonância magnética. Os procedimentos cirúrgicos de ressecção dessa forma de endometriose tendem a ser complexos em conformidade com o seu caráter infiltrativo e pela localização da doença em órgãos de maior morbidade cirúrgica (retossigmóide, bexiga, ureteres), podendo estar, ocasionalmente, associados a complicações colorretais e ureterais relevantes. **Objetivo:** Avaliar a eficácia dos achados apresentados pelo USG para endometriose profunda com o tratamento cirúrgico. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo para analisar uma casuística de 28 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para endometriose profunda, no período de dezembro de 2011 a julho de 2016. Dos 28 pacientes apenas 7% (02 pacientes) não apresentaram no USG nenhum tipo lesão intestinal, sendo confirmado ausência das lesões no intra operatório em uma paciente. Dos 26 pacientes que apresentavam lesões presentes no cólon diagnosticado pelo USG, apenas 04 pacientes (15%) não necessitaram de tratamento cirúrgico no cólon, três pacientes realizaram ressecção da lesão (shaving). Das pacientes com lesão diagnosticada no USG, 73% (19 pacientes) foram submetidas a Retossigmoidectomia. **Conclusão:** O USG para endometriose profunda é eficaz na avaliação da lesões no pré-operatório, não havendo necessidade outros exames

Carlos Ramon Mendes; Joana Paula Pessoa; Thiago Faria Magalhães; Geislane Alcantara Santos; João Luiz Silva; Marcos Aurelio Travessa; Gutemberg Marques Lopes; Luciana Vilas Boas;

HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TL146 - Endometriose Intestinal - Relato de Caso

A endometriose é uma entidade comum na mulher em idade fértil, caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. O envolvimento colorretal da endometriose ocorre em 5 a 10% dos casos, acometendo mais frequentemente a região retossigmoidea, situação na qual a paciente pode se apresentar assintomática, dor crônica e sintomas inespecíficos até suboclusão e obstrução intestinal. Não existe conduta terapêutica uniforme para o tratamento da endometriose, seja clínico ou cirúrgico, pois depende de inúmeros fatores como faixa etária, sintomatologia, localização e extensão das lesões e do estado geral da paciente. De um modo geral, nas nas lesões superficiais que envolvam apenas a camada serosa do intestino ou superficialmente a muscular em uma pequena extensão podem ser ressecadas por shaving preservando parcialmente a camada muscular e realizada plastia no local ressecado, se necessário. As lesões intestinais com maior infiltração, de até 3cm, devem ser submetidas à ressecção circular ou ressecção segmentar com sutura seromuscular local, conforme indica a literatura. Consideramos essas alternativas à retossigmoidectomia no caso de lesões não complicadas, ou seja, superficiais, únicas, sem fístulas, rotura de alça ou sinais de peritonite. A avaliação da paciente e da extensão da doença necessitam de critério para a realização da conduta adequada, e cada caso deve ser individualizado. Neste trabalho apresentaremos um caso de endometriose da região retossigmoidea tratado cirurgicamente pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Irmãos Penteado, através de ressecção local da lesão, sem a necessidade de enterectomia.

Andressa Araujo Marinho; Carlos Eduardo Soares De Souza Lima; Marco Antônio Martins Teixeira; Guilherme De Lima Pozzato; Gustavo Fonseca Dos Santos; Marcela Magri Ferreira Dias; Leandro De Carvalho Maciel; Mariana Garcia Freitas Franco;

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS-SP / HOSPITAL IRMÃOS PENTEADO

TL147 - Endometriose profunda com acometimento do reto e sigmoide tratada por laparoscopia

Introdução: Endometriose profunda com acometimento do intestino ocorre em cerca de 8-12% das mulheres com endometriose sintomática. A cirurgia é indicada em pacientes com dor pélvica refratária ao tratamento clínico. Objetivo: estudar de forma retrospectiva os casos de endometriose profunda com acometimento intestinal operadas por laparoscopia na Proctogastroclínica de Ribeirão Preto. Métodos: foram avaliados, de forma retrospectiva, os prontuários de pacientes portadoras de endometriose com acometimento intestinal comprovado por exame de imagem (ultrassom transvaginal, ressonância magnética de pelve) e/ou colonoscopia, submetidas a tratamento cirúrgico por laparoscopia. Foram avaliadas as cirurgias realizadas ("shaving" e liberação do sigmoide, nos casos de acometimento < 10-20% da alça intestinal; ressecção discoide, nos casos envolvimento >20% e <3cm da parede intestinal; retossigmoidectomia, nos casos de acometimento múltiplo ou >3cm ou envolvimento da mucosa intestinal), a taxa de complicações, taxa de conversão e taxa de recidiva clínica pós procedimento. Resultados: 22 pacientes com endometriose intestinal foram submetidas a laparoscopia no período de outubro de 2014 a julho de 2016. Uma paciente (4,5%) não tinha acometimento intestinal (laparoscopia "branca"). 8 pacientes (36,4%) foram submetidas a "shaving" (com ou sem liberação do sigmoide), 8 pacientes (36,%) foram submetidas a ressecção discoide com grampeador circular e 5 pacientes (22,7%) foram submetidas a retossigmoidectomia laparoscópica com anastomose cólon retal por duplo grampeamento. O período médio de internação hospitalar foi de 1,9 dias (1-8 dias). A taxa de conversão foi de 9% (2/22). A taxa de complicações foi de 13,6% (3/22: 1. perfuração acidental do reto-sigmoide proximal a ressecção discoide, com peritonite pélvica, diagnosticada 48h após a laparoscopia, com necessidade de laparotomia, com incisão Pfannenstiel para rafia do sigmoide e colostomia em alça; 2. trombose venosa profunda de veia poplítea; 3. infecção do

trato urinário inferior). Duas pacientes (9%) necessitaram de estoma protetor. Duas pacientes (9%) estão com suspeita de recidiva pelo exame de imagem (ambas submetidas a "shaving"). As demais apresentaram melhora significativa da sintomatologia, num período médio de seguimento clínico é de 9,7 meses (1-20 meses). Conclusões: cirurgia laparoscópica para tratamento de endometriose intestinal é segura e deve ser oferecida como opção cirúrgica nestes pacientes

Rogério Serafim Parra; José Joaquim Ribeiro Da Rocha; Marley Ribeiro Feitosa; Omar Feres; José Vitor Cabral Zanardi; Fernando Passador Valerio; Nelson Hisamo Sato Jr; Liliane Silvestre;
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TL148 - Enterocolite necrosante como complicação da cirurgia de Swenson modificada

INTRODUÇÃO: A Doença de Hirschprung (DH) ou megacólon congênito, caracteriza-se pela ausência de células gangliônicas no plexo submucoso e mioentérico sendo uma importante causa de obstrução intestinal em neonatos e crianças. Sua incidência é de cerca de 1:5000 nascidos vivos e seu diagnóstico é definido através da confirmação anatomopatológica. Ao longo das últimas décadas diferentes técnicas de abordagem cirúrgica vêm sendo utilizadas, como por exemplo a descrita por Swenson. Esta técnica está associada a algumas complicações, sendo uma delas a enterocolite necrosante pós operatória (ENPO), responsável por 22,5% das mesmas. A ENPO tem como quadro clínico: distensão abdominal, diarreia explosiva, vômitos, febre e até mesmo choque. Sua patogênese ainda é desconhecida, porém está associada a um conjunto de fatores como : disfunção do sistema nervoso entérico, produção mucinosa anormal, microflora intestinal desequilibrada e secreção insuficiente de imunoglobulinas. **OBJETIVO:** Relatar a ocorrência de enterocolite necrosante como complicação da cirurgia de Swenson modificada. **METODOLOGIA:** relato de caso com revisão bibliográfica. **RELATO DE CASO:** Lactente de 9 meses, diagnosticado ainda no período neonatal com DH, retornou a consulta ambulatorial para seguimento do tratamento desta patologia. Nesta etapa do tratamento, o paciente necessitava de intervenção cirúrgica para fechamento de colostomia através da técnica de Swenson modificada. Foram realizados exames laboratoriais pré operatórios como : coagulograma, vigilância infecciosa (VHS, PCR, LEUCOGRAMA), dentre outros, que não evidenciaram alteração, sendo então liberado para o procedimento cirúrgico. O procedimento cirúrgico correu sem intercorrências, porém no 4º dia pós operatório, o lactente evoluiu com enterocolite necrosante e apendicite. **RESULTADO:** Diante do agravo do quadro clínico e laboratorial do paciente, foram realizados exames de caráter diagnóstico, que comprovaram a suspeita dessas complicações. Houve então a necessidade da reabordagem de caráter emergencial, onde foram realizadas: apendicectomia e hemicolectomia à esquerda.. **CONCLUSÃO:** Assim como todo procedimento cirúrgico, a técnica de Swenson é passível de cursar com complicações, sendo uma das mais temidas: a ENPO por sua alta morbimortalidade. É necessário, portanto, uma avaliação criteriosa para escolha da melhor técnica operatória a ser empregada, sem abrir mão de um seguimento rígido do paciente no pós operatório.

Rodrigo Leonardo Passos Carvalho Bahia Sapucaia; Paloma Passos Carvalho Bahia Sapucaia; Natalia Lemos Carvalho; Jose Raimundo Bahia Sapucaia; Paula Lima Ferreira; Aline Luttigards Santiago; Luiz Antonio Batista Carneiro; Ingrid Campos Vieira;
UNIVERSIDADE SALVADOR (UNIFACS)

TL149 - Estudo comparativo da proctocolectomia total com bolsa ileal em J videolaparoscópica entre a Retocolite Ulcerativa e a Polipose Adenomatosa Familiar

Introdução: A proctocolectomia total com bolsa ileal em J é a principal opção terapêutica para Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) com acometimento de reto e Retocolite Ulcerativa (RCU) refratária ao tratamento clínico. **Objetivo:** Comparar morbidade perioperatória da proctocolectomia total com bolsa ileal em J videolaparoscópica em pacientes com PAF versus RCU. **Métodos:** Análise retrospectiva de dados coletados prospectivamente de 34 casos operados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 2005 e 2016. As complicações pós-operatórias foram classificadas pela escala de Clavien-Dindo em até 30 dias após a cirurgia. Foi considerada complicação grave Clavien grau 3 ou maior. Os dados foram analisados com uso do programa SPSS®. **Resultados:** Foram 34 pacientes operados, 10 por RCU e 24 por PAF. As populações não apresentavam diferença estatística quanto a comorbidades, Índice de Massa Corpórea (IMC), nível sérico de hemoglobina pré-operatória e classificação do ASA. Em relação a idade, os pacientes com RCU eram mais velhos que os com PAF, média de 39,9 anos versus 26,9 anos, respectivamente ($p=0,002$). No geral, 16 (47,1%) pacientes não tiveram complicações, as complicações foram grau I em 5 (14,7%) pacientes, grau II em 6 (17,6%) pacientes, grau IIIa em 2 (5,9%) pacientes, grau IIIb em 4 (11,8%) pacientes e grau IVa em 1 (2,9%) paciente. Não houveram complicações grau IVb ou V. Deiscência de anastomose ocorreu em 9 (26,5%) pacientes, reoperação foi necessária em 5 (14,7%) pacientes e transfusão sanguínea em 3 (8,8%) pacientes. Comparando RCU e PAF, a taxa de deiscência da primeira patologia foi significativamente maior (50% vs 16,7%, $p=0,45$), assim como a necessidade de transfusão pós-operatória (30% vs 0, $p=0,005$) e o tempo de internação (média de 14,7 dias vs 8,6 dias, $p=0,007$). **Conclusão:** A proctocolectomia total com bolsa ileal em J é um procedimento com morbidade elevada, mesmo pela via laparoscópica. A morbidade aumenta quando a doença de base é RCU.
Lucas Soares Gerbasi; Rodrigo Ambar Pinto; Mariane Gouvea Monteiro De Camargo; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Diego Fernandes Maia Soares; Fábio Guilherme Caserta Maryssael Campos; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Ceconelo;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

TL150 - Estudo comparativo entre anastomose extracorporal e anastomose totalmente intracorporal na ressecção laparoscópica do cólon esquerdo e recto

Introdução: A utilização de anastomoses intracorporais durante a cirurgia laparoscópica pode conduzir a melhores resultados a curto prazo, pois diminuem a agressão da parede abdominal e reduzem a tração sobre os mesos intestinais. A técnica “Colorectal Intracorporeal Anastomosis by Laparoscopy” (CRIAL) permite a realização de anastomoses coloreticais circulares totalmente intracorporais. **Objetivo:** Avaliar os resultados clínicos imediatos das colectomias esquerdas e ressecção anterior do recto laparoscópicas com anastomoses coloretal circular totalmente intracorporal comparando-as com as tradicionais anastomoses extracorporais. **Métodos:** Realiza-se uma análise em base de dados colhidos de forma prospectiva, de um coorte de doentes sujeitos a ressecção do cólon esquerdo e recto, por via laparoscópica, de Janeiro 2009 a Maio 2016. Compara-se o tempo de internamento, assim como as complicações cirúrgicas no pós-operatório (classificação de Clavien-Dindo). Utiliza-se para análise estatística o teste t-student, o teste não paramétrico de Mann-Whitney, e o teste de χ^2 para as variáveis categóricas. **Resultados:** Foram sujeitos a cirurgia laparoscópica de ressecção do cólon esquerdo ou recto, com anastomose primária, 161 doentes. Destes, 59 realizaram anastomose coloretal intracorporal (CRIAL) (36,7%). O grupo CRIAL apresentou menor tempo de internamento pós-operatório (média 6,4 vs 9,5 dias $p=0,011$). Esta diferença foi especialmente evidente quando comparados os grupos submetidos a ressecção do recto médio/baixo (média 7,9 vs 17,6 dias $p<0,001$ e mediana 5 vs 15). A taxa de complicações

cirúrgicas foi inferior no grupo CRIAL, embora sem significado estatístico (8.5 vs 20.6% $p=0.076$). A taxa de deiscência de anastomose verificada foi de 8,8% no grupo com anastomose extracorporal e de 3,4% no grupo CRIAL ($p=0,331$). Conclusões: A técnica CRIAL mostrou ser um método seguro para realizar anastomoses coloreticais laparoscópicas, estando associada a baixas taxas de complicações major e a uma recuperação pós-operatória mais rápida, com um menor tempo de internamento, melhorando de forma clara os resultados relativamente a cirurgia laparoscópica clássica.

Joana Isabel Almeida; Carlos Costa Pereira; Joaquim Costa Pereira; Cristina Martinez Insua; Susana Costa; Inês Romero; João Pinto-De-Sousa;

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

TL151 - Fatores associados à morbidade da neuroestimulação sacral para tratamento da incontinência fecal

INTRODUÇÃO: A incontinência fecal é um problema comum e sub-diagnosticado, devido ao fato de os pacientes sentirem-se constrangidos em procurar ajuda e abordar o tema. A neuroestimulação sacral (SNS) é um dos tratamentos de escolha para a correção da incontinência fecal (IF). O objetivo desse estudo foi identificar os fatores associados à morbidade após implante do SNS. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Dados coletados retrospectivamente de pacientes tratados de IF com o SNS. As variáveis demográficas, as causas da IF e os detalhes cirúrgicos foram relacionados à incidência de morbidade (dor, infecção, infecções de ferida, perda e falta de eficácia). As variáveis categóricas foram analisadas com a análise do qui-quadrado e as variáveis não-paramétricas foram comparadas com o teste de Mann Whitney. **RESULTADOS:** 115 pacientes (idade média de $58,5 \pm 15$ anos, 85% do sexo feminino) foram submetidos ao implante do dispositivo de 2010-2014. O acompanhamento médio foi de 8 (0.3-37) meses. Dor durante estimulação foi a queixa mais comum (21,7%) e dor no local da implantação ocorreu em 11,3% dos pacientes. Além disso, história de síndromes dolorosas ($p = 0,03$) foi significativamente associada com maiores taxas de dor relacionada com a estimulação. O único fator associado à dor no local da implantação foi sexo masculino. Perda de eficácia foi observada em 16,5% dos pacientes, enquanto outros 7% de pacientes revelaram que nunca perceberam os benefícios do implante. A perda de eficácia foi significativamente associada a uma cirurgia da coluna prévia ($p = 0,03$). Quinze por cento (17/115) foram submetidos a retirada do dispositivo após a primeira cirurgia e 8% (9/115) necessitaram de revisão cirúrgica, com 33% (3/9) desses tendo posteriormente o dispositivo retirado. Treze por cento (15/115) foram submetidos a reimplante com 20% (3/15) requerendo explante. **DISCUSSÃO:** Existem mínimas informações que relatam as taxas de morbidade em pacientes pós implante de SNS para tratamento da incontinência fecal. Esse estudo sugere que sexo masculino, cirurgia da coluna vertebral prévia e uma história de síndromes dolorosas foram correlacionados com morbidade pós-operatória significativa. **CONCLUSÃO:** Por produzir grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, a IF deve ter o seu manejo adequado, sendo a SNS uma opção terapêutica eficaz.

Raíssa Amélia Silva Reis; Fábio Gontijo Rodrigues; Alejandro Cracco; Sami Chadi; Massarat Zutshi; Brooke Gurland; Giovanna Da Silva; Steven Wexner;

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

TL152 - Fistula aorto entérica

A fístula aorto-entérica é uma doença rara. Classificada em primárias quando há comunicação aorto-entéricas diretas, e secundárias quando existe cirurgia prévia de aneurisma da aorta. A incidência varia de 0,04 a 0,07%^{1,2,3} primárias e 0,3 a 4% secundárias^{2,3,4,5}. O diagnóstico é

realizado tardiamente, por manifestar-se de forma semelhante a outras patologias que cursam com hemorragia digestiva baixa. É confirmada através de tomografia computadorizada (TC), ressonância nuclear magnética (RNM) ou angiotomografia (AT) . O tratamento é cirúrgico, sendo fatal em aproximadamente 100% dos casos não diagnosticados e 50% após intervenção cirúrgica. Relato de caso Paciente masculino, 62 anos, branco. Procurou atendimento médico com melena, febre e obstipação intestinal há 2 dias. História pregressa: ex tabagista, hipertenso, diabético, dislipidêmico, pancreatites por hipertrigliceridemia e infarto agudo do miocárdio. Cirurgias prévias: 2009, aneurismectomia de poplítea bilateral com interposição de enxerto. Em 2010 correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal com extensão para ílica direita (AID). Em 2011 correção endovascular de aneurisma de AID e introdução de catéter duplo J por compressão do ureter distal direito. Em 2012, embolização de AID por punção guiada por TC. Observado persistência das dimensões do saco aneurismático em 2013. Ao exame: estável hemodinamicamente. Abdome: pouco distendido, RHA+, dor a palpação de fossa ílica esquerda, sem peritonite. Toque retal: melena. No dia seguinte, evolui com novo episódio de HDB, em grande quantidade. Encaminhado para centro cirúrgico. Realizado bypass axilo bifemoral e laparotomia exploradora. Identificado aneurisma de aorta abdominal, fístula e abscesso entre a AID e o sigmóide. Realizado retossigmoidectomia a Hartmann após laqueação da aorta abdominal. Paciente evolui com sangramento volumoso. Optado aposição de compressas e reabordagem posterior. Após 2 horas paciente evolui a óbito por choque hipovolêmico.

Patricia Suzana De Souza; Patricia Suzana De Souza; Magaly Gemio Teixeira;
HOSPITAL BENEFICENCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

TL153 - Incidência de endometriose no apêndice cecal em pacientes com endometriose infiltrativa profunda e intestinal.

Introdução: O acometimento da endometriose no apêndice ainda não está bem estabelecido com incidência variando de achados casuais no intraoperatório de até 20% em endometriose infiltrativa e profunda (EIP) quando se aplica o inventário da cavidade pela técnica de COPE (Corrida nos Órgãos Peritoneais na Endometriose). **Objetivos:** Avaliar a incidência de endometriose no apêndice, em pacientes com diagnóstico pré-operatório de endometriose intestinal no retossigmoide após aplicação do inventário da cavidade pela técnica de COPE. **Métodos:** Foram submetidas ao tratamento cirúrgico videolaparoscópico 173 pacientes com média de idade de 32 anos e com endometriose intestinal comprovada por exames pré-operatórios, e aplicado o inventário da cavidade pela técnica de COPE em todas as pacientes. O critério de apendicectomia foi avaliar o apêndice com lesão característica de endometriose, apêndice espessado, endurecido e acotovelado e encaminhado para o estudo anatomopatológico. **Resultados:** Foram submetidas à apendicectomia, 51 pacientes, tendo confirmação da existência de endometriose através do exame anatomopatológico em 35 delas. Todas apresentaram queixas clínicas gastrointestinais e relação forte com infertilidade. **Conclusão:** Este trabalho apresenta o resultado de 10 anos de aplicação da técnica de COPE, que permite constatar a alta incidência de endometriose no apêndice cecal quando aplicada na cirurgia de EIP.

Doryane Maria Dos Reis Lima; Gustavo Kurachi; Lazaro J. S. Teixeira; Gabriel Da Rocha Bonatto; Vitor Massaro Takamatsu Sagae; Tomaz Massayuki Tanaka; Ricardo Shigueo Tsuchiya; Univaldo Etsuo Sagae;
GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA

Vídeos Livres

VL01 - A apendicectomia ampliada videolaparoscópica é segura na suspeita de mucocele do apêndice?

Introdução: A mucocele de apêndice é uma patologia de baixa incidência, e em sua maioria tem seu diagnóstico, clínico, confirmado apenas no intra-operatório. A avaliação pré-operatória e a técnica cirúrgica, com manipulação adequada, são imprescindíveis para evitar comprometimento do resultado oncológico. A evidência sobre a melhor via de abordagem cirúrgica é controversa. **Objetivo:** Expor o passo-a-passo da apendicectomia ampliada videolaparoscópica como uma técnica factível, dentro dos preceitos oncológicos, para a remoção segura na suspeita da mucocele do apêndice. **Método:** Através da via laparoscópica a técnica operatória consiste no grampeamento na região cecal respeitando limites e margens oncológicas estudadas no pré-operatório, através de um ou dois exames de imagem associado ou não a colonoscopia. A peça cirúrgica compreende: apêndice cecal, mesoapêndice e porção adjacente do ceco. A ligadura da artéria apendicular realizada em sua origem. O material ressecado é, então, introduzido em invólucro plástico seguida da ampliação da incisão para extração do tumor sem ruptura e/ou contaminação. **Resultados:** O procedimento é realizado com evolução e resultado oncológico satisfatórios no pós-operatório. **Conclusão:** A videolaparoscopia, em serviços com experiência nessa via, é factível. Seguindo os passos citados, é segura do ponto de vista oncológico.

Túlio Brasileiro Silva Pacheco; Luis Roberto Manzione Nadal; José Francisco De Mattos Farah; Geraldo Camilo Neto; Camylle Reis Figueiredo; Gabriel Lacerda Esteves;
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

VL02 - Adenocarcinoma do cólon sigmoide com invasão da bexiga operado por videolaparoscopia

Introdução: Os doentes com adenocarcinoma do cólon localmente avançado com invasão da bexiga são habitualmente operados por laparotomia. Esta condição representa uma contra-indicação relativa para abordagem laparoscópica, no entanto sem fundamento científico claro. **Objetivo:** Apresentação de caso clínico, em formato vídeo, de doente com adenocarcinoma do cólon sigmoide com invasão da bexiga operado por via laparoscópica. **Métodos:** Captura e edição de vídeo. Consulta de elementos clínicos do prontuário do paciente. Revisão sistemática da literatura disponível. **Resultados:** Doente do sexo feminino 61 anos com IMC (Índice de Massa Corporal) de 29 com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, doença de refluxo gastro-esofágico, cesariana e colecistectomia laparoscópica. Apresentamos um vídeo de cirurgia laparoscópica de doente tratado por um câncer do cólon sigmoide com invasão da bexiga com intenção curativa. Foi realizada sigmoidectomia com linfadenectomia desde a raiz da artéria mesentérica inferior e ressecção parcial da bexiga com encerramento primário em 2 planos. A cirurgia demorou cerca de 330 minutos e decorreu sem intercorrências. A anastomose foi mecânica com CEA. Não foi realizado estoma de proteção. O pós-operatório decorreu sem intercorrências tendo alta ao 7º dia de internação com sonda vesical. A anatomia patológica revela adenocarcinoma moderadamente diferenciado, T4b com margens livre de lesão e 1 linfonodo metastático no total de 15 linfonodos. Mantém agora seguimento em ambulatório encontrando-se vivo e sem evidência de doença aos 6 meses. **Conclusões:** Embora o tratamento por videolaparoscopia seja controverso nesta patologia, apresentamos um caso em que se demonstrou que esta opção é oncológicamente segura e onde não houve complicações pós operatórias. É de salvaguardar que esta cirurgia foi realizada num centro de alto volume de cirurgia laparoscópica do aparelho digestivo.

Ricardo Nogueira; Paula Magro; Mariane Camargo; Lucas Gerbasj; Cintia Kimura; Filipe Camarotto; Sérgio Araújo; Sérgio Nahas;
IPO

VL03 - Alternativa econômica de protetor de parede abdominal em cirurgias laparoscópicas oncológicas

INTRODUÇÃO Atualmente a cirurgia laparoscópica tornou-se uma opção extremamente (procuramos evitar termos muito contundentes) segura e eficaz no tratamento de diversas patologias oncológicas. Uma das principais preocupações durante a ressecção das peças cirúrgicas é a possibilidade de implante tumoral na parede abdominal. A fim de evitar esta, o uso de um dispositivo protetor que isole a peça cirúrgica do contato com a parede abdominal faz-se necessário de modo a reduzir os índices de implantação e já se mostra eficaz nesse contexto. Tal dispositivo deve permitir boa visualização laparoscópica e manutenção do pneumoperitônio, ser de fácil confecção e instalação no transoperatório e proteger todo o sítio cirúrgico. Neste trabalho apresentamos um dispositivo com tais características, que, além de apresentar ótima reprodutibilidade, tem custo extremamente reduzido em relação as opções existentes no mercado. **OBJETIVOS** Apresentar a reprodução de um dispositivo protetor de parede abdominal para cirurgias laparoscópicas oncológicas como alternativa na prevenção da implantação metastática da ferida operatória, de baixo custo e de fácil confecção, uso e reprodutibilidade. **MÉTODOS** Estudo descritivo da técnica. Os materiais necessários são uma mão de luva tamanho 7,5 ou 8, uma sonda uretral número 16 e tesoura. Iniciando pela sonda uretral, corta-se a tampa, permanecendo a extremidade que adapta a tampa à sonda. Corta-se a sonda no tamanho de 20cm com a extremidade em forma de bixel e encaixa-se uma extremidade na outra formando um anel. Ajusta-se este anel externamente ao punho da luva e dobrando as bordas do punho por sobre o anel. Para a instalação, coloca-se o punho com o anel dentro da cavidade abdominal com a mão da luva para o exterior de forma que o anel se ajuste internamente ao redor de toda a ferida operatória. Corta-se a mão da luva no momento de retirada da peça. **RESULTADOS** Foram utilizados dispositivos como o descrito em cirurgias oncológicas coloproctológicas laparoscópicas mediante consentimento. A confecção do dispositivo leva cerca de 40 segundos e os materiais necessários foram facilmente disponíveis, totalizando um custo médio de dois reais. Seu uso decorreu sem intercorrências em mais de 30 cirurgias. **CONCLUSÕES** Diante da necessidade do uso de protetor de parede em cirurgias laparoscópicas oncológicas, apresentamos um dispositivo alternativo de baixo custo e fácil acesso.

Gustavo Becker Pereira; Isabela Cristina Coelho Da Cunha; Felipe Back Peruck; Willian Lorenzetti; Bruno Lorenzo Scolaro; Rodrigo Becker Pereira;
UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ (UNIVALI)

VL04 - Cirurgia colorretal laparoscópica associada à operação endoscópica transanal (TEO)

INTRODUÇÃO: Cirurgia radical é considerada o tratamento padrão ouro para o adenocarcinoma do reto. A taxa de recidiva local para tumores T1-2, N0, M0 é menor do que 1% quando a excisão total do mesorreto (ETM) é realizada. A técnica de microcirurgia endoscópica transanal (TEO) está sendo aceita nos últimos 5 anos como procedimento alternativo para tratamento de casos selecionados de câncer do reto. **RELATO DE CASO:**

Paciente, feminino, 60 anos, com queixa de hematoquezia há 1 ano. Submetida à colonoscopia que evidenciou lesão vilosa de aproximadamente 30mm, com ulceração central, em reto médio. Histologia: adenoma com displasia de baixo grau. RNM evidenciou lesão com estadiamento T2. Cirurgia: realizada retossigmoidectomia videolaparoscópica, com excisão total do mesorreto, sendo que a dissecação da porção proximal do mesorreto foi realizada por laparoscopia e a porção distal pelo TEO. Anastomose coloanal grampeada e ileostomia protetora. Durante o procedimento realizado via transanal tivemos dificuldade para estabilização do pneumorreto, mas sem comprometer o procedimento cirúrgico. Histologia: adenocarcinoma, Sm2, sem metástase linfonodal. Paciente evoluiu com queda hematimétrica no PO imediato, sendo diagnosticado hematoma pélvico por TC de abdome. Optou-se por tratamento conservador, com boa evolução clínica. No momento em acompanhamento por equipe multidisciplinar. **DISCUSSÃO:** A retossigmoidectomia com ETM pode estar associada à aumento das complicações pós-operatórias e da mortalidade. A principal indicação da microcirurgia endoscópica transanal é a excisão local de adenoma séssil do reto médio ou superior, mas também pode ser usada no tratamento do adenocarcinoma do reto T1 de baixo risco. O estadiamento da lesão por US endoanal ou RNM é fundamental. A lesão deve ser menor do que quatro cm de diâmetro, não invadir a submucosa ao nível Sm2 ou Sm3, ser bem diferenciada histologicamente (G1,G2), não ter componente mucinoso e não apresentar sinais de invasão vascular, linfática ou perineural. Quando estes critérios são seguidos a taxa de recidiva e de cura são semelhantes aos da cirurgia radical, porém, com menor morbidade e sem mortalidade. **CONCLUSÃO:** A microcirurgia endoanal (TEO) representa um avanço na dissecação para excisão total do mesorreto, com menor número de complicações, mas exige curva de aprendizado do cirurgião e correta indicação da técnica para diminuir o tempo cirúrgico e minimizar possíveis intercorrências no per e pós operatórios.

Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Matheus M M M D E Meyer; Raissa A S Reis; Nathalia N C S Omer; Patricia C Sant'Anna; Peterson M Neves; Fernando J C Lavall Jr;

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

VL05 - Cirurgia colorretal videolaparoscópica para tumores avançados: uma opção de tratamento cirúrgico aceitável

Introdução: Atualmente, a videolaparoscopia é a via de acesso de escolha para o tratamento dos pacientes portadores de câncer colorretal, pelas vantagens descritas na literatura no que diz respeito à recuperação pós operatória, retorno às suas atividades cotidianas e melhor aspecto estético. Aliado a isso, a literatura também revela resultados oncológicos (sobrevida livre de doença e sobrevida global) semelhantes quando comparamos o acesso laparotômico. Porém em pacientes com tumores em estadiamento T4 ainda apresenta dificuldades quanto a indicação da videolaparoscopia como acesso principal.

Objetivo: apresentar um vídeo de um neoplasia de sigmoide em estadiamento T4 para intestino delgado e parede abdominal com tratamento cirúrgico exclusivo laparoscópico sem conversão. **Caso Clínico:** AGG, Feminino, 65 anos, IMC= 28,05, alterações do hábito intestinal há 3 meses, dor em hipocôndrio esquerdo, hematoquezia. Colonoscopia = tumor em sigmoide, ulcero-vegetante, estenosante. **Biópsia:** Adenocarcinoma G II. **Antecedentes pessoais:** ex-tabagista, hipertensão arterial controlada, 2 cesárias. **E.F:** massa palpável em flanco E com limites imprecisos, mobilidade reduzida, dolorosa. **toque retal:** sem alterações. **TC Tórax:** sem alterações. **TC Abd.** Total lesão expansiva 8 cm, na transição colon E e sigmoide com sinais de invasão da gordura adjacente, linfonodomegalias no mesocólon, sem sinais de metástases ou carcinomatose peritoneal. **CEA = 1,05. ASA II 21/02/2014 - Colectomia Esquerda mais Retossigmoidectomia mais Enterectomia Segmentar mais Salpingectomia esquerda com**

anastomose cólon-reto mais entero-entero anastomose por videolaparoscopia. Boa evolução pós-operatória com alta hospitalar no 4º dia de internação. No 10º dia pós-operatório, paciente bem, afebril, ferida operatória normal. Resultado Anatomo-Patológico = Adenocarcinoma GII, infiltração de serosa e tecido adiposo e peritônio adjacente com processo inflamatório, supurativo com extensão para segmento de delgado e tuba uterina, sem infiltração por neoplasia maligna. 0/23 linfonodos acometidos - margens livres - infiltração angiolinfática e perineural não detectadas. T4 N0 M0 – EC IIB Realizado QT adjuvante 2014. Seguimento: Paciente assintomática. Exames sem evidência de recidiva local / distância. colonoscopia pos – op = sem alterações. CEA 0.6. Conclusão: a cirurgia laparoscópica para tumores de estancamento T4 pode ser factível em casos selecionados com resultados oncológicos satisfatórios.

Marcos Vinicius Araujo Denadai; Luis Gustavo Capochin Romagnolo; Maximiliano Cadamuro Neto; Carlos Augusto Rodrigues Veo;
HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS

VL06 - Colectomia direita laparoscópica com anastomose extra-corpórea

Introdução: nas últimas duas décadas a ressecção colorretal por via laparoscópica tem se mostrado segura nos critérios oncológicos e com boa evolução pós-operatória, com retorno as atividades precocemente. Objetivo: apresentar um vídeo de uma colectomia direita laparoscópica com anastomose extra-corpórea. Relato do caso: homem, 74 anos, asiático com queixa de hematoquezia há 5 meses, associado a perda ponderal de 5% do peso. Colonoscopia evidenciou lesão ulcerada em cólon direito há cerca de 10cm do ceco que foi tatuada. Foi realizada colectomia direita por via laparoscópica com extração da peça por uma incisão mediana transumbilical com anastomose isoperistáltica extracorpórea, com tempo operatório total de três horas e trinta minutos. Resultado patológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cólon. Apresentou boa evolução pós-operatória com alta hospitalar no 3PO. Conclusão: o acesso laparoscópico mostra-se como boa alternativa de acesso a ressecção neoplásica com evolução satisfatória no pós-operatório com alta hospitalar precoce.

Danielle De Campos Peseto; Danilo Toshio Kanno; Denise Graffitti D'Avila; Vitor Rafael Pastro; Carlos Augusto Real Martinez; Enzo Fabricio Ribeiro Nascimento; Ronaldo Nonose; Daniel De Castilho Da Siva;
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

VL07 - Dilatação de estenose de anastomose por via transanal laparoscópica, pós-retossigmoidectomia

Introdução: A incidência da estenose pós-cirurgias colorretais é relativamente alta, variando de 3 a 30% e é mais comum nas anastomoses mecânicas do que nas confeccionadas manualmente. Os fatores pré-operatórios identificados como facilitadores da estenose foram: obesidade (23%), abscessos (10%), deiscência da anastomose (12%), infecção pélvica (10,5%) e irradiação pós-operatória (5,7%). Objetivo: relato de caso e apresentação de vídeo de dilatação de estenose de anastomose colorretal via transanal laparoscópica. Métodos: apresentação de vídeo da cirurgia realizada, relato de caso, revisão bibliográfica. Resultados: Paciente do sexo masculino, 50 anos, submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica - com sutura mecânica - e radioterapia neoadjuvante há 4 anos evoluiu no pós-operatório com estenose de anastomose. Na retoscopia, evidenciado estenose aproximadamente 8cm da linha pectínea. Foi submetido a quatro tentativas de dilatação endoscópica sem sucesso. Optado por dilatação de estenose via transanal laparoscópica com uso de ultracision, corrigindo orifício, previamente menor de 1cm, para 5cm. Paciente evoluiu bem no pós-operatório evacuando

normalmente. Conclusões: A primeira escolha de dilatação de estenose de anastomose colorretal é a endoscópica, que é eficaz em cerca de 70% dos casos. Caso refratária, normalmente propõe-se métodos cirúrgicos mais invasivos, como laparotomia com ressecção e re-anastomose e técnica de Soave. Apresentamos um caso de dilatação de estenose minimamente invasiva via transanal laparoscópica com sucesso. Trata-se de técnica ainda pouco difundida no meio cirúrgico, encontrado poucos casos descritos na literatura. Guilherme Zupo Teixeira; José Alfredo Reis Neto; José Alfredo Reis Junior; Regina Greilberger Ribeiro; Bruna Zini De Paula Freitas; Odorino H. Kagohara; Joaquim Simões Neto; Antonio Jose Tiburcio Alves Junior;
CLINICA REIS NETO

VL08 - Excisão total do mesoreto via transanal para ressecção de tumor T3 em instituição de ensino.

Introdução: A ressecção total do mesoreto via transanal (TaTME) em tumores retais tem como objetivo facilitar a ressecção em pacientes com tumores baixos que apresentam a pelve de difícil acesso, objetivando um melhor oncológico. Esta técnica menos invasiva do que a ressecção por via abdominal, consiste em acessar o tumor de reto através do canal anal por vídeo e melhorar a margem de dissecação distal e circunferencial do mesoreto. Relato de Caso: Paciente MABM, sexo feminino, 58 anos, com presença de lesão úlcero-vegetante, friável, à 5 cm da margem anal ocupando 75% da circunferência. O anátomo-patológico da colonoscopia apresentou diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Realizado retossigmoidectomia com ressecção total do mesoreto via transanal com anastomose coloanal. Na biópsia realizada na peça cirúrgica, o resultado foi de adenocarcinoma moderadamente diferenciado (G2) medindo 1,5cm em reto com infiltração do tecido adiposo perirretal sem perfuração do mesmo. Margens proximal, distal e radial livres de neoplasia. Metástase em 12 de 16 linfonodos ressecados - pT3 pN2b cM0 (Estadio IIIC). Discussão: A dissecação completa do mesoreto é um dos fatores determinantes para evitar a recidiva dos tumores colorretais, melhorando o prognóstico do doente. A técnica de TaTME é uma visão direta do mesoreto pela cirurgia endoscópica transanal (TEO) com auxílio de equipamento específico. Em estudos realizados, tumores T4 não são indicação para realização da técnica. Os pacientes do sexo masculino apresentam maior cuidado quanto a dissecação do reto anterior devido estar próximo da uretra e das vesículas seminais. Já em pacientes do sexo feminino, o cuidado maior é com a vagina. Com a utilização dessa técnica, essas lesões são menos incidentes devido a melhor visualização das estruturas, melhor preservação da inervação local. Conclusão: A dissecação do mesoreto via transanal vem sendo uma técnica cada vez mais utilizada por ser factível, com ótimos resultados.

Roberta Nascimento Cypreste; William Mateus Coutinho Hilbig; Gustavo Sevá Pereira; Joaquim José Oliveira Filho; Ricardo Bolzam Do Nascimento; Sandra Pedroso De Moraes;
HOSPITAL MARIO GATTI

VL09 - Retossigmoidectomia vídeo-assistida para tratamento de tumor de transição retossigmóide com intussuscepção sigmoidorretal

Introdução: A neoplasia de sigmóide, embora muito frequente, raramente se apresenta na forma de intussuscepção. O tratamento padrão é a retossigmoidectomia com ligadura dos vasos na origem e margem de 5 cm. Objetivo: Demonstrar o tratamento de neoplasia de transição retossigmóide invaginada para o reto submetida a retossigmoidectomia oncológica vídeo-assistida. Métodos: paciente de 49 anos, com história de sangramento, diarreia, e emagrecimento de 18kg em 8 meses. Procurou o PS com quadro de obstrução intestinal

submetida a sigmoidostomia em alça por vlp . Ao toque retal: lesão vegetante, circunferencial com base de implantação à 8 cm da borda anal (protruiu para a luz). A lesão foi intransponível ao colonoscópio e o anátomo patológico mostrou adenocarcinoma. Ressonância magnética com lesão expansiva, com conteúdo mucinoso, distando cerca de 15,0 cm da borda anal. Estende-se por cerca de 15,0 cm e encontra-se acima da reflexão peritoneal. A lesão estende-se além da camada muscular própria, Linfonodo único com conteúdo mucinoso, compatível com acometimento neoplásico, fásia mesorretal livre (estadio rnm T3cN1). Sem evidência de lesões metastáticas. Indicado então retossigmoidectomia oncológica para tratamento definitivo do quadro. Resultados: O procedimento inicia com passagem de 5 trocateres. Realizada dissecação de medial para lateral com ligadura dos vasos mesentéricos inferiores em sua origem. A presença da sigmoidostomia auxiliou a apresentação, sendo que a mesma só foi desfeita no momento da dissecação do sigmóide. O tumor era bastante volumoso, com cerca de 9 cm de extensão e 9 cm de largura, implicando em dificuldade técnica para sua dissecação. Realizado toque retal na tentativa de desfazer a intussuscepção, sem sucesso. Nesse tempo cirúrgico, optou-se por realização de incisão auxiliar mediana infraumbilical, o que permitiu a liberação do tumor, ainda invaginado. Realizado então preparo do reto para grampeamento a 6cm da borda anal, com margem segura do tumor. Observado grande ingurgitamento das veias retais, provavelmente devido ao efeito compressivo do tumor, optou-se por realizar anastomose primária mecânica com ileostomia de proteção. Conclusão: A presença de intussuscepção do tumor de sigmoide para o reto dificulta a delimitação da margem distal. Neste caso não foi possível desfazer a invaginação e a identificação do limite distal da lesão via laparoscópica sendo a cirurgia vídeo-assistida uma alternativa segura.

Diego Fernandes Maia Soares; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Lucas Cata Preta Stolzemburg; Lucas Soares Gerbasi; Mariane Gouvea Monteiro De Camargo; Ulysses Ribeiro Junior; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Cecconelo;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

VL10 - Avanço de retalho miomucoso via endoanal no tratamento de fístula retovaginal pós parto vaginal - Relato de caso

INTRODUÇÃO: As fistulas de etiologias obstétricas são raras, com incidências variáveis. São mais frequentes em trabalhos de parto prolongado e partos via vaginais com rupturas de 4º grau e causam importante prejuízo na qualidade de vida da paciente. Envolvem geralmente bexiga, reto e/ou vagina. Seu tratamento, em geral é cirúrgico e a técnica a ser adotada é sempre individualizada. **OBJETIVO:** Relatar um caso de fístula retovaginal tratada cirurgicamente através do avanço de retalho miomucoso via endoanal. **RELATO DE CASO:** Trata-se de uma paciente de 44 anos, com antecedente obstétrico de dois partos vaginais, sem antecedentes cirúrgicos. Sem antecedentes pessoais e familiares relevantes para o caso. Apresentou-se no ambulatório com queixa de saída de fezes pela vagina há 8 anos, de início poucas semanas após seu último parto. Ao exame físico proctológico, inspeção anal com presença de plicomas, sem outras anormalidades, pele perineal e margem anal normais. Ao toque retal, esfíncter hipotônico, indolor, com presença de orifício fistuloso puntiforme, anterior, à 2 cm da borda anal, o qual encontrava-se visível à anuscopia. O diagnóstico da fistula se confirmou com exame especular, no qual visualizava-se o orifício em mucosa vaginal posterior, cateterização do trajeto e com toque bidigital. Solicitada colonoscopia pré operatória, a qual visualizou até íleo terminal e não identificou qualquer anormalidade. Optou-se por correção da fistula via endoanal com confecção de avanço de retalho miomucoso via endoanal. A cirurgia ocorreu sem intercorrências intraoperatórias, com tempo cirúrgico de 50 minutos. O pós operatório ocorreu de forma satisfatória, e a paciente se encontra-se no 53º dia pós operatório, sem saída de secreções via vaginal e com continência completa para flatos e fezes. Segue em acompanhamento ambulatorial sem queixas. **CONCLUSÃO:** A fístula reto

vaginal é uma complicação pouco frequente pós partos via vaginal e em geral é corrigida cirurgicamente e a conduta proctológica é sempre individualizada. O retalho miomucoso via endoanal é uma técnica segura e eficaz no seu tratamento.

Fabio Piovezan Fonte; Rogerio Tadeu Palma; Thiago Bassaneze; Alexandre Kyoshi Hidaka; Ricardo Moreno; Felipe Augusto Yamauti Ferreira;
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

VL11 - Correção de fistula retovaginal com de retalho de Martius: vídeo com relato da técnica cirúrgica

Introdução: Prolapso retal é a condição em que a espessura total da parede retal é exteriorizada pelo ânus e causa desconforto importante ao paciente. Normalmente, os pacientes apresentam incontinência anal ou outro distúrbio evacuatório. Acomete, na maioria das vezes, mulheres a partir da sétima década de vida. Há diversas técnicas de tratamento cirúrgico. Apesar de apresentar uma recorrência maior do que a retopexia abdominal, a correção cirúrgica através da técnica perineal de Delorme é indicada em pacientes mais idosos ou com risco cirúrgico aumentado. **Objetivos:** Demonstrar, com vídeo ilustrativo, a técnica clássica de Delorme para correção de prolapso retal. **Métodos:** Relato de caso, seguido de vídeo de procedimento cirúrgico. **Resultados:** Paciente, de 80 anos, com história de Doença de Chagas, queixava-se de prolapso retal, durante evacuações, acentuado há um ano, com secreção fecal frequente e necessidade de redução manual. Negava constipação ou hematoquezia. Como antecedentes, havia sido submetida a cardiomioplastia, para tratamento de acalásia. Negava outras comorbidades. Ao exame, apresentava hipotonia do esfíncter anal e prolapso retal à manobra de Valsava, com exteriorização de aproximadamente 12 cm de mucosa retal. Indicada correção de prolapso retal, pela técnica de Delorme. No vídeo realizado, destacam-se os tempos cirúrgicos. Paciente, em litotomia, com apreensão de conteúdo prolapsado, é submetido a injeção de solução salina com epinefrina em plano submucoso, próximo a linha pectínea. Em seguida, procede-se uma incisão e a mucosa é descolada da muscular própria do reto, em toda circunferência retal. A dissecação é realizada distalmente até a curva do prolapso. Cria-se um tubo de mucosa retal, que é seccionado, sem invasão de camada muscular. Por fim, realizam-se plicaturas circunferenciais na musculatura com fio absorvível. Feito isso, é feita a síntese da camada mucosa restante. **Conclusões:** Prolapso retal é uma condição extremamente desconfortável e o tratamento cirúrgico faz-se necessário para melhora sintomática. A correção do prolapso pela técnica perineal de Delorme é um procedimento de menor morbidade e bem indicada em casos selecionados.

Rodrigo Gomes Da Silva; Beatriz Deoti E Silva Rodrigues; Gabriel Braz Garcia; Gabriela Maciel Cordeiro; Arthur Manoel Braga De Albuquerque; Magda Maria Profeta Da Luz; Antonio Lacerda Filho;

FACULTA DE MEDICINA DA UFMG

VL12 - Correção de Prolapso Retal com técnica de Delorme

Introdução: Prolapso retal é a condição em que a espessura total da parede retal é exteriorizada pelo ânus e causa desconforto importante ao paciente. Normalmente, os pacientes apresentam incontinência anal ou outro distúrbio evacuatório. Acomete, na maioria das vezes, mulheres a partir da sétima década de vida. Há diversas técnicas de tratamento cirúrgico. Apesar de apresentar uma recorrência maior do que a retopexia abdominal, a correção cirúrgica através da técnica perineal de Delorme é indicada em pacientes mais idosos ou com risco cirúrgico aumentado. **Objetivos:** Demonstrar, com vídeo ilustrativo, a técnica clássica de Delorme para correção de prolapso retal. **Métodos:** Relato de caso, seguido de

vídeo de procedimento cirúrgico. Resultados: Paciente, de 80 anos, com história de Doença de Chagas, queixava-se de prolapso retal, durante evacuações, acentuado há um ano, com secreção fecal frequente e necessidade de redução manual. Negava constipação ou hematoquezia. Como antecedentes, havia sido submetida a cardiomioplastia, para tratamento de acalásia. Negava outras comorbidades. Ao exame, apresentava hipotonia do esfíncter anal e prolapso retal à manobra de Valsava, com exteriorização de aproximadamente 12 cm de mucosa retal. Indicada correção de prolapso retal, pela técnica de Delorme. No vídeo realizado, destacam-se os tempos cirúrgicos. Paciente, em litotomia, com apreensão de conteúdo prolapsado, é submetido a injeção de solução salina com epinefrina em plano submucoso, próximo a linha pectínea. Em seguida, procede-se uma incisão e a mucosa é descolada da muscular própria do reto, em toda circunferência retal. A dissecação é realizada distalmente até a curva do prolapso. Cria-se um tubo de mucosa retal, que é seccionado, sem invasão de camada muscular. Por fim, realizam-se plicaturas circunferenciais na musculatura com fio absorvível. Feito isso, é feita a síntese da camada mucosa restante. Conclusões: Prolapso retal é uma condição extremamente desconfortável e o tratamento cirúrgico faz-se necessário para melhora sintomática. A correção do prolapso pela técnica perineal de Delorme é um procedimento de menor morbidade e bem indicada em casos selecionados.

Rodrigo Gomes Da Silva; Beatriz Deoti E Silva Rodrigues; Kelly Cristine De Lacerda Rodrigues Buzatti; Gabriel Braz Garcia; Gabriela Maciel Cordeiro; Walter Moreira Fonseca; Rúbio Adan De Andrade;

FACULTA DE MEDICINA DA UFMG

VL13 - Fistula anorretal - Tratamento a Laser

A fístula anorretal é uma doença com alta morbidade, em decorrência do seu difícil tratamento, apresentando recidivas frequentes e possibilidade de lesão esfinteriana para o tratamento cirúrgico convencional. Com intuito de diminuir a chance de incontinência fecal a longo prazo e promover preservação esfinteriana, a técnica FILAC utiliza uma fibra de LASER para destruir o trajeto fistuloso. Apresenta bons resultados descritos a curto e médio prazo, no entanto, a taxa de sucesso a longo prazo é desconhecida. Nesta casuística, estão incluídos 45 pacientes, com diferentes formas de fístulas. O vídeo mostrará detalhes da técnica empregada, além das indicações, complicações e resultados a médio e longo prazo.

Paulo Boarini; Marcelo Rodrigues Boarini; Lucas Rodrigues Boarini; Paulo De Azeredo Passos Candelaria; Roberto Guandalini Jr;

CLINICA PRIVADA

VL14 - Help - Desarterialização Hemorroidária Doppler guiada

A doença hemorroidária está associada a teoria vascular de hiperfluxo causando dilatações nos plexos venosos hemorroidários e consequente hiperplasia vascular. Sabemos que a obliteração das arteríolas terminais da artéria retal superior, diminuem este gradiente e consequentemente levam a uma retração destes mamilos, o que gera uma melhora dos sintomas. Um proctoscópio especial, com uma pequena janela é posicionado 3 cm acima da linha dentada. Através desta, introduzimos uma caneta de Doppler, cuja função é identificar o fluxo dos ramos terminais das artérias hemorroidárias (normalmente de 8-12). É realizada rotação horária do proctoscópio, sendo estes ramos fulgurados progressivamente através da fibra óptica de laser. Essa nova técnica descrita utiliza uma fibra de laser diodo 980 nm, associada a um Doppler para reconhecimento e posterior fotocoagulação das arteríolas terminais das artérias hemorroidárias. A profundidade de penetração pode ser regulada, assim como o tempo de exposição. São aplicadas 5 disparos de laser, a uma potência de 13 watts

com duração de 1.2s cada e uma pausa entre os disparos de 0.6s causando constrição tecidual na profundidade de aproximadamente 5 mm. As arteríolas terminais da artéria hemorroidária superior ,se precisamente identificadas, através de um sinal de Doppler ,podem ser obliteradas com o uso do laser. O procedimento não requer anestesia e pode ser realizado ambulatorialmente os autores demonstram a tecnica e discorrem sobre os resultados, aplicados em 55 pacientes.

Paulo Boarini; Lucas Rodrigues Boarini; Marcelo Rodrigues Boarini; Paulo De Azeredo Passos Candelaria;

CLINICA PRIVADA

VL15 - Impacto da abordagem transperineal da retocele em escore de constipação intestinal

Retocele é a herniação da parede retal anterior no lúmen da vagina. Ocorre devido à deficiência/trauma nos ligamentos que proporcionam o suporte para o reto e a vagina como no parto via baixa, na constipação intestinal crônica associada ao esforço evacuatório, além dos efeitos do envelhecimento. São frequentemente pequenas e assintomáticas. O sintoma mais comum é a evacuação incompleta, podendo ainda apresentar dificuldades evacuatórias como o esforço e a necessidade de realizar digitação na região perineal, fazendo parte do diagnóstico diferencial de defecação obstruída. Nestes casos a cirurgia para correção da retocele pode trazer grandes benefícios. Objetivos: Realizar estudo prospectivo para avaliar o impacto da abordagem transperineal da retocele no escore de constipação intestinal através de questionário padrão aplicado no pré e pós-operatório. Materiais e métodos: Foram incluídas no estudo as pacientes diagnosticadas com retocele sintomática com indicação de tratamento cirúrgico no período de junho de 2015 a fevereiro de 2016. As pacientes responderam ao questionário padronizado baseado no escore de Agachan aplicado no pré-operatório e no 4º mês após o procedimento. Resultados: Doze pacientes, com idade média de 61,7 anos, foram incluídas no estudo. Todas as pacientes foram submetidas a parto via baixa, variando entre 1 e 9 partos vaginais, com média de 3,1 partos; 66,7% submeteram-se também a parto via cesariana. Com relação a cirurgias prévias, 58% das pacientes não foram submetidas a nenhum procedimento (correção de retocele e cistocele ou perineoplastias); 33% foram submetidas a hysterectomias. Das 12 pacientes avaliadas e operadas, somente uma não faz ingestão diária de fibras; 33% ingerem diariamente no mínimo 1,2L litro de água, 33% ingerem de 800mL a 1,2 litro de água e 33% ingerem de 200 a 600mL de água. Todos as pacientes apresentaram melhora do escore de Agachan quando se compara o questionário respondido no pré-operatório e no 4º mês de pós-operatório. Os valores do escore variaram entre 5 a 21, com média de 12,6 no pre-operatório e de 1 a 11, com média de 6,42 no 4º mês de pós operatório ($p < 0,00001$). Quanto a satisfação após a cirurgia, 100% das pacientes disseram que se submeteriam ao procedimento caso este ainda não tivesse sido realizado. Conclusão: A cirurgia transperineal para correção da retocele garante melhora na constipação intestinal e em seus sintomas associados, além de satisfação das pacientes.

Renata Soares Paolinelli Botinha Macedo; Raquel Martins Cabral; Sinara Mônica De Oliveira Leite;

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES

VL16 - Perineoplastia posterior somada a esfinteroplastia no tratamento da retocele associada a lesão esfinteriana e fístula retovaginal pós parto

INTRODUÇÃO: A incontinência fecal pode ter efeitos devastadores na qualidade de vida dos indivíduos principalmente daqueles em idade jovem. Composto esse grupo estão as mulheres com lesão esfinteriana por trauma obstétrico. A lesão perineal pós parto é a principal responsável pela ocorrência das fístulas retovaginais e o parto vaginal é o principal fator de

risco associado ao desenvolvimento da retocele. A retocele, por sua vez, consiste no prolapso da parede anterior do reto para dentro da cavidade vaginal e pode cursar com piora da incontinência fecal por dificultar o esvaziamento aumentando o número de evacuações. O tratamento cirúrgico é indicado para essas patologias e diversas são as técnicas empregadas, sendo que, todas buscam a reconstituição anatômica do assoalho pélvico e do aparelho esfinteriano. OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é demonstrar com vídeo a utilização de técnicas cirúrgicas combinadas (esfinteroplastia e perineoplastia posterior com tela de polipropileno) no tratamento de paciente com lesão esfinterina anterior, fístula retovaginal e retocele decorrentes de laceração perineal pós parto. TÉCNICA CIRÚRGICA EMPREGADA: Paciente em litotomia sob raqui anestesia. Incisão arciforme em espelho (formato de “X”) com 3cm de comprimento entre o ânus e a fúrcula vaginal. Dissecção do septo retovaginal, junto à parede vaginal, a fim de evitar lesão retal, até fundo de saco onde se vê gordura pré peritonial. Após divulsão da parede vaginal do reto, fechado orifício fistuloso retal com pontos separados de poligalactina. Aplicação da tela de polipropileno na região proximal do espaço retovaginal. Fixação superior da tela junto aos ligamentos uterossacros e lateral à fáscia do puborretal de ambos os lados. Reconstrução do corpo perineal com aproximação do músculo transverso superficial do períneo na região distal do espaço retovaginal. Dissecção dos cabos do esfínter anal externo, que foram suturados por sobreposição. Fechamento da incisão da pele com técnica de “zetaplastia”, aumentando o corpo perineal. RESULTADO: Paciente atendida no 34º dia de pós operatório, com melhora importante da incontinência fecal. Sem recidiva da fístula retovaginal. CONCLUSÃO: Nas pacientes com distúrbios perineais associadas, especialmente naquelas com pseudocloacas traumáticas, a combinação de técnicas cirúrgicas pode trazer resultados satisfatórios, evitando a realização de estomas de desvio e, principalmente, melhorando a qualidade de vida dessas doentes.

Ana Paula Volpato; Rafaela Molteni; Antônio Baldin Jr.; Antônio Sérgio Brenner; Maria Cristina Sartor;

HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR

VL17 - Relato de caso: Retopexia laparoscópica com técnica de Wells para tratamento de procidência retal

Introdução: A procidência retal trata-se de um prolapso de todas as camadas do reto através do orifício anal. Sua incidência é maior em paciente do sexo feminino com idade avançada. Em sua fisiopatologia podemos destacar como causa: profundidade anormal do fundo de saco de Douglas, atonia ou frouxidão do diafragma pélvico e do canal anal, falta de fixação do reto aos tecidos adjacentes. O tratamento é cirúrgico e a abordagem pode ser abdominal ou perineal. Apresentamos um caso tratado com técnica minimamente invasiva pela técnica de Wells.

Descrição do caso: C.A.T., 76 anos, sexo feminino Q.P.: Abaulamento retal (prolapso) há 01 ano H.D.A.: Paciente constipada crônica, realizou histerectomia total via vaginal há 03 anos e há 01 ano relata prolapso retal, associado a dor local e hematoquezia. AC: histerectomia total via vaginal (2013) Colonoscopia: bom preparo, completa, sem alterações. Exame proctológico: hipotonia esfinteriana. Procidência retal de cerca de 7cm. Manometria anorretal: compatível com hipotonia severa dos esfínteres interno e externo do ânus Defecoressonância nuclera magnética: Acentuado descenso perineal durante a evacuação, com a junção anorretal atingindo até 7,8cm abaixo da linha pubococcigea, associado a grande ampliação do hiato elevador, que mediu até 10,6cm. Mucosa retal insinuada no canal e se exteriorizando além do orifício externo do ânus. A paciente foi submetida a retopexia com tela pela técnica de Wells por acesso laparoscópico, evoluindo bem e recebendo alta hospitalar no 2o DPO sem intercorrências. É acompanhada ambulatorialmente e apresenta melhora das queixas e resolução do prolapso. Conclusão: A retopexia com prótese foi descrita inicialmente por Wells em 1959 e consistia em uma mobilização retal completa e inserção de uma esponja protética

de Ivalon (polivinil álcool). A técnica foi modificada e atualmente é utilizada uma tela de polipropileno que é fixada no promontório e nas paredes laterais do reto. A literatura evidencia uma morbidade de 4,8% e recorrência de 4,7%. A retopexia laparoscópica com tela se mostrou um procedimento seguro, com baixa morbidade e resultados satisfatórios para o tratamento da prolapso retal.

Saulo Rollemberg Caldas Garcez; Daniel Hortiz De Carvalho Nobre Felipe; Fernando Bray Beraldo; Pablo Benely Silva De Andrade; Marcelo Protásio Dos Santos; Arlem Cesar Damasceno Perez; Helena Vecchia D Elia; Diego Yuji Ito;
CLINICA PRIVADA

VL18 - Retopexia ventral videolaparoscópica com tela para tratamento de prolapso retal

INTRODUÇÃO: Prolapso retal é um distúrbio pélvico que acomete especialmente mulheres idosas e que implica sintomas locais, disfunção intestinal e impacto negativo na qualidade de vida. A videolaparoscopia possibilitou a realização de técnicas de reparo por via abdominal com menor morbidade. **OBJETIVOS:** Apresentar um vídeo da experiência inicial de realização de retopexia ventral com tela por via videolaparoscópica em um Hospital Universitário em uma paciente com prolapso de múltiplos órgãos pélvicos. **MÉTODOS:** Apresentação de um caso clínico e demonstração do vídeo do procedimento. O procedimento foi realizado em junho de 2016 seguindo-se os passos da técnica proposta por D'Hoore, modificada para envolver a fixação da cúpula vaginal e ligamentos uterossacros à tela. **RESULTADOS:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, com queixa de dor pélvica e exteriorização do reto, associada a eliminação de muco nas fezes. Hábito intestinal irregular, evacuando a cada três dias, com esforço evacuatório excessivo. Nega perda fecal involuntária. Queixava-se, ainda, de dificuldade para urinar e sensação de peso na vagina. Dois partos por via vaginal. Ao exame proctológico, evidenciava-se prolapso retal de 3 cm. Toque retal sem alterações. À inspeção da região vulvovaginal, identifica-se cistocele e prolapso de cúpula vaginal. Apresentava manometria anorretal e colonoscopia sem alterações. Defecografia identifica intussuscepção retoanal, prolapso retal e descenso perineal estático e dinâmico. Avaliação da Ginecologia sugeriu tratamento cirúrgico do prolapso de cúpula vaginal em procedimento conjunto com abordagem abdominal para prolapso de reto. Foi realizada a retopexia ventral videolaparoscópica com uso de tela de polipropileno, seguindo os passos da técnica descrita por D'Hoore, sendo adotada modificação para incluir fixação da cúpula vaginal e ligamentos uterossacros à tela. A duração do procedimento cirúrgico foi de 160 minutos. Não houve complicações intra ou pós-operatórias imediatas. Após seguimento inicial de 45 dias, paciente nega queixas de dor ou ardor anal e apresenta hábito intestinal regular, diário, contudo, apresenta prolapso mucoso anterior ao esforço evacuatório, associado a prolapso de cúpula vaginal. **CONCLUSÕES:** No presente vídeo foi possível demonstrar que a técnica de retopexia ventral por videolaparoscopia para tratamento do prolapso de múltiplos órgãos pélvicos é segura e reprodutível, porém, os resultados preliminares apontam para recidiva no caso em estudo.

Nikolay Coelho Da Mota; Giancarlo De Souza Marques; João Beltrão Noletto Silva Júnior; Graziela Olívia Da Silva Fernandes; Rosilma Gorete Lima Barreto; Bruno Henrique Da Silva Pereira; Yvanna Lopes Carvalhal; João Batista Pinheiro Barreto;
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

VL19 - Retopexia ventral: como eu faço

Uma variedade de procedimentos foram descritos para o tratamento do prolapso de reto mas não existe consenso quanto a melhor técnica. Alguns estudos sugerem que a retopexia em

comparação com os procedimentos perineais, apresenta uma maior chance de cura com menor recidiva. A retopexia ventral é uma técnica descrita por D' Hoore com o intuito de evitar a mobilização póstero-lateral do reto e consequentemente minimizar o risco de lesão autonômica, que pode resultar em dismotilidade colônica pós-operatória e piora da função evacuatória. O objetivo deste vídeo é mostrar os detalhes dos principais passos da retopexia ventral robótica no tratamento do prolapso de reto, realizada em nosso serviço. A seleção adequada dos pacientes é indispensável para o sucesso da técnica no tratamento do prolapso retal e a indicação deve ser individualizada de acordo com as condições clínicas e a existência de afecções associadas. Primeiramente são posicionados os 5 trocartes, em linha, para correta adaptação aos braços do robô DaVinci. Insuflado o pneumoperitônio, o procedimento propriamente dito inicia-se pela adequada exposição através da fixação temporária do útero e retração lateral do sigmóide. Neste momento o robô é acoplado e inicia-se a dissecação do promontório sacral com preservação do nervo hipogástrico direito identificando o local da posterior fixação da tela. Inicia-se a abertura do peritônio lateralmente que se estende até o septo retovaginal, assumindo a forma de um "J" invertido. Após a abertura do fundo de saco de Douglas é realizada a dissecação do septo retovaginal liberando a região anterior do reto. A tela é fixada à parede anterior do reto com 9 a 12 pontos de fio não absorvível e posteriormente fixada ao ligamento anterior do sacro promovendo a suspensão do reto sem tracionar a tela. Após esta fixação o peritônio é fechado com sutura contínua e fio não absorvível sobre a tela, isolando-a. Conclusão: a retopexia ventral é uma técnica cirúrgica bem estabelecida em nosso meio que mostra-se efetiva no manejo do prolapso de reto, minimizando o risco de dismotilidade colônica pós-operatória.

Maria Emilia Carvalho E Carvalho; Brooke H Gurland; Tracy Hull; Massarat Zutshi;
CLEVELAND CLINIC FOUNDATION

VL20 - Ressecção perineal totalmente grampeada para correção de prolapso retal

INTRODUÇÃO: A cirurgia de Altemeier é a técnica de eleição para pacientes com idade avançada, comorbidades e risco-cirúrgico elevado devido as menores taxas de morbidade e mortalidade, quando comparada à cirurgia abdominal. Mais recentemente, a ressecção perineal totalmente grampeada tem sido proposta como uma opção rápida, de fácil execução e segura. **OBJETIVO:** apresentar um caso de ressecção perineal totalmente grampeada realizado em um paciente com alto risco cirúrgico. **RELATO DO CASO:** mulher, 82 anos, diabética, hipertensa, portadora de fibrilação atrial crônica, foi atendida em nosso serviço, com prolapso retal de aproximadamente 10cm, de longa data. Devido ao elevado risco cirúrgico, optou-se pela técnica de ressecção totalmente grampeada, com redução considerável do tempo cirúrgico e consequentemente, da morbidade do procedimento. Foram utilizados quatro cargas de grampeamento linear de 80 mm para a secção lateral do reto e três cargas de grampeamento curvo para a secção dos retalhos anterior e posterior. O procedimento foi realizado em 30 minutos, sem intercorrências. A paciente evoluiu bem, teve alta no 2º dia pós operatório e segue em acompanhamento ambulatorial, sem recidiva no primeiro ano.

CONCLUSÃO: Apesar do custo atual elevado, a ressecção perineal totalmente grampeada reduz consideravelmente o tempo cirúrgico e com isso, a morbidade do procedimento. Esta técnica pode beneficiar aqueles paciente de alto risco, como a do caso apresentado.

Juliana Lima De Toledo; Marley Ribeiro Feitosa; Barbara Bianca Linhares Mota; Karina Kendra Mar Marques; Ricardo Luiz Santos Garcia; Lucas Maradei Carneiro De Rezende; Omar Féres; José Joaquim Ribeiro Da Rocha;

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

VL21 - Retossigmoidectomia com Desperitonização Pélvica e Liberação de Ureteres Por Videolaparoscopia

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial, localizado fora da cavidade uterina e a prevalência gira em torno de 6 a 10 %. As queixas mais comuns são dor e/ou infertilidade. A doença acomete ovários, peritônio pélvico, ligamentos útero sacros e, menos comum, intestino, bexiga, diafragma, vagina, septo retovaginal e parede abdominal. Mulheres com endometriose podem apresentar queixas de dismenorréia,, dispareunia, dor pélvica crônica e/ou infertilidade. Embora o diagnóstico definitivo da endometriose necessite de uma intervenção cirúrgica, preferencialmente por videolaparoscopia, diversos achados nos exames físico, de imagem e laboratoriais já podem predizer, com alto grau de confiabilidade, que a paciente apresenta endometriose. A abordagem terapêutica da endometriose varia, dependendo da queixa da paciente – dor pélvica ou infertilidade. Os tratamentos mais difundidos atualmente são a cirurgia, a terapia de supressão ovariana, ou a associação de ambas. O tratamento cirúrgico da endometriose compreende desde procedimentos de baixa complexidade, como cauterização de focos superficiais e liberação de aderências velamentosas, até intervenções complexas nos ovários, fundo de saco de Douglas, intestino, bexiga e ureteres, exigindo, em alguns casos, uma equipe multidisciplinar. Neste vídeo apresentaremos a cirurgia de uma paciente de 35 anos com dor pélvica há cinco meses que foi submetida a um exame de ultrassom para avaliação de litíase renal e apresentou endometriose pélvica. Também apresentava filamento das fezes. Em exame complementar mostrou comprometimento do ureter distal a direita. Paciente foi submetida a cirurgia de retossigmoidectomia, ooforectomia e salpingectomia direita com desperitonização pélvica e liberação dos ureteres por videolaparoscopia. Recebeu alta no 4º dia de PO evoluiu sem dor e melhora do hábito evacuatório. Os autores querem mostrar a possibilidade do tratamento da endometriose profunda preservando o aparelho reprodutor feminino nas pacientes em idade reprodutiva.

Giancarlo Búrigo; Thábata Mounzer; Denise Graffitti D Avila; Nehad Yusuf Nimer;
CLINICA DR. GYANCARLO LTDA

VL22 - Retossigmoidectomia e Histerectomia Videolaparoscópica para tratamento de endometriose profunda.

A endometriose acomete 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva. As queixas mais comuns são dor e/ou infertilidade. A doença acomete ovários, peritônio pélvico e ligamentos útero sacros e, menos comum, intestino, bexiga, diafragma, vagina e parede abdominal. Embora o diagnóstico definitivo da endometriose necessite de uma intervenção cirúrgica, preferencialmente por videolaparoscopia, diversos achados nos exames físico, de imagem e laboratoriais já podem predizer, com alto grau de confiabilidade, que a paciente apresenta endometriose. A abordagem terapêutica da endometriose varia, dependendo da queixa da paciente – dor pélvica ou infertilidade. Os tratamentos mais difundidos atualmente são a cirurgia, a terapia de supressão ovariana, ou a associação de ambas. O tratamento cirúrgico da endometriose compreende desde procedimentos de baixa complexidade, como cauterização de focos superficiais e liberação de aderências velamentosas, até intervenções complexas nos ovários, fundo de saco de Douglas, intestino, bexiga e ureteres, exigindo, em alguns casos, uma equipe multidisciplinar. Apresentaremos um vídeo referente a uma paciente de 39 anos com endometriose profunda diagnosticada em 2011 com quadro clínico compatível e exames de imagem (ultra som pélvico) mostrando aumento do volume uterino, formações císticas nos ovários de conteúdo heterogêneo. Na ocasião foi submetida a uma videolaparoscopia diagnóstica que mostrou ovários velados e encarcerados, uma congelção da pelve. Feito apendicectomia por comprometimento do apêndice pela endometriose. A paciente se submeteu ao tratamento hormonal por quatro anos. Em 2015 devido a persistência da dor

pélvica se submeteu a cirurgia definitiva de retossigmoidectomia, ressecção de segmento transversal descendente e histerectomia por videolaparoscopia. A paciente não tinha mais o desejo de engravidar. A paciente recebeu alta no 5º DPO e evoluiu sem dor até o presente momento. Os autores querem mostrar a alternativa técnica adotada pela desvascularização inadvertida do ângulo esplênico do colon durante a liberação do mesmo.

Giancarlo Búrigo; Denise Graffitti Davila; Gilson Henrique Strobel;

CLINICA DR. GYANCARLO LTDA

VL23 - Tampão anorretal anestésico na cirurgia à M.M.ou orificiais cruentas.

O autor idealizou um curativo tampão anorretal, confeccionado no momento da cirurgia constituído de um dedo de luva com várias pequenas aberturas e uma gaze contendo pomada anestésica que é colocada dentro do dedo da luva e introduzida no canal anal com auxílio de um espéculo anal simples. O tampão pode ser evacuado pelo paciente ou ser facilmente retirado no dia seguinte pois o mesmo não adere na área cruenta. O autor notou importante diminuição da dor no pós-operatório imediato e na primeira evacuação.

Miguel Russo Junior;

HOSPITAL SAMARITANO

VL24 - Transversectomia com anastomose intra-corpórea por videolaparoscopia

Introdução: A transversectomia por vídeo é um procedimento raro. A maioria das lesões de transversal acabam sendo ressecadas em colectomia esquerda ou direita ampliada. A cirurgia exige mobilização completa dos ângulos hepático e esplênico para uma anastomose sem tensão. A anastomose intra-corpórea nesse procedimento reduz a mobilização necessária para que se consiga uma técnica adequada e livre de tensão. Objetivo: Demonstrar técnica operatória da transversectomia videolaparoscópica com anastomose intra-corpórea. Métodos: Paciente do sexo feminino de 69 anos com história de alteração de hábito intestinal há 8 meses e achado de lesão subestenosante em transversal médio em colonoscopia. Apresentava hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. Resultados: Procedimento realizado através de 5 portais abdominais. Realizada inicialmente a ligadura dos vasos cólicos médios na origem com paciente em proclive acentuado, seguida de mobilização das flexuras hepático e esplênico. Após secção do cólon é realizada anastomose látero-lateral mecânica isoperistáltica com grampeador linear cortante laparoscópico de 60 mm (I Drive®) e fechamento do orifício de passagem do grampeador em dois planos com sutura contínua. Peça retirada por incisão de Pfannestiel. Procedimento sem intercorrências com duração de 210 min sem necessidade de uso de drogas vasoativas ou transfusão de hemoderivados. Encaminhado a enfermagem no pós-operatório recebendo alta hospitalar no 5 dia. Conclusão: A transversectomia é um procedimento factível por videolaparoscopia e exige habilidade da equipe cirúrgica no manuseio de grampeadores e sutura laparoscópicas. É uma boa opção terapêutica quando bem indicada, porém requer uma mobilização maior do cólon. A confecção da anastomose intra-corpórea é muito bem empregada para menor mobilização e segurança técnica da anastomose.

Lucas Soares Gerbasi; Rodrigo Ambar Pinto; Mariane Gouvea Monteiro De Camargo; Diego Fernandes Maia Soares; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Fábio Guilherme Caserta Maryssael Campos; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Ceconelo;

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

VL25 - Tratamento cirúrgico laparoscópico para disfunção tricompartmental do assoalho pélvico.

Introdução: O assoalho pélvico é composto um conjunto de músculos responsáveis pela contenção dos órgãos pélvicos, que se dividem anatômica e funcionalmente nos compartimentos anterior, médio e posterior. Frequentemente a disfunção do assoalho pélvico acomete concomitantemente os órgãos urinários, sexuais e proctológicos, levando a necessidade de abordagem multidisciplinar. Nestes casos, o tratamento cirúrgico está indicado quando há falência das medidas conservadoras, como mudanças dietéticas e fisioterapia.

Objetivo: Expor técnica cirúrgica laparoscópica para manejo do prolapso tricompartmental de órgãos pélvicos. **Método:** Selecionada paciente do sexo feminino, 55 anos, sem comorbidades, múltipara, com passado de perineoplastia. Apresentava prolapso retal desde a infância, quando foi submetida a abordagem cirúrgica por técnica não esclarecida. Há 7 anos evoluiu com recorrência do prolapso retal e surgimento de incontinência para flatos e fezes formadas. Exames complementares demonstraram disfunção severa do aparelho esfinteriano anal e descenso pélvico tricompartmental. Paciente foi tratada cirurgicamente através de técnica laparoscópica, sendo a cirurgia filmada e editada didaticamente. A paciente evoluiu com resolução do descenso tricompartmental e da incontinência fecal. Passou a apresentar obstipação, evoluindo com melhora após medidas dietéticas **Resultado:** Realizada videolaparoscopia com dois passos principais: 1) sacropromontofixação do reto após mobilização posterior; 2) uterocolpofixação no ligamento sacroespinhoso: dissecação do espaço vesicovaginal, disposição de tela sintética de prolene em formato de “V” nesta topografia, fixação nas paredes anteriores de cúpula vaginal e útero. Incisões na pele 2cm acima das espinhas ilíacas e dissecação do espaço preperitoneal, formando um túnel deste ponto até 2 cm acima da reflexão peritoneal e 2-3 cm abaixo da inserção do ligamento redondo no orifício inguinal interno. Dispostas as extremidades da tela através deste túnel e fixadas na aponeurose próximo à incisão da pele. **Conclusão:** A laparoscopia tem bom resultado para o tratamento cirúrgico da síndrome do descenso pélvico. Há muitas variações técnicas descritas na literatura, dentre elas a que apresentamos neste estudo, que demonstrou sucesso na resolução do prolapso dos órgãos pélvicos.

Mayara Maraux Braga; Larissa Andrade Da Costa; Lina Maria Goes De Codes; Isabela Dias Marques Da Cruz; Aline Landim Mano; Flavia De Castro Ribeiro Fidelis; Elias Luciano Quinto De Souza; Euler De Medeiros Azaro Filho;

HOSPITAL SÃO RAFAEL

VL26 - Tratamento da fístula reto-urinária após prostatectomia por via trans-anal.

Fístula reto-urinária seguindo prostatectomia radical é complicação rara mas séria. O tratamento dessa condição é desafiador. Muitos procedimentos já foram descritos para o tratamento dessa condição. Muitas situações exigem intervenções de grande porte e bastante invasivas. Recentemente foi descrita uma alternativa técnica para essa situação, que é o uso de cirurgia transanal. A cirurgia transanal foi descrita para ressecção de neoplasias do reto e mais recentemente para excisão do mesorreto. Uma das propostas para tratamento dessas fístulas é o acesso posterior e correção da fístula sob fisão direta. A plataforma transanal, no entanto, apresenta qualidade de imagem e exposição para o tratamento adequado por visão direta sem as complicações e agressividade da cirurgia de acesso posterior. Nesse video será mostrado tratamento por via transanal da fístula reto-vaginal de um paciente que foi submetido à prostatectomia radical e evoluiu com abscesso pélvico e fístula de grande diâmetro da área de anastomose para o reto. Em conclusão, a plataforma transanal é adequada, e apresenta-se como uma alternativa adequada para o tratamento cirúrgico minimamente invasivo da fístula após prostatectomia radical.

Gustavo Sevá-Pereira; Fernando Ginefra Vasconcellos Cunha;

PRO GASTRO

VL27 - Tratamento de fístula vesico-retal-vaginal com a interposição de epiplon por meio de laparoscopia assistida por tecnologia robótica.

Trata-se de caso de paciente de 35 anos de idade, nulípara, com queixa de exteriorização de (i) fezes e gases pela bexiga; (ii) urina, fezes e gases pela vagina; e (iii) fezes, gases e urina pelo ânus. A paciente apresentava como histórico médico anterior a realização de dez cirurgias com o propósito de alívio de dor insuportável e infertilidade ocasionada por endometriose. Em sua última cirurgia, realizada quatro meses antes do aparecimento dos novos sintomas, foi feita a complementação de histerectomia subtotal, cistectomia parcial, retosigmoidectomia, ureterolise, além da ressecção de focos residuais no trajeto do plexo lombo-sacral à esquerda. Em seu pós operatório, a paciente desenvolveu fístula vesical, em decorrência de retenção urinária aguda. Nesse contexto, a paciente foi submetida a novo procedimento cirúrgico no qual, além da lesão vesical, foi observada micro-fístula colo-retal. Nesse procedimento, foi realizada o reparo vesical, bem como o reparo da fístula e, ainda, ileostomia protetora. Após a realização da cirurgia, a paciente teve boa evolução durante o seu pós operatório imediato e tardio, livre de dores sintomas. Antes da reconstrução do trânsito intestinal, a paciente foi submetida a diversos exames para afastar a hipótese de persistência da fístula, sendo eles cistografia, enema opaco, urografia excretora, colonoscopia e tomografia computadorizada. Ante o resultado normal dos exames realizados, a paciente foi submetida a um novo procedimento para a reconstrução do trânsito intestinal. Em que pese a boa evolução até então, após trinta dias da reconstrução do trânsito intestinal, a paciente voltou a apresentar sintomas objeto do presente relato. Diante desse novo quadro, a paciente foi submetida a uma nova cirurgia para o tratamento da fístula complexa, sem a realização de ileostomia protetora, por laparoscopia assistida por tecnologia robótica, por meio de tática cirúrgica transvesical e com a interposição de epiplon. A paciente evoluiu bem em seu pós operatório, sem dor ou maiores desconfortos, e, atualmente, após dois anos da realização do procedimento cirúrgico, ela permanece livre de sintomas funcionais e físicos, desempenhando de forma regular as suas atividades cotidianas.

Duarte Miguel Ribeiro; Gladis Rodrigues Ribeiro; Thiago Pareja Santos; Celina Cretella;
Alexander Morrel;

CLINICA PRIVADA

VL28 - Tratamento vídeo laparoscópico e robótica híbrida da endometriose intestinal

Os autores apresentam as várias formas de abordagem das lesões intestinais por endometriose. Demonstrando em vídeos as opções de tratamento por Vídeo Laparoscopia e Robótica Híbrida ou Robótica assistida por Vídeo Laparoscopia.

Luiz Carlos Benjamin Do Carmo; Renato Barretto F. Da Silva; Gilberto J. Sabba; Roger Camargo Mariano Da Silva; Rubens Paulo Gonçalves Filho;

CLINICA PRIVADA

VL29 - Tratamento videolaparoscópico da endometriose profunda auxiliado por N.O.T.E.S transvaginal

O envolvimento intestinal por endometriose profunda ocorre entre 8% a 12% das mulheres com endometriose. O comprometimento do reto constitui um grande desafio para a equipe cirúrgica. "Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery" (N.O.T.E.S) é uma nova modalidade de cirurgia minimamente invasiva que permite ressecar lesões através de orifícios naturais. Objetivo: Apresentar vídeo de ressecção de endometriose profunda em reto através de acesso transvaginal auxiliado por videolaparoscopia. Método: Paciente feminino, 36 anos, nulígesta, apresentando quadro de dor pélvica crônica, dispareunia, tenesmo e constipação

intestinal. Realizou ultra-som transvaginal com mapeamento para endometriose com achados compatíveis com comprometimento endometriótico em anexos, septo retovaginal, recesso uterino, fórnix vaginal posterior, ligamentos uterossacros, terço vaginal proximal, torus uterino, fundo de saco posterior, serosa uterina, superfície ovariana e reto superior. Indicado tratamento videolaparoscópico. Ao inventário da cavidade abdominal havia focos endometrióticos em ambos ovários, parede posterior do útero, septo retovaginal, fundo de saco posterior, uterosacro direito e extensa lesão em parede anterior do reto superior. Realizada ooforectomia esquerda, ooforoplastia direita com retirada de foco endometriótico. Ressecção de foco endometriótico de septo retovaginal, com abertura ampla da cúpula vaginal. Liberação de reto e sigmoide, com exteriorização do foco endometriótico retal pela vagina, com ressecção ampla do mesmo e rafia da parede do reto. Teste hidropneumático a céu aberto negativo. Resultado: O tratamento da lesão no reto foi factível associando-se a liberação completa do reto e sigmoide por videolaparoscopia e ressecção da lesão por N.O.T.E.S transvaginal. Paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório imediato. Conclusão: N.O.T.E.S transvaginal para o tratamento da endometriose retal é factível, evitando uso de grampeadores mecânicos sem alterações dos resultados finais.

Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes; Lusmar Veras Rodrigues; Kathiane Lustosa Augusto; Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra; Francisco Wendel De Sousa Arruda; Lara Burlamaqui Veras; Heliú Bezzera Duarte Sudário; Benjamin Ramos De Andrade Neto;
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO/FMUFC

VL30 - Abordagem da diverticulite aguda Hinchey III: drenagem laparoscopia

Paciente A.M.L.O. 43 anos, natural de Sao Paulo, deu entrada em nosso serviço com quadro de diverticulite grau 3, abscesso pélvico 5,0 x 3,2 cm. O video apresentará lavagem peritoneal e drenagem da cavidade em dois procedimentos cirúrgicos e posterior retossigmoidectomia video laparoscopia.

Jorge Henrique Reina Neto; Jorge Henrique Reina; Carolina Eliane Reina; Renata Cristiane Reina; Carlos Renato Oliveira De Castro Prado; Carlos Fernando Reina;
INSTITUTO JORGE REINA

VL31 - Excisão total do mesorreto via transanal (ta TME) para câncer de reto: descrição da técnica com acesso single-port abdominal

INTRODUÇÃO: A excisão total do mesorreto no tratamento do câncer de reto é atualmente padronizada por via totalmente laparoscópica. Na busca pela evolução dos procedimentos minimamente invasivos, outras técnicas estão em desenvolvimento como, por exemplo, o acesso por single port associado ao acesso transanal.**OBJETIVOS:** Demonstrar o passo a passo de uma técnica ainda pouco difundida para excisão do mesorreto: a associação do single-port abdominal com o acesso transanal.**MÉTODOS:** Paciente RCB; F; 59anos; IMC: 24,4; ASA:2; HAS, Hipertireoidismo, adenocarcinoma de reto alto operada dia 07/06/2016: retossigmoidectomia singleport com excisao total do mesorreto via transanal e ileostomia de proteção, tempo cirurgico 180 minutos, sangramento 50ml, sem intercorrencias, recebeu alta hospitalar no 3dia de internacao com dieta leve e ileostomia funcionante. AP: pT2 pN0 M0 EC: I . Esse vídeo demonstra o passo a passo do procedimento completo. O procedimento se inicia com o acesso laparoscópico sob técnica aberta: incisão transversa de 5 cm em flanco direito com posicionamento de dispositivo de single port. Começamos o procedimento pela mobilização do ângulo esplênico e ligadura dos pedículos vasculares até a abertura da reflexão peritoneal. Nesse momento, é realizado também o acesso transanal, com dispositivo de single-port. A ressecção do mesorreto é feita totalmente por via transanal, sendo assistida pelo cirurgião que

se encontra na via laparoscópica abdominal. O espécime é extraído via transanal. A anastomose foi realizada com grampeador circular 29mm. Foi confeccionado ileostomia de proteção, em alça, com exteriorização na mesma incisão do single-port. RESULTADOS: O tempo operatório total foi de 180 minutos e a perda sanguínea de 50ml. Não houve complicações intra-operatórias. Paciente recebeu alta no terceiro dia de internação com ileostomia funcionante. CONCLUSÕES: A técnica descrita é factível, reprodutível, com bons resultados estéticos e resultados oncológicos promissores.

Luis Gustavo Capochin Romagnolo; Felipe Daldegan Diniz; Marcos Vinicius Araujo Denadai; Maximiliano Cadamuro Neto; Carlos Augusto Rodrigues Veo;

HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS

VL32 - Ressecção combinada laparoscópica-transanal de melanoma de reto baixo

Introdução: O melanoma maligno anorretal é uma entidade pouco frequente; representa 0,4% - 1,6% de todos os melanomas e 1% dos tumores do canal anal. Seu tratamento permanece controverso; contudo, atualmente os procedimentos mais realizados são excisão local e amputação abdominoperineal. Taxas de cura e melhor qualidade de vida são os pontos-chave da discussão. Objetivos: Propõe-se uma abordagem cirúrgica pouco convencional que visa garantir margens oncológicas seguras e menor morbidade pós-operatória. Método: Mulher de 53 anos com lesão vegetante ulcerada de cerca de 4 cm de circunferência com fundo ulcerado em transição anorretal compatível com melanoma maligno ao exame imunohistoquímico. Expomos no vídeo a liberação do reto via laparoscopia seguida da ressecção discóide transanal da lesão. Confeccionado ileostomia de proteção videoassistida. Resultados: Facilidade no abaixamento da parede posterior do reto e melhor acomodação da linha de sutura. Alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório com evolução satisfatória. Conclusão: A técnica proposta é uma opção plausível para lesões precocemente diagnosticadas e intermediárias.

Miguel Angelo Pedroso; Túlio Brasileiro Silva Pacheco; Renato Gandolfi Martins De Lima; Paulo Henrique Sousa Pereira; Gabriel Fonseca E Nunes; Renato Arioni Lupinacci; Luis Roberto Manzione Nadal; José Francisco De Mattos Farah;

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

VL33 - Ressecção de tumor retro retal por videolaparoscopia

Objetivo: Apresentar vídeo de tratamento minimamente invasivo de cisto epidérmico pré sacral. A região pré-sacral pode abrigar diversos tipos de tumores raros, em sua maioria de origem congênita. Dentre estas lesões, os cistos de desenvolvimento são as mais comuns. Elas são classificadas em epidérmoides, dermóides, entéricas e neuroentéricas. Os cistos epidérmicos são mais comuns em mulheres, com frequência de apresentação entre 0,9 e 12,5% dos tumores pré sacrais. Estas lesões geralmente são benignas, mas, apesar de raras e frequentemente assintomáticas, apresentam potencial de malignização e também de infecções recorrentes. O diagnóstico definitivo dificilmente é estabelecido apenas com exames de imagem e exame físico, e a biópsia pode trazer complicações, o que justifica sua ressecção cirúrgica mesmo em pacientes assintomáticas. A ressecção pode ser feita por laparotomia, laparoscopia ou por abordagem posterior, e a indicação da via de acesso depende de fatores como a altura da lesão, suas características, seu tamanho e possíveis aderências a outras estruturas. A ressecção por via laparoscópica, quando possível, pode trazer grande benefício na recuperação pós operatória dos pacientes. Vídeo: Apresentação do caso da paciente F.F.F., sexo feminino, 48 anos, com lesão cística pré sacral com cerca de 2,5cm de diâmetro identificada em exame ginecológico de rotina, sem sintomas associados. A lesão foi

diagnosticada por ressonância nuclear magnética da pelve, além de ultrassonografia endo anal 3D, sendo observado contato com a última vértebra coccígea e insinuação da lesão pelas fibras da musculatura elevadora do ânus. Indicada abordagem cirúrgica devido ao potencial de malignidade e infecção. O exame anátomo patológico mostrou tratar-se de cisto epidermoide. A paciente recebeu alta no 2o. dia pós operatório e não apresentou complicações. Conclusão: A videolaparoscopia pode ser empregada com segurança e eficácia no tratamento de casos selecionados de lesões pré sacrais, proporcionando aos pacientes as vantagens da cirurgia minimamente invasiva.

Roger Beltrati Coser; Arceu Scanavini Neto; Cristina Anton; Patrick Leon De Godoy Macedo; Claudio José Caldas Bresciani;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

VL34 - Retossigmoidectomia laparoscópica com invasão de parede

Introdução: muito se discute sobre a segurança oncológica em ressecções colorretais em tumores T4. Alguns autores alegam que a ressecção oncológica por laparoscopia é factível e segura, em contrapartida, há quem advogue que é mandatória a abordagem convencional em casos que ultrapassem a serosa. Objetivo: apresentar um vídeo de retossigmoidectomia laparoscópica com ressecção de parede. Relato de caso: mulher, branca, 41 anos, casada, com queixa de hematoquezia há 6 meses. Colonoscopia evidenciou lesão ulcero-infiltrativa em transição descendente-sigmóide de 3 cm, procedido de tatuagem. Foi realizado acesso laparoscópico que evidenciou cólon sigmoide aderido a parede peritoneal, e foi realizada retossigmoidectomia com ressecção de parede por laparoscopia em monobloco, com retirada da peça operatória por incisão prévia de Pfannestiel, com resultado patológico de adenocarcinoma. Paciente com boa evolução e alta hospitalar no 6PO. Conclusão: a videolaparoscopia mostra-se como via segura de abordagem em ressecções colorretais em neoplasias que ultrapassem a serosa.

Danilo Toshio Kanno; Vítor Rafael Pastro; Denise Graffitti D'Avila; Danielle De Campos Peseto; Carlos Augusto Real Martinez; Ronaldo Nonose; Enzo Fabricio Ribeiro Nascimento; Daniel De Castilho Da Silva;
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

VL35 - Retossigmoidectomia videolaparoscópica com linfadenectomia estendida orientada por mapeamento linfonodal após tatuagem endoscópica.

Introdução: Resultados com a realização de linfonodo sentinela e linfadenectomia estendida no câncer colorretal ainda são controversos. O mapeamento linfonodal nestes casos, ao contrário do que ocorre no câncer de mama e melanomas, tem como objetivo otimizar o estadiamento cirúrgico e não reduzir a extensão da ressecção. Do mesmo modo, a linfadenectomia estendida, descrita principalmente para os tumores de cólon, visa uma maior amostragem linfonodal, o que poderia ser correlacionado a um aumento na sobrevida. Porém, alguns autores sugerem que a disseminação linfonodal para gânglios de cadeias mais profundas já possa ser considerada metástase a distância ou ainda ocorrer paralelamente a estas, não havendo portanto impacto na sobrevida com a sua remoção. O objetivo é apresentar o caso e tempos cirúrgicos sob forma de vídeo de uma paciente com câncer de reto submetida a retossigmoidectomia videolaparoscópica com linfadenectomia estendida guiada por mapeamento linfonodal. Método e Resultados: Paciente de 34 anos, previamente hígida, com diagnóstico de adenocarcinoma do reto proximal (cT2N0M0) com tatuagem distal da neoplasia retal. Durante retossigmoidectomia videolaparoscópica evidenciou-se mapeamento linfonodal pelo corante da tatuagem endoscópica, inclusive de linfonodos para-aórticos, que

não apresentavam suspeição de acometimento pelos exames de estadiamento. Foi realizada a retossigmoidectomia com princípios oncológicos e linfadenectomia estendida, englobando os linfonodos para-aórticos em monobloco. Apresentou boa evolução pós-operatória com alta no 3o dia. Anatomopatológico: adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, ulcerado e invasivo de 3,1 cm, infiltrando até tecidos perirretais focalmente, 3 linfonodos comprometidos de 36 dissecados, ausência de neoplasia no linfonodo para-aórtico isolado, margens radial, proximal e distal livres. Está em vigência de quimioterapia adjuvante. Conclusões: Apesar que questionável, o mapeamento linfonodal por tatuagem pode fornecer a localização exata dos gânglios de drenagem dos tumores colorretais, orientando a linfadenectomia e contribuindo para um estadiamento mais completo. No caso apresentado, pode ter auxiliado a encontrar os linfonodos acometidos, interferindo diretamente na indicação de quimioterapia adjuvante.

Ivan Folchini De Barcelos; Renato Vismara Ropelato; Patricia Zacharias; Diogo Araujo Ribeiro; Rafael William Noda; Paulo Gustavo Kotze;

PUCPR

VL36 - Segmentectomia hepática e ressecção anterior de reto realizadas por acesso laparoscópico

O avanço da técnica e do material laparoscópico tornou a ressecção simultânea de tumores colorretais e metástases hepáticas sincrônicas viável, segura e sem prejuízo oncológico. Entretanto, apesar do número crescente de cirurgias laparoscópicas colorretais e hepáticas realizadas, as publicações de ressecções laparoscópicas combinadas ainda são raras na literatura, devido principalmente à complexidade das ressecções hepáticas laparoscópicas. Além disso, os tumores primários retais, em pacientes submetidos previamente a tratamento radioterápico, também contribuem significativamente para o aumento da dificuldade técnica cirúrgica. O objetivo do presente vídeo é demonstrar a ressecção de um tumor sincrônico de reto médio e metástase hepática única em segmento VIa tratada por ressecção anterior de reto com anastomose primária e ileostomia de proteção seguido de segmentectomia hepática do segmento IVa puramente laparoscópica, com técnica oncológicamente satisfatória e ótima evolução pós-operatória em paciente jovem, masculino, submetido a tratamento quimiorradioterápico neoadjuvante

Flávia Raposo Cappelli Alves; Leonardo Machado De Castro; Kerley Keller; Renato De Oliveira Flores; Diego Santana Porcari Dias; Ricardo Iervolino; Erick Campos; Daniel Barbosa;

HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA

VL37 - Tratamento de complicação de anastomose coloanal pela via transanal com dispositivo TAMIS

Introdução: A deiscência e retração da anastomose coloanal é uma complicação que muitas vezes requer a reoperação por via abdominal com reabaixamento do cólon e nova anastomose coloanal. Método: Apresentação de vídeo de correção de complicação de anastomose coloanal por via transanal com utilização do dispositivo descartável Transanal Patch Applied®.

Resultados: O vídeo detalha o tratamento de deiscência e retração da anastomose coloanal manual com a via transanal. O paciente é um homem de 50 anos com diagnóstico de câncer de reto do terço distal. O paciente foi submetido a excisão total do mesorreto videolaparoscópica com exteriorização da peça cirúrgica por via transanal, anastomose coloanal manual e ileostomia protetora. Durante o per-operatório foi observado isquemia do cólon abaixado. Foi então realizado o procedimento de Deloires videolaparoscópica, com rotação do cólon direito e anastomose com cólon transversal rodado coloanal manual. No pós-operatório tardio, observou-se retração da anastomose. Uma colonoscopia foi tentada, mas o colonoscópio

adentrou na pelve, mostrando o cólon abaixado retraído, sem aderências significativas na pelve. Para resolver essa complicação, foi colocado o Gel Point Transanal Patch Applied® e dissecado o colon abaixado por via transanal. As aderências foi liberadas com dissecação romba e cortante. O cólon foi tracionado e a anastomose coloanal foi refeita. O paciente evoluiu bem, com boa cicatrização. Após 2 meses, a ileostomia foi fechada. Conclusão: O advento da TaTME (dissecação transanal do reto para excisão total do mesorreto) permitiu tratar anastomose coloanal complicada com deiscência e retração, em casos selecionados.

Rodrigo Gomes Dasilva; Bernardo Hanan; Leonardo Maciel Da Fonseca; Gabriel Braz Garcia;
FACULTA DE MEDICINA DA UFMG

VL38 - Tratamento robótico do tumor de colo direito: colectomia direita robótica assistida com linfadenectomia D3

Com o advento das técnicas minimamente invasivas, o tratamento do câncer colorretal se desenvolveu muito nos últimos 25 anos. O câncer de colo direito também teve um grande salto, em termos de tratamento, com o conceito da ressecção com linfadenectomia D3 descrita pela escola oriental, e paralelamente, também de forma similar, o conceito de ressecção mesocólica completa (CME). Ambas sendo realizadas por técnica laparoscópica. Por este video queremos realizar um relato de caso do paciente J.R., masculino, de 63 anos, que apresenta história de episódios de enterorragia há 8 meses, associado a anemia crônica. Após estabilizado o quadro hemodinâmico, realizada a investigação e diagnosticado um adenocarcinoma de colom direito. Paciente submetido a laparoscopia robótica assistida com a realização de colectomia parcial direita + linfadenectomia à D3 seguido os conceito japoneses. Cirurgia realizada sem intercorrências, e com uma amostragem de 100 linfonodos no anátomo patológico. A colectomia direita robotica assistida com linfadenectomia à D3 é uma realidade que trás benefícios para o paciente com segurança e ótimos resultados oncológicos.

Duarte Miguel Ribeiro; Gladis Rodrigues Ribeiro; Thiago Pareja Santos; Celina Maia Cretella;
Alexander Charles Morrel;

CLINICA PRIVADA

VL39 - Tumor de reto baixo associado à hérnia ventral gigante.

Introdução: Atualmente adenocarcinoma de reto recebe tratamento multimodal desde ressecção endoscópica, neoadjuvância e cirurgia. Essa conduta evidencia aumento de cura e sobrevida. Porém, o perfil físico do paciente deve ser conhecido e bem avaliado antes do inicio do tratamento, por exemplo, hérnias ventrais, obesidade e sexo que podem oferecer grandes dificuldades tratamento do câncer. Objetivo: Relatar correção de hérnia ventral gigante simultaneamente à amputação abdominoperineal para tratamento de câncer de reto baixo. Descrição do caso: Feminina de 61 anos, IMC 50 Kg/m², hipertensa, diabética com hérnia ventral há 20 anos. Em seguimento para cirurgia bariátrica apresentou queixa de diarreia, afilamento das fezes, associado a emagrecimento de 25 kg em três meses sem dieta restritiva. Ao exame proctológico com anoscopia e colonoscopia visualizou a 3 cm da borda anal lesão ulcero-vegetante anterior e estenosante. O estudo anatomopatológico constatou a adenocarcinoma moderadamente diferenciado de reto. Realizou estadiamento com antígeno carcinoembrionário (CEA) totalizando 50,4 ng/dl, tomografias de tórax, abdomen e pelve e ressonância magnética de pelve com espessamento em canal anal, com linfonodomegalia em mesorreto, sem invasão de tecidos adjacentes ou sinais de metástases. Observado também volumosa hérnia abdominal com quase todo conteúdo de alças de delgado e cólon com anel herniário de 16 cm de diâmetro. Realizou neoadjuvancia completa. No reestadiamento houve queda do CEA para 5,3 ng/dl e manteve as características tomográficas. O exame proctológico

mostrou redução da lesão a 30% da luz do reto. A paciente atingiu IMC 31 e foi submetida à amputação abdominoperineal e correção da hérnia ventral com tela proceed®. Teve boa evolução com alta no 17º pós operatório e o anatomopatológico cirúrgico mostrou adenocarcinoma T2N0M0 sem doença linfonodal em 13 linfonodos da peça. Discussão: A neoplasia de reto, notadamente em sua porção extraperitoneal, é a que mais debate e cuidados devem ser adotados para o tratamento por sua particularidade, dificuldade técnica e riscos de recidiva. ademais, o planejamento pré-operatório com exames de imagem e caracterização de possíveis dificuldades técnicas devem ser elencados. Conclusão: Hérnias abdominais podem ser tratadas simultaneamente com cirurgias colorretais. A correção de hérnias gigantes é um desafio ao cirurgião e deve ser analisada criteriosamente.

Janaina Wercka; Diego Palmeira Rangel; Edurado Augusto Lopes; Alexander De Sa Rolim; Isaac Jose Felipe Neto; Rogerio Lino De Souza Freitas; Hugo Henrique Watte; Laercio Robles;
HOSPITAL SANTA MARCELINA

VL40 - Abordagem dos ureteres na endometriose intestinal e pelvica

Os autores demonstram a padronização da técnica na abordagem dos ureteres na endometriose profunda com comprometimento intestinal na prevenção das lesões ureterais na cirurgia laparoscópica e robótica. Apresentando vídeos da abordagem dos ureteres e orientações de passagem de cateteres antes de iniciar o procedimento e durante a cirurgia.

Luiz Carlos Benjamin Do Carmo; Rubens Paulo Gonçalves Filho; Roger Camargo Mariano Da Silva; Gilberto Sabba; Renato Barretto F. Da Silva; Sergio Gontscharow; Nathan Rostey;
CLINICA PRIVADA

VL41 - Cirurgia de Altemeier para correção de prociência de reto em idoso

Introdução: A cirurgia de Altemeier (retossigmoidectomia perineal) é uma opção terapêutica para prociência de reto que atualmente está sofrendo restrição de sua indicação, sendo gradativamente substituída pela sacropromontofixação com tela por via laparoscópica. Porém, ainda é considerada uma cirurgia de menor porte e com bons resultados, quando bem indicada. Objetivo: Demonstrar o tratamento de uma paciente com prociência de reto submetida a cirurgia de Altemeier Métodos: Paciente sexo feminino de 86 anos com história de prolapso total do reto redutível há 2 anos, associada a incontinência fecal. Paciente hipertensa e portadora de arritmia e coronariopatia. Ao exame: prociência de reto redutível de cerca de 6cm. Resultados: Procedimento realizado com uma raqui anestesia e sedação leve. Incisão da mucosa 2 cm da linha pectínea e dissecação transversa da parede retal até adentrar a cavidade abdominal anterior ao reto pelo fundo de saco de Douglas. A seguir, ligado o mesocolon sigmoide, realizada a plicatura dos músculos elevadores do ânus e realizada anastomose coloanal manual. Procedimento sem intercorrências com duração de 65 minutos sem necessidade de uso de drogas vasoativas ou transfusão de hemoderivados. Encaminhado a enfermaria no pós operatório recebendo alta no 4 dia. Conclusão: A cirurgia de Altemeier ainda tem espaço mesmo com os avanços da videolaparoscopia, sendo rápido, feito com anestesia loco-regional e com um baixo índice de complicação, sobretudo para pacientes, idosos, debilitados e com doença sistêmica grave.

Lucas Soares Gerbasi; Mariane Gouvea Monteiro De Camargo; Diego Fernandes Maia Soares; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Rodrigo Ambar Pinto; Isaac José Felipe Corrêa Neto; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Cecconelo;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

VL42 - Enteroscopia Intra-Operatória

Introdução: a enteroscopia intra-operatória (EIO) tornou-se muito útil no estudo da hemorragia digestiva de origem obscura. A eficácia desse procedimento está bem documentada, sendo que 70% dos pacientes abordados por esta técnica não apresentaram recidiva da hemorragia em até 19 meses de acompanhamento. Relato de caso: paciente masculino, 69 anos, sem comorbidades, história familiar negativa. Há um ano evoluindo com anemia e melena. Colonoscopia até o íleo revelou diverticulose difusa e pólipos colônicos; e a EDA resumiu-se a uma gastrite com teste de *H. pylori* positivo. Iniciou uso de antianêmicos, evoluindo com piora progressiva da anemia e desconforto na fossa ilíaca esquerda. Hemoglobina em 8,7mg/ml. Capsula endoscópica: sangramento ativo na luz do jejuno, associado à lesão polipoide, lesão elevada e erodada de jejuno, sem sinais de sangramento ativo. Realizada laparotomia com enteroscopia e ressecção de dois pólipos de jejuno. Paciente recebeu alta no 2º DPO, em boas condições. Exame histopatológico: um pólipo hiperplásico e um granuloma piogênico. Conclusão: mesmo com advento de novas tecnologias, como a cápsula endoscópica, a EIO ainda tem lugar importante no manejo de pacientes com hemorragia digestiva de origem desconhecida no intestino delgado, uma vez que se trata de um método diagnóstico e terapêutico.

Patrícia Costa Sant'Ana; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Raíssa Amélia Silva Reis; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Peterson Martins Neves; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Matheus Matta Machado Mafra Duque Estrada Meyer; Guilherme De Almeida
SANTA CASA BELO HORIZONTE

VL43 - Retalho de músculo grácil para tratamento de fístula retovaginal actínica

Introdução O tratamento da fístula retovaginal pode ser feito por diversas técnicas cirúrgicas, variando desde abordagem perineal com retalhos locais até abaixamento de cólon. Os resultados da cirurgia também variam conforme a doença de base, sendo os piores resultados em fístulas por Doença de Crohn e actínica. Objetivos Demonstrar o tratamento cirúrgico de uma paciente com fístula retovaginal actínica com interposição de retalho pediculado de músculo grácil. Método Paciente de 69 anos do sexo feminino com queixa de saída de fezes pela vagina há 3 anos. Antecedente pessoal de Carcinoma Espinocelular de colo uterino tratado em 2006 com radioterapia e braquiterapia com resposta completa ao tratamento. Ao exame físico: toque bi-digital, havia comunicação entre reto e vagina de cerca de uma polpa digital, bastante dolorosa a palpação, a cerca de 5 cm da borda anal e 4 cm do introito vaginal. Paciente realizou colonoscopia, estudo contrastado de trânsito intestinal e ressonância magnética para avaliação minuciosa do trajeto fistuloso. Resultado A paciente foi previamente submetida a derivação de trânsito intestinal com ileostomia em alça. Foi realizada incisão transversa de 5 cm em perineo de paciente entre reto e vagina, dissecado septo retovaginal até 3 cm cranialmente ao orifício fistuloso. Rafiados os orifícios do reto (pontos separados em 2 planos) e em vagina (sutura contínua). Realizada incisão de 9 cm proximal em coxa esquerda para dissecação de pedículo e isolamento de músculo grácil e incisão de 4,5 cm distal para desinserir tendão do músculo. Após a dissecação, o retalho muscular foi interposto entre o reto e a vagina e as incisões foram fechadas. A paciente evoluiu sem complicações cirúrgicas, recebendo alta no 4º pós-operatório com cuidados locais e orientação de restrição de abdução do membro inferior esquerdo. Conclusão O tratamento da fístula retovaginal complexa com retalho de músculo grácil mostrou-se uma técnica eficaz, segura e de baixa morbidade.

Lucas Soares Gerbasi; Rodrigo Ambar Pinto; Mariane Gouvea Monteiro De Camargo; Diego Fernandes Maia Soares; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Fábio De Freitas Busnardo; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Cecconelo;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

VL44 - Sacrocolpopromontopexia posterior laparoscópica do reto com tela de polipropileno

Introdução A retopexia posterior é um procedimento seguro e bem tolerado e pode ser feito com complicações aceitáveis e as taxas de recorrência e internações curtas. A via laparoscópica parece melhorar a função do intestino em muitos pacientes. **Objetivo** Mostrar o tratamento laparoscópico da procidência de reto com colocação de tela através da abordagem posterior. **Método:** Apresentamos um caso de uma paciente de 67 anos com queixa de procidência de reto e prolapso de cúpula vaginal (antecedente de histerectomia por prolapso) e incontinência fecal. **Resultados:** Abordagem laparoscópica com passagem de 3 trocáteres. Realizada dissecação anterior ao sacro, fixação de tela de polipropileno no promontório e sacrocolpopromontopexia com correção de ambos os prolapsos. **Evolução** satisfatória, com alta no 6º PO após apresentar evacuações. **Seguimento** de um ano, sem recidiva ou complicações relacionadas à tela. **Conclusão:** a correção da procidência genital e do reto com tela é procedimento eficaz e com bons resultados funcionais.

Mariane Gouvêa Monteiro De Camargo; Lucas Soares Gerbasi; Renata Andrea Silva E Santos; Diego Fernandes Maia Soares; Rodrigo Ambar Pinto; Sergio Carlos Nahas; Ivan Cecconello;
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

VL45 - Sacro-reto-colpofixação anterior videolaparoscópica com tela para prolapso completo do reto e cúpula vaginal

Introdução: O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é a herniação de um órgão pélvico para a parede vaginal ou além dela; é decorrente de uma sustentação anormal do assoalho pélvico. Pode ser classificado conforme o órgão deslocado (prolapso de parede anterior, posterior, enterocele, prolapso de compartimento apical, prolapso de reto) ou gravidade do prolapso. O tratamento cirúrgico é indicado na maioria dos casos sintomáticos. Diversas técnicas estão disponíveis incluindo procedimentos perineais e/ou abdominais (laparotômicos ou laparoscópicos) com necessidade ou não da ressecção de órgãos. A cirurgia por via abdominal de sacrocolpopexia é mais efetiva em relação a via perineal na restauração da anatomia do compartimento apical, sendo que a técnica por videolaparoscopia reduz sangramento e tempo de internação hospitalar. Possibilita também a correção simultânea do prolapso de outros órgãos pélvicos. **OBJETIVO:** Relatar o caso de uma paciente com prolapso de reto associado a prolapso de cúpula vaginal e colo uterino submetida à cirurgia de sacro-reto-colpofixação anterior videolaparoscópica com tela. **Métodos:** Relato de caso, vídeo de cirurgia e revisão de literatura de uma paciente com distopia genital importante tratada cirurgicamente.

Resultados: Paciente A.F.R., 75 anos, G12P12, hipertensa, procurou atendimento médico por sensação de abaulamento no intróito vaginal e anal há 7 anos. Classificada pelo Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) com o score de 75. Ao exame físico, constatou presença de prolapso de compartimento apical e prolapso completo do reto, estágio 4 pelo Pelvic Organ Prolapse Quantitation System (POPQ). Optou-se pela cirurgia de sacro-reto-colpofixação anterior videolaparoscópica. Foi realizada a liberação medial do reto com identificação do promontório. Realizada dissecação do espaço retovaginal, com completa liberação entre o reto e a vagina. Tração e fixação do reto anterior e da vagina posterior ao promontório através de duas telas de polipropileno. Fechamento do peritônio pélvico. No seguimento após um mês, a paciente referiu melhora total dos sintomas. No seguimento de dois anos, referiu incontinência urinária aos grandes esforços, e constatou-se hérnia incisional em região de cicatriz umbilical, apresentando PFDI-20 com o score de 25. **Conclusões:** O acesso abdominal videolaparoscópico propiciou correção simultânea de prolapso do reto e prolapso do compartimento apical com resultado satisfatório a longo prazo.

André Pereira Westphalen; Mariana Juliato Becker; Tainara Simões Garcia; Carolina Talini; Geanine Baggio Fracaro; Allan Cezar Faria Araújo; Fernando Antonio Campelo Spencer-Netto;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

VL46 - Síndrome mckittick wheelock: tratamento cirúrgico endoscópico transanal.

A Síndrome de Mckittrick-Wheelock, descrita pela primeira vez em 1954, deve ser considerada em casos que apresentem com a tríade de insuficiência aguda pré-renal, alterações hidroeletrólíticas e diarreia crônica. Caracterizada por desidratação, uremia pré-renal, hiponatremia, hipocalemia, hipocloremia, acidose metabólica, fadiga, confusão e em casos severos pode até levar o paciente a óbito. É causada por grandes adenomas vilosos, localizados no reto e a possibilidade de surgimento dessa síndrome se dá quanto mais distal se localizar a lesão. O tratamento varia de acordo com as características da lesão, tamanho, localização e estadiamento do tumor por via endoscópica. Objetivo: Mostrar a possibilidade de ressecção cirúrgica endoscópica transanal de um grande adenoma viloso secundário da síndrome de Mckittrick-Wheelock. Método: Paciente, feminina, 72 anos, hipertensa, submetida a ressecção por tratamento cirúrgico endoscópico transanal (TEO) de lesão espraçada e polipoide em reto associado a um quadro de diarreia crônica, desidratação, hiponatremia e insuficiência renal aguda. Conclusão: O TEO representa uma possibilidade de tratamento cirúrgico e menos invasivo para paciente portadores da síndrome de Mckittrick-Wheelock.

Carlos Ramon Mendes; Joana Paula Pessoa; Rafael Santana Ferraz; Meyline Andrade Lima; Ricardo Aguiar Sapucaia; João Luiz Silva; Geislane Alcantara Santos; Thiago Faria Magalhães;
HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

VL47 - Tratamento de pólipos gigante em paciente com dolícomegacolon e doença celíaca

Introdução: Pólipos gigantes de base larga e diâmetro acima de 3 cm, na dependência de sua localização, poderá não ser factível sua ressecção endoscópica. Objetivo: Relatar o caso de um paciente com lesão plana, gigante, em flexura esplênica do cólon, encaminhado para colectomia esquerda, mas tratado por polipectomia pela técnica “piecemeal”. Método: Paciente masculino, 55 anos, encaminhado ao Serviço de Coloproctologia para colectomia esquerda por dolícomegacolon e pólipo sésil de 4-5 cm de diâmetro em flexura esplênica. Havia sido submetido à colonoscopia somente até o cólon transversal proximal. Tinha constipação crônica acentuada e pesquisas negativas para Doença de Chagas. No pré-operatório, foi diagnosticada doença celíaca, com posterior melhora da constipação intestinal. Foi proposta então nova colonoscopia com tentativa de polipectomia. A ressecção da lesão por “piecemeal” ocorreu com sucesso após infiltração de sua base com soro fisiológico. Realizada tatuagem distal à lesão com tinta nanquim. O anatomopatológico evidenciou adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau. Resultados: Paciente evoluiu sem complicações, repetindo colonoscopia 6 meses após, sem evidência de recidiva local. A associação de megacolon com doença celíaca é rara e pode ser uma resposta fisiológica dos cólons ao frequente excesso de bolo fecal hiperosmótico ou a um defeito intrínseco dos cólons. Apesar de os estudos apontarem a técnica “piecemeal” como tendo maior taxa de recidiva, ela deve ser considerada por reduzir os riscos de complicações, possibilitar abordagem de lesões de crescimento lateral (LST), evitando inclusive colectomias. Conclusão: A polipectomia mesmo pela técnica de “piecemeal” é método seguro, eficaz e com baixos índices de complicações, devendo ser tentada sempre que o passo seguinte seja uma colectomia. A doença celíaca deverá ser sempre lembrada em situações de constipação crônica associadas ou não a megacolon.

Lusmar Veras Rodrigues; Sthela Maria Murad Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas; Érico De Carvalho Holanda; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho; Lara Burlamaqui Veras; Lia Barroso Simonetti Gomes; Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

VL48 - Tratamento de Retocele e Intussuscepção reto-retal com Sacropromontofixação à Wells

Introdução: Prolapso retal é conceituado como intussuscepção de toda a espessura da parede do reto de forma a eviscerar, total ou parcialmente, através do ânus. A graduação de Prolapso Retal de Oxford, para pacientes que realizaram defecografia, divide os resultados do exame em normal ou intussuscepção intra-retal, intra-anal ou externa. A apresentação clínica é variável e inclui desde Síndrome da Defecação Obstruída até Incontinência Fecal. **Objetivo:** demonstrar uma das possíveis técnicas de tratamento: a Sacropromontofixação à Wells **Métodos:** Relato de caso: LLS, feminina, 46a, queixa de alteração do hábito intestinal para obstipação + incontinência urinária há 3 anos, falha de tratamento clínico e gradual piora até que, há 6 meses, vem fazendo uso crônico de laxativos e digitalização anal, sendo indicado tratamento cirúrgico após exames. **AP:** Fibromialgia **AC:** 2 cesáreas + Histerectomia total **AO:** G2P2(C2)A0 **EF:** BEG, corada, hidratada **Abdome:** plano, flácido, indolor **Exame proctológico:** descenso perineal de cerca de 2-3cm **Retocele** de 2 polpas digitais. Sensação de intussuscepção reto-retal a 8 cm do bordo anal **DEFECO-RNM:** descenso do polo inferior do reto. Sinais de fraqueza do assoalho pélvico e alterações dinâmicas reto anais. **Retocele** **ENEMA OPACO:** raros divertículos em cólon sigmóide; aspecto normal de reto e ceco. **MANOMETRIA ANORRETAL:** a pressão de repouso está normal; o canal anal funcional estende-se de 1 a 2cm da borda anal; exame normal **TRÂNSITO COLÔNICO:** esvaziamento obstrutivo funcional ou orgânico do cólon **Resultados:** paciente submetida a Sacropromontofixação à Wells em 17/05/2016, evoluiu com aceitação de dieta VO laxativa no POi e evacuação espontânea, sem digitalização no 2º PO, recebendo alta, sem sintomas. Mantém hábito intestinal normal desde então (1-2x/dia) **Discussão:** a cirurgia de Wells (retopexia posterior com tela) é um procedimento factível por laparoscopia, de baixa morbidade e resultados satisfatórios. índices de complicação variam de 0-30%. Reoperação por sangramento 1-2% e por obstrução <1%. Fístula = 1-2%. Taxa de melhora dos sintomas varia de 70-92%. **Conclusão:** a abordagem laparoscópica associa o sucesso de uma técnica convencional já aceita às vantagens da mínima invasão do vídeo. Alguns estudos sugerem ainda melhora funcional devido maior facilidade de desempenhar o nerve-sparing e menor índice de espessamento do reto por melhor dissecação circunferencial

Pablo Benely Silva De Andrade; Marcelo Protásio Dos Santos; Daniel Hortiz De Carvalho Nobre Felipe; Helena Vecchia D'Elia; Diego Yuji Ito; Árlem Cesar Damasceno Pérez; Fernando Bray Beraldo; Rogério Machado Cury;

IAMSPE

VL49 - Tratamento endoscópico de lipoma retal gigante

Introdução: Os lipomas são neoplasias benignas não raras, podendo ser encontradas em todo o trato gastrointestinal. Representam a segunda neoplasia benigna mais frequente nos cólons. Excluindo-se os pólipos, correspondem a 4% dos tumores benignos do intestino grosso e são encontrados em 5,8% das necrópsias. Surgem devido ao depósito anormal e idiopático de tecido gorduroso na parede do intestino. O tratamento para os lipomas colônicos inclui a ressecção endoscópica ou a colectomia segmentar por via laparotômica ou laparoscópica. Na ausência de manifestações clínicas sugestivas de obstrução intestinal, sangramento profuso ou sofrimento vascular, o tratamento é conservador. **Objetivo:** Apresentar tratamento endoscópico de lipoma retal gigante em paciente masculino. **Método:** Paciente masculino, 69 anos, com história de doença hemorroidária associada a prolapso redutível manualmente de caráter intermitente há 16 anos. Foi submetido a ligaduras elásticas por 4 meses, com melhora parcial, porém com persistência de prolapso redutível. Ao exame proctológico, constatou-se pequeno plicoma posterior. Ao toque retal, o reto livre, próstata crescida compatível com a idade e de consistência elástica. À manobra de Valsava, constatou-se prolapso de nódulo

amarelado, de consistência elástica, redutível digitalmente, medindo aproximadamente 3 cm de diâmetro. Anuscopia demonstrou pólipos retais de aspecto lipomatoso. Resultados: Foi submetido à colonoscopia que evidenciou vários óstios diverticulares do tipo hipertônico ao longo de todo o sigmóide e em menor quantidade no cólon descendente e ascendente, sem sinais inflamatórios; evidenciou lesão extra-mucosa, de aspecto lipomatoso no reto inferior medindo 3cm de diâmetro. Realizada ressecção completa, incluindo cápsula com alça e eletrocauterização. Conclusão: Apesar do lipoma ser lesão extramucosa e ter tratamento conservador na maioria das vezes, quando localizado no reto e sintomático é factível de ressecção endoscópica simples, tendo bons resultados.

Lusmar Veras Rodrigues; Sthela Maria Murad Regadas; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas; Benjamin Ramos De Andrade Júnior; Lara Burlamaqui Veras; Heliú Bezerra Duarte Sudário; Roberto Sérgio De Andrade Filho; Francisco Wendel De Sousa Arruda;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

VL50 - Abordagem laparoscópica de diverticulite complicada por fístula colo vesical

Introdução A diverticulite sigmoideia é a principal causa de fístulas colo vesicais. O mecanismo fisiopatológico de base é a extensão directa de um divertículo perfurado ou a erosão de um abscesso peri-diverticular para a bexiga. Apesar da elevada frequência da doença diverticular, as fístulas colovesicais complicam apenas 2 - 23% destes casos. Tanto o diagnóstico como a abordagem cirúrgica são complexas. No passado, a fístula colo vesical era considerada uma contra-indicação absoluta para videolaparoscopia, mas vários estudos recentes têm demonstrado que se trata de uma técnica segura quando realizada por cirurgiões com elevada experiência. Objectivos Apresentação de um caso clínico de fístula colo vesical, operado por videolaparoscopia. Métodos Captura e edição de vídeo. Consulta de elementos clínicos do prontuário do paciente. Resultados Doente do sexo masculino, 63 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, com múltiplos episódios de diverticulite aguda no passado, que se apresenta com queixas de pneumatúria e fecalúria. É realizado o diagnóstico por Tomografia Computadorizada com contraste oral de diverticulite complicada por fístula colo vesical. Opta-se por cirurgia, tendo sido realizada rectosigmoidectomia por laparoscopia, com dissecação e laqueação do trajecto fistuloso e anastomose primária termino-terminal mecânica. Intra operativamente não se confirma perfuração vesical detectável. O doente manteve a sonda vesical por sete dias. Teve alta ao oitavo dia pós operatório, sem intercorrências imediatas. No seguimento pós operatório mantém-se assintomático. Conclusões Vimos demonstrar uma estratégia de abordagem videolaparoscópica de um doente com diverticulite complicada por fístula colo vesical.

Paula Magro; Ricardo Nogueira; Lucas Gerbasi; Filipe Camarotto; Mariane Camargo; Sérgio Araujo; Sérgio Nahas;

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

VL51 - Aspectos endoscópicos da bolsa ileal em doenças inflamatórias intestinais

Introdução: a retocollectomia total com confecção de reservatório ileal em "J" é o procedimento cirúrgico mais realizado no manejo da Retocolite Ulcerativa inespecífica (RCUI). A ocorrência de bolsite, caracterizada pela inflamação do reservatório, é evento frequente no seguimento desses pacientes em longo prazo, chegando a cerca de 40% em 10 anos. Além disso, muitos pacientes acabam recebendo diagnóstico definitivo de doença de Crohn (DC) no seguimento pós-operatório tardio. Assim, a avaliação endoscópica dos reservatórios ileais é fundamental para manutenção da remissão e da qualidade de vida nos portadores de doenças inflamatórias intestinais. Método e resultados: demonstra-se neste vídeo uma compilação de

casos de exames endoscópicos de reservatórios ileais em J realizados em pacientes provenientes de uma coorte de portadores de RCUI e DC. Demonstra-se detalhes de um reservatório ileal normal, assim como alterações secundárias a inflamação (bolsite), DC do reservatório com ulcerações no íleo proximal, fístulas internas, entre outros achados. Conclusões: a avaliação endoscópica dos reservatórios ileais de forma frequente é fundamental para o preciso diagnóstico e correto manejo dos indivíduos operados em longo prazo. Sugere-se sistematização da técnica de exame, utilizando-se sedação de rotina, lavagem do reservatório com solução salina, avaliação do íleo proximal, linha de grampo e anastomose distal, como uma forma detalhada de avaliação. Experiência com esse tipo de exame é fundamental na diferenciação entre DC e RCUI no pós-operatório. Paulo Gustavo Kotze; Patricia Zacharias; Diogo Araujo Ribeiro; Ivan Folchini De Barcelos; PUCPR

VL52 - Doença diverticular complicada: tratamento laparoscópico da fístula colo-vaginal

Introdução: o manejo da doença diverticular do cólon (DDC) passa por um processo evolutivo quanto às indicações de tratamento operatório eletivo, bem como quanto à melhor técnica para abordagem cirúrgica. Enquanto a cirurgia laparoscópica vem se firmando como melhor via de acesso para o tratamento eletivo da doença diverticular sintomática recorrente, a indicação do acesso minimamente invasivo nos casos complicados com fístulas tem aplicação mais restrita. Nestes casos a comunicação anormal entre o intestino grosso e órgãos adjacentes, associado ao processo inflamatório local, implica em operação de maior dificuldade técnica. Tal fato é observado na literatura corrente, que aponta aumento no tempo cirúrgico, maior taxa de conversão, maior tempo de internação, entre outros indicadores de maior complexidade operatória. Mesmo diante deste cenário é possível, em casos selecionados, estender os benefícios da laparoscopia para pacientes com (DDC) complicada. Objetivo: relato técnico demonstrando o caso de paciente portadora de DDC complicada com fístula colo-vagina, operada por videolaparoscopia. Métodos: Paciente de 76 anos de idade, apresentava há 3 meses de perda de secreção fecal pela vagina. Antecedente relevante: histerectomia há 25 anos (miomatose uterina). Avaliada inicialmente pelo ginecologista, realizou colposcopia que demonstrou orifício em fundo de saco com saída de secreção fecalóide. Investigação com enema opaco demonstrou área de estreitamento no cólon sigmoide, associada a DDC; achados semelhantes aos da colonoscopia. Tomografia computadorizada de pelve com contraste retal confirmou a presença da comunicação anormal entre sigmoide e vagina. Indicada retossigmoidectomia laparoscópica: paciente em posição de Lloyd-Davies modificada, utilizados 5 portais, ótica 10mm 30 graus, pressão de pneumoperitônio em 12 mm Hg. Realizada abordagem inicial da fístula, desfazendo o trajeto anômalo. Em seguida realizaram-se as demais etapas da colectomia laparoscópica. Resultados: incisão auxiliar Pfannenstiel, tempo cirúrgico 160 minutos, não foi necessário internação em terapia intensiva. Função intestinal reestabelecida no 4o dia pós-operatório, mesmo dia da alta hospitalar. Conclusões: apesar de indicar dificuldades técnicas, o manejo laparoscópico da DDC complicada com fístula é factível e pode oferecer aos pacientes os mesmos benefícios da intervenção laparoscópica, já documentados na DDC recorrente/ sintomática e nas neoplasias colorretais.

Jaime Arthur Pirola Kruger; Alberto Luiz Monteiro Meyer; Rodrigo Blanco Dumarco; Fabio Caserta Maryssael De Campos;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

VL53 - Laparoscopia no tratamento da fístula colovesical pós-diverticulite

Introdução A formação de fístulas é uma das complicações da diverticulite aguda, compreendendo cerca de 20% dos casos tratados com cirurgia. A abordagem desses casos por laparoscopia tem sido cada vez mais empregado com bons resultados na evolução pós-operatória e baixas taxas de morbimortalidade. **Objetivo** Demonstrar a abordagem laparoscópica de paciente com fístula colovesical após diverticulite. **Método** Paciente do sexo masculino, 59 anos com diagnóstico de fístula. Tomografia de abdome e pelve mostrava sinais de nefropatia crônica à esquerda com moderada dilatação pieloureteral e afilamento cortical. Múltiplos divertículos no cólon esquerdo, até a transição reto-sigmoide. Acentuado espessamento parietal do cólon sigmoide que se apresenta contraído. Trajeto fistuloso entre o cólon sigmoide e a bexiga urinária. O processo inflamatório decorrente se manifesta também com aderências às vesículas seminais e por retração medial do ureter esquerdo com consequente dilatação ureteral a montante. Há também trajeto fistuloso em "fundo cego" do sigmoide para o meso-sigmoide. **Colonoscopia:** doença diverticular do cólon esquerdo e úlcera em reto distal. **Resultado** Paciente em posição de litotomia modificada, colocação de 5 trocâteres: 10mm na cicatriz umbilical (óptica), 5mm em hipocôndrio direito, fossa ilíaca esquerda e hipocôndrio esquerdo e 11mm em fossa ilíaca direita. Fez-se a abordagem médio-lateral, com ligadura da veia mesentérica inferior e dissecção da fáscia de Gerota, liberação do ângulo esplênico acima do pâncreas. A seguir, ligadura da artéria mesentérica inferior e dissecção e preservação dos elementos do retroperitônio. A liberação lateral do sigmoide e a dissecção do reto foram dificultadas pelo processo inflamatório estabelecido, com presença de abscesso local. Feita ressecção de parte da parede posterior da bexiga pela presença de fístula, sendo realizada sutura em dois planos. Passado cateter de duplo J no ureter esquerdo, obstruído pelo processo inflamatório. Secção do reto com grampeador curvo cortante por incisão de Pfannenstiel e retirada da peça. Realizada anastomose colorretal término-terminal mecânica por duplo grampeamento e derivação do trânsito com ileostomia em alça. Paciente teve evolução favorável no pós-operatório, mantido com dreno e sondagem vesical de demora por duas semanas, sem evidência de fístula urinária. **Conclusão** A laparoscopia na diverticulite e suas complicações possibilita evolução favorável, com baixos índices de complicação.

Mariane Gouvêa Monteiro De Camargo; Lucas Soares Gerbasi; Diego Fernandes Maia Soares; Rodrigo Ambar Pinto; Sergio Carlos Nahas; Ivan Cecconello;
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

VL54 - Proctocolectomia com Bolsa Ileal Laparoscópica para Retocolite Refratária ao Tratamento Clínico

Introdução Com os avanços na terapia medicamentosa para as doenças inflamatórias intestinais houve uma redução de complicações como sangramento, perfuração e obstrução. Cerca de 30% dos pacientes com retocolite ulcerativa irão precisar de ressecção cirúrgica. O desenvolvimento de técnicas de preservação do esfíncter tornaram a proctocolectomia a melhor opção para os pacientes que não obtiveram resposta ao tratamento clínico medicamentoso. **Objetivos** Demonstrar o tratamento cirúrgico de um paciente com retocolite ulcerativa refratária ao tratamento clínico submetido a proctocolectomia total laparoscópica com confecção de bolsa ileal. **Método** Paciente do sexo feminino de 55 anos, com diagnóstico de retocolite ulcerativa há 11 anos, em uso de Mesalazina 3g/dia e Azatioprina 100mg/dia, porém sem melhora dos sintomas, com 10 evacuações/dia e alguns episódios de enterorragia. Fez uso de Infliximab, sendo suspenso por reativação de tuberculose há 5 anos. Paciente mantém sintoma mesmo com tratamento otimizado, sendo indicado tratamento cirúrgico. No momento da internação para a cirurgia, encontrava-se com IMC 19,85kg/m². A colonoscopia mostrava retocolite ulcerativa em atividade até transversal proximal. **Resultado** Foi realizado o

acesso laparoscópico através da colocação de 5 trocáteres. Fez-se a abordagem médio-lateral, iniciada com o tratamento do pedículo íleocecoapendicocólico, prosseguindo com a liberação do cólon direito, secção do mesocólon transverso com ligaduras próximas ao intestino, abordagem da veia e artéria mesentérica inferior com liberação de todo o cólon esquerdo, sigmóide e dissecação do mesorreto até o plano dos elevadores do ânus. Realizada a secção do reto com grampeador linear cortante videolaparoscópico articulável (I Drive[®]) e do íleo terminal com grampeador linear cortante (GIA 80[®]). Confecção de bolsa ileal em J com GIA 80 (2 cargas) e realizada a anastomose intra-corpórea com o canal anal sob visão laparoscópica com grampeador circular cortante (EEA 28[®]). Trânsito intestinal derivado através de ileostomia em alça. O procedimento foi realizado em 350 min, sem necessidade de transfusão de hemoderivados e drogas vasoativas. Evolução favorável com alta hospitalar no 7 dia após a cirurgia. Conclusão A proctocolectomia total laparoscópica em pacientes com retocolite ulcerativa pode ser realizada com segurança com bons resultados funcionais e cosméticos que influenciam diretamente na qualidade de vida do paciente.

Lucas Soares Gerbasi; Mariane Gouvea Monteiro De Camargo; Diego Fernandes Maia Soares; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Rodrigo Ambar Pinto; Fábio Guilherme Caserta Maryssael De Campos; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Cecconelo;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

VL55 - Reparo de fístula reto-vaginal por doença de Crohn recidivada pela técnica de Knapstein

A fístula reto-vaginal (FRV) por doença de Crohn é um dos maiores desafios na apresentação desta doença inflamatória intestinal. Além de comprometer ainda mais a qualidade de vida de pacientes portadoras de doença crônica de difícil abordagem, esse tipo de FRV apresenta altas taxas de recorrência. Isto implica, muitas vezes, na utilização de alguns tipos de retalhos, de menor ou maior complexidade, a fim de minimizar novas recidivas. É apresentado um vídeo de paciente de 49 anos com doença de Crohn diagnosticada há cerca de cinco anos, justamente pelo surgimento de uma FRV espontânea. Na investigação foi confirmada a presença de doença de Crohn íleo-cólica, além da FRV, com débito inicial moderado e de localização baixa. Foram prescritos mesalazina, prednisona e azatioprina e após retirada do corticoide, a paciente foi submetida a abaixamento de retalho retal, em excelente condição técnica. Após duas semanas de evolução, paciente desenvolveu deiscência do retalho e recidiva da FRV, que passou a apresentar grande diâmetro e a cursar com débito aumentado e importante piora da qualidade de vida. Optado por iniciar terapia biológica com infliximabe, sem melhora significativa do quadro, o que motivou a realização de sigmoidostomia derivativa do tipo terminal. Após seis meses, com melhora das condições locais, foi submetida a correção da FRV pela técnica de Knapstein com inversão da fístula. Tal técnica foi originalmente proposta para reconstrução vaginal após cirurgias oncológicas e consiste na utilização de retalho fascio-cutâneo vulvar que é mobilizado e transposto a fim de recobrir o defeito vaginal criado pela ressecção da parede vaginal posterior, a qual é invaginada por pontos simples, recoberta por plano muscular e finalmente, pelo retalho fascio-cutâneo. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, estando com 3 meses de seguimento, sem sinais de recorrência da FRV e com proposta de fechamento da colostomia.

Sávio Costa Gonçalves; Antônio Lacerda Filho; Rommel Ribeiro Lourenço Costa; Diogo Bicalho Silva; Alice Vargas De Aquino Oliveira;
FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

VL56 - Ressecção do íleo terminal e colectomia direita laparoscópica na doença de Crohn

Introdução Ressecções laparoscópicas na doença de Crohn tem sido lentamente adotadas na cirurgia gastrointestinal. Isso não é uma surpresa, considerando a natureza inflamatória da doença, a necessidade de reoperações e a presença de fístulas. Abscessos e massas inflamatórias também podem dificultar o campo operatório, impossibilitando a dissecação nos planos conhecidos. Além disso, o mesentério espessado e encurtado nesses casos frequentemente tornam o controle vascular por laparoscopia difícil. Porém, em alguns casos selecionados, a laparoscopia pode ser factível e trazer benefícios no pós-operatório desses pacientes. Objetivos: demonstrar o tratamento cirúrgico de uma paciente com doença de Crohn submetida a ressecção de íleo terminal e colectomia direita videolaparoscópica com anastomose extra-corpórea. Métodos: Paciente de 24 anos do sexo feminino, com sintomas de dores abdominais e distensão, episódios de enterorragia e perda de peso há 8 anos, porém somente diagnosticada há um ano. Estava em uso de corticoide, ciprofloxacino e mesalazina. Ao exame físico, abdome doloroso à palpação de quadrante inferior direito, com massa palpável nessa região. TC de abdome e pelve mostrav: Íleo terminal e alças ileais de paredes espessadas, com focos de afilamento luminal e distensão segmentares. Alguns desses segmentos apresentam distorções parietais e íntimo contato com alças entéricas adjacentes e com cólon transverso. Tais achados, associados a densificação dos planos mesentéricos adjacentes, apresentam aspecto aderencial, não se podendo afastar a possibilidade de fístulas. Resultados: Paciente em decúbito horizontal com membros afastados, passados 5 trocâteres. Observada aderências entre alças do íleo com ceco (suspeita de fístulas). Liberação lateral primeiro pela dificuldade de manipulação da massa inflamatória e posterior ligadura dos vasos ileocecoapendicocólicos. Abertura de incisão auxiliar medial e realização de anastomose à Barcelona extracorpórea. Paciente recebeu alta no 9º PO, não necessitou de UTI. Conclusão: a laparoscopia é um acesso factível e seguro na doença de Crohn em casos selecionados.

Mariane Gouvêa Monteiro De Camargo; Lucas Soares Gerbasi; Diego Fernandes Maia Soares; Rodrigo Ambar Pinto; Oscar Augusto Birkhan; Sergio Carlos Nahas; Ivan Cecconello;
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

VL57 - Transposição do Trajeto fistuloso: alternativa poupadora de esfíncter de baixo custo no manejo da fístula anal na Doença de Crohn

Introdução: Fístulas anais estão presentes em um terço dos pacientes com Doença de Crohn e geralmente são múltiplas, complexas, recorrentes e seu manejo é desafiador. Existem diversas opções de tratamento e a técnica selecionada depende da anatomia da fístula e da experiência do cirurgião. A transposição do trajeto fistuloso é técnica pouco descrita na literatura, especialmente na Doença de Crohn, e pode reduzir as taxas de recorrência e de incontinência, com baixo custo. Objetivo: Descrever a técnica de transposição do trajeto fistuloso no tratamento da fístula perianal extraesfincteriana na Doença de Crohn. Método: O paciente deve ser posicionado em litotomia, sob anestesia raquidiana. Injeta-se solução de adrenalina 1:200.000. A técnica consiste em dois tempos cirúrgicos: - rotação da fístula extraesfincteriana para a posição interesfincteriana; - fistulotomia. O procedimento inicia-se pela dissecação do orifício externo em direção ao orifício interno, até se atingir o plano interesfincteriano. A seguir realiza-se incisão na região interesfincteriana e procede-se a divisão do plano interesfincteriano até que o trajeto fistuloso seja identificado. O trajeto dissecado é transposto da região extraesfincteriana para a interesfincteriana, posicionando-se o orifício externo próximo do interno. O trajeto interesfincteriano é reparado com fio de algodão para fistulotomia, em um segundo tempo. Resultado: A transposição do trajeto fistuloso é uma opção para o tratamento da fístula anal na Doença de Crohn com trajeto fibrosado e retilíneo, o que permite a dissecação do tecido adjacente e a sucessivo reparo com fio de algodão, que é

passado envolvendo uma quantidade menor de fibras musculares do esfíncter interno, reduzindo o trajeto fistuloso. Conclusão: Essa técnica diminui o número de cirurgias, poupa o esfíncter e é uma opção para reduzir o tempo de reparo esfíncteriano, geralmente prolongado na Doença de Crohn fistulizante perianal.

Rafaela De Araujo Molteni; Ana Paula Volpato; Maria Cristina Sartor; Antonio Brenner Junior; Antonio Baldin Junior;

UFPR

VL58 - Tratamento videolaparoscópico da diverticulite associada à fístula sigmóide-vesical e sigmóide-ileal

Introdução: Fístula enterovesical é uma doença rara que afeta mais homens que mulheres (3:1). É classificada de acordo com o segmento intestinal envolvido: colovesical (70%), ileovesical (15%), retovesical (10%) e apêndice-vesical (5%). O tratamento padrão-ouro consiste na exérese da fístula seguida de sutura da parede vesical e ressecção do segmento intestinal envolvido com ou sem confecção de colostomia por abordagem convencional. **Objetivo:** Apresentar tratamento videolaparoscópico de diverticulite associada à fístula sigmóide-vesical e sigmóide-ileal em paciente masculino. **Método:** Paciente masculino, 43 anos, com história de pneumatúria há 1 ano, enema opaco evidenciando doença diverticular de sigmoide e tc abdome/pelve sugerindo fístula sigmóide-vesical. Foi submetido à videolaparoscopia para correção da fístula e abaixamento de cólon com anastomose colorretal terminoterminal mecânica. Após posicionamento dos trocarteres, foram identificadas fístula sigmóide-vesical e sigmóide-ileal. Feita identificação, dissecação e clipagem dos vasos mesentéricos inferiores, fez-se lise de aderências e dissecação cuidadosa de ambas as fístulas, que foram tratadas por secção com grampeador linear laparoscópico (carga azul). Em seguida, fez-se identificação, dissecação e secção do reto com posterior anastomose colorretal duplo grampeada. **Resultados:** O paciente permaneceu com sonda vesical de demora por 15 dias, evoluiu com microdeiscência de anastomose colorretal, sendo tratado com nutrição parenteral total por 10 dias e recebendo, após, alta hospitalar em ótimas condições clínicas. A cirurgia laparoscópica para correção de fístula por doença diverticular ainda é considerada inapropriada pela intensa quantidade de aderências e fleimões, com maior risco de lesões de outras estruturas ou órgãos. Recentemente, evoluções na técnica cirúrgica e nos equipamentos, além da maior experiência dos cirurgiões tornaram a videolaparoscopia um tratamento mais atrativo para correção de fístula enterovesical na doença diverticular. **Conclusão:** A ressecção videolaparoscópica de fístula sigmóide-vesical e sigmóide-ileal na doença diverticular é factível e tem bons resultados a curto prazo.

Lusmar Veras Rodrigues; Sthela Maria Murad Regadas; Benjamin Ramos De Andrade Júnior; Lara Burlamaqui Veras; Francisco Wendel De Sousa Arruda; Heliú Bezerra Duarte Sudário; Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes; Carla Camila Rocha Bezerra;

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

VL59 - Abordagem vídeo laparoscópica das obstruções intestinais

Os autores deste Vídeo Livre, demonstram que é possível a utilização da laparoscopia para tratamento da obstrução intestinal com segurança e apresentam três casos operados em que a laparoscopia foi utilizada com sucesso e demonstram de modo prático tática empregada para a realização do procedimento laparoscópico.

Luiz Carlos Benjamin Do Carmo; Sergio Gontscharow; Nathan Rostey; Renato Barretto F. Da Silva;

CLINICA PRIVADA

VL60 - Apendicectomia retrocecal subhepática por videolaparoscopia

Introdução: o acesso laparoscópico tem ganhado grande espaço na abordagem das patologias inflamatórias do abdome. Na abordagem de apendicite aguda, a laparoscopia tem evidenciado menor índice de infecção dos sítios cirúrgicos. Objetivo: apresentar um vídeo de abordagem de apendicite por laparoscopia. Relato de caso: homem, 42 anos, com dor abdominal em flanco direito há 3 dias, febre e icterícia discreta. O hemograma evidenciou leucocitose com desvio a esquerda, e discreta elevação da bilirrubina indireta. Foi realizada tomografia computadorizada que confirmou apendicite retrocecal com continuidade do apêndice até o leito subhepático posterior ao cólon D. Foi realizada apendicectomia por laparoscopia, utilizando 4 portais de trabalho com retirada do apêndice pelo portal umbilical. Paciente evoluiu bem com alta hospitalar no 3PO. Conclusão: a laparoscopia é uma via factível de acesso a apendicite retrocecal subhepática evitando grandes laparotomias

Danielle De Campos Peseto; Paula Cristina Steffen Novelli; Danilo Toshio Kanno; Carlos Augusto Real Martinez; Daniel De Castilho Da Silva; Enzo Fabricio Ribeiro Nascimento; Vitor Rafael Pastro; Denise Graffitti D'Avila;

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

VL61 - Associações de técnicas cirúrgicas nas lesões multifocal infiltrativa no reto e sigmoide

Introdução: O reto e o sigmoide são os segmentos intestinais mais afetados pela endometriose no trato gastrointestinal e o seu tratamento cirúrgico tem sido um desafio. A busca por técnicas que retira as lesões e promove menor dano tem sido o grande objetivo, mas quando a doença acomete multifocalmente o reto e sigmoide, a segmentectomia torna-se necessária. Nas lesões multifocais infiltrativas e profundas no retosigmoide, a conduta preconizada é a ressecção segmentar. Objetivos: Apresentar associação de técnica em detrimento da ressecção segmentar do reto e analisar os resultados preliminares. Reduzir os riscos de uma ressecção do reto médio e baixo e suas sequelas com técnica conservadora mesmo sendo necessária a ressecção do sigmoide. Métodos: Retirada da lesão do reto através da técnica em disco com grampeador circular após a aplicação do Shave e ressecção segmentar do sigmoide pela técnica de duplo grampeamento em 2 (duas) pacientes com endometriose infiltrativa e profunda no reto e outra lesão no sigmoide, com subestenose comprovadas com exames de imagem e colonoscopia, com queixas severas de dor, cólica e dificuldade evacuatória com puxos e tenesmos. Ambas faziam uso de laxantes e analgésicos. Resultados: O tempo cirúrgico foi de 210 minutos, as pacientes evoluíram bem sem intercorrências, com evacuação no primeiro dia. Alta hospitalar no 3º (terceiro) dia. Conclusões: A ressecção em disco do reto segmentar do sigmoide implica em menor dissecação, menor trauma, menor risco de lesões vasculares e nervos com menor risco de sequelas comparado a ressecção do reto; não houve aumento do tempo cirúrgico, complicações precoces de sangramento e fístula. Melhora dos resultados funcionais tardio com resolução completa das queixas intestinais.

Doryane Maria Dos Reis Lima; Gustavo Kurachi; Gabriel Da Rocha Bonatto; Vitor Massaro Takamatsu Sagae; Beatriz Serraglio Narciso; Helin Minoru Matsumoto; Ivan Roberto Bonotto Orso; Univaldo Etsuo Sagae;

GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA

VL62 - Cirurgia robótica na endometriose intestinal complexa

Os autores apresentam uma cirurgia robótica assistida por laparoscopia no tratamento da endometriose com comprometimento múltiplo no intestino, com realização de Apendicectomia, Retossigmoidectomia e enterectomia de íleo terminal. E demonstram a vantagem da cirurgia Robótica na Endometriose Profunda e com múltiplas lesões.

Luiz Carlos Benjamin Do Carmo; Roger Camargo Mariano Da Silva; Renato Barretto F. Da Silva;
CLINICA PRIVADA

VL63 - Colectomia direita com anastomose intra-corpórea à Barcelona por vídeolaparoscopia

Introdução: A colectomia direita por vídeo é um procedimento padronizado. A maioria dos cirurgiões realiza pequena incisão mediana para extração da peça e realização de anastomose extra-corpórea. Mais recentemente, a confecção de anastomose intra-corpórea tem sido um atrativo aos colorpocetologistas pela menor tração do meso, melhor resultado estético e menor risco de hérnia incisional, apesar da curva de aprendizado das suturas laparoscópicas ser um desafio. **Objetivo:** Demonstrar o tratamento de uma paciente com neoplasia de cólon direito sendo submetida a colectomia direita vídeo laparoscópica com anastomose intra-corpórea à Barcelona. **Métodos:** Paciente sexo masculino de 69 anos com achado de lesão de crescimento lateral de 3,5cm em cólon ascendente, não ressecável por colonoscopia. Sem comorbidades ou antecedentes cirúrgicos. **Resultados:** Procedimento realizado através de 5 portais abdominais. Abordagem de medial para lateral com ligadura do pedículo ileocecoapendicocólico na origem. Após secção do cólon e do íleo terminal com grampeador linear cortante laparoscópico (Echelon 60 mm[®]) foi realizada anastomose latero-lateral mecânica anisoperistáltica com o mesmo grampeador (mais 2 cargas), através de portal de 12mm supra-púbico, sem necessidade de suturas laparoscópicas. Peça retirada por incisão de Pfannestiel, prolongando punção supra-púbico. Procedimento sem intercorrências com duração de 280 min sem necessidade de drogas vasoativas ou transfusão de hemoderivados. Encaminhado a enfermaria no pós operatório recebendo alta hospitalar no 5 dia. **Conclusão:** A anastomose à Barcelona intra-corpórea parece exequível e segura, porém ainda necessita de padronização para aumento da segurança e redução do tempo cirúrgico. As qualidades da anastomose intra-corpórea isoperistáltica são mantidas, porém sem a necessidade de sutura laparoscópica
Lucas Soares Gerbasi; Mariane Gouvea Monteiro De Camargo; Diego Fernandes Maia Soares; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Rodrigo Ambar Pinto; Fábio Guilherme Caserta Maryssael De Campos; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Cecconelo;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

VL64 - Colorectal intracorporeal anastomosis by laparoscopy (CRIAL)

Introdução: A diminuição da agressão da parede abdominal e da tração dos mesos intestinais melhora os resultados em cirurgia minimamente invasiva. Tradicionalmente a ressecção do colon esquerdo e recto laparoscópica é acompanhada por uma incisão de assistência para exteriorização do segmento intestinal a remover e colocação da cabeça da máquina circular de anastomose. A técnica CRIAL permite a realização de anastomose colorectal circular totalmente intracorporal. **Objectivo:** Demonstração da técnica de realização de anastomose colorectal totalmente intracorporal. **Métodos:** Vídeo demonstrativo da técnica de anastomose intracorporal com abertura mínima da parede abdominal e anastomose colorectal totalmente intracorporal. **Técnica:** Após a completa mobilização do segmento colorectal a ressecar, efectua-se a secção do recto distal com iDrive. Por alargamento da porta do quadrante inferior direito, cerca de 2cm no total, é introduzida na cavidade abdominal a cabeça da máquina circular com espigão associado. Realiza-se colotomia distal na área de futura secção do cólon com introdução intraluminal da cabeça da máquina e com exteriorização do espigão no bordo antimesentérico. Secção cólica com iDrive e anastomose colorectal lateroterminal. Remoção da peça pela incisão, previamente alargada, da porta do quadrante inferior direito. **Conclusão:** Esta abordagem permite uma anastomose segura, latero-terminal, com melhoria da capacitância e diminuição da gravidade da síndrome da ressecção anterior do recto,

permitindo uma recuperação em pós-operatório superior à laparoscopia clássica.

Minimizando-se a agressão da parede e a tração dos mesos.

Joana Isabel Almeida; Carlos Costa Pereira; Joaquim Costa Pereira; Cristina Martinez Insua;

Susana Costa; Inês Romero; João Pinto-De-Sousa;

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

VL65 - Correção de fístula uretrorretal após prostatectomia radical por via transanal endoscópica

Complicações das mais variadas têm sido relatadas após prostatectomias radicais em até 35% dos casos, sendo a maioria de pequena repercussão clínica. Lesões retais são complicações potenciais de prostatectomia radical, sendo descritas em séries de prostatectomias radicais laparoscópicas com índices de 0 a 9%. Elas geralmente ocorrem no final da excisão da glândula prostática, ou durante a dissecação dos pedículos laterais ou na secção do músculo reto uretrais junto ao ápice prostático. Fatores que predispõem a lesões retais são aqueles associados à fibrose peri-prostática como cirurgias prostáticas ou retais prévias, radioterapia e infecções. Quando reconhecida no trans-operatório, deverão ser corrigidas por laparoscopia com sutura primária, sendo a área da sutura “reforçada” com epíplon ou gordura pré-peritoneal. Uma lesão retal quando não reconhecida no trans-operatório ou quando ocorre falha no reparo primário, a complicação estabelecida é a fístula uretro-retal, fato que ocorre em 15 a 25% das vezes em que uma lesão retal é suturada por via laparoscópica. O diagnóstico é suspeito por fecalúria, pneumatúria ou diarreia com urina e estabelecido por cistoscopia e exame digital retal. Conduta conservadora com colostomia derivativa por até três meses tem sido a abordagem inicial destes casos, desde que não haja quadro séptico associado. Entretanto, o fechamento espontâneo é extremamente raro e a maioria dos pacientes requer tratamento cirúrgico para a resolução do caso. Abordagens abdominais (aberta ou laparoscópica), perineais ou posteriores transesfincterianas tem sido utilizadas para correção destas fístulas reto-uretrais, embora não haja um consenso sobre a melhor abordagem terapêutica. Paciente J.C.F., 72 anos, submetido a prostatectomia radical aberta não associado a radioterapia por apresentar adenocarcinoma de próstata há cerca de 6 anos com visualização de saída de urina pelo reto após retirada de sonda vesical. Realizada cistografia que visualizou uma fístula da anastomose uretrovesical com o reto. Após 30 dias, passado inicialmente cateter duplo J bilateralmente com posterior realização do procedimento cirúrgico, realizada por via transanal endoscópica. Retirada sonda vesical de demora após 30 dias com o paciente evoluindo bem sem recidiva do quadro. O objetivo do presente vídeo é demonstrar a eficácia e a baixa morbidade do tratamento endoscópico transretal para fístula uretroretal.

Diego Santana Porcari Dias; Flávia Raposo Cappelli Alves; Leonardo Machado De Castro; Kerley Keller; Ricardo Iervolino; Erick Campos; Renato De Oliveira Flores;

HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA

VL66 - Excisão total laparoscópica do mesocólon direito

Introdução: O conceito de excisão total do mesocólon engloba a remoção intacta do mesocólon pelo seu plano embriológico e a realização de laqueações vasculares centrais.

Ainda não está estabelecido o seu impacto na sobrevida e na morbimortalidade dos pacientes.

Objectivo: Demonstração da técnica de excisão total do mesocólon direito por laparoscopia.

Métodos: Vídeo demonstrativo da técnica de excisão total do mesocólon em doente com neoplasia do cólon ascendente. Técnica: Identificação e laqueação dos vasos ileocólicos na sua origem, com exposição da veia mesentérica superior. Segue-se a mobilização do cólon direito, separando o mesocólon do retroperitôneu permitindo a visualização dos órgãos

retroperitoneais: duodeno, pâncreas e fásia de Gerota. Posteriormente efetua-se a secção do ileon distal e do cólon transversal com iDrive®. Por fim, realiza-se anastomose ileocólica intracorporal. Conclusão: Esta abordagem permite uma ressecção total do mesocólon direito, permitindo uma recuperação em pós-operatório superior à cirurgia aberta. Minimizando-se a agressão da parede abdominal, ao ser realizada por laparoscopia.

Joana Isabel Almeida; Carlos Costa Pereira; Joaquim Costa Pereira; Cristina Martinez Insua; Susana Costa; Inês Romero; João Pinto-De-Sousa;

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

VL67 - Relato de caso: Endometriose profunda: Shaving e ressecção discoide de implantes retais

Introdução: A endometriose é uma condição caracterizada por presença de tecido uterino fora do endométrio e miométrio. Apesar de ser uma doença tratada pela ginecologia, o coloproctologista precisa muitas vezes participar na condução de casos de endometriose profunda. A indicação cirúrgica baseia-se na severidade dos sintomas intestinais/pélvicos e na influência na qualidade de vida da paciente, sempre que possível o acesso deve ser laparoscópico. Apresentamos um caso de endometriose profunda intestinal com implantes no reto. **Descrição do caso:** L.I.S.S., 42 anos, sexo feminino, Q.P.: Hematoquezia e disquezia há 02 anos. **H.D.A.:** Paciente portadora de endometriose em acompanhamento com a ginecologia desde 2009. Apresentava dor pélvica crônica com baixa resposta ao tratamento clínico. Há 02 anos passou a apresentar hematoquezia, disquezia e dispareunia. **AP:** HAS, DM, Neuropatia motora desmielinizante, fascite plantar, fibromialgia **AC:** cesariana, colecistectomia laparoscópica (2009), laparoscopia diagnóstica (2009), ooforoplastia laparoscópica (2010).

Colonoscopia: bom preparo, completa, sem alterações. **Exame proctológico:**

retossigmoidoscopia rígida até 15 cm sem alterações **USG pélvico TV com preparo intestinal:**

Retossigmoidoide apresenta imagem hipocogênica nodular de 1,1 x 0,7 x 1,3cm a cerca de 15cm da borda anal, englobando aproximadamente 20% da circunferência da alça e com aparente infiltração até a muscular própria da parede intestinal. A paciente foi submetida a laparoscopia com ressecção discoide de lesão na parede anterior do reto a 8cm da borda anal, na região retrocercical com grameador circular 33mm e shaving de outra implante na parede anterior do reto a 15cm da borda anal. Recebeu alta hospitalar no 5o DPO sem intercorrências. Faz seguimento ambulatorial e refere melhora das queixas intestinais prévias. **Conclusão:** O tratamento da endometriose intestinal pode ser cirúrgico ou hormonal, dependendo da idade, do desejo de manter a fertilidade, da severidade e complicações da doença. O tratamento cirúrgico apresenta os melhores resultados no controle dos sintomas e qualidade de vida. Não há necessidade de ressecção radical de todas as lesões, apenas as sintomáticas ou com potencial para complicações.

Fernando Bray Beraldo; Daniel Hortiz De Carvalho Nobre Felipe; Ana Maria Gomes Pereira; Reginaldo Guedes Coelho Lopes; Nagamassa Yamaguchi; Marcelo Protásio Dos Santos; Pablo Benely Silva De Andrade; Diego Yuji Ito;

CLINICA PRIVADA

VL68 - Reservatório ileal por TAMIS com preservação do mesorreto: uma opção técnica no manejo da Retocolite Ulcerativa

INTRODUÇÃO: a retocolite total com reservatório ileal é a opção cirúrgica mais utilizada no manejo da Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI). A preservação do mesorreto, com dissecação próxima do reto, é indicada para melhor adaptação do reservatório na pelve. A ocupação da pelve por tecido gorduroso ainda auxilia na prevenção de grandes cavidades ou

sinus em casos de deiscência de anastomoses ileo-anais, sendo portanto indicada no manejo cirúrgico da RCUI sem displasia ou neoplasia associadas. Atualmente, procedimentos realizados por via transanal vem sendo mais utilizados para realização de disseções do reto e anastomoses baixas. O objetivo deste vídeo é a descrição da técnica de realização de reservatório ileal com anastomose ileoanal por TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery), discutindo-se as indicações, detalhes técnicos e possíveis complicações associadas. MÉTODO E RESULTADOS: descrição em vídeo detalhada do procedimento, com a utilização da plataforma TAMIS (Gelpoint, Applied Medical, USA) e equipamentos comuns de videolaparoscopia. Descreve-se os planos de disseção próximos do reto, com utilização de pinça de energia, diferenciando-se da técnica de excisão do mesorreto por via transanal (TaTME), enfatizando-se detalhes da realização da anastomose por via perineal. O procedimento foi realizado em uma paciente de 21 anos de idade, após colectomia total e ileostomia prévias, por RCUI aguda severa, em combinação com acesso abdominal. CONCLUSÕES: a crescente utilização de procedimentos por via transanal com diferentes plataformas demonstra a factibilidade da realização de disseção próxima do reto, com preservação do mesorreto, por esta via. As vantagens de utilização da plataforma TAMIS são a maior flexibilidade do material, capacidade ampliada de triangulação para disseção e utilização de pinças comuns de videolaparoscopia. Aguarda-se maior experiência com o método e estudos comparativos com disseção pélvica por via laparoscópica abdominal para melhor se definir o papel desta técnica no manejo cirúrgico da RCUI.

Paulo Gustavo Kotze; Eron Fábio Miranda; Patrícia Zacharias; Diogo Araújo Ribeiro; Renato Vismara Ropelato; Ivan Folchini De Barcelos;

PUCPR

Pôsteres

PO001 - Adenocarcinoma retal em paciente jovem com mutação de kras selvagem: relato de caso

Introdução: O Câncer colorretal é o terceiro mais comum, tem incidência semelhante em homens e mulheres, e maior frequência após os 50 anos. Mais de 95% dos cânceres colorretais são adenocarcinomas, e mais de 90% são causados por mutações gênicas por interação com o ambiente ou pelos efeitos do envelhecimento. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso de câncer retal possivelmente por mutação do gene KRAS selvagem, acompanhado e tratado no serviço de coloproctologia em maio de 2013 a maio de 2016. **Métodos:** Revisão de prontuário com coleta de dados. **Relato de caso:** Paciente, 34 anos, masculino, com quadro de enterorragia e mudança do hábito intestinal há 1 ano, iniciou investigação para câncer colorretal com descoberta de uma lesão a 5 cm da linha pectínea com biópsia revelando adenocarcinoma de reto e evidenciado um gene Kras mutante. Durante o estadiamento da doença, o paciente evoluiu com abdome agudo obstrutivo realizando sigmoidostomia em alça. Foi submetido à quimioterapia de conversão e ressecção hepática dos seguimentos VIII e III devido lesões metastáticas. Realizado então tratamento neoadjuvante, porém ainda mantinha proctite actínica e subestenose de reto a 10 cm da linha pectínea, procedeu-se a retossigmoidectomia com anastomose coloanal mecânica e ileostomia em alça protetora (impressão cirúrgica T3NxM1). Completou o tratamento com quimioterapia adjuvante em setembro de 2015 e 7 meses após realizou a reconstrução de trânsito intestinal com seguimento ambulatorial e sem sinais de recidiva ou metástases no momento. **Discussão:** No caso relatado, o paciente tinha estagio 4, era irressecável antes da quimioterapia para o tumor retal. Sabe-se que quimioterapia tem papel bem estabelecido no câncer colorretal metastático, com melhor controle de sintomas, ganho em sobrevida livre de progressão e sobrevida global. Cerca de 60% dos pacientes apresentam lesões hepáticas durante o curso da doença, sendo este o sítio mais comum de metástases do câncer colorretal. Atualmente, sabe-se que o KRAS selvagem tem melhor resposta quimioterápica à certos tipos de esquemas como FOLFOX-4 isolado ou combinado com cetuximab. A ressecção cirúrgica do câncer de reto ainda é a única possibilidade de cura e continua sendo considerada como a principal forma de tratamento por muitos autores. **Conclusão:** Tratamento cirúrgico com adjuvância e neoadjuvância tem implicação direta nos fatores prognósticos e de sobrevida dos pacientes. Caroline Lima De Oliveira; José Paulo Teixeira Moreira; Raniere Rodrigues Issac; Paula Chrystina Caetano Almeida Leite; Henrique Gonçalves; Marcos Antônio De Souza Junior; Gabriela Damasceno Silva; Hélio Moreira Junior;
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PO002 - Adenocarcinoma extenso de Canal anal associado a lesão sincrônica de reto alto - relato de caso

Introdução: Adenocarcinoma de canal anal é uma condição rara e mais agressiva do que carcinoma epidermóide do mesmo local, com maior risco de metástases. Raramente são primários do canal anal e, quando são, originam-se das glândulas anais ou em duplicações anorretais congênitas. Mas em geral, são oriundos de glândulas retais da transição entre o reto e o canal anal. O tratamento do adenocarcinoma de canal anal ainda é controverso, encontrando-se na literatura autores que defendem a realização de cirurgia sem neoadjuvância. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, DFP, 49 anos, atendido com queixa de grande massa tumoral perianal, estendendo-se de maneira exofítica para região perineal e glútea, associado a dor local intensa e saída de secreção purulenta pela lesão. Apesar do tamanho da tumoração, o mesmo evacuava diariamente. Realizada biópsia local

que mostrou um adenocarcinoma. O paciente foi então encaminhado para neoadjuvância. Ao término da mesma, foi realizado estadiamento com dosagem de CEA (8,6), tomografia de abdômen, pelve e tórax, além de uma ressonância de pelve. Nenhum dos exames de imagem realizados indicou a presença de lesões metastáticas. A ressonância descartou acometimento ósseo, vesical ou prostático. Não foi realizada colonoscopia devido a não passagem do aparelho. Discussão: Foi indicada ressecção da lesão com reconstrução do períneo em um segundo tempo. Devido à grande área cruenta resultante, foi optado, em consenso com a equipe de cirurgia plástica, por colocação de curativo à vácuo no períneo para granulação/cicatrização da ferida. De acordo com o resultado do exame anátomo patológico, o tumor era um adenocarcinoma moderadamente diferenciado de canal anal, de padrão mucinoso, multifocal, medindo 13 cm. Além disso, foi encontrada uma outra lesão, também adenocarcinoma, com 2,5 cm em reto alto. As margens cirúrgicas estavam livres de acometimento neoplásico e, de 12 linfonodos perirretais examinados, nenhum estava positivo para a doença (Estadiamento pT3pN0cM0). Dessa forma, a neoplasia deste paciente, se mostrou com um comportamento diferente uma vez que não havia metástases e nem comprometimento linfonodal, apesar do tamanho do tumor e ainda por se tratar de paciente jovem. Um outro aspecto a destacar-se, foi o fato de ter lesão sincrônica. **CONCLUSÃO:** O caso apresentado demonstra que adenocarcinoma de canal anal pode ter um comportamento diferente, mesmo em se tratando de uma lesão de grandes dimensões.

Roberta Nascimento Cypreste; William Mateus Coutinho Hilbig; Gustavo Sevá Pereira; Joaquim José Oliveira Filho; Ricardo Bolzam Do Nascimento; Sandra Pedroso De Moraes;
HOSPITAL MARIO GATTI

PO003 - Adenocarcinoma mucinoso em Hidradenite Supurativa Crônica

INTRODUÇÃO: Hidradenite supurativa crônica (HSC) é uma condição benigna que pode afetar a região perineal e frequentemente se associa a formação de abscessos e de fístulas. A degeneração maligna com evolução para adenocarcinoma mucinoso é rara. **RELATO DO CASO:** Trata-se de um paciente do sexo masculino de 55 anos de idade com HSC perineal há 12 anos. Desde o aparecimento da HSC, foi submetido a diversas ressecções locais, porém com recidivas. Houve piora da dor local nos últimos anos. A imagem de ressonância magnética pélvica (RNM) mostrou uma lesão cística na parede do lado direito do reto distal com extensão para glúteo. O exame patológico revelou tratar de adenocarcinoma mucinoso. O paciente foi submetido a ressecção abdominoperineal do reto com reconstrução com retalho musculocutâneo. Embora secções histopatológicas mostrassem margens livres, o tumor apresentou recidiva 6 meses após a cirurgia. **DISCUSSÃO:** O adenocarcinoma mucinoso perineal em paciente com HSC é uma condição extremamente rara. Esse diagnóstico é frequentemente difícil devido a escassez de sinais de degeneração maligna, e também devido a raridade da própria doença. A ressecção cirúrgica das lesões é uma conduta bem estabelecida. Nesse caso, ter diagnosticado o tumor em um estágio tardio provavelmente comprometeu sua evolução. **CONCLUSÃO:** O adenocarcinoma mucinoso deve ser suspeitado em pacientes com a história de HSC de longa data. Biópsias locais e exame radiológico, como RNM, podem auxiliar no diagnóstico. **Palavras-chave:** adenocarcinoma mucinoso, hidradenite crônica supurativa, cirurgia colorretal.

Lílian Vital Pinheiro; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono,; Cláudio Saddy Rodrigues Coy; Carlos Augusto Real Martinez; Paulo Kharmandayan; Guilherme Cardinali Barreiro; Raquel Franco Leal;

UNICAMP

PO004 - Adenocarcinoma retal agressivo em paciente jovem, qual o limite para palição cirúrgica?

INTRODUÇÃO: O câncer colorretal (CCR) ocupa a terceira posição em incidência entre homens e a segunda entre mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma. Esta patologia foi responsável por 15.415 óbitos no país em 2013. Destes pacientes, 3,4% tinham até 39 anos. A estimativa é de 34.280 novos casos em 2016. Nos Estados Unidos, mais de 90% dos diagnósticos são feitos após os 50 anos com uma sobrevida estimada de 67% em 5 anos.

RELATO DE CASO: Apresentamos o caso de um paciente de 34 anos com adenocarcinoma do reto distal, com metástases hepáticas, e inguinais bilateralmente, invasor do assoalho pélvico e das vesículas seminais. O paciente tinha tanta dor que não tolerava se assentar e nem se deitar, dormia ajoelhado. Esta impossibilidade de decúbito dorsal devido a dor inviabilizou a radioterapia paliativa, por isso foi discutido em reunião multidisciplinar e optado por submetê-lo a amputação abdominoperineal paliativa. No 10º dia pós-operatório o paciente apresentou evisceração ao redor da colostomia e foi prontamente submetido a abordagem cirúrgica com redução e reposicionamento de colostomia. Realizou tratamento radioquimioterápico paliativo, sem resposta, foi a óbito 79 dias após abordagem cirúrgica por causas clínicas relacionadas a progressão da doença. **DISCUSSÃO:** A incidência do CCR no mundo, em pacientes com idade inferior a 40 anos, varia entre 2% a 6%. Estudos nacionais evidenciam que o CCR em paciente mais jovens geralmente apresenta-se muito sintomático, em estágio mais avançado no momento no diagnóstico, resultando em menor possibilidade de cura e pior prognóstico. Estudo realizado com pacientes de até 30 anos em casuística de 6 anos mostrou que à histologia, 50% dos tumores foram classificados como pouco diferenciados. Pacientes tiveram sobrevida média de 23,6 meses. A sobrevida média livre de doença foi de 16,6 meses. **CONCLUSÃO:** Paciente jovens com queixas colorretais e sinais de alerta como emagrecimento, alteração do hábito intestinal e hematoquezia sem presença de doença orifical ao exame, devem ser investigados para neoplasia. A cirurgia paliativa em casos muito avançados tem indicação restrita, mas por vezes permite a continuação do tratamento oncológico.

Matheus Matta Machado Mafra Duque Estrada Meyer; Suyanne Thyerine Da Silva Lopes; Felipe Vidal De Oliveira; Thalita Ezequiel De Souza; Lucas Fernandes Andrade; Pedro Corradi Sander; Juliano Alves Figueiredo; Edmilson Celso Santos;

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO005 - Adenomucinosse apendicular com fístula apendico-vesical: relato de caso

Introdução: Fístulas entero-vesicais são condições relacionadas a processos inflamatórios ou neoplásicos, como diverticulite aguda, doença inflamatória intestinal e neoplasias colorretais ou vesicais. A apresentação da fístula apêndico-vesical como sintoma inicial de pseudomixoma peritoneal é, entretanto, um condição extremamente rara, com onze casos descritos na literatura. O tratamento preconizado é a ressecção em bloco, seguido de quimioterapia intraperitoneal. **Objetivos:** Descrever um caso de adenomucinosse apendicular com fístula apendico-vesical. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente, de 63 anos, queixava-se de dor em hipogástrio e fossa ilíaca direita, há seis meses, associado a disúria, sendo tratada como infecção urinária de repetição, sem resposta adequada. Em um mês evoluiu com intensificação das dores e pneumatúria. Ao exame, paciente apresentava-se em regular estado geral, corada, hidratada e abdome globoso, flácido, doloroso à palpação profunda de fossa ilíaca direita e hipogástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Colonoscopia identificou lesão vegetante de aspecto viloso em orifício apendicular, coberta por muco, medindo cerca de 30 mm. Tomografia de abdome destacou dilatação apendicular, com espessamento irregular de sua parede, mal definido em relação à parede póstero-lateral da bexiga, com provável fístula apendico-vesical. Paciente foi conduzida a laparotomia, que identificou apêndice cecal hipertrofiado, em contato com cúpula vesical. Realizado cistotomia, com

identificação de trajeto fistuloso entre apêndice cecal e fundo de bexiga e eliminação de conteúdo gelatinoso, sugestivo de mucina, típico do pseudomixoma peritoneal. Em seguida, foi realizado ileocolectomia direita, com ressecção em monobloco, com exérese de fundo vesical acometido. O anátomo-patológico revelou adenocarcinoma bem diferenciado do apêndice cecal, originando-se em adenoma serrilhado com mucocele apendicular e formação de pseudomixoma peritoneal do tipo adenomucinoso. Conclusões: Pseudomixoma peritoneal é uma desordem incomum, de curso indolente, com diagnóstico e tratamento diferenciados. A apresentação como fístula apendico-vesical é rara e deve ser levada em consideração nos pacientes com quadro de massa abdominal associada a pneumatúria.

Rodrigo Gomes Da Silva; Bernardo Hanan; Ranieri Leonardo De Andrade Santos; Magda Maria Profeta Da Luz; Beatriz Deoti E Silva Rodrigues; Gabriela Maciel Cordeiro; Gabriel Braz Garcia;
FACULTA DE MEDICINA DA UFMG

PO006 - Amputação Abdomino-perineal de reto mais colectomia posterior e colostomia terminal por Videolaparoscopia em paciente com Neoplasia de Reto

Introdução Com o advento e modernização da cirurgia videolaparoscópica, procedimentos anteriormente complexos e de grande porte, que só eram possíveis pelos métodos convencionais, estão sendo realizados de forma segura com menos complicações e melhores desfechos para os pacientes. Um exemplo é a amputação abdominoperineal, indicado para neoplasias de reto baixo. Classicamente a técnica consiste em uma colostomia ilíaca terminal, fechamento do sigmóide acima do tumor, ligadura dos vasos mesentéricos inferiores, fechamento do ânus, remoção da peça pelo períneo, englobando o ânus. **Objetivos:** Demonstrar a técnica de AAP vídeo-laparoscópica (VDL) por câncer de reto inferior associado a colectomia posterior e colostomia terminal após falha terapêutica com Quimioterapia e Radioterapia. **Métodos:** Análise de um caso de paciente atendida em nosso Serviço com neoplasia de Reto submetida a AAP por VDL **Resultados:** Paciente de 50 anos apresentou-se ao ambulatório de coloproctologia do Hospital Guilherme Álvaro – Santos/SP, encaminhada de outro serviço de atenção primária, queixando-se de dor perineal intensa que piorava durante a evacuação, acompanhado de sangramento vivo. Ao exame físico inicial, proctológico e genital, notou-se abaulamento da região posterior da vagina doloroso ao toque e sugestivo de infiltração tumoral. A colonoscopia mostrava lesão úlcero-infiltrativa do canal anal a 2 cm da borda anal com 4 cm de extensão. Resultado da análise histopatológica dos fragmentos da biópsia revelaram um carcinoma basolateral cloacogênico. Realizada AAP de reto por videolaparoscopia associado a colectomia posterior e colostomia terminal. Realizado inventário da cavidade, onde foi identificado múltiplas lesões nodulares no fígado sugestivos de metástase, presença de dois nódulos em região de mesoreto sigmoide e meso cólico esquerdo sugestivos de metástase. Realizada a Retossigmoidectomia convencional com ressecção de todo mesoreto e meso cólon, realizada amputação abdominoperineal com margem distal e proximal livres de tumor macroscopicamente. Além da ressecção da parede posterior da vagina e confecção de nova vagina com a parede lateral. **Conclusões** A AAP é uma cirurgia de valor inegável no tratamento cirúrgico do Câncer Retal e a abordagem videolaparoscópica demonstra todos benefícios e não inferioridade em relação à abordagem laparotômica.

Leonardo Nissola; Roodney Forster; Mônica Mazzurana; Guines Antunes Alvarez; Kleber Leandro Oliveira; Pablo Veloso Martins; Lucas Pimenta; Lucas Horcel;
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO

PO007 - Amputação Abdominoperineal por Câncer de Canal Anal com Fechamento usando Retalho Miocutâneo

Introdução: a falha na cicatrização da ferida perineal tornou-se um problema clínico significativo após amputação abdominoperineal do reto (AAP). Problemas na ferida operatória de pacientes submetidos à AAP podem chegar a 57%. O tema tem ganhado atenção com o aumento das cirurgias para câncer retal baixo. O aumento do uso de radioterapia neoadjuvante e excisões mais amplas podem ter contribuído para este problema. Relato de caso: paciente masculino, 51 anos, sem comorbidades, com queixa de dor anal há cinco meses. Exame proctológico: lesão anal envolvendo grande área perianal. A colonoscopia constatou uma lesão ulcerovegetante no canal anal. O exame histopatológico de biópsias comprovou tratar-se de carcinoma de células escamosas (CCE). Foi encaminhado a RT / QT, com resposta incompleta ao tratamento. Foi realizada AAP com fechamento da brecha com retalho miocutâneo, com bons resultados imediatos. Conclusão: estudos têm mostrado que o tratamento com RT está mais fortemente atrelado à piora na cicatrização de feridas, em comparação à extensão delas. Porém, pacientes com grandes feridas e aumento do espaço morto, podem apresentar problemas de cicatrização devido à contaminação bacteriana. Dessa forma o uso de retalhos parece ter importância na melhora da evolução da cicatrização perineal desses pacientes.

Patricia Costa Sant'Ana; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Raíssa Amélia Silva Reis; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Alexandre Martins Da Costa El-Aouar; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Fernando José Campos Lavall Júnior; Diego Vieira Sampaio;
SANTA CASA BELO HORIZONTE

PO008 - Ascite Quilosa: Relato de Caso e Revisão de Literatura

INTRODUÇÃO: A ascite pode ser classificada de acordo com o grau de severidade e resposta terapêutica, em ascite descomplicada, complicada e ascite refratária. O tratamento para ascite dependerá da sua causa. OBJETIVO: Descrição de caso. MÉTODO: Relato e revisão de literatura de caso de ascite quilosa. RESULTADOS: Feminino, 30 anos, admitida no serviço de Coloproctologia do Hospital Municipal Mario Gatti após realização de retossigmoidectomia por neoplasia de sigmóide (T3N2M0) e em vigência de quimioterapia e radioterapia adjuvante que foi interrompida devido elevação do antígeno carcinoembrionário (CEA) e imagem sugestiva de metástase no PET-CT em topografia de músculo psoas a esquerda, indicada, assim, a ressecção cirúrgica. Foi realizada nova ressecção do restante do sigmóide, ligadura da artéria mesentérica inferior e da veia, realizada metastasectomia e linfadenectomia para-aórtica, com exame anatomopatológico evidenciando lesão metastática de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. Evoluiu no 14º pós-operatório com dispnéia e aumento do volume abdominal, ao exame físico com sinal do Piparote positivo, sugestivo de ascite. Foi realizado paracentese, com drenagem de cerca de 4000 ml de líquido leitoso de aspecto leitoso, este líquido foi mandado para a análise onde foi observado triglicérides acima de 500 fechando o diagnóstico de ascite quilosa, a drenagem persistiu por mais 12 dias com drenagem de mais ou menos 1500ml ao dia. Recebeu tratamento com nutrição parenteral total (NPT) e octreotite, imipenem e vancomicina para o choque séptico causado e complicado pela ascite quilosa devido a deficiência de gamaglobulina e desnutrição causada pelas paracenteses de repetição. A última drenagem ocorreu 17 dias após início do tratamento. Teve alta em bom estado 49 dias após sem refazer o quadro de ascite até hoje (quase um ano após). CONCLUSÃO: A ascite quilosa é um tipo raro de ascite e com tratamento ainda desconhecido, devido a raridade do caso e a dificuldade de encontrar relatos na literatura que auxiliem no tratamento. O objetivo desse relato de caso foi descrever um tratamento caso com tratamento bem sucedido sem abordagem cirúrgica, apenas com octreotite e NPT.

Bruna Zini De Paula Freitas; Joaquim José Oliveira Filho; Luiza Maria Pilau Fucilini; Sandra Pedroso Moraes;

COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE

PO009 - Caracterização dos pacientes com câncer colorretal atendidos em um Hospital Escola da Região Noroeste Paulista – Resultados finais

Segundo estimativas mundiais, o câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia de alta incidência e prevalência, sendo o terceiro tipo de câncer mais frequente nos homens e o segundo nas mulheres. A sintomatologia do CCR é variável e depende da localização e extensão do tumor. O diagnóstico precoce é fundamental no aumento da sobrevivência desses pacientes. Nos Estados Unidos, aproximadamente 20% dos pacientes com CCR apresentam metástases à distância no momento do diagnóstico, sendo os locais mais comumente afetados linfonodos regionais, fígado, pulmão e peritônio. O objetivo deste estudo foi investigar o estadiamento do câncer colorretal em pacientes atendidos em um hospital universitário da região noroeste do Estado de São Paulo considerando-se a incidência de metástases, no momento do diagnóstico ou no início do seguimento, além da dosagem do antígeno carcinoembrionário (CEA). Foram incluídos no estudo todos os pacientes portadores de CCR atendidos em um hospital do noroeste paulista, no período entre janeiro/2010 a dezembro/2014. Os dados foram obtidos por meio de revisão de prontuários. Resultados: Dos pacientes com câncer CCR, observamos 56% homens e 43% mulheres, sendo que 78% apresentavam mais de 50 anos, no momento do diagnóstico, enquanto 22% tinham 50 anos ou menos. Os locais de acometimento são: 36% no reto, 35% sigmoide, 23% em cólon direito e 4% em transverso. Foram submetidos à cirurgia de retirada do câncer 86% e 14% não foram operados. Observou-se que 21% apresentaram metástases hepáticas, 10% pulmonares, 2% apresentaram metástase cerebral e 1% metástase óssea. Houve linfonodos acometidos em 45% dos casos, no exame anatomopatológico. O CEA se encontrava elevado (maior ou igual a 5) em 47% dos pacientes. Conclusão: Observa-se que a maioria dos pacientes acometidos são homens e acima dos 50 anos. O local mais acometido é a porção de retossigmoide. A grande maioria dos pacientes foi submetida à ressecção cirúrgica. Quase metade (45%) dos pacientes atendidos tinham metástases linfonodais, no momento do diagnóstico. Mais de 20% dos pacientes já apresentavam metástases hepáticas e 10% já tinham os pulmões atingidos por doença metastática quando chegaram para o primeiro atendimento no hospital. Por fim, o valor do CEA elevado no início do quadro, em quase 50% dos pacientes, assim como o grande número de pacientes com metástases, indica que grande parte da população acometida por CCR, procura atendimento com a doença em estágios avançados.

Alisson Teixeira Silva Martins; João Gomes Netinho; Laura Ferreira Martinez; Lizandra Akina Corrêa; Roberta Cristina Jardim Galluzzi; Rafael Andrade De Oliveira; Ricardo Mendonça Costa Junior; Tamara Durci Mendes;

HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSE DO RIO PRETO

PO010 - Carcinoma adenoescamoso do reto: relato de caso e revisão da literatura

INTRODUÇÃO: O carcinoma adenoescamoso (CAE) é um raro subtipo de neoplasia do reto e das porções distais do cólon, formado por componentes escamosos e glandulares e que compreende 0,025-0,2% de todas as neoplasias colorretais. **OBJETIVO:** relatar um caso de neoplasia de reto de subtipo anatomopatológico raro. **RELATO DO CASO:** Mulher, 51 anos, há 10 meses com drenagem de secreção purulenta em região perianal, dor na nádega direita, com irradiação para membro inferior direito e constipação. Procurou atendimento médico, e, ao exame físico, notava-se abaulamento extrínseco na parede anterior do reto, iniciando-se a

3 cm da borda anal, com redução de sua luz e abaulamento da parede posterior da vagina. Realizou investigação tomográfica, que evidenciou massa pélvica de aspecto cístico, sem linfonodomegalias ou lesões à distância. Foi submetida à laparotomia exploradora com ressecção da massa cística pélvica. Ao estudo anatomopatológico, diagnosticou-se um carcinoma adenoescamoso com infiltração perineural e margens comprometidas. Após 6 meses da cirurgia, passou a apresentar dores perianal e glútea importantes. Foi realizado uma ressonância da pelve que evidenciou recidiva local da lesão. Foi submetida a nova intervenção cirúrgica para amputação abdominoperineal do reto e ressecção da lesão sólido-cística, que infiltrava a fossa obturadora e vasos ilíacos à direita. Teve boa resposta inicial ao procedimento porém evoluiu com nova recidiva, que comprometia toda a região pressacral, até o nível se S5. Sem resposta ao tratamento clínico, evoluiu com choque séptico e óbito. **DISCUSSÃO:** O quadro clínico da doença assemelha-se ao dos outros subtipos de câncer colorretal, porém é um tumor mais agressivo, geralmente diagnosticado em fases avançadas e de prognóstico desfavorável. A ressecção completa é a única forma de cura e a terapia clínica não se mostrou eficaz.

Barbara Bianca Linhares Mota; Marley Ribeiro Feitosa; Juliana Lima De Toledo; Karina Kendra Mar Marques; Roberta Denise Alkmin Lopes De Lima; Ricardo Luiz Santos Garcia; Omar Féres; José Joaquim Ribeiro Da Rocha;
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO011 - Carcinoma Epidermóide de Canal Anal com petástases para órgãos genitais: Relato de dois casos

Introdução: O carcinoma espinocelular (CEC) representa 65% das lesões encontradas nessa região. É um tumor mais prevalente em mulheres após a sexta década de vida, porém, atualmente tem ocorrido uma alteração: aumento do número de casos em homens com 20 a 49 anos. A etiopatogenia é multifatorial, sendo o principal, a infecção pelo HPV. O CEC pode ser assintomático - 20% dos casos - e pode se apresentar com sangramento, dor anal, nódulo palpável, prurido anal, passagem involuntária de fezes, tenesmo, mudança de hábito intestinal e linfadenopatia inguinal. Ao diagnóstico, 10 a 17% dos pacientes podem apresentar metástases, sendo a região genital uma localização rara e com poucas descrições na literatura. **Objetivo:** atentar para as lesões na região genital de pacientes com relato de CEC de canal anal. **Método:** relato de caso de dois pacientes (um homem e uma mulher) com CEC de canal anal metastático para órgãos genitais. **Relato do 1º caso:** MJC, 46 anos, gênero feminino, que iniciou quadro de ardência anal e sangramento ao evacuar em 2015. Ao exame físico foi identificada lesão localmente avançada (vulva), que foi biopsiada com diagnóstico histopatológico de CEC, estágio IIIB. Foi submetida a RT/QT, tendo desenvolvido fístula retovaginal e, após três meses, lesão vulvar. A suspeita inicial era complicação da RT, tendo sido tratada com oxigenoterapia hiperbárica, sem melhora. Mas, o exame histopatológico de biópsia da vulva evidenciou CEC metastático. Apresentou excelente resposta à QT paliativa com regressão da lesão. **Relato do 2º caso:** MPP, 53 anos, gênero masculino, que iniciou quadro de alteração do hábito intestinal e dor anal em 2014, com piora progressiva dos sintomas, aparecimento de nodulação anal e secreção mucosa. Evoluiu para obstrução em fevereiro de 2015, sendo colostomizado. Durante a propedêutica foi diagnosticado CEC de canal anal, estágio IVB. Foi submetido a RT/QT com melhora importante dos sintomas. Em novembro de 2015 surgiram lesões na bolsa escrotal, virilha e pênis, que foram biopsiadas e diagnosticadas como CEC metastático. Apresentou excelente resposta à QT paliativa com melhora importante da lesão. **Resultado:** O CCE de canal anal é uma patologia rara, e mais ainda sua forma metastática. Entretanto, pode causar grande prejuízo na qualidade de vida do paciente. **Conclusão:** Metástases para região genital em pacientes com queixas relacionadas à

vulva, pênis e escroto devem ser consideradas na avaliação de pacientes com história de CEC de canal anal.

Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Patricia Costa Sant'Ana; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Raissa Amélia Silva Reis; Matheus Matta Machado Mafrá Duque Estrada Meyer; Mônica Mourthé De Alvim Andrade; Sinara Mônica De Oliveira Leite; Renata Ma
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO012 - Carcinoma espinocelular – cec - metastático em fossa isquiorretal: relato de caso e revisão da literatura.

INTRODUÇÃO: Os tumores pré-sacrais ou retrorretais representam um espectro de lesões heterogêneas. De 10 a 25% de todos os tumores pré-sacrais correspondem à lesões encontradas em outros locais por contiguidade ou doença metastática, linfomas, fibrossarcomas, linfangioma, lipomas, leiomiomas, e hemangiomas. **RELATO DE CASO:** Feminino, 41 anos, sintomas de dor e abaulamento em nádega esquerda há seis meses. O exame proctológico evidenciou massa arredondada na nádega e região perianal do lado esquerdo. Ao toque retal, a mucosa era íntegra. Colonoscopia normal. A RNM da pelve mostrou lesão expansiva, infiltrativa nas fossas isquiorretal e isquioanal esquerdas, cística com componentes sólidos, sem planos de clivagem com reto baixo e esfíncteres interno e externo, medindo 100 x 70 x 75mm. A paciente foi submetida à cirurgia por acesso posterior, com exérese da massa pararectal esquerda, com preservação de musculatura do assoalho pélvico. Exame histopatológico da peça cirúrgica evidenciou CEC metastático. Perfil imuno-histoquímico positivo para pancitoceratinas (40, 48, 50 e 50,6), KI67, Citoceratina, proteína P63 e EMA, compatível com CEC moderadamente diferenciado. A paciente apresentou recidiva local após dois meses da cirurgia. Foi avaliada por equipe multidisciplinar, não sendo diagnosticado o sítio primário. No momento acha-se em tratamento radioterápico. **DISCUSSÃO:** A incidência de tumores pré-sacrais na população em geral não é conhecida. Carcinoma metastático em região pré-sacral e fossas isquiorretais de sítio primário desconhecido é raro. Pode ser um achado incidental. No entanto, se sintomático, a maioria dos sintomas surge como um resultado da compressão ou invasão de estruturas vizinhas. Essas lesões podem ser diagnosticadas por US, TC ou RM, mostrando o tamanho, extensão, invasão de órgãos adjacentes e auxiliando na escolha da abordagem cirúrgica. O resultado cirúrgico depende da natureza biológica da lesão e da extensão da ressecção. A biópsia incisional é controversa. A melhor abordagem cirúrgica depende de análise individual: lesões baixas podem ser ressecadas por via de acesso posterior. Em lesões altas e de maior extensão, a via abdominal é preferível, associada ou não a uma abordagem baixa. **CONCLUSÃO:** Por ser raro, o diagnóstico de tumores pré-sacrais pode ser um desafio. O tratamento cirúrgico deve ser determinado pela natureza e localização da lesão e pelo grau de envolvimento das estruturas adjacentes, minimizando a morbidade ao paciente.

Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Fernando José Campos Lavall Junior; Raíssa Amélia Silva Reis; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Patrícia Costa Sant'Anna; Ison Geraldo Da Silva; Nayara Silva Ribeirojardim;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO013 - Carcinoma espinocelular do reto e canal anal – série de 9 casos

INTRODUÇÃO - O carcinoma de células escamosas (CCE) de canal anal é uma neoplasia pouco comum, perfazendo de 2 a 4% dos tumores anorretais. Todavia, nos últimos 30 anos, houve um aumento importante de sua incidência nos EUA, Europa e América do Sul. Essa afecção atinge a zona de transição entre os epitélios cilíndrico e escamoso, próximo à linha pectínea. A

infecção pelo HPV é o mais importante fator causal para o surgimento de CCE. Outros fatores de risco envolvidos são coito anal receptivo, promiscuidade, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis prévias e imunodeficiência. **MATERIAIS E MÉTODOS** – Realizada análise retrospectiva de nove casos de CCE anal atendidos em dois hospitais de Belo Horizonte. **RESULTADOS** – A idade média foi 59 anos e o tempo médio de acesso ao proctologista de 5 meses. Cinquenta e cinco por cento dos pacientes eram do sexo feminino. As principais comorbidades foram diabetes 44%, hipertensão arterial 33% e HIV 22%. Os sintomas mais relatados foram hematoquezia 55%, perda de peso 44%, dor anal 22% e lesão anal 22%. O tempo médio de seguimento foi nove meses. Trinta e três por cento deles já apresentavam alguma metástase ao diagnóstico (sendo uma hepática, uma mediastinal e uma cutânea). O tabagismo foi relatado por 66% dos pacientes. Apenas um dos pacientes não fez QT ou RT por se tratar de doença localizada (Bowen). Dos outros oito pacientes, todos completaram a RT e 5 terminaram a QT (três pacientes tiveram suspensão da mesma por efeitos adversos). Três pacientes foram submetidos a procedimentos cirúrgicos (uma colostomia por obstrução, uma amputação abdomino perineal e uma ressecção local). No seguimento, dois pacientes tiveram progressão da doença a despeito dos tratamentos realizados. Dois pacientes ainda estão em tratamento e os outros cinco tiveram boa resposta, tendo sido necessária cirurgia radical em apenas um deles, com boa resposta. **DISCUSSÃO**- O tratamento padrão ouro para o CCE do canal anal envolve uma combinação de RT e QT, relegando à cirurgia radical (amputação abdomino perineal) os casos de ausência de resposta, tumor residual ou recidivado e dúvida diagnóstica. **CONCLUSÃO**- Embora o CCE do canal anal seja uma doença potencialmente curável, muitos casos têm desfecho desfavorável por terem sido diagnosticados em fase avançada

Raíssa Amélia Silva Reis; Matheus Matta Machado Mafra Duque Estrada Meyer; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Ilson Geraldo Da Silva; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Patrícia Costa Sant´Ana; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO014 - Carcinoma neuro endócrino de canal anal – relato de caso

Introdução: Os tumores de canal anal respondem por 1,5% das neoplasias do trato gastrointestinal, sendo o carcinoma escamoso, o tipo histológico mais frequente. O tumor neuroendócrino com esta localização é extremamente raro e sua fisiopatogenia é ainda pouco compreendida. **Objetivos:** relatar um caso de carcinoma neuroendócrino do canal anal e fazer uma discussão com revisão bibliográfica sobre o assunto. **Métodos:** Relato de caso de um paciente tratado no Hospital Universitário Antonio Pedro – UFF. **Resultados:** Trata-se de uma paciente de 45 anos, negra, moradora de Niterói, que procurou nosso ambulatório com queixa de dor anal, quando foi identificado e biopsiado no exame proctológico uma lesão ulcerada no quadrante anterior esquerdo. O histopatológico com imunohistoquímica revelou um carcinoma neuroendócrino de pequenas células, positivo para AE1 / AE3, CgA e sinaptofisina. Ressonância magnética estadiadora revelou implantes no mesorreto. Iniciou tratamento oncológico com radio quimioterapia e rapidamente, evoluiu com múltiplas metástases em pulmão, pleura, fígado, adrenais, costelas, coluna, e medula, com paresia e posterior paraplegia. Evoluiu para o óbito após um ano do diagnóstico. **Conclusões:** Os tumores neuroendócrinos de pequenas células são altamente agressivos, com poucas informações na literatura. O exame de imunohistoquímica é importante, sendo os marcadores CgA e sinaptofisina sensíveis e específicos. A evolução é desfavorável. A única possibilidade de tratamento é a cirurgia de amputação anal, enquanto a doença ainda for local. Radioterapia e quimioterapia não apresentam impacto positivo na sobrevida.

André Figueiredo Accetta; Italo Accetta; Eduardo Cortez Vassalo; Angélica Freitas Da Silva Kneipp; Marcelo Sá De Araujo; Caroline Mafra De Carvalho Marques;
UFF

PO015 - Câncer Colorretal associado a colite pós operatória- Relato de caso

Introdução: O câncer colorretal é uma doença comum e letal, estima-se o número de 34.280 novos casos por ano (INCA-2016) e é a terceira maior causa de morte por câncer nos Estados Unidos. Apesar da indicação de investigação ambulatorial preventiva com pesquisa de sangue oculto nas fezes, exame proctológico e colonoscopia ser a partir dos 50 anos. Após a ressecção cirúrgica e o tratamento quimioterápico muitas complicações podem ocorrer, dentre elas o surgimento de colite. **Objetivo:** Acompanhar evolução pós operatória de paciente submetido a tratamento cirúrgico e quimioterapia adjuvante **Métodos:** Relato de caso **Resultado:** paciente CLV, masculino, 47 anos, policial militar, antecedente patológico aneurisma cerebral há 3 anos com tratamento cirúrgico bem sucedido, apresentou em Janeiro de 2016 episódios de sangramento digestivo e astenia. Colonoscopia com presença de pólipos 0.3cm em reto inferior e lesão ulcero-vegetante ocluindo 50% da luz em transição retossigmóide a 10 cm da margem anal. TC de abdome total com nódulos isoatenuantes, um de 1.9 cm em segmento V e outro de 1 cm no segmento 1.0, nefrolitíase a direita e lesão em sigmóide. CEA 1.9. Submetido a colectomia esquerda com anastomose cólon descendente-reto com duplo stappler no dia 15/01/16 com impressão cirúrgica T3NoMo (anatomia: pT3pNo adenocarcinoma padrão tubular, ulcerado), evoluiu com diarreia (intensa com muco e sangue nas fezes) 10 dias após o procedimento cirúrgico e foi tratado com metronidazol e probiótico com boa resposta. PET-TC para investigação de lesões hepáticas, sem sinais de lesões metastáticas e apenas sugeria colite. Pesquisa de mutação no gene NRAS e KRAS negativos. Atualmente, acompanhamento ambulatorial com CEA de Maio de 2016 de 1.88 e realiza quimioterapia oral com XELODA **Conclusões:** o tratamento com cirurgia abdominal e quimioterapia adjuvante deprime o sistema imune e o deixa mais suscetível ao aparecimento de infecções oportunistas. A colite pós operatória pode surgir por uma grande quantidade de diagnósticos diferenciais, dentre elas a colite isquêmica, infecciosa e auto imune. O diagnóstico pode ser feito pelo quadro clínico de diarreia, dores abdominais, sangramento eventual e exame de imagem característico. Medidas simples podem ser adotadas para diminuir os efeitos do tratamento da neoplasia de cólon no pós operatório, como um bom status nutricional e o uso de suplemento imunomodulador previamente à cirurgia.

Marcos Antônio De Souza Júnior; Caroline Lima De Oliveira; Henrique Gonçalves; Hélio Moreira Júnior; Raniere Rodrigues Isaac; Paula Chrystina Caetano Almeida Leite; José Paulo Teixeira Moreira;

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PO016 - Câncer colorretal sincrônico – relato de caso

Introdução: Nos últimos 50 anos, houve um aumento na frequência de localização do Câncer Colorretal no cólon direito em relação ao cólon esquerdo, sigmóide e reto. Essa constatação ressalta a importância do uso de métodos diagnósticos que envolvam todo o cólon e não apenas o retossigmoide. Pacientes com câncer colorretal, mesmo os de localização distal, precisam ser avaliados por colonoscopia, pois existe a possibilidade de tumores sincrônicos. O objetivo deste estudo é discutir a importância do exame completo pré-operatório na detecção de tumores sincrônicos colorretais e realização de inspeção minuciosa do cólon durante o transoperatório em pacientes com lesões intransponíveis pela colonoscopia. **Métodos:** Revisão de prontuário médico e de literatura acerca do tema. **Resultados:** Um paciente masculino de 55 anos, ex-tabagista, com queixa de dor abdominal, hematoquezia, episódios diarreicos e perda de peso, apresentou-se ao serviço de Coloproctologia, com investigação diagnóstica inicial demonstrando anemia e colonoscopia evidenciando lesão vegetante e estenosante em cólon descendente que impedia progressão do aparelho. A tomografia computadorizada de tórax e abdome demonstrou lesão sugestiva de neoplasia em cólon transversal e descendente e imagem hepática em segmento VII sugestiva de metástase. A cirurgia de colectomia parcial e

segmentectomia hepática foi então proposta, sendo evidenciada no transoperatório a presença de três lesões sincrônicas em cólon ascendente, cólon transverso e ângulo esplênico. Dessa forma, foi realizada colectomia total com anastomose ileorretal e segmentectomia hepática. A análise anatomopatológica revelou a presença de três adenocarcinomas bem diferenciados sincrônicos localizados em cólon ascendente e transverso, com locais de invasão de gordura pericólica. Metástase hepática e em dois linfonodos (Estadiamento patológico: pT3N1M1 – EC IV). Paciente apresentou boa recuperação pós-operatória e está realizando QT. Conclusão: Lesões neoplásicas sincrônicas não identificadas no pré ou intra-operatório podem levar a tratamento cirúrgico inadequado, implicando em segunda intervenção. O caso clínico em questão demonstra a importância do exame minucioso do cólon durante o transoperatório, que pode modificar a abordagem terapêutica, principalmente nos casos onde não é possível realização de colonoscopia completa devido à lesões intransponíveis ou quadros de obstrução.

Sílvia Cougo Madruga; Luciano Copetti Trevisan; Rudimar Issler Meurer; Arno Iajur Britz; Hermínio Oscar Barbosa Duarte; Camila Guerresi Trevisan; Guilherme Augusto Hettwer; Leo Canterle Dal Osto;

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

PO017 - Câncer de cólon localmente avançado complicado por fascíte necrotizante da região dorsal

INTRODUÇÃO: A Fascíte Necrotizante (FN) é uma doença que acomete a pele e tecidos profundos. Frequentemente se associa a fatores como diabetes, doenças crônicas, imunossupressão e neoplasias malignas. O tratamento deve ser precoce e constitui-se de desbridamento cirúrgico, antibioticoterapia de amplo espectro e medidas para aceleração da cicatrização. **OBJETIVOS:** Relatar um caso raro de FN da região dorsal causado por tumor localmente avançado do cólon ascendente. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 52 anos, encaminhada de outro serviço após laparotomia exploradora e confecção de um by-pass ileocolônico por adenocarcinoma localmente avançado do cólon ascendente há 03 meses. Ao exame físico, apresentava massa dolorosa no hemiabdomen direito associada a flogose do flanco e dorso ipsilaterais. A tomografia do abdome evidenciou um tumor de cólon ascendente com perfuração para o retroperitônio e formação de abscesso volumoso. A paciente evoluiu com FN do dorso, com necessidade de intervenção cirúrgica de urgência. Observou-se um tumor de cólon ascendente, fistulizado para goteira parietocólica direita, formando grande abscesso retroperitoneal, invadindo planos musculares profundos e causando a FN do dorso. Foi realizada colectomia direita com ileostomia terminal, drenagem de abscesso e desbridamento de FN. A paciente foi admitida na unidade de cuidados intensivos com antibioticoterapia de amplo espectro e tratamento da ferida com curativo à vácuo. Apesar da boa resposta clínica e cicatricial inicial, a paciente foi submetida a outros dez procedimentos cirúrgicos abdominais e faleceu no 39º dia pós-operatório de complicações sépticas.

DISCUSSÃO: o câncer colorretal é uma doença com sobrevida satisfatória, desde que detectado em fases precoces. Grande parte dos diagnósticos, no entanto, é feita em estágios avançados. Os principais sinais e sintomas da doença incluem anemia, perda de peso, alterações no hábito intestinal e sangue nas fezes. Tumores localmente avançados podem se manifestar através de complicações como hemorragias maciças, obstrução e perfuração do órgão. No caso apresentado, a FN é uma complicação rara e fulminante da doença.

Roberta Denise Alkmin Lopes De Lima; Marley Ribeiro Feitosa; Rafael Costa Jomah; Lucas Maradei Carneiro De Rezende; Karina Kendra Mar Marques; Ricardo Luiz Santos Garcia; José Joaquim Ribeiro Da Rocha; Omar Féres;

CLINICA PRIVADA

PO018 - Cirurgia citorrredutora associada à quimioterapia intraperitoneal hipertérmica: morbidade, mortalidade e análise de sobrevida em centro oncológico

Introdução: A cirurgia citorrredutora associada à quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CC-QIPH) é indicada para disseminação peritoneal por neoplasias e seu benefício deve ser analisado frente às taxas de complicação. Objetivos: Avaliar a morbidade e mortalidade em procedimentos de CC-QIPH; investigar a associação entre variáveis clínicas e o risco de complicações; analisar os dados de sobrevida nessa população. Métodos: Características clínicas e cirúrgicas foram avaliadas em 240 procedimentos de CC-QIPH. Complicações foram graduadas de acordo com a Escala do NCI (Common Terminology Criteria for Adverse Events - CTCAE) e divididas em duas categorias: (1) Ausência de complicações ou complicações menores (Graus 0–II) e (2) Complicações maiores ou óbito (Graus III–V). Variáveis clínicas foram investigadas quanto à associação com o desfecho. Resultados: As taxas de morbidade e mortalidade foram, respectivamente, 62,9% (24,1% Grau III-V) e 2,5%. Complicações Grau III-V estiveram associadas às seguintes variáveis: número de procedimentos de peritonectomia ≥ 5 ($p=0,001$), Índice de Câncer Peritoneal (ICP) ≥ 10 ($p=0,002$), duração do procedimento $>8,55$ horas ($p=0,001$), realização de anastomose intestinal ($p<0,0001$), concentrados de hemácias transfundidos $>1,0$ ($p=0,013$), volume de cristalóide infundido $>10,75$ litros ($p<0,0001$), Escala POSSUM-morbidade $>80,625\%$ ($p=0,003$) e Escala POSSUM-mortalidade $>7,205\%$ ($p=0,005$). Nos modelos multivariados, complicações maiores ou óbito estiveram associadas à duração do procedimento (OR 1,309 para cada hora adicional; IC[95%] 1,168–1,466), à realização de anastomose intestinal (OR 2,243; 95%[IC] 1,163–4,325) e ao volume de cristalóide infundido $>10,75$ litros (OR 3,768; 95%[CI] 1,910–7,434). As taxas de sobrevida global (SG) e sobrevida livre de doença em 5 anos foram, respectivamente: 82,1% e 58,9% para neoplasias apendiculares ($n=102$ procedimentos, ICP médio=14, citorrredução CC0/CC1=94,1%), 66,3% e 44,7% para mesotelioma ($n=22$ procedimentos, ICP médio=12, CC0/CC1=95,5%), 24,5% e 14,7% para câncer colorretal ($n=52$ procedimentos, ICP médio=10, CC0/CC1= 98%) e 52,3% e 13,3% para neoplasias ovarianas ($n=64$ procedimentos, ICP médio=9, CC0/CC1=92%). Conclusão: Duração do procedimento, realização de anastomoses e volume de cristalóide estão associados ao risco de complicações, entretanto, em pacientes selecionados, as taxas de morbidade justificam o benefício oncológico.

Renata Mayumi Takahashi; Samuel Aguiar Junior; Ademar Lopes; Wilson Toshihiko Nakagawa; Tiago Santoro Bezerra; Paulo Roberto Stevanato Filho; Celso Abdon Lopes De Mello; Fábio De Oliveira Ferreira;

A. C. CAMARGO CÂNCER CENTER

PO019 - Cirurgia de Kraske para correção de lesão cística retrorretal

Introdução: Os tumores retrorretais compreendem um raro grupo de lesões que são encontradas entre o sacro e reto no espaço retrorretal ou pré-sacral. Contem uma variedade de tecidos podendo originar diversos tipos de tumores. A incidência destas lesões correspondem a uma a cada 40.000 admissões. Podem ser classificadas como congênitas ou adquiridas e costumam se apresentar como lesões sólidas ou císticas. Em 26-50% dos pacientes são assintomáticos e são sintomáticos mais frequentemente por compressão ou invasão de outros órgãos pélvicos ou nervos. A investigação se dá através de exames de Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Nuclear Magnética (RNM), as quais são suficientes para estabelecer parcialmente o diagnóstico e auxiliar no planejamento operatório. A cirurgia de Kraske está indicada nas lesões baixas, abaixo de S3, em que não há invasão sacral ou da parede lateral da pelve, e que não há invasão visceral, sendo reportada como um procedimento de baixa morbidade com bons resultados terapêuticos. OBJETIVO: Relatar o caso de uma paciente com lesão cística retrorretal que foi submetida à cirurgia de Kraske. Métodos: Relato de caso, vídeo de cirurgia e revisão de literatura de uma paciente com

distopia genital importante tratada cirurgicamente. Resultados: Paciente F.E., 38 anos, previamente hígido, procurou atendimento médico para “check-up”. Realizou ecografia abdominal de rotina na qual foi identificada massa pélvica cística posterior a bexiga. Foi encaminhado ao urologista que o reencaminhou ao coloproctologista. Paciente encontrava-se assintomático. Ao exame físico, sem alterações semiológicas abdominais, entretanto era possível tocar o ápice de lesão amolecida, retrorretal ao toque. A TC evidenciou lesão cística de 6cm pararectal. Foi solicitada colonoscopia a qual não havia lesões de mucosa. Foi proposto ao paciente tratamento cirúrgico e solicitado uma RNM para melhor avaliação. Esta encontrou lesão sugestiva de higroma cístico, abaixo de S4, 6cm de diâmetro sem invadir outras estruturas. Foi optado pela abordagem posterior com ressecção da lesão, sem ressecção do cóccix. Cisto apresentava material de consistência pastosa. O paciente teve boa evolução pós-operatória. Anatomo-patológico: Cisto de inclusão epidérmica ou cisto epidermóide. Conclusões: O acesso às lesões retrorretais pela cirurgia de Kraske constituiu uma boa abordagem operatória nas lesões baixas, potencialmente benignas e sem invasão de estruturas adjacentes.

André Pereira Westphalen; Raphalen Flávio Fachini Cipriani; Tainara Simões Garcia; Geanine Baggio Fracaro; Allan César Faria Araújo; Fernando Antonio Campelo Spencer-Netto;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

PO020 - Cirurgia multivisceral em adenocarcinoma de cólon direito localmente avançado.

Introdução: Tumores colorretais são diagnosticados como localmente avançados em 5 a 12% dos casos (tumores com comprometimento de órgãos e estruturas vizinhas, sem metástases a distância). A cirurgia multivisceral, como duodenopancreatectomia e hemicolectomia direita em monobloco, traz sobrevida semelhante aos indivíduos sem comprometimentos de órgãos adjacentes e no mesmo estágio da doença, ao mesmo tempo que oferece um desafio mesmo para cirurgiões habilitados. Objetiva-se relatar caso de paciente com câncer de cólon direito localmente avançado com ressecção cirúrgica em monobloco; Relato de caso: Paciente masculino, 48 anos, diabético e hipertenso, com história de astenia e perda ponderal de 25 quilos em 3 meses, associado a alteração do ritmo intestinal e exame físico demonstrando massa irregular pouco móvel em flanco direito de cerca de 8cm de diâmetro. Realizou Colonoscopia revelando lesão vegetante e estenosante em cólon transversal próximo ao ângulo hepático, cujo anatomopatológico (AP) revelou Adenocarcinoma de cólon. O Antígeno Carcinoembrionário era de 103,3ng/dl. Tomografia Computadorizada do Abdômen e Pelve com evidencia de lesão expansiva de aspecto infiltrativo na parede de cólon em ângulo hepático com íntima relação com arco duodenal. Paciente realizou suporte nutricional no pré-operatório e posteriormente submetido a gastroduodenopancreatectomia com colectomia direita e patch de veia safena magna em veia mesentérica superior devido tumoração de 12 cm de diâmetro em cólon no ângulo hepático, com aparente invasão de segunda porção duodenal, antro gástrico, cabeça de pâncreas e 50% de veia mesentérica superior. Paciente apresentou boa evolução pós operatória com alta hospitalar. Resultado da AP da peça cirúrgica evidenciou Adenocarcinoma moderadamente diferenciado do Cólon direito, com 51 linfonodos ressecados sem acometimento neoplásico, com infiltração neoplásica em duodeno, com margens livres, T4N0M0; Paciente em seguimento atual ambulatorial com Coloproctologia e Oncologia Clínica. Conclusão: Tumores localmente avançados do cólon direito podem ser tratados com ressecção multivisceral em monobloco em casos selecionados, trazendo boa qualidade de vida e sobrevida para os pacientes.

Diego Palmeira Rangel; Janaina Wercka; Isaac Jose Felipe Neto; Eduardo Augusto Lopes; Alexander De Sa Rolim; Hugo Henrique Watte; Laercio Robles; Erton Rivo Bancher;
HOSPITAL SANTA MARCELINA

PO021 - Cistadenoma mucinoso apendicular: relato de caso

Introdução: O cistadenoma mucinoso apendicular é uma neoplasia benigna do apêndice, com vários graus de displasia, e acúmulo de mucina luminal, constituindo a mucocele. Em associação à hiperplasia epitelial, o cistadenoma mucinoso apendicular corresponde a 31% - 34% das mucoceles do apêndice, entidades raras que contribuem com 0,2% a 0,7% das afecções apendiculares. Quando sintomático, pode mimetizar apendicite aguda, sendo manejado principalmente por cirurgias gerais e colorretais, na urgência, o que torna necessário maior conhecimento da doença por este grupo, para tratamento adequado.

Objetivo: Relatar um caso de cistadenoma do apêndice tratado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio. **Método:** Homem de 64 anos com dor em quadrante inferior direito do abdome associada a diarreia, hematoquezia e massa abdominal palpável. Colonoscopia evidenciou tumor extramucoso em óstio apendicular. Tomografia do abdome confirmou volumosa massa apendicular sem evidência de perfuração. Realizada hemicolectomia direita videolaparoscópica. O diagnóstico histopatológico foi de cistadenoma mucinoso apendicular. Após sete meses, o paciente está assintomático. **Discussão:** A ressecção completa do cistadenoma de apêndice tem bom prognóstico (100% de sobrevida em 5 anos), desde que não haja ruptura nem extravasamento. Muitos autores contra-indicam o procedimento laparoscópico, porém, este vem se mostrando como alternativa segura e vantajosa, desde que realizado cautelosamente, com material adequado e por mãos experientes, como no caso relatado. **Conclusão:** O tratamento de cistadenoma de apêndice por videolaparoscopia é factível, desde que tomados os cuidados para a não ruptura da lesão.

Lusmar Veras Rodrigues; Sthela Maria Murad Regadas; José Airton Gonçalves Siebra; Carolina Vannucci Vasconcelos Nogueira Diogenes; Benjamin Ramos De Andrade Neto; Felipe Ramos Nogueira; Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes; Francisco Wendel De Sousa Arruda;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

PO022 - Complicação após ressecção endoscópica transanal de lesão retal precoce tratada erroneamente com radioterapia: relato de caso.

INTRODUÇÃO: Apesar de décadas de estudos científicos, o complexo tratamento do câncer retal mantém-se em evolução. A interação entre endoscopia, cirurgia, radioterapia e quimioterapia estão em constante rearranjo e refinamento. Com intuito de oferecer melhor qualidade de vida e preservação esfinteriana, o médico responsável pode indicar tratamentos inadequados e causar iatrogenias. **OBJETIVO:** Relatar um caso de complicação após ressecção endoscópica transanal de lesão retal precoce tratada erroneamente com radioterapia. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino de 51 anos de idade estava sendo acompanhada há 3 anos em outro serviço por neoplasia do reto, tendo sido submetida a ressecções incompletas por via endoanal convencional e endoscópica, além de radioterapia há 18 meses. Como mantinha lesão residual, foi encaminhada para tratamento definitivo. Os exames histológicos prévios demonstravam adenoma com displasia de alto grau e carcinoma in situ. A colonoscopia mostrou lesão de crescimento granular homogênea a 5cm da linha pectínea, em meio a áreas cicatriciais e ocupando metade da circunferência retal e com padrão NBI NICE 2 e de criptas III+IV de Kudo. A ressonância magnética da pelve não demonstrou sinais de invasão muscular ou linfonodos suspeitos de neoplasia. Dessa forma, não havia indicação para tratamento radioterápico pois tratava-se de lesão neoplásica não-invasiva. Optado por ressecção endoscópica transanal com aparelho TEO (Storz Inc.), sendo realizada exérese em monobloco com espessura total e sutura primária sem derivação intestinal, sem intercorrências intraoperatórias. Após 30 dias do procedimento, evoluiu com deiscência da sutura, abscesso pélvico e necessidade de drenagem pós-anal e sigmoidostomia em alça videolaparoscópica. Atualmente está com 4 meses da última cirurgia e aguarda resolução da sepse pélvica e de cicatrização da deiscência. **CONCLUSÃO:** O tratamento do câncer retal, seja

ele precoce ou avançado, é complexo e via de regra necessita de avaliação multidisciplinar especializada. As condutas inadequadas podem incorrer em iatrogenias e comprometimento do prognóstico.

Michel Gardere Camargo; Sandro Nunes Angelo; Daniela Oliveira Magro; Débora Helena Dos Gonçalves Rossi; Raquel Franco Leal; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Carlos Augusto Real Martinez; Cláudio Saddy Rodrigues Coy;

UNICAMP

PO023 - Cordoma condroide sacral ressecado por acesso posterior exclusivo

INTRODUÇÃO: O cordoma é uma neoplasia rara, localizada preferencialmente no esqueleto axial, que se origina de restos embrionários da notocorda. Possui crescimento lento, porém invasivo e destrutivo. Tumores sacrais podem ocasionar dor pélvica crônica, sintomas intestinais (constipação) e queixas urinárias (urgência e incontinência). O tratamento é a ressecção cirúrgica completa, que pode ser realizada através do acesso posterior exclusivo ou abdominossacral. **OBJETIVO:** relatar um caso de cordoma condroide da região sacral, submetida a ressecção pela via posterior exclusiva. **RELATO DO CASO:** Mulher, 46 anos, há 02 anos com dor retal/sacral, constipação intestinal, e incontinência urinária. Devido a piora progressiva dos sintomas, realizou ressonância magnética lombossacra, que evidenciou lesão sacral expansiva, com compressão do reto. A colonoscopia completa foi normal. Foi submetida à ressecção por via posterior, onde se evidenciou uma neoplasia extradural capsulada, que se estendia do final do sacro dural até a região posterior do reto, vascularizada, de centro amolecido e com íntima relação com as raízes sacrais. Foi realizada ressecção radical da lesão através de uma sacrectomia de S3/4 de emoção posterior do sacro e anterior do arcação ósseo. Evoluiu com melhora parcial das queixas urinárias, com evacuações diárias e sem incontinência, no entanto, apresentou recidiva local, após 3 meses da primeira cirurgia, com necessidade de nova ressecção. **DISCUSSÃO:** o cordoma condroide é uma neoplasia infiltrativa e agressiva, com sobrevida de 65% em 5 anos, desde que ressecado completamente. A via de acesso posterior exclusivo é factível, menos mórbida que a via abdominossacral e permite novas intervenções em caso de recidiva local.

Barbara Bianca Linhares Mota; Marley Ribeiro Feitosa; Karina Kendra Mar Marques; Juliana Lima De Toledo; Lucas Maradei Carneiro De Rezende; Ricardo Luiz Santos Garcia; Omar Féres; José Joaquim Ribeiro Da Rocha;

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO024 - Correlação entre infecção por streptococcus bovis e câncer colorretal

Introdução: Existe relação conhecida entre a endocardite por *Streptococcus bovis* e a neoplasia colorretal. Não é conhecida a real etiologia dessa associação. Neoplasias do cólon podem surgir até anos depois da apresentação da condição de bacteremia ou endocardite infecciosa. Essa analogia reforça a importância da investigação completa e minuciosa do trato gastrointestinal, através de endoscopia digestiva alta e colonoscopia, no momento do diagnóstico da infecção, e no acompanhamento posterior. **Relato de Caso:** Doente de 65 anos, sexo feminino, hipertensa e com trombocitopenia essencial, deu entrada no Pronto Socorro da Neurologia Clínica do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, com os diagnósticos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) Isquêmico embólico com dilatação aneurismática de ramo arterial distal da artéria cerebral media direita de 3mm e endocardite infecciosa com vegetação em valva aórtica, medindo 8 mm. Na hemocultura houve crescimento de *S. bovis* multisensível. Iniciado tratamento com vancomicina e gentamicina evoluindo durante a internação com AVE hemorrágico por sangramento de aneurisma

micótico. Foi realizada investigação com endoscopia digestiva alta evidenciando gastrite erosiva leve de antro e colonoscopia identificando em sigmoide, a cerca de 30 cm da borda anal, uma lesão ulcero-vegetante de 5 cm de extensão, com bordas irregulares e fundo com áreas necróticas, ocupando 50% da circunferência do órgão, cuja biópsia evidenciou adenocarcinoma bem diferenciado ulcerado. O estadiamento tomográfico não evidenciou acometimento linfonodal, hepático ou pulmonar. O tratamento cirúrgico foi realizado através de retossigmoidectomia por videolaparoscópica com anastomose colorretal primária. O exame anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma mucinoso acometendo até serosa, com margens cirúrgicas livres de neoplasia e presença de metástase em 1 dos 22 linfonodos dissecados. Estadiamento patológico pT2 pN1 pM0. Paciente recebeu alta no 60 dia de pós operatório, em bom estado geral, com boa aceitação alimentar, sem sintomas ou queixas. Segue em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: A investigação endoscópica completa do trato gastrointestinal deve ser realizada em todos os pacientes com cultura positiva para *Streptococcus bovis*. A endocardite infecciosa ou bacteremia por *Streptococcus bovis* é considerada como um importante fator de risco para neoplasia colorretal, necessitando de um acompanhamento regular e periódico.

Bruna Dell'Acqua Cassão; Stella Maria Botequiu Mella; Luís Cesar Fernandes; Elisiário Marques Caetano Junior; Lilian Kanawa Tangoda; Roberta Marchi De Sousa; Gaspar De Jesus Lopes Filho; Sarhan Sydney Saad;

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

PO025 - Dados epidemiológicos do serviço de endoscopia digestiva da santa casa de ourinhos-sp de colonoscopias com lesões pré-malignas e malignas

INTRODUÇÃO: Desde 1960 houve grande avanço tecnológico na observação do aparelho digestivo com o advento dos endoscópios flexíveis, usados inicialmente para o trato digestivo superior e posteriormente também para o inferior, permitindo diagnósticos mais precisos e realização do tratamento em alguns casos. **OBJETIVO:** Identificar o perfil dos achados das colonoscopias realizadas no serviço de Endoscopia Digestiva e Colonoscopia da Santa Casa de Ourinhos-SP no período de março de 2013 a junho de 2016. **MÉTODO:** Foram avaliadas 409 colonoscopias em um total de 1250, realizadas por 2 profissionais e analisadas com relação a sexo, idade e presença de lesões malignas e pré-malignas. **RESULTADOS:** Das 1250 colonoscopias realizadas no serviço, 409 apresentaram lesões de características malignas ou pré-malignas. A idade dos pacientes com lesões malignas e pré-malignas variou de 24 a 93 anos. A maior parte dos paciente submetidos a colonoscopia era do sexo feminino 59,65% (n=244). Com relação a idade houve predomínio em ambos os sexos entre 61 e 70 anos com 32,5% (n=133). As lesões malignas foram identificadas em 15,9% (n=65) dos paciente, sendo 53,85% (n=35) no sexo feminino e 46,15% (n=30) no sexo masculino. As lesões pré-malignas se fizeram presentes em 84,1% (n=344), sendo 60,75% (n=209) no sexo feminino e 39,25% (n=135) no sexo masculino. **CONCLUSÃO:** Considerando a alta prevalência de lesões pré-malignas, o auxílio da colonoscopia torna-se indispensável para prevenção do câncer colorretal.

Carolina Silvestre De Melo; Phelipe Gregório Cobianchi Leandro; Rodrigo Tognon Rossi; Timoteo Vilela Verissimo; Alexandre Da Silva Nishimura; Edson Sen; Evelyn Granja Batalini;
CENTRO INTEGRADO DE MEDICINA AVANÇADA - OURINHOS/SP

PO026 - Diagnóstico e conduta de Adenoma viloso gigante: relato de caso

Introdução: Adenomas vilosos gigantes são lesões raras do trato gastrointestinal e muitas vezes são confundidas com neoplasias malignas devido diagnóstico difícil através da clínica e

dos achados radiológicos. Relato de caso: Paciente masculino, 50 anos, atendido no ambulatório de coloproctologia do Hospital universitário Pedro Ernesto, queixando sangramento, constipação e exteriorização de grande massa durante evacuações. O exame proctológico evidenciou presença de lesões de características adenomatosas que se iniciavam a 2cm da borda anal e estendiam-se longitudinalmente em direção ao reto, sendo impossibilitada a passagem do retossigmoidoscópio rígido devido grande aglomerado de adenomas a 5cm da borda anal. A colonoscopia mostrou lesão até 20cm, daí em diante não conseguindo mais avançar, e ocupando em torno de 80% da circunferência. A tomografia não foi conclusiva com relação ao tamanho total da lesão e seus limites. Adenoma viloso com áreas de adenocarcinoma foi descrito em biópsia. Foi realizado o tratamento cirúrgico breve por obstrução do paciente e a cirurgia de escolha foi a amputação abdomino-perineal devido importante acometimento de sigmóide e reto baixo com grande dificuldade de preservação esfinteriana. O anatomopatológico concluiu que se tratava de aglomerados de adenomas vilosos com base malignizada. O paciente recebeu alta hospitalar no 5 dia de pós-operatório e encontra-se bem. Discussão: Adenomas vilosos gigantes são raros e geralmente são vistos em paciente na 5 década devida e, devido vultuoso tamanho ou pela demora do diagnóstico, acabam tendo comportamento maligno. Devido a falta de características específicas de diagnóstico, sua conduta acaba sendo individualizada, causando certa angústia aos cirurgiões que se deparam com tal patologia.

Maruska Dib lamut; Luciana Martins Krohling; Tarciana Ribeiro Santos; Elizabeth Madriaga Bittencourt; Paulo Cesar De Castro Junior; Luiz Fernando Pedrosa Fraga; Francisco Lopes Paulo;
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PO027 - Doença de Bowen perianal: tratamento e seguimento - experiência de serviço de referência em Recife - PE

INTRODUÇÃO: A doença de Bowen, também conhecida como carcinoma in situ de células escamosas cutâneas, possui ocorrência rara na região perianal. O Tratamento mais usado tem sido excisão da lesão com margens macroscópicas livres. Entretanto, tratamentos tópicos, como o imiquimode, vem oferecendo alternativas em lesões extensas. **OBJETIVO:** Descrever o tratamento e seguimento dos pacientes atendidos no serviço com doença de Bowen.

METODOLOGIA: Estudo retrospectivo realizado por meio de coleta de dados em prontuários de pacientes, cujo histopatológico foi confirmado para Doença de Bowen, durante o período de 2010 a 2015. Foram seguidos por período médio de 33 meses. **RESULTADOS:** Foram estudados cinco pacientes. Quatro foram submetidos a procedimento cirúrgico. Um paciente com HIV e CD4 baixo foi tratado, exclusivamente, com imiquimode tópico, o qual apresentou dermatite perianal durante seu uso. Um paciente com lesão extensa apresentou infecção, deiscência e estenose anal pós-operatória. Não houve recorrência no período médio de 36 meses de seguimento. **CONCLUSÃO:** Observou-se no período de cinco anos uma baixa incidência da doença de Bowen nesta casuística. Os pacientes foram beneficiados tanto com o tratamento cirúrgico como com o tratamento clínico. Observou-se baixo índice de morbidade e recorrência. O imiquimode tópico desponta como uma boa opção inicial nos pacientes com lesões extensas e em pacientes imunodeprimidos. Para avaliar as taxas de recorrência, faz-se necessário um maior número de participantes.

Luciana Nogueira Paraguassú De Moraes; Marco Aurélio Fernandes Oliveira Guimarães;
Jocelino De Souza Dantas; Cláudia Rosali Esmeraldo Justo; Aline Ribeiro Teixeira Cavalcante;
Thiago Alexandre Martins Marques; Luis Fernando Heinen Scaglioni; Lorena Chaib
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA

PO028 - Doença de Castleman no diagnóstico diferencial de recidiva tumoral por adenocarcinoma de sigmóide - relato de caso

Introdução: Também conhecida como Hiperplasia Angiofolicular Linfóide, a Doença de Castleman é um distúrbio linfoproliferativo raro, ainda sem etiologia definida. Histologicamente é benigna, podendo apresentar-se com um comportamento agressivo. Está associado a outros distúrbios com HIV, Sarcoma de Kaposi e linfoma. Pode acometer qualquer faixa etária e ter apresentação localizada ou multicêntrica. A forma localizada é mais comum em jovens, enquanto a forma multicêntrica é mais vista nos idosos e portadores de alguma imunodeficiência. Esta última também pode afetar órgãos com tecido linfóide e os pacientes podem apresentar sintomas como: infecções, febre, perda de peso e astenia – do ponto de vista clínico e de imagem é indistinguível do linfoma. O diagnóstico é dado com a biópsia do linfonodo. O tratamento na forma localizada é feito com ressecção local da lesão. Já a forma multicêntrica pode ser tratada com corticóide, quimioterapia, anticorpo monoclonal anti-IL-6, interferon-alfa ou ácido retinóico, tendo uma sobrevida média de 30 meses. **Caso clínico:** Paciente do sexo feminino, MLPR, 58 anos, com história de retossigmoidectomia realizada em 2013 devido à adenocarcinoma de sigmóide. Após a cirurgia, a paciente manteve seguimento oncológico. Em 2015, foi realizada uma tomografia de abdômen na qual houve captação de contraste em um nódulo sólido de 24 x 18 mm na linha média, em região perigástrica-colônica. Pela suspeita de recidiva tumoral, foi solicitado PET-CT que também mostrou a lesão nodular, porém com SUV abaixo do esperado para lesões neoplásicas (SUV 3,1), podendo corresponder a uma área de hiperplasia inflamatória inespecífica, não podendo descartar nova lesão neoplásica em atividade. **Discussão:** Foi indicado tratamento cirúrgico para exérese da lesão. O resultado do anátomo patológico foi de um linfonodo com hipoplasia de centros germinativos, proeminência de zona do manto e hialinização vascular. O estudo imuno-histoquímico evidenciou linfonodo em epíplon cujas características são consistentes com diagnósticos de Doença de Castleman. Como se tratava de doença localizada e de único foco, o tratamento já havia sido concluído com a exérese da lesão. **Conclusão:** Pacientes em acompanhamento/seguimento oncológico devido adenocarcinoma de cólon, podem apresentar lesões sugestivas de recidiva que à elucidação diagnóstica demonstra mais uma possibilidade de diagnóstico diferencial.

Roberta Nascimento Cypreste; William Mateus Coutinho Hilbig; Ricardo Bolzam Do Nascimento; Joaquim José Oliveira Filho; Gustavo Sevá Pereira; Sandra Pedroso De Moraes;
HOSPITAL MARIO GATTI

PO029 - Estudo comparativo entre a amputação de reto na posição clássica de Lloyd-Davies e decúbito ventral

INTRODUÇÃO. Nos tumores de reto distal e canal anal a amputação abdominoperineal é preconizada. O tempo perineal pode ser realizado com a posição de decúbito ventral ou posição de Lloyd-Davies. O presente estudo analisou pacientes submetidos a amputação abdominoperineal de reto, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto distal e carcinoma espinocelular de canal anal, entre os anos de 2012 e 2014, de tal forma a comparar a técnica cirúrgica utilizada no tempo perineal (Decúbito ventral ou LloydDavies) com diversos fatores relacionados a complicações intra e pós-operatórias, margem livre de neoplasia da peça, estadiamento cirúrgico e morbidade cirúrgica como bexiga neurogênica, incontinência urinária e impotência sexual. **OBJETIVO.** Avaliar os benefícios e desvantagens do posicionamento em decúbito ventral em relação ao de Lloyd-Davies, para execução do tempo perineal na cirurgia de amputação abdominoperineal do reto. **MATERIAIS/MÉTODOS.** Estudo retrospectivo a partir da avaliação de prontuários de pacientes submetidos a amputação abdominoperineal de reto, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto distal e carcinoma espinocelular de canal anal, entre os anos de 2008 e 2014, com n de 56 pacientes. **CONCLUSÃO.** A análise dos fatores

relacionados às diferentes posições para realização da cirurgia de amputação abdominoperineal de reto, permitiu concluir que houve diferença estatisticamente significativa revelando que o grupo da posição ventral obteve menor necessidade de infusão de volume intravenoso (cristalóides e colóides) durante a cirurgia e uma menor incidência de complicações pós-operatórias tardias. E o grupo posição Lloyd-Davies obteve melhores tempos cirúrgicos e anestésicos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos nos quesitos: perda sanguínea e taxa de transfusão sanguínea no intraoperatório, complicações perioperatórias e recentes, óbitos, duração da internação, comprometimento da margem circunferencial e número de linfonodos dissecados. A avaliação da recidiva, tempo livre de doença e sobrevida global será realizada após maior tempo de seguimento. Em comparação com a posição Lloyd-Davies, a posição ventral pode ser uma melhor escolha para os pacientes submetidos à amputação abdominoperineal do reto, pelo menor índice de complicações tardias, porém maior tempo de seguimento é necessário para realizar a escolha da posição cirúrgica baseada em desfecho oncológico.

Alex De Albuquerque Lins Barbosa; Rodrigo Barbosa Novais; Priscila Marques Intelizano; Chia Bin Fang;

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

PO030 - Fistula Reto-Cutanea Após tratamento de CEC de Canal Anal

Introdução:A Neoplasia de canal anal corresponde apenas a aproximadamente 4% de todos os cânceres colorretais e 1,5 % de todas as neoplasias gastrointestinais.O carcinoma epidermóide é a neoplasia maligna mais comum neste local e corresponde a 75% dos tumores desta topografia. Em 1974 ocorreu uma mudança no tratamento desta patologia, descrito por Nigro et al um esquema baseado em quimioterapia associada a radioterapia sendo o esquema de escolha até os dias de hoje. Os efeitos tóxicos da radiação podem resultar em dano no endotélio microvascular intestinal, que pode levar a necrose das camadas intestinais, podendo ocorrer perfuração da alça, abscesso ou formação de fistulas. **Relato de Caso:**Paciente do sexo feminino, 50 anos, em 2009,apresentou lesão vegetetante da linha pectnia até 10 cm circunferencialmente. Exame anatomopatológico:carcinoma espinocelular. Estadiamento clínico III (cT3cN1M0).Iniciou tratamento em esquema de Nigro.Apos término do tratamento paciente foi submetida à retossigmoidoscopia com boa resposta, restando apenas uma úlcera rasa residual,com anatomopatológico livre de neoplasia.Optado por seguimento.Após 6 meses novo exame endoscópico com progressão da lesão e ressonância magnética com área de retração na parede póstero lateral terço médio do reto com borramento do plano gorduroso com biópsia de processo inflamatório crônico. Proposto amputação abdomino perineal do reto,mas paciente não aceita cirurgia e opta por seguimento da lesão.Em setembro de 2009 paciente foi submetida a exame retal sob necrose, onde foi visualizada grande lesão ulcera acometendo parte posterior lateral direita porém com mucosa de aspecto normal, realizado biópsia sem indícios de malignidade no material analisado.Nos seguintes exames, a RNM com aparecimento de espessamento de gordura présacral. Seguimento sem evidência de neoplasia nas biópsias subsequentes.Em setembro de 2014 paciente retorna ao serviço com queixa de saída de fezes por orifício em região sacral,diagnosticado trajeto fistuloso em reto baixo, paciente submetida à colostomia em alça e desbridamento de região glútea.Trajeto fistuloso visualizado na RNM comunica ulcera de reto ultrapassando partes moles da região glútea direita.Paciente segue em acompanhamento evidência de doença.Conclusão:O tratamento exclusivo (radioterapia e quimioterapia)para câncer de canal anal pode trazer benefícios com ate a remissão completa da doença porem pode vir associado a complicações que as vezes sem tratamento.

Luis Gustavo Capochin Romagnolo; Talitha Mendes De Paula; Maximiliano Cadamuro Neto; Marcos Vinicius Araujo Denadai; Carlos Augusto Rodrigues Veo;

PO031 - Hemipelvectomia com amputação laparoscópica do reto para tratamento de sarcoma epitelióide

O sarcoma epitelióide (SE) é um subtipo incomum de sarcoma, não chegando a 1% dos sarcomas de partes moles. Foi inicialmente descrito em 1970, sendo que em 1997 uma variante mais agressiva foi classificada como “tipo proximal”. São tumores agressivos, com altas taxas de metástases e recidiva local, com resposta pobre à quimioterapia e radioterapia isoladas. A ressecção cirúrgica com margens livres é o tratamento padrão. Apresentamos o caso de um paciente de 25 anos com SE tipo proximal avançado em região perineal, submetido a ressecção em outro serviço, evoluindo com recidiva local com invasão do canal anal e musculatura da coxa esquerda. Foi realizado tratamento radioquimioterápico neoadjuvante seguido de ressecção cirúrgica com amputação abdominoperineal do reto por videolaparoscopia associada a hemipelvectomia parcial esquerda incluindo o membro inferior esquerdo (MIE). O anatomopatológico evidenciou margens cirúrgicas livres. Entretanto, o paciente no quarto mês de pós-operatório evoluiu com queda importante do estado geral e emagrecimento, a ressonância magnética suspeitou de recidiva, e o paciente veio a óbito. O SE proximal é um tipo raro de sarcoma de partes moles, cujo tratamento curativo é desafiador, em virtude dos altos índices de recidiva local e metástases à distância.

Matheus Matta Machado Mafra Duque Estrada Meyer; Daniel Paulino Santada; Edmilson Celso Santos; Marcos Wanderley Campos Reis; Camila Gomes De Souza Andrade; Paulo Vilela Neto; Suyanne Thyerine Da Silva Lopes; Juliano Alves Figueiredo;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO032 - Incidência de câncer colorretal na cidade de Joinville - SC

O câncer colorretal é uma doença silenciosa, que poderia facilmente ser diagnosticada em fases iniciais pelo estudo anatomopatológico obtido por colonoscopia e retossigmoidoscopia, muitas vezes é diagnosticada em estágios avançados. O objetivo deste trabalho é encontrar a incidência, idade média acometida, relação entre gêneros e topografia das lesões entre 2010 e 2015 em Joinville, além de comparar resultados com trabalho semelhante em 2003. Estudo do tipo coorte retrospectivo, realizado inteiramente na cidade de Joinville – SC. Os participantes foram selecionados através da revisão do banco de dados dos três laboratórios de anatomia patológica de Joinville, selecionando todas as amostras compatíveis com câncer colorretal em indivíduos maiores de 18 anos de ambos os sexos entre 2010 e 2015, os laudos foram tabulados com a idade, data de nascimento, data da obtenção da amostra, topografia da amostra, sexo e diagnóstico, os indivíduos foram identificados apenas pelas iniciais para preservar suas identidades. Foram encontradas um total de 1337 amostras compatíveis com câncer colorretal entre jan/2010 e dez/2015, foram removidas as duplicatas chegando a um resultado de 1055 indivíduos. Os resultados apontam para um predomínio pelo gênero feminino com 510 indivíduos do sexo masculino (48%) e 545 indivíduos do sexo feminino (52%). A população mais acometida se encontra entre a quinta e a sétima década de vida. Entre 18-39 anos:49 indivíduos (5%); 40-49 anos:119 indivíduos (11%); 50-59 anos:275 indivíduos (26%); 60-69 anos:278 indivíduos (27%); 70-79:230 indivíduos (22%); 80-89 anos:99 indivíduos (9%); mais de 99 anos:5 indivíduos (aprox. 0,1%). A incidência se manteve relativamente estável nos últimos 5 anos, com discreto aumento entre 2012 e 2014. A Incidência foi baseada no último censo 2010 para cidade de Joinville que pode ser encontrada no site do IBGE. 2010: 157 casos (20,4 por 100 mil habitantes); 2011: 157 casos (30,4 por 100 mil habitantes); 2012: 199 caos (38,6 por 100 mil habitantes); 2013: 181 casos (35,1 por 100

mil habitantes); 2014: 184 casos (35,7 por 100 mil habitantes); 2015: 175 casos (33,9 por 100 mil habitantes); 2 casos foram obtidos sem data registrada. As topografias encontradas foram: Cólon 694 casos (66%); cólon e reto 114 casos (11%); reto e canal anal: 236 casos (22%) e metástases em cavidade abdominal: 11 casos (1%). Concluímos que o trabalho alcançou todos os objetivos propostos e que houve aumento na Incidência nos últimos anos.

Rodolfo Frederico Gazzoni Degrazia Howes; Luis Carlos Ferreira; Guilherme Pinheiro Prado; Ana Gabriela Tessarolo Pereira; Bruno Nascimento Da Cruz;
HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE

PO033 - Intussuscepção Intestinal

A intussuscepção foi inicialmente descrita por Barbette em 1674 como a invaginação de um segmento do trato gastrointestinal proximal dentro de outro adjacente e distal. Resulta na formação de uma tumoração, com conseqüente obstrução intestinal, que pode se apresentar como aguda ou crônica. Tem localização variável e uma revisão de 1214 casos mostra que 45% deles ocorrem nos cólons e 55% no delgado. É a causa mais comum de obstrução intestinal na infância, porém é de rara ocorrência em adultos, onde na maioria dos casos (51,2%) apresenta sintomas crônicos. A Intussuscepção no adulto habitualmente se apresenta com sintomas inespecíficos, sendo dor abdominal o mais comum (54,5%). Cerca de 65,9% dos casos de intussuscepção são diagnosticados no pré-operatório. No entanto, o diagnóstico continua difícil e cerca de um terço dos pacientes ainda são submetidos à cirurgia sem identificação prévia desse quadro. CASO-Mulher, 74 anos, aumento dos ruídos intestinais, flatulência e perda de 6 Kg no último ano. Investigação endoscópica revelou tumor obstrutivo de cólon transverso. Estadiamento radiológico não mostrou alterações. Submetida a cirurgia com achado de intussuscepção do cólon direito sobre o transverso. Realizada Colectomia subtotal com anastomose primária, sem redução da intussuscepção. Paciente apresentou boa evolução. DISCUSSÃO-A Intussuscepção usualmente é secundária a uma lesão orgânica. 63% das intussuscepções em adultos são relacionadas a tumores, dos quais 50% são malignos. Neoplasia maligna é a causa de 48% das intussuscepções de cólon e somente de 17% dos casos de delgado. Em apenas 10% dos casos não há etiologia conhecida, contrastando com a população infantil, em que 90% dos casos são idiopáticos. As intussuscepções em adultos tem indicação cirúrgica devido ao grande risco de lesões estruturais e alta incidência de malignidade. Recomenda-se que a intussuscepção colônica seja ressecada sem redução, mesmo quando o diagnóstico não é conhecido, devido à alta incidência de doença maligna nessa topografia, entretanto, quando acomete o delgado, caso haja grande extensão envolvida, deve-se reduzir para evitar grandes ressecções. CONCLUSÃO Intussuscepção no adulto é uma patologia infrequente e na maioria das vezes se apresenta de forma subaguda ou crônica. Considerável parcela dos pacientes ainda é submetida a cirurgia sem diagnóstico prévio e especial cuidado deve ser tomado nos casos colônicos, com ressecção ampla e sem redução.

Cássio Alfred Brattig Cantão; Ana Luiza Normanha Ribeiro De Almeida; Régis Rodrigues Balliana; Yasmin Eugenia Santana; Enrico Sfoggia; José Joaquim Ribeiro Da Rocha; Omar Feres;
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP / FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO-CATANDUVA

PO034 - Leiomioma de localização perianal: topografia rara

Introdução: os leiomiomas são tumores da musculatura lisa podendo ocorrer nos locais onde essas fibras estão presentes, sendo rara a localização anorretal. Na maioria dos casos os pacientes são assintomáticos, sendo comumente achados de exame de imagem. A

recomendação terapêutica é a ressecção tumoral e o seguimento pós-operatório. Objetivo: descrever o diagnóstico de leiomioma em topografia rara. Relato do caso: mulher, 38 anos, negra. Há um ano, apresentou abaulamento em região perianal direita, de crescimento lento e progressivo. Negava alteração do hábito intestinal, dor local, hematoquezia, puxo ou tenesmo. Ao exame proctológico, apresentava nodulação fibroelástica, regular, móvel, indolor, com 10 cm de diâmetro em região perianal à direita, próxima à borda anal. Realizou ultrassonografia de partes moles que identificou imagem nodular, sólida, hipoecogênica e discreta vascularização em parte superficial perianal e glútea direita, não envolvendo musculatura adjacente. Foi submetida à ressecção completa do tumor perianal, em posição ventral. O laudo histológico e imuno-histoquímico revelou leiomioma, com achado positivo para actina de músculo liso e negativo para desmina. Discussão: o leiomioma anorretal representa menos que 0,1% dos tumores do reto e raramente é encontrado em partes moles, principalmente em localização perianal. Na literatura, é escasso o achado do leiomioma nessa topografia: descreve-se casos isolados, sendo a apresentação mais comum, uma tumoração indolor perianal. Toda tumoração nesta topografia necessita de diagnóstico definitivo dado o diagnóstico diferencial com tumores malignos da margem anal, canal anal e reto. Deve-se realizar o exame proctológico, podendo utilizar exames complementares para auxiliar no diagnóstico da lesão, como tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia e colonoscopia, mas a análise histológica é necessária para confirmação diagnóstica. Assim, a ressecção completa da lesão é diagnóstica e terapêutica. Considerações finais: todas as lesões perianais necessitam de diagnóstico definitivo. A biópsia excisional é o padrão ouro das lesões circunscritas tumorais e o achado de leiomioma é raro nesta topografia.

Pietro Dadalto Oliveira; Fernanda Bellotti Formiga; Bruna Fernandes Dos Santos; Lucas Rodrigues Boarini; Galdino José Sintonio Formiga; Anderson Da Costa Lino Costa;
HOSPITAL HELIÓPOLIS

PO035 - Leiomiossarcoma do reto como manifestação de síndrome de li fraumeni : Relato de caso

INTRODUÇÃO: o Leiomiossarcoma é tumoração maligna que corresponde a menos de 0,1% de todas as doenças malignas do reto. 1 Pode estar relacionada à Síndrome de Li Fraumeni, uma rara síndrome de predisposição familiar a múltiplas neoplasias, hereditária, com transmissão autossômica dominante de alta penetrância e que é devida, em 70% dos casos, à mutações germinativas no gene TP53. 2 **OBJETIVO:** relatar caso de leiomiossarcoma do reto como manifestação da Síndrome de Li Fraumeni. **RELATO DO CASO:** paciente de 67 anos, feminino, há 1 ano com dor às evacuações associada a puxo, tenesmo, hematoquezia, alteração do hábito intestinal de uma para 5 x dia e perda de 10 Kg. Antecedente de filha com neoplasia de mama diagnosticada aos 32 anos e neta com neoplasia de adrenal diagnosticada aos 3 anos de idade. Durante a investigação desta última, realizados testes genéticos em toda a família para mutação do TP53 e confirmadas alterações deste gene na neta, filha e avó (paciente deste relato), porém esta última até então não tinha apresentado qualquer neoplasia. Ao exame proctológico com lesão vegetante tocável a 6 cm da borda anal em parede anterior do reto. Anuscopia confirmava lesão vegetante, friável ao toque do aparelho comprometendo 50 % da circunferência do órgão e 80% da luz. Colonoscopia até o ceco identificou segmentos colônicos sem alterações e confirmou lesão de reto cujo exame histopatológico e imunohistoquímica confirmaram leiomiossarcoma. Estadiamento com tomografia de tórax e abdome sem sinais de lesões secundárias e ressonância magnética de pelve com espessamento de paredes do reto com sugestão de invasão uterina. Submetida à retossigmoidectomia e histerectomia em bloco por apresentar neoplasia de reto com invasão de corpo uterino. Boa evolução. O exame histopatológico da peça confirmou leiomiossarcoma de baixo grau confirmado por

imunohistoquímica. **CONCLUSÃO:** a Síndrome de Li Fraumeni é caracterizada por três casos na família: um com um sarcoma diagnosticado antes dos 45 anos (neta), um familiar de primeiro grau com qualquer câncer antes dos 45 anos (filha) e um familiar de primeiro ou segundo grau com câncer antes dos 45 anos ou com sarcoma em qualquer idade (avó).² A presença de qualquer sarcoma, principalmente em famílias com outras neoplasias raras ou fora de faixa etária comum, deve ser relacionada à Síndrome de Li Fraumeni e deve ser confirmada por testes genéticos para averiguação da mutação do gene TP53.

Ricardo Moreno; Flávia Balsamo; Raquel Yumi Yonamine; Rogério Tadeu Palma; Jaques Waisberg;

CLINICA PRIVADA

PO036 - Linfoma plasmoblástico gigante do canal anal

INTRODUÇÃO: o linfoma não-Hodgkin (LNH) é a 11ª neoplasia mais frequente na região sudeste. Em 2016, esperam-se 10.240 novos casos da doença. O linfoma plasmoblástico é uma variante de alto grau do LNH difuso de grandes células B. O comprometimento do canal anal é raro e pode ocorrer mesmo na ausência de doença sistêmica. **OBJETIVO:** relatar um caso de linfoma gigante do canal anal, refratário ao tratamento citotóxico, submetido à cirurgia perineal alargada com amputação abdominoperineal do reto. **RELATO DO CASO:** homem, 50 anos, HIV positivo, foi encaminhado de outro serviço para avaliação de massa anal gigante associada a dor local e parada de eliminação de flatos e fezes, com início há 06 meses. No serviço de origem, foi submetido a uma colostomia de urgência com biópsia da massa, que diagnosticou um linfoma plasmoblástico. A doença foi classificada como avançada (estágio IVB_X) e mostrou-se quimiorrefratária ao esquema de DAEPPOCH. Em virtude da progressão da massa tumoral e dor intensa optou-se por citorredução seguida de quimioterapia com HYPERCVAD. A cirurgia durou 190 minutos e a lesão foi ressecada em bloco com o canal anal e o reto, com margens livres (R0). O defeito do assoalho pélvico foi corrigido com uma tela sintética bioabsorvível e o fechamento do períneo foi feito por segunda intenção com oxigenoterapia hiperbárica adjuvante. O paciente apresentou boa evolução inicial, com melhor controle da dor e boa cicatrização do defeito perineal. No entanto, no 19º dia pós-operatório, o paciente desenvolveu um quadro séptico de foco pulmonar, refratário às medidas clínicas, que ocasionou seu óbito no 21º dia após a cirurgia. **DISCUSSÃO:** a variante plasmoblástica é mais frequente em pacientes infectados pelo HIV. Trata-se de uma doença rara e agressiva, que pode, mais raramente, afetar o canal anal. O tratamento quimioterápico é a primeira escolha e a cirurgia é, usualmente, indicada para os casos sem doença disseminada. O prognóstico é ruim e geralmente agravado pelo diagnóstico tardio.

Rodrigo Saad Rodrigues; Marley Ribeiro Feitosa; Roberta Denise Alkmin Lopes De Lima; Rafael Costa Jomah; Lucas Maradei Carneiro De Rezende; Antonio Balestrim Filho; José Joaquim Ribeiro Da Rocha; Omar Féres;

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO037 - Linfoma Plasmoblástico Retal: Relato de Caso

Introdução: Linfomas são neoplasias que residem predominantemente em tecidos linfóides. Muitos tipos de linfomas são mais frequentes em pacientes HIV positivos. O linfoma plasmoblástico (LP) é uma entidade rara e agressiva, considerada um tipo de linfoma difuso de grandes células B, que ocorre predominantemente na cavidade oral de pacientes infectados com HIV. Corresponde a 2% dos linfomas não Hodgkin associados com o HIV. Esta patologia representa um desafio para o diagnóstico e tratamento, por apresentar um prognóstico desfavorável. **Objetivo:** Relatar um caso de LP retal. **Método:** Os dados contidos no caso clínico

foram obtidos através de entrevista, registro fotográfico e revisão do prontuário, após autorização prévia do paciente. Relato de caso: Paciente masculino, 29 anos, diagnosticado há 05 meses com HIV, em tratamento com Lamivudina + Tenofovir + Efavirenz, com tempo de doença de aproximadamente 10 meses e quadro clínico caracterizado por hiporexia e perda importante de peso (30 quilos). Evoluiu com formação de abscesso perianal com necessidade de duas drenagens cirúrgicas em um Ambulatório Médico de Especialidades. No último procedimento, foi realizado biópsia e laudada como linfoma plasmoblástico. Encaminhado ao Hospital para seguimento da neoplasia, com aumento progressivo da lesão anal, febre, fezes diarreicas e monilíase oral. A ressonância magnética de pelve mostra uma lesão expansiva a partir de reto médio de caráter sub-oclusivo, acometendo esfíncteres anais, músculo elevador do ânus e glúteos, sem plano de clivagem com estruturas adjacentes. Tem colonoscopia completa recente (Março/2016) com proctite enantemática discreta, cuja biópsia traz colite crônica inespecífica grau leve. Os exames laboratoriais de admissão mostram: hemograma com 2980/mm³, 9,1 g/dL de hemoglobina, 167000 plaquetas, uréia: 19 mg/dl, creatinina: 0,5 mg/dl, Proteína C-Reativa: 3,28, desidrogenase láctica: 637 U/l, HIV reagente, Sífilis + ½, Carga viral (CV) (13/03/16): 542.875, CD4: 79, CD8: 1575. A lâmina de biópsia foi revista e novamente laudada como linfoma não Hodgkin, difuso, de alto grau, com áreas de necrose. O estudo imunohistoquímico mostram células neoplásicas positivas para anticorpos CD45, CD79a, Ciclina D1, Ki-67 e MUM. Os resultados foram consistentes com linfoma plasmoblástico. O paciente está recebendo quimioterapia com regime EPOCH (etopósido, doxorubicina, vincristina, prednisona, ciclofosfamida) por 10 ciclos.

Danilo José Munhóz Da Silva; Gustavo Lisboa De Braga; Tamara Durci Mendes; Ricardo Mendonça Costa Junior; Rafael Andrade De Oliveira; Alisson Teixeira Silva Martins; João Gomes Netinho; Geni Satomi Cunrath;

HOSPITAL DE BASE - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PO038 - Lipoma submucoso simulando tumor maligno de cólon esquerdo: relato de caso

INTRODUÇÃO: Os lipomas intestinais são tumores benignos raros de origem do tecido conjuntivo da parede intestinal que podem ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal, sendo mais frequente no cólon. **RELATO DE CASO:** Uma mulher parda de 59 anos apresentava história de dor hipogástrica em cólica há um ano acompanhada de vômitos, diarreia e enterorragia. Além disso, referia perda ponderal de 5kg em um ano. Apresentava exames físico e proctológico normais. Foram realizadas 3 colonoscopias e as 2 primeiras indicaram tumor de características benignas, de aproximadamente 5 cm, na transição entre cólon descende e sigmoide com oclusão de 40% da luz do cólon. No entanto, as biopsias tinham resultado inespecífico. Entre a primeira e a última colonoscopia passaram-se 7 meses e evidenciou-se um aumento importante de 80% da oclusão da luz do cólon. Além disso os exames laboratoriais não apresentaram alterações e o CEA era de 1,8 no pré-operatório. Foi realizada colectomia segmentar esquerda com anastomose primária. Confirmou-se o diagnóstico de lipoma submucoso intestinal e as margens cirúrgicas estavam livres do processo. **DISCUSSÃO:** A paciente em questão é do sexo feminino e tem 59 anos, correspondendo ao gênero e faixa etária mais frequentes dos casos diagnosticados com lipoma: mulheres entre a quinta e sexta década de vida. Os lipomas intestinais são comumente diagnosticados por achado de exame de colonoscopia associado à biópsia. São mais prevalentes no cólon e assintomáticos em sua maioria. Contudo o caso relatado corresponde a um lipoma gigante, comprovado no exame anatomopatológico da peça cirúrgica pelo tamanho maior do que 4cm. Para tumores desse tamanho, a fração de casos sintomáticos é de 75%. Após realizado o diagnóstico é necessário interrogar uma conduta cirúrgica. A ressecção do tumor é indicada se o lipoma é sintomático, com obstrução ou sangramento, principalmente se maior que 2,5cm ou ainda se a lesão mimetiza malignidade. O exame de colonoscopia

indicou uma lesão de 6 cm com 80% de oclusão. Então a lesão foi ressecada, apesar da ausência de um diagnóstico histológico com os exames de colonoscopia prévios à cirurgia. **CONCLUSÃO:** O lipoma é um tumor benigno, raro e assintomático na maioria das vezes. No entanto, esse relato de caso apresentou uma paciente com um tumor gigante e sintomático, o que indicou a realização de cirurgia.

Victor Minari Campos; Sergio Mazzola Poli De Figueiredo; Rodrigo Salmeron De Toledo Aguiar; Augusto Canton Gonçalves; Thiago Manzione; Fang Chia Bin;
FCMSCSP

PO039 - Manejo da Doença de Paget Perianal – Relato de Caso

INTRODUÇÃO: A doença de Paget extra mamaria (DPEM) constitui um grupo raro de neoplasias intra epiteliais e predomina em locais com alta densidade de glândulas apócrinas: vulva, região perianal e axilas. Foram relatados cerca de 200 casos de DPEM na literatura. Apresenta distribuição igual entre os sexos e é mais comum na sétima década de vida. A imunohistoquímica pode ser útil na diferenciação com adenocarcinoma, doença de Bowen e melanoma in situ. **RELATO DO CASO:** Paciente ETAF, sexo masculino, 63 anos, hipertenso e dislipidêmico compareceu para avaliação coloproctológica ambulatorial em agosto/15. Relatava tratamento prévio para doença de Paget em 2004, com exérese de lesão perianal na ocasião com laudo anátomo-patológico revelando pele com extensa ulceração e sem sinais de Paget na amostra. Última colonoscopia em 2009 revelou diverticulose difusa. Ao exame físico, apresentava ânus úmido, macerado coberto por placa eczematóide bem definida, com ulcerações branco-acinzentadas. Nova colonoscopia revelou o mesmo achado anterior de diverticulose. TC de abdome não revelou alterações. O exame histopatológico revelou DPEM. Imunohistoquímica confirmou o diagnóstico, revelando positividade para as citoceratinas 7 e 20. Foi submetido a novo procedimento para exérese de lesões residuais. Quatro meses após, apresentou novas lesões, as quais foram cauterizadas com ácido tricloroacético 50%, com sucesso. Desde então, o paciente segue em acompanhamento ambulatorial, assintomático e sem novos achados. **DISCUSSÃO:** Atualmente, a DPEM representa um adenocarcinoma intraepitelial de crescimento lento. O tratamento padrão dessa doença é a excisão da lesão com margem de segurança (1cm), embora existam outras modalidades terapêuticas como criocirurgia, radioterapia, curetagem e cauterização química. **CONCLUSÃO:** Mesmo com tratamento adequado, no que se refere à região perianal, a taxa de recidiva de DPEM pode alcançar 30% dos casos em cinco anos. Sendo assim, faz-se importante o seguimento desses pacientes por vários anos. Essa doença não tem regressão espontânea e, sem o manejo adequado, pode evoluir para adenocarcinoma invasor.

Ilson Geraldo Da Silva; Raíssa Amélia Silva Reis; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Patrícia Costa Sant'Ana; Peterson Martins Neves; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Heraldo Neves Valle Junior;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO040 - Marcadores metabólicos e de inflamação associados ao risco de complicações maiores e óbito em cirurgia citorredutora com quimioterapia intraperitoneal

Introdução: Marcadores metabólicos e de inflamação são rotineiramente utilizados para monitorizar o trauma cirúrgico e a evolução pós-operatória, no entanto, foram pouco estudados em procedimentos de cirurgia citorredutora associada à quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CC-QIPH). **Objetivos:** Descrever o perfil de alterações dos marcadores metabólicos e de inflamação em CC-QIPH e investigar sua associação com a ocorrência de complicações pós-operatórias. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional,

longitudinal, envolvendo 240 procedimentos de CC-QIPH. Investigamos a associação entre as dosagens laboratoriais e o desfecho de complicações, divididas em duas categorias: (1) Ausência de complicações ou complicações menores (Graus 0–II) e (2) Complicações maiores ou óbito (Graus III–V). Resultados: As taxas de morbidade e mortalidade foram, respectivamente, 62,9% (24,1% Grau III-V) e 2,5%. Pacientes com complicações maiores ou óbito apresentaram valores laboratoriais estatisticamente diferentes nas seguintes condições: Leucócitos, valores médios menores na Admissão na UTI (9.536/mm³ vs. 11.220/mm³; p=0,036) e no 1o PO (11.190/mm³ vs. 13.110/mm³; p=0,021); Neutrófilos, valores médios menores na Admissão na UTI (7.050/mm³ vs. 9.063/mm³; p=0,005) e no 1o PO (8.985/mm³ vs. 10.870/mm³; p=0,021); relação neutrófilo linfócito (TNL), valores médios menores no pré-operatório (2,04 vs. 3,21; p=0,008); Lactato, valores médios maiores no 1o PO (26,04 vs. 21,24; p=0,002) e PCR, valores médios maiores no 3o PO (15,95 vs. 10,78; p=0,004). Observamos os seguintes perfis de evolução laboratorial: leucócitos, neutrófilos e TNL ascendem até 1o PO para decrescer no 3o PO; linfócitos decresceram até o 1o PO para ascender no 3o PO; a contagem de plaquetas decresce como consequência do procedimento, mantendo-se em níveis inferiores em relação ao pré-operatório, desde a admissão na UTI até o 3o PO; lactato ascende após a QIPH e então decresce, sem atingir a normalidade no período avaliado até o 3o PO; PCR ascende desde a admissão na UTI até o período avaliado no 3o PO; pH, bicarbonato e BE decrescem após a QIPH, retornando a níveis normais até o 3o PO; ocorre alargamento do RNI durante o procedimento, com valores mais elevados após a fase de QIPH e tendência de normalização até o 3o PO. Conclusões: Leucócitos, neutrófilos, TNL, lactato e PCR são marcadores úteis na avaliação precoce do risco de complicações em pacientes submetidos à CC-QIPH.

Renata Mayumi Takahashi; Samuel Aguiar Junior; Ademar Lopes; Wilson Toshihiko Nakagawa; Ranyell Matheus Spencer Sobreira Batista; Paulo Stevanato Filho; Celso Abdon Lopes De Mello; Fábio De Oliveira Ferreira;
A. C. CAMARGO CÂNCER CENTER

PO041 - **Melanoma Anorretal: apresentação de caso e revisão de literatura**

Introdução: os melanomas anorretais (MAR) representam 0,4 a 1,6% dos melanomas e 1% dos tumores do canal anal. A maioria dos casos é diagnosticada tardiamente, por apresentar sintomas semelhantes aos de doenças benignas, contribuindo ainda mais para o seu prognóstico desfavorável. Sua incidência é crescente ao longo dos anos e aumenta com a idade. A maioria dos casos necessita abordagem cirúrgica. Relato de Caso: paciente do sexo feminino, 64 anos, hipertensa e com queixa de tenesmo há mais de seis meses. Ao exame proctológico foi encontrada uma lesão ulcerovegetante em reto baixo, podendo esta ser visualizada pela anoscopia. A colonoscopia: lesão ulcerovegetante no reto distal com fibrina próximo à margem anal. O exame histopatológico revelou carcinoma pouco diferenciado, invasor e ulcerado. A tomografia de abdome mostrou lesão em reto baixo com linfonodomegalia na cadeia da íliaca interna direita. A ressonância magnética de pelve mostrou uma lesão no reto baixo, envolvendo todas as camadas, com extensão para o mesorreto superiormente, obliterando a fásia e sem plano de clivagem com elevador do ânus, principalmente à esquerda, com linfonodos ingurgitados adjacentes e na cadeia íliaca interna direita, devendo-se considerar a possibilidade de envolvimento secundário. A imuno-histoquímica revelou negatividade para p40, citoceratinas de 40,48, 50 e 50,6kDa, cromogranina A, sinaptofisina, CDX2, CD45RB; e positividade para proteína S-100, Ki-67, Melan A, antígeno gp100. Foi realizada amputação abdominoperineal e a paciente foi encaminhado para adjuvância. Conclusão: Uma vez que o prognóstico depende principalmente do estágio da doença, faz-se necessário diagnóstico precoce. O avanço dos meios diagnósticos e a orientação

da população para procura de atendimento logo do início dos sintomas é de extrema importância para aumento de sobrevida.

Patrícia Costa Sant'Ana; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Raíssa Amélia Silva Reis; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Marcílio José Rodrigues Lima; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Heraldo Neves Valle Junior; Ilson Geraldo Da Silva;
SANTA CASA BELO HORIZONTE

PO042 - Melanoma primário de canal anal em estágio avançado: relato de caso

Introdução: Os tumores malignos do canal anal e do ânus são muito raros, não ultrapassam 2% de todos os tumores do colo, reto e ânus. Surgem a partir dos melanócitos da crista neural embrionária, podem ser de origem cutânea ou mucosa. Os melanomas mucosos acometem cavidade nasal, orofaringe, trato geniturinário e trato gastrointestinal. Metástases ocorrem precocemente por via hematogênica e linfática, com rápida disseminação, o que implica na sobrevida curta dos pacientes nesta fase. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso de melanoma de canal anal atendido no serviço de coloproctologia em junho de 2016, demonstrando a rápida evolução para estágio avançado. **Métodos:** Revisão de prontuário com coleta de dados. **Relato de caso:** Relatamos o caso de paciente feminina, 62, portadora de melanoma anorretal com metástase adrenal e hepática. O exame imuno-histoquímico da biópsia do tumor foi consistente com melanoma maligno de canal anal. Foi submetida à derivação de trânsito intestinal como tratamento cirúrgico paliativo e seguimento com oncologia e medicina paliativa para adjuvância em vigência de estadiamento avançado da doença. **Conclusão:** Melanomas anorretais são entidades pouco frequentes, com evolução agressiva e conduta controversa. Os índices de cura são baixos e mortalidade alta.

Caroline Lima De Oliveira; Hélio Moreira Junior; Raniere Rodrigues Isaac; José Paulo Teixeira Moreira; Paula Chrystina Caetano Almeida Leite; Henrique Gonçalves; Marcos Antonio De Souza Junior; Gabriela Damasceno Silva;
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PO043 - Metástase anal de carcinoma ductal de mama - relato de Caso

INTRODUÇÃO O carcinoma de mama é uma das neoplasias mais frequentes e a primeira causa de morte por tumores nas mulheres. Indivíduos portadores dessa doença encontram-se em situação de risco para o desenvolvimento de metástases à distância, mesmo após longos períodos de remissão. As metástases ocorrem com mais frequência no pulmão, ossos, sistema nervoso central e fígado, sendo o trato digestivo o local menos comum. **RELATO DE CASO** Paciente feminina, 62 anos, com história de carcinoma ductal de mama, submetida à mastectomia total e radioterapia local em 1999 e, após recidiva linfonodal em 2002, a esvaziamento axilar, quimioterapia e radioterapia, complementando o tratamento com o uso de Tamoxifeno por cinco anos. Paciente encaminhada ao serviço de proctologia em 2016 devido ao surgimento de lesão nodular perianal, dolorosa, com dois anos de evolução. Ao exame proctológico, presença de nódulo de 1 cm, lateral à direita, a 2 cm da margem anal, com orifício externo, sugerindo trajeto fistuloso anal. Submetida à fistulotomia anal com colocação de sedenho cortante e biópsia excisional da lesão nodular. O aspecto histológico da lesão, com inclusão total, foi compatível com Adenocarcinoma Metastático, e o perfil imunohistoquímico evidenciou sítio primário em mama. Após resultado de exame patológico, paciente realizou exames para estadiamento clínico, sem evidências de outras lesões à distância. No momento, paciente segue tratamento com quimioterapia e acompanhamento neste serviço. **DISCUSSÃO** O câncer de mama é a neoplasia mais frequentemente diagnosticada em mulheres e sua progressão de doença localizada para sistêmica geralmente

se manifesta através de recidivas, principalmente nos pulmões, ossos, cérebro e fígado. Metástases no trato gastrointestinal são infrequentes, com incidência aproximada de 18%, sendo o estômago o local mais comumente afetado, seguido do cólon, reto e intestino delgado, respectivamente. O subtipo ductal do carcinoma de mama, em relação ao subtipo lobular, é o que mais raramente afeta esse sistema. Na presença de envolvimento do tubo digestivo, frequentemente há diagnóstico simultâneo de lesões em outros órgãos e sistemas, porém esse é um raro caso de metástase de tão longo prazo (16 anos). Uma vez que, na maioria das pacientes, múltiplas metástases em diferentes órgãos são diagnosticadas, deve-se considerar que um tratamento sistêmico é o mais indicado, reservando-se a cirurgia para situações especiais.

Bianca Astrogildo De Freitas; Luiz Felipe Machado Pfeifer; Lucas Immich Gonçalves; Kamyla Griebeler Valentini; Giovanna Delacoste Pires Mallmann; Lucio Sarubbi Fillmann; Henrique Sarubbi Fillmann; Erico Ernesto Pretzel Fillmann;

PUCRS

PO044 - Metástase omental de adenocarcinoma do reto após terapia neoadjuvante com resposta local completa

INTRODUÇÃO: a infiltração omental metastática ocorre por disseminação de tumores intraperitoneais. Classicamente, está associado à neoplasia de ovário, entretanto também pode ocorrer na presença de carcinomatose difusa de tumores avançados do trato gastrointestinal. A tomografia computadorizada é um método eficaz na detecção da doença peritoneal, e tem como achado clássico uma proeminente centralização dos tecidos moles e distensão gasosa focal no intestino delgado. **OBJETIVO:** relatar caso de neoplasia de reto que apresentou resposta local completa após neoadjuvância, porém evoluiu com progressão sistêmica da doença. **RELATO DO CASO:** Homem, 46 anos, diagnosticado com adenocarcinoma do reto a 1 cm da borda anal, estadiamento clínico IIIC e CEA normal. O Reestadiamento após a neoadjuvância mostrou regressão local completa, no entanto houve progressão da doença à distância com infiltração metastática peritoneal e grande omento. Foi submetido à uma laparotomia exploradora onde se observou carcinomatose em todo o peritônio parietal, mesentério do intestino delgado, pelve e bexiga, inviabilizando a cirurgia curativa. Realizado ressecção da massa omental e encaminhado para quimioterapia paliativa. **CONCLUSÃO:** Trata-se de uma doença de evolução inesperada, já que o comportamento local favorável foi contrário ao seu caráter sistêmico agressivo, que poderia ser explicado por um fenótipo tumoral de radiosensibilidade e quimiorresistência.

Barbara Bianca Linhares Mota; Marley Ribeiro Feitosa; Karina Kendra Mar Marques; Juliana Lima De Toledo; Ana Luiza Normanha Ribeiro De Almeida; Rafael Costa Jomah; Omar Féres; José Joaquim Ribeiro Da Rocha;

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO045 - Metástase óssea cervical após neoadjuvância de adenocarcinoma de reto baixo com resposta completa

INTRODUÇÃO: o tratamento do câncer retal depende da localização do tumor, estadiamento da doença e das condições clínicas do paciente. Habitualmente envolve a ressecção cirúrgica associada a quimioterapia e/ou radioterapia. Mais recentemente, a quimiorradioterapia neoadjuvante exclusiva tem sido utilizada em CASOS SELECIONADOS, com resposta clínica completa, desde que se mantenha uma monitorização intensiva, devido a possibilidade de recidivas locoregional e à distância. **OBJETIVO:** relatar o caso de um paciente com tumor de reto baixo tratado por meio de quimiorradioterapia exclusiva, que desenvolveu metástase na

primeira vértebra cervical, durante o seguimento oncológico. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 53 anos, diagnosticado com adenocarcinoma do reto baixo, estadiamento clínico II, foi encaminhado para quimiorradioterapia neoadjuvante. O reestadiamento após sete semanas da neoadjuvância mostrou resposta clínica completa. Optou-se por não realizar abordagem cirúrgica e o paciente iniciou um seguimento intensivo com: exame clínico, CEA e retossigmoidoscopia flexível a cada 3 meses e ressonância magnética da pelve e tomografia de tórax a cada 6 meses. Um ano após o término da neoadjuvância, o paciente foi atendido em nosso ambulatório com aumento do CEA associado à cervicalgia intensa, rigidez de nuca e restrição de movimentação do pescoço. Realizou-se novo estadiamento que evidenciou um processo expansivo circunjacente a artéria vertebral direita, a nível da primeira vértebra cervical. Não foram identificadas outras lesões. Foi submetido a exérese da lesão, arco posterior de C1 e artrodese occipito-cervical de C3 a C5. Após a cirurgia obteve melhora dos sintomas. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou a doença metastática. Indicado novo esquema quimioterápico (FOLFIRI + Bevacizumabe) associado à radioterapia cervical. **CONCLUSÃO:** uma parcela significativa dos tumores retais pode ser tratada com quimiorradioterapia exclusiva e essa decisão deve envolver a equipe médica e o paciente. Ressalta-se, ainda, a importância do comprometimento com a monitorização oncológica intensiva, para a detecção precoce de recidivas. Esse caso teve uma evolução atípica pois apresentou metástase à distancia, 1 ano após resposta local completa.

Juliana Lima De Toledo; Marley Ribeiro Feitosa; Barbara Bianca Linhares Mota; Karina Kendra Mar Marques; Roberta Denise Alkmin Lopes De Lima; Ricardo Luiz Santos Garcia; Omar Féres; José Joaquim Ribeiro Da Rocha;

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO046 - Metástases suprarrenais bilaterais de adenocarcinoma do reto baixo

Introdução: Raramente se relatam casos de metástases nas glândulas suprarrenais (SR) secundárias a adenocarcinoma(ADC) colorretal. Ainda mais raro é a presença de metástases suprarrenais bilaterais como único local de acometimento secundário. **Objetivo:** Relato de caso clínico em formato póster. **Resultados:** Doente do sexo masculino com 68 anos de idade com antecedentes de hipertensão arterial diagnosticado com adenocarcinoma do reto baixo (T4bN1) que na tomografia de estadiamento apresenta suspeita de invasão da próstata por contiguidade e imagem de metástase bilateral ao nível das suprarrenais. Sem evidência de outro local de acometimentos secundários à distância. Em reunião multidisciplinar decide-se por quimiorradioterapia (QRT) e cirurgia com intenção curativa. Realizada amputação abdomino-perineal com prostatectomia e suprarrenalectomia bilateral no mesmo tempo cirúrgico. A cirurgia ocorreu sem intercorrências. Os pós operatório imediato programado é realizado em Unidade de Terapia Intensiva(UTI). Ao final de 3 dias tem alta da UTI para enfermaria apresentando como complicação de ileo paralítico com melhora apenas com tratamento clínico. Recebeu alta hospitalar no 12º PO. A anatomia patológica revela adenocarcinoma do reto, peça operatória com margens livres, próstata sem evidência de invasão por adenocarcinoma e confirma-se o diagnóstico imagiológico de metástases em ambas as SR. Após 6 meses em tomografia de follow-up são detectadas metástases hepáticas múltiplas. Realizou quimioterapia paliativa e veio a falecer 1 ano após a cirurgia. **Conclusão:** As metástases SR são raras; pulmão, mama e rim são os primários mais frequentes. Como local secundário de metastização a adenocarcinoma colorretal é infrequente embora esta incidência possa estar subestimada

Ricardo Nogueira; Diego Fernandes Maia Soares; Paula Magro; Rodrigo Ambar Pinto; Caio Sergio Rizkallah Nahas; Carlos Frederico Sparapan Marques; Sergio Carlos Nahas; Ivan Ceconello;

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

PO047 - Neoplasia mucinóide do apêndice cecal: relato de caso e orientação terapêutica

Introdução: a neoplasia mucinosa do apêndice cecal é uma condição relativamente rara. Incide em 0,07 a 0,63% de todas as apendicectomias, com predomínio no sexo feminino (4:1). É caracterizada pelo acúmulo de mucina intraluminal que progressivamente leva a dilatação da parede do apêndice cecal, podendo resultar em um processo benigno ou maligno. Objetivo: descrição de caso de paciente portador de neoplasia mucinosa com displasia de baixo grau, achado incidentalmente durante reconstrução de trânsito, discutindo-se incidência, sintomatologia e tratamento. Relato do caso: L.A.C, sexo masculino, 44 anos. Internado, assintomático, para cirurgia eletiva de fechamento de colostomia devido a cirurgia à Hartmann por fístula colo-cutânea após abscesso intracavitário decorrente de pancreatite aguda prévia, há cerca de 1 ano atrás. Durante procedimento, verificado nódulo de 10mm no apêndice cecal, optado por apendicectomia sem rompimento ou extravasamento de conteúdo da luz apendicular e envio para análise histopatológica. Conclusões: o diagnóstico de neoplasia mucinosa do apêndice aparece em menos de 2% dos resultados de exames histopatológicos de espécimes de apendicectomias. O paciente em questão possuía o tipo classificado histologicamente como neoplasia mucinosa com displasia de baixo grau, com margens cirúrgicas livres. Segundo a literatura a conduta é a apendicectomia com cuidados para não rompimento do apêndice, sem necessidade de estadiamento adicional. Apesar de ser uma entidade rara, observa-se que em suspeita de lesão não esperada no apêndice, não se pode negligenciar tais hipóteses diagnósticas, sempre visando uma adequada ressecção da peça cirúrgica respeitando-se os princípios oncológicos.

Diogo Araujo Ribeiro; Danielle Corrêa De Andrade; Patrícia Zacharias; Ivan Folchini De Barcelos; Paulo Gustavo Kotze;

PUCPR

PO048 - Neoplasia mucinosa apendicular – Relato de caso e revisão de literatura

A mucocele apendicular é uma condição relativamente rara. Segundo Agarwala et al, possui incidência de 0,2 a 0,4 % dentre todas as apendicectomias realizadas. Quatro vezes mais frequente no sexo feminino. Caracteriza-se por dilatação progressiva do apêndice, com acúmulo intraluminal de substância mucóide, podendo ser um processo benigno ou maligno, podendo ser classificado conforme histologia em adenoma apendicular, neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau e adenocarcinoma mucinoso. Paciente C.B.G.A, 31 anos, feminino, atendida no pronto atendimento do nosso serviço com relato de dor abdominal tipo cólica, predominantemente em fossa ilíaca direita. Observado tumoração palpável em fossa ilíaca direita, móvel e não dolorosa. Sem sinais infecciosos nos exames laboratoriais. Submetida a tomografia de abdome que evidenciou sinais de intussuscepção íleo cecal. A colonoscopia revelou grande lesão polipóide não ressecável em topografia do ceco, junto ao óstio apendicular. Realizada biópsia da lesão que revelou tratar-se de adenoma tubular com displasia de baixo grau. Foi então, submetida a colectomia direita videolaparoscópica, procedimento sem intercorrências. Peça cirúrgica enviada para patologia. Paciente evoluiu bem clinicamente, recebendo alta no 4º dia pós-cirurgia. Os achados histológicos demonstraram lagos de material mucinoso extravasado junto a glândulas colônicas rotas, associado a processo inflamatório crônico, que concluiu-se tratar de NEOPLASIA MUCINOSA APENDICULAR de baixo grau, sem sinais de invasão estromal, associada à mucocele. Linfonodos regionais com hiperplasia linfóide reacional inespecífica. Segundo dados da literatura, o tratamento dessa condição é baseado na cirurgia e alguns autores preconizam a realização de peritonectomia e quimioterapia (QT) intraperitoneal baseados na presença de rotura do tumor e de nódulos linfáticos positivos. No caso relatado, foi realizada colectomia direita sem realização de QT intraperitoneal, uma vez que não houve fatores de risco para disseminação. Por ser uma patologia rara, de sintomatologia muito variável, e ter seu

diagnóstico confirmado por histopatologia, deve-se ter em mente quando nos deparamos com uma tumoração apendicular, evitando, assim, a apendicectomia isolada. A conduta adequada tem papel importante no prognóstico dessa doença.

Diogo Bicalho Silva; Mariana Campos Palma; Fabio Lopes De Queiroz; Rodrigo De Almeida Paiva; Alice Vargas De Aquino Oliveira; Augusto Fernando Coelho Fernandes Junior; Eliane Sander Mansur; Paulo Cesar De Carvalho Lamounier;

HOSPITAL FELICIO ROCHO

PO049 - Neoplasia primária múltipla renal sincrônica e metacrônica no câncer colorretal

Introdução: O câncer colorretal é o quarto câncer mais comum no mundo, entretanto, sua relação com tumores sincrônicos em outras vísceras maciças intra-abdominais não metastáticos é infrequente, com incidência um ou dois tumores associados de 1-6,8% e 0,8-1,6%, respectivamente. Os tumores metacrônicos, são aqueles que ocorrem após 6 meses do diagnóstico da lesão primária e apresentam incidência entre 0,6 e 8%. Objetiva-se relatar casos de neoplasia primária múltipla renal sincrônica e metacrônica em pacientes com câncer colorretal. Caso 1: Paciente masculino, 56 anos, com alteração do padrão evacuatório há 3 meses, associado a dor em hipogástrio, astenia, sangramento anal e perda ponderal de 5 quilos. Negava hematúria. Apresentava Hb=3,6g/dl e tumoração ulcero-vegetante friável tocada a cerca de 7cm da borda anal que fora comprovada adenocarcinoma de reto com a realização de colonoscopia com anatomopatológico. Estadiamento oncológico evidenciou massa heterogênea, sólida, subcapsular, localizada em pólo renal inferior, medindo 7,4cm em seu maior diâmetro. Dosagem do CEA foi 1,0 mcg/L. Procedeu-se ao tratamento neoadjuvante com radio e quimioterapia seguido por retossigmoidectomia com anastomose término-terminal e confecção de ileostomia protetora e nefrectomia total à esquerda. Apresentou evolução pós-operatória satisfatória e anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de reto estágio IIa e carcinoma de células renais, padrão células claras, restrito ao rim e sem invasão da capsula renal ou tecido adiposo peri-renal (pT1bNx). Caso 2: Paciente masculino, 62 anos, buscou atendimento com quadro de abdome agudo obstrutivo e tomografia computadorizada evidenciando espessamento concêntrico do cólon em ângulo hepático com distensão de alças de delgado e ceco, sendo submetido à hemicolectomia direita de urgência. Resultado anatomopatológico revelou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado estágio IIa. Durante seguimento oncológico e após dois anos da cirurgia inicial, evidenciado um nódulo sólido de 20mm mesorrenal anterior a esquerda, com indicação de Nodulesctomia Renal a Esquerda cujo AP revelou Carcinoma de células claras renais, padrão de alvéolo tubular. Conclusão: O estadiamento e seguimento oncológico adequados e rigorosos são essenciais no tratamento dos pacientes com câncer colorretal como demonstrado nos relatos dos casos.

Diego Palmeira Rangel; Isaac Jose Felipe Neto; Janaina Wercka; Eduardo Augusto Lopes; Alexander De Sa Rolim; Rogerio Lino De Souza Freitas; Laercio Robles; Diogo Fontes Santos;

HOSPITAL SANTA MARCELINA

PO050 - Perfil de pacientes com câncer de cólon em um Hospital Geral

INTRODUÇÃO: A baixa acurácia na pesquisa de sangue oculto nas fezes e a inviabilidade de realizar a colonoscopia como screening – indisponível para a maior parte da população brasileira – leva a diagnósticos tardios do Câncer de Cólon, com situação clínica evoluída e um prognóstico não tão promissor. Assim, os pacientes com câncer de cólon atendidos em Hospital Geral são na maioria de emergência, com estádios mais avançados e cirurgias mais complexas. Essa realidade revela a importância de estabelecer o perfil dos pacientes em um

Hospital Geral, referência em cirurgias de emergência pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
OBJETIVOS: Estabelecer o perfil clínico e patológico dos pacientes portadores de câncer de cólon tratados em um Hospital Universitário, com avaliação dos fatores prognósticos pré-operatórios, fatores de risco, conduta realizada, anatomopatológico dos tumores, tempo de internação e mortalidade. MÉTODOS: Pesquisa aplicada, retrospectiva, descritiva e de natureza quantitativa realizada em campo, abrangendo de janeiro de 2010 a março de 2015. Os pacientes foram identificados pelos laudos anatomopatológicos deste período, encontrando um total de 43 pacientes. Desses, três foram excluídos por não preencherem critérios de inclusão. RESULTADOS: Obtivemos dados de 40 pacientes, dos quais 26 do sexo feminino e 14 do sexo masculino, com idade média de 59,65 anos. Todos os pacientes eram sintomáticos, com sintomas há 30 dias ou mais. Foram considerados eletivos os pacientes em acompanhamento ambulatorial com diagnóstico prévio (27) e de emergência os admitidos por meio dos serviços de pronto-atendimento da região (13). Dentre as comorbidades, houve predominância de hipertensos (19) e diabéticos (10). Nove pacientes apresentavam anemia com hemoglobina inferior a 10. Cinco procedimentos foram videolaparoscópicos, os demais todos foram laparotômicos. 23 pacientes apresentavam lesões na porção retossigmoide. Doze pacientes necessitaram de reabordagens devido a complicações pós-cirúrgicas, quatro foram a óbito em decorrência da primeira abordagem cirúrgica (15,38% emergenciais e 7,4% eletivos) e um foi a óbito em internamento posterior. CONCLUSÕES: O perfil é constituído por mulher, com idade média de 59,62 anos, com predominância de adenocarcinomas de retossigmoide e com maior mortalidade nas abordagens emergenciais.

André Pereira Westphalen; Fábio Negretti; Flávia Cristina Kufner; Luciana Gonçalves; Melina Capraro Alcântara; Tiago César Mierzwa; Mariana Juliato Becker;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

PO051 - Polipose Adenomatosa Familiar – Diferentes comportamentos biológicos tumorais em um mesmo paciente.

Introdução: Polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante associada a mutação do gene APC e com evolução para câncer colorretal em 100% dos indivíduos acometidos acima de 50 anos. Método: Trata-se de relato de caso a partir de revisão de prontuário. Relato do Caso: Paciente masculino, 58 anos, com queixa de dor abdominal, perda de peso e hematoquezia há 5 meses. Histórico familiar de pai com câncer de cólon e estômago e irmão submetido a cirurgia intestinal aos 20 anos. Ao exame clínico presença de nódulos fibroelásticos principalmente em tronco e membros superiores os quais o paciente referia tê-los desde a adolescência e que muitos já haviam sido ressecados tratando-se de lipomas. Foi submetido à colonoscopia com diagnóstico de lesão com estenose em cólon descendente, mais de 100 pólipos no segmento colônico avaliado e pelo menos 20 pólipos no reto. O diagnóstico histológico de alguns pólipos e da lesão em cólon descendente mostraram tratar-se de adenocarcinoma. A dosagem de CEA era menor do que 5 ng/ml. Foi submetido a retocolectomia total com reservatório ileal. A análise anatomopatológica do espécime cirúrgico mostrava adenocarcinoma moderadamente a pouco diferenciado com área de produção mucinosa em ceco; adenocarcinoma moderadamente diferenciado em flexura hepática, flexura esplênica e em sigmoide; adenomas tubulares ao longo do cólon e adenomas serrilhados tradicionais. Discussão: A relação da mutação do gene APC com desenvolvimento de adenomas e posteriormente adenocarcinoma na PAF é bem estabelecida. Entretanto, a via para transformação para adenocarcinoma produtor de mucina está relacionada a hipermetilação e consequentemente instabilidade microssatélite, assim como a via de carcinogênese do adenoma serrilhado está relacionado a mutação do gene KRAS e BRAF. Estas, não são correlacionadas com a polipose adenomatosa familiar e não costumam ser pesquisados em pacientes com PAF por não haver até o momento estudos que mostrem a sua

associação com a doença. Conclusão: Pacientes com PAF podem ter tumor colorretal decorrente não apenas da mutação do gene APC, mas de outros que não são pesquisados rotineiramente.

Ana Amélia Barbieri Bonatelli; Carlos Augusto Real Martinez; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Débora Helena Gonçalves Rossi; Rita Barbosa De Carvalho*; Michel Gardere Camargo; Raquel Franco Leal; Cláudio Saddy Rodrigues Coy;
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

PO052 - Quimioembolização hepática no tratamento de metástases de câncer colorretal – Relato de Caso

INTRODUÇÃO: O fígado é um dos locais mais comuns para a propagação metastática de tumores colorretais. As metástases hepáticas são responsáveis por dois terços das mortes por Câncer do cólon e do reto. Cinquenta por cento desses tumores terão metástases hepáticas sincrônicas ou metacrônicas. **RELATO DO CASO:** Feminino, 33 anos, sem comorbidades. Sintomas de hematoquezia e diarreia. No exame proctológico, ao toque retal, havia lesão vegetante a 9cm da borda anal. Biopsia por Retossigmoidoscopia rígida revelou adenocarcinoma colônico invasor. Estadiamento mostrou 6 nódulos hepáticos nódulos medindo entre 2 e 6cm e múltiplas imagens nodulares de acometimento no pulmão (T3N1M1). A paciente foi encaminhada para Neoadjuvância com quimioterapia (FOLFOX) e radioterapia, com resultado satisfatório. PET-Tc pós-neoadjuvância revelou ausência de lesões pulmonares e redução das lesões hepáticas. Optado por cirurgia do tumor primário oncológica seguida de quimioembolização das lesões hepáticas. A paciente foi submetida a retossigmoidectomia vídeo-assistida com excisão total de mesorreto e ileostomia protetora. Dois meses após, foi realizada o fechamento da ileostomia. Posteriormente, a paciente foi submetida à dois procedimentos de quimioembolização hepática. No primeiro, feito o processo no lobo hepático direito. A TC de abdome de controle revelou ainda 4 imagens confluentes hipodensas. Foi então submetida a quimioembolização da artéria hepática própria com técnica em sanduíche, com hipofluxo em segmentos distais. A paciente apresenta boa evolução e encontra-se em quimioterapia sistêmica no momento. **DISCUSSÃO:** O único tratamento comprovado que possibilita a cura em portadores de metástases hepáticas de tumores colorretais é a cirurgia de ressecção das mesmas, com sobrevida de 25 a 58% em 5 anos. Isso justifica a importância do desenvolvimento de novos métodos que possam tornar ressecáveis as lesões secundárias. Se as lesões, ainda assim, não forem passíveis de retirada, terapêuticas que assegurem um bom controle das mesmas, e, conseqüentemente, maior sobrevida ao paciente. **CONCLUSÃO:** Atualmente, o tratamento ideal é individualizado para cada paciente, multimodal e envolve uma equipe multidisciplinar, que abranja oncologista, proctologista e radiologista intervencionista.

Raíssa Amélia Silva Reis; Fernando José Campos Lavall Junior; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Ilson Geraldo Da Silva; Diego Vieira Sampaio; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Patrícia Costa Sant'Ana; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO053 - Radioterapia neoadjuvante em câncer de reto baixo estágio I – clínica reis neto, campinas – sp

INTRODUÇÃO: A taxa de mortalidade no câncer do reto baixo estágio I está relacionada com a incidência de recorrência local, nos primeiros 5 anos. Para os tumores estágio I, a excisão local vem sendo cada vez mais utilizada, mas estudos recentes mostraram uma maior taxa de incidência de recorrência local. Portanto, radioterapia pré-operatória deve ser considerada

mesmo para estes tumores, como uma tentativa de prevenir a recorrência e fornecer cura. OBJETIVO: Mostrar a eficácia da radioterapia neoadjuvante em câncer de reto baixo estágio I em uma população de coorte. MÉTODO: Um estudo de coorte em um banco de dados prospectivo foi feito com um total de 75 pacientes considerados como o câncer de reto baixo estágio I. Radioterapia pré-operatória de longa duração 4500 cGy foi realizada neste grupo selecionado de pacientes e acompanhados por um período mínimo de cinco anos.

RESULTADOS: O grupo estágio I / T1 teve 27 pacientes. Todos os pacientes apresentaram resposta completa ao tratamento e não houve necessidade de cirurgia. Em cinco anos de acompanhamento, não houve recorrência. O grupo estágio I / T2 tinha 48 pacientes. Após a radioterapia neoadjuvante, 8 pacientes tiveram de ser submetidos a cirurgia por lesão persistente. Estes foram submetidos a excisão local, mas o resultado anatomopatológico não mostrou nenhum caso de câncer residual. Apenas 1 paciente deste grupo apresentou recidiva (metástase pulmonar). CONCLUSÃO: Irradiação pré-operatória de 4500 cGy não só reduziu a taxa de recorrência e mortalidade local, mas também reduziu a indicação para cirurgia em pacientes com câncer de reto baixo no estágio I.

Regina Greilberger; Guilherme Zupo Teixeira; Antonio José Tibúrcio Alves Junior; Luciane Hiane De Oliveira; Sergio Oliva Banci; Joaquim Simões Neto; José Alfredo Reis Junior; José Alfredo Reis Neto;

CLÍNICA REIS NETO

PO054 - Raro caso de metástase vulvar por cec de canal anal tratado inicialmente como dermatonecrose induzida por radiação

Introdução: O carcinoma espinocelular (CEC) de canal anal corresponde a 65% das lesões encontradas no canal anal. Pode ser assintomática quanto ocasionar metástases (10 – 17% dos casos). A lesão metastática, no entanto, pode ser confundida com diversos diagnósticos diferenciais quanto ocorre sob a pele. Objetivos: Estudar um caso de CEC de canal anal com metástase para vulva, sua apresentação clínica, diagnósticos diferenciais e tratamento.

Métodos: Estudo de caso e revisão bibliográfica. Relato de caso: MJC, 46 anos, gênero feminino, parda. Iniciou quadro de ardência anal e sangramento ao evacuar em 2015. Ao exame físico foi identificada lesão localmente avançada, que foi biopsiada com diagnóstico histopatológico de CEC, estágio IIIB. Foi submetida a RT/QT, tendo desenvolvido fístula retovaginal e, após 3 meses, lesão vulvar. A suspeita inicial era complicação da RT, tendo sido tratada com oxigenoterapia hiperbárica, sem melhora. Exame histopatológico de biópsia da vulva evidenciou CEC metastático. Apresentou excelente resposta à QT paliativa com regressão da lesão. Discussão: Os tumores malignos da vulva representam menos de 1% dos tumores malignos, sendo sede de metástases em 1,8%. O aparecimento de metástases pode ser de 15 dias após o diagnóstico da lesão primária, até 18 anos. Metástases indicam baixa sobrevida, sendo atualmente maior devido a RT combinada. Há poucos relatos de casos de tumor metastático de vulva cujo sítio primário seja o canal anal. A incidência de metástase vulvar por CEC de canal anal foi 1 em 373 pacientes em levantamento de casuísticas de relatos de casos. Deve ser feito diagnóstico diferencial destas lesões vulvares com lesões inflamatórias, sífilis, herpes simples, vírus de Epstein-Barr, CMV, cancro, granulomas específicos, linfogranuloma venéreo, carcinoma vulvar, metástases metastases, dermatite por radiação, entre outros. Um importante diagnóstico diferencial é a dermatite por radiação, que foi considerada no caso relatado. A dermatite por radiação é uma complicação que ocorre em até 95% dos pacientes submetidos a radioterapia e possui 4 subtipos de apresentação. A fase mais grave é definida por necrose de pele e ulcerações da derme. Conclusão: A atenção deve ser redobrada com os diferentes diagnósticos possíveis em uma paciente com história prévia de CEC de canal anal. Apesar de raro, a doença metastática é uma realidade e piora, significativamente, a sobrevida e a qualidade de vida da paciente.

Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Patricia Costa Sant'Ana; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Raissa Amélia Silva Reis; Mônica Mourthé De Alvim Andrade; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Renata Magali Ribeiro Silluzio Ferreira; Sinara Mônica De Oli
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO055 - Relato de caso de paciente com Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) submetida a colectomia total vídeo laparoscópica.

Resumo: Entre os casos de câncer colorretal (CCR) associados a síndromes hereditárias destacam-se os casos de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF). Definida como uma doença cuja principal característica é a presença de um grande número de pólipos adenomatosos e que pode apresentar variações quanto ao grau de diferenciação dos mesmos, ao número de pólipos e às manifestações extracolônicas. Apesar de rara, correspondendo a cerca de 1 % dos casos de CCR da população, seu diagnóstico é fundamental afim de prevenir novos casos de CCR em descendentes de pacientes com PAF. Método: Análise de prontuário e revisão de literatura Objetivo: Relatar caso de uma de mulher de 23 anos, com antecedente familiar de PAF e apresentando quadro de hematoquezia. Durante avaliação ambulatorial foi submetida a colonoscopia que evidenciou polipose preservando o reto. Indicada colectomia total laparoscópica com ileorretoanastomose lateroterminal, evoluindo bem com alta no quarto pós operatório. Discussão: Deve-se preconizar a realização de rastreio de familiares de pacientes com diagnóstico de PAF o mais rápido possível afim de prevenir novos casos de CCR. O tratamento cirúrgico por via laparoscópica mostrou-se seguro e factível. Conclusão: A PAF é uma doença rara, associada a cerca de 1% dos casos de CCR, podendo apresentar variações quanto ao número de pólipos, grau de diferenciação e presença ou não de manifestações extracolônicas. O diagnóstico e a abordagem precoce são fundamentais na prevenção de novos casos e a via laparoscópica mostrou-se segura e factível. Palavras chave: polipose adenomatosa familiar, rastreio, laparoscopia

Vitor Rafael Pastro; Carlos Augusto Real Martinez; Ronaldo Nonose; Enzo Fabricio Ribeiro Nascimento; Daniel Castilho; Danilo Toshio Kanno; Danielle De Campos Peseto; Denise Graffitti D'Avilla;

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

PO056 - Relato de Caso: Tratamento Cirúrgico do Câncer Colorretal no Paciente Idoso Extremo

Introdução: A epidemiologia do câncer colorretal (CCR), de elevada incidência, aponta para a importância do rastreamento com diagnóstico precoce de lesões, podendo evitar o desenvolvimento da doença. Em geral o grupo etário prioritário envolve homens e mulheres com idade entre 50 e 74 anos, questionando o custo-efetividade do screening em idades avançadas. Objetivo: Relatar caso de paciente de 84 anos com CCR sincrônico, tratado cirurgicamente. Relato de Caso: Paciente masculino, 84 anos, queixa de hematoquezia há 1 ano, tenesmo e afilamento das fezes, além de perda ponderal de cerca de 12% do seu peso neste período. Paciente com bom status clínico, hipertenso bem controlado. Ao toque retal lesão úlcero vegetante a 4cm da BA em parede antero-lateral direita, não cavalgável, ocupando 3/4 da luz do reto. Colonoscopia com lesão de crescimento lateral em ceco, invadindo a válvula íleo-cecal, não ressecável endoscopicamente. Na flexura direita do cólon duas lesões elevadas, sésseis, superfície lisa, de 5mm cada, em transversa, presença de lesão vegetante, endurecida, ocupando toda circunferência do órgão, mas pérvio. Cólon descendente, duas lesões elevadas, sésseis, superfície lisa, de 4 e 5mm. Em sigmoide, duas lesões elevadas, pediculadas, superfície lisa, de 8 mm cada, e lesão elevada, ocupando toda

circunferência do órgão, com aspecto viloso. Em reto, a 5 cm da BA, lesão úlcero-vegetante, irregular, endurecida, ocupando 3/4 da luz do órgão, com extensão de 5 cm. O anatomopatológico resultou em lesões adenomatosas, com exceção da lesão em reto que tratava-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Submetido então, a proctocolectomia total oncológica com ileostomia terminal, primeiros dias de pós-operatório em uti, evoluindo bem e recebendo alta no oitavo dia pós-operatório. Discussão: O tratamento cirúrgico do CCR nos idosos extremos, é questionado por muitos devido aos riscos do estresse pós-operatório. Autores apontam que os principais fatores de risco para estes pacientes são as complicações pulmonares, diretamente relacionadas à função pulmonar alterada e aos baixos níveis de albumina, podendo ser minimizados com manejo pré-operatório adequado, além disso, a sobrevida livre de doença em cinco anos não difere a dos pacientes mais jovens. Conclusão: O tratamento cirúrgico nos pacientes muito idosos não deve ser contraindicado apenas pela idade cronológica, podendo trazer bons resultados nessa faixa etária. Denise Graffitti D'Avila; Vitor Rafael Pastro; Danielle De Campos Peseto; Danilo Toshio Kanno; Carlos Augusto Real Martinez; Ronaldo Nonose; Roberta Lais Dos Santos Mendonça Matos; Enzo Fabricio Nascimento;
HOSPITAL UNIVERSITARIO SÃO FRANCISCO

PO057 - Resposta patológica completa: relato de 6 casos

Introdução: sabe-se que o adenocarcinoma de reto extraperitoneal tem com opção terapêutica a quimiorradioterapia neoadjuvante para melhoria do prognóstico dos pacientes, redução de recidiva pélvica e preservação esfinteriana. Muito se discute quanto a possibilidade de terapia exclusiva com a radioterapia e quimioterapia com observação da resposta. Objetivo: relatar 6 casos de resposta completa e pacientes portadores de neoplasia de reto extraperitoneal. Método: apresentar 6 casos de pacientes portadores de adenocarcinoma de reto abaixo da reflexão peritoneal que foram submetidos a terapia neoadjuvante e subsequentemente tratados cirurgicamente com ressecção. Todos os pacientes apresentaram regressão do tumor, com análise patológica confirmando ausência de neoplasia na parede retal. Apenas uma paciente apresentou linfonodo acometido no mesorreto sem lesão no reto. Dois casos evoluíram com fístula retovaginal e ainda estão com o estoma de derivação. Conclusão: a resposta patológica completa apresenta-se como uma realidade, entretanto, o caso que apresentou linfonodo acometido ilustra que ainda é difícil a avaliação precisa da gordura mesorretal, e que ainda é necessário cautela em considerar a terapia exclusiva sem abordagem cirúrgica em pacientes selecionados. Denise Graffitti D'Avila; Danilo Toshio Kanno; Danielle De Campos Peseto; Vitor Rafael Pastro; Ronaldo Nonose; Enzo Fabricio Ribeiro Nascimento; Carlos Augusto Real Martinez; Daniel De Castilho Da Silva;
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

PO058 - Retossigmoidectomia em tumor de sigmoide semioclusivo e posterior necessidade de colectomia total

Introdução: Toda cirurgia produz um trauma no paciente e importantes consequências hemodinâmicas, assim, o diagnóstico de doenças como tumores malignos colorretais é de extrema importância para um melhor prognóstico. Contudo, o coloproctologista pode se deparar com situações da própria doença que dificultam o diagnóstico por completo da patologia em questão, como no caso relatado. Objetivos: Relatar o caso de uma paciente em que devido a um tumor semioclusivo em sigmoide não foi conseguida realizar a colonoscopia completa, assim foi realizada retossigmoidectomia e após 3 meses colonoscopia completa que

evidenciou tumor em cólon ascendente e presença de múltiplos pólipos,desse modo paciente precisou passar colectomia total.Métodos:Estudo transversal descritivo não controlado do tipo relato de caso.Os aspectos éticos foram abordados de acordo com Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos.Resultados:Paciente,55 anos feminina,com queixa principal de dor na barriga,relatou que há 6 meses apresentava dor do tipo cólica em flanco e fossa ilíaca esquerda,a qual melhorava ao defecar e flatular.Além disso,referiu redução do calibre das fezes,muco e sangue nas fezes,ainda refere anorexia e perda de peso de 8 quilos em 6 meses e alterações dos hábitos intestinais.Ao exame físico palidez cutânea (+/4+),abdome doloroso em flanco e fossa ilíaca esquerda e sinais de irritação peritoneal.Foi realizada colonoscopia em que foi introduzida até 25 cm da fenda anal onde foi encontrada lesão semioclusiva que impedia a progressão do fibroscópio,foi biopsiado e relevou-se adenoma túbulo-viloso.Foi indicada a cirurgia,na qual foi realizada retossigmoidectomia à Hartmann.Paciente evoluiu bem no pós-operatório,contudo em 3 meses fez outra colonoscopia através da colostomia em flanco esquerdo,em que foi visualizada incontáveis pólipos em todos os segmentos colônicos e presença de lesão tumoral de cólon ascendente que foi biopsiada,revelando ser um adenocarcinoma.Assim,paciente foi submetida à colectomia total e realizada ileostomia terminal.O histopatológico da peça cirúrgica evidenciou pT3pN0. Paciente evoluiu bem no pós-operatório e atualmente passa por radioterapia.Conclusões:Conclui-se do diagnóstico e tratamento precoce de neoplasias colorretais, bem como da realização de colonoscopia completa para o diagnóstico por inteiro de determinado paciente.

José Ney Primo Feitosa; Roberto Misici; Adauto Capistrano Abreu Da Ponte; Walter Batista De Santana Neto; Ana Carolina Brito De Alcântara; José Everardo Silveira Neto; Davi Rocha Macambira Albuquerque;

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)

PO059 - Síndrome de Lynch – Caso Índice

Introdução: A Síndrome de Lynch (SL) é uma doença autossômica dominante, caracterizada por um aumento do risco do CCR e outros cânceres, em idade precoce, acometendo preferencialmente o cólon proximal e relacionada a risco aumentado para tumores colônicos múltiplos. **Método:** Trata-se de um relato de caso a partir de revisão de prontuário. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 54 anos, submetido há um ano e meio a colectomia direita por adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete de cólon ascedente, em seguimento clínico e laboratorial sem sinais de recidiva tumoral. Deu entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal e quadro clínico de suboclusão, com radiograma de abdômen mostrando nível, sendo realizado tomografia que mostrou espessamento inespecífico do sigmoide. Recebeu tratamento clínico e conforme melhora do quadro foi submetido a retoscopia onde foi observado lesão infiltrativa em transição retossigmoide. Foi submetido a tratamento cirúrgico (totalização de colectomia com ileorretoanastomose), sendo que no intraoperatório foi observado lesão em delgado e outras quatro lesões em cólon descendente/sigmoide as quais na análise anátomopatológica, mostraram tratar-se de adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete. **Discussão:** A Síndrome de Lynch é responsável por até 5% dos câncer colorretais, tendo-se os critérios de Amsterdã e Bethesda para suspeição clínica. Nesta síndrome há mutação em genes de reparo do DNA, sendo os principais o MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2. Além de sua associação com tumores colorretais, há predisposição de outros tumores como endométrio, estômago, ovário, trato biliar e urinário, sendo importante não apenas o paciente mas também o seguimento do restante da família os quais os acometidos podem ser submetido a colectomia total visando a prevenção de tumor colorretal. **Conclusão:** Tumores colorretais em doentes jovens e com

baixo grau de diferenciação devem levantar suspeitas para câncer hereditário devendo-se considerar colectomia total como primeira abordagem.

Carlos Augusto Real Martinez; Ana Amélia Barbieri Bonatelli; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Débora Helena Gonçalves Rossi; Rita Barbosa De Carvalho*; Michel Gardere Camargo; Raquel Franco Leal; Cláudio Saddy Rodrigues Coy;
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

PO060 - Síndrome de McKittrick-Wheelock associada à degeneração maligna: Relato de Caso

Descrita em 1954 por McKittrick e Wheelock a tríade clássica da síndrome inclui diarreia, desidratação e insuficiência renal aguda pré-renal na vigência de um adenoma viloso. Desordens hidroeletrólíticas podem ocorrer em 0,76%-2,4% dos casos, sendo mais comuns nos tumores maiores que dez centímetros. Descrevemos o caso de um paciente com Síndrome de McKittrick-Wheelock e adenoma túbulo-viloso com adenocarcinoma de reto. Homem de 62 anos, admitido no serviço de emergência com lipotímia e astenia há 2 dias. Ao exame físico encontrava-se desidratado, hipotenso e taquicárdico. Exames laboratoriais definiram insuficiência renal aguda com grave distúrbio hidroeletrólítico. Referia diarreia aquosa há 2 anos, aproximadamente 10 episódios diários, com presença de muco, sendo eventualmente precedidos de dor abdominal. Negava hematoquezia ou perda ponderal. Há 3 meses os episódios se intensificaram, associando-se à câimbras migratórias e náuseas. Realizado hidratação venosa rigorosa e reposição eletrólítica para tratamento da insuficiência renal aguda pré-renal e encaminhado ao serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário de Brasília. Ao exame coloproctológico notou-se tumor a seis centímetros da margem anal. Na retossigmoidoscopia flexível observou-se lesão polipoide de superfície vilosa e crescimento lateral envolvendo desde a transição retossigmoide até a primeira válvula de Houston. Realizado colonoscopia em boas condições de preparo até íleo terminal. A 5 cm da margem anal observou-se grande lesão polipoide de crescimento lateral com cerca de 10 cm de extensão, acometendo mais de 75% da circunferência do órgão e as suas três válvulas de Houston até a transição retossigmoide. Resultado da biópsia confirmou um adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau. Realizado estadiamento pré-operatório com tomografias contrastadas de tórax e abdome, além de ultrassom endorretal. Realizou-se ressecção anterior do reto com bolsa em J grampeada e ileostomia protetora. Resultado do anatomopatológico revela adenocarcinoma de reto pT1pN0. A Síndrome de McKittrick-Wheelock deve ser suspeitada em pacientes com diarreia crônica associada à astenia e distúrbio eletrólítico. Adenomas vilosos sem tratamento possuem mortalidade de 100%. O tratamento é cirúrgico e consiste na retirada total da lesão.

Natascha Mourão Moreira; Bruno Augusto Alves Martins; Antonio Carlos Nóbrega Dos Santos; Flavia Berford Leão Dos Santos Gonçalves De Oliveira; Luiz Felipe De Campos-Lobato; João Batista De Sousa; Paulo Gonçalves De Oliveira; Romulo Medeiros De Almeida;
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUB

PO061 - Sobrevida de 48 meses de paciente com Ca de Colon após peritonectomia

Paciente A.C.N.M. 38 anos realizou cirurgia de urgência em outro serviço com diagnóstico de apendicite aguda. No decimo quinto pós operatório apresentou quadro de infecção urinária e dor pélvica sendo internada no nosso serviço. Durante a internação queixou se de hemorragia digestiva baixa sendo realizada colonoscopia e diagnostico de adenocarcinoma de sigmoide. Laparoscopia evidenciou quadro de pelve congelada. Pet-ct com presença de doença avançada metastatica com metástase hepática. Optou se pela realização de quimioterapia em seis semanas, novo pet-ct acusou redução de 80 % das lesões pélvicas e peritoniais. Nova

laparotomia com retossigmoidectomia e peritonectomia. realizou manutenção das quimioterapias até o momento. permanece estável com sobrevida de 48 anos
Jorge Henrique Reina Neto; Jorge Henrique Reina; Renata Cristiana Reina; Carolina Eliane Reina; Carlos Renato Oliveira De Castro Prado; Carlos Fernando Reina;
INSTITUTO JORGE REINA

PO062 - Tumor carcinóide de apêndice

Introdução: As neoplasias do apêndice cecal ocorrem com pouca frequência, em torno de 1% das apendicectomias e 0,5% dos tumores intestinais diagnosticados. Tumores carcinóides são neoplasias malignas derivadas de células neuroendócrinas e representam cerca de 80 a 88% das neoplasias de apêndice. O relato clínico de natureza qualitativa, foi desenvolvido à luz dos achados referentes a um caso atendido no Pronto Socorro, diagnosticado em cirurgia abdominal de forma incidental em uma apendicite aguda. **Objetivos:** Analisar os achados fisiopatológicos relacionados ao tumor carcinóide do apêndice com base nas referenciais teóricos, correlacionando com a conduta cirúrgica adotada, evolução e desfecho do caso. **Material e métodos:** Coleta de dados do prontuário da paciente, associado com análise de achados no intra-operatório e acompanhamento ambulatorial, promovendo uma comparação com a literatura existente. **Resultados:** J. M. C. D, sexo feminino, 20 anos, branca, deu entrada no pronto socorro apresentando dor abdominal súbita de início há 72 horas associada a náuseas e vômitos. Ao exame encontrava-se em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica e afebril. Abdome flácido, doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca direita e sinal de Blumberg presente. USG de abdome total evidenciando líquido livre em fundo de saco posterior. Paciente internada com diagnóstico de apendicite aguda, sendo enviada ao centro cirúrgico. No intra-operatório, foram encontradas áreas de necrose no apêndice, sendo então realizada a apendicectomia e antibioticoterapia. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, sem intercorrências, recebendo alta no 3º dia de internação. A análise histopatológica da peça cirúrgica evidenciou tratar-se de neoplasia neuroendócrina do apêndice com 0,5 centímetros de diâmetro, sendo complementada com estudo Imuno-histoquímico, onde constatou tratar-se de tumor Carcinóide de apêndice. Paciente foi então encaminhado à oncologia clínica e segue em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** A apendicectomia apresenta bom prognóstico de cura para pacientes diagnosticados com tumor Carcinóide de apêndice com diâmetro menor que 01 centímetro.

Humberto José Portella; Aline Trovão Queiroz; Robson Matrone; Fernanda Figueira Feijó; Rafael Neto Pereira; Eduardo Victorino De Oliveira; Márcio A Terra Passos; Rogério Carvalho De Oliveira;

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE

PO063 - Tumor de Krukenberg

INTRODUÇÃO: O Tumor de Krukenberg é um adenocarcinoma com células em “anel de sinete” metastático localizado ao ovário. O tumor primário habitualmente está localizado no trato gastrointestinal. **RELATO DE CASO:** Paciente, 38 anos, com hematoquezia e modificação do hábito intestinal há 6 meses. Submetida a colonoscopia com evidencia de lesão neoplásica no sigmóide. **Histopatológico:** adenocarcinoma colônico. **TC de estadiamento** com imagens sugestivas de lesões tumorais em ovários. **Cirurgia:** retossigmoidectomia com colostomia terminal à Hatmann, associada à ooforectomia bilateral, histerectomia total, vaginectomia parcial, ressecção de peritônio no fundo de saco e omentectomia. **Histopatológico** adenocarcinoma de moderadamente diferenciado, colônico, mucinoso, em seguimento intestinal; 6 linfonodos acometidos em 19 isolados; e adenocarcinoma moderadamente

diferenciado, mucinoso, nos ovários e no omento. Realizou quimioterapia e após 14 meses de acompanhamento evoluiu com aumento progressivo do CEA, sendo submetida a novo estadiamento. TC de pelve com lesão cística pararretal esquerda, com suspeita de recidiva tumoral. Cirurgia: Realizada laparotomia com ressecção do reto remanescente e excisão total do mesorreto. Ausência de carcinomatose peritoneal. Histopatológico: adenocarcinoma de moderadamente diferenciado, mucinoso, infiltrando o mesorreto; tecido retal livre de neoplasia. No momento, sem queixas, em acompanhamento por equipe multidisciplinar. DISCUSSÃO: O tumor de Krukenberg é um tumor metastático raro, caracterizado por mau prognóstico, com sobrevida de 3 a 10 meses após o diagnóstico, sendo que somente 10% dos pacientes sobrevivem mais de 2 anos. Afeta geralmente mulheres na quarta década de vida. A lesão apresenta células de origem epitelial mucosecretoras em "anel de sinete" e proliferação pseudo-sarcomatosa do estroma ovariano. Frequentemente é bilateral, volumoso e assintomático. O tratamento ideal ainda não está totalmente definido, mas quando as metástases estão limitadas aos ovários a ressecção cirúrgica radical pode eliminar toda a doença residual e parece aumentar o tempo de sobrevida. No presente caso, a paciente possui sobrevida de quase 2 anos, mas com recidiva pélvica ressecada. CONCLUSÃO: O tumor de Krukenberg possui prognóstico reservado e a cirurgia radical visa aumentar a sobrevida dessas pacientes. Acompanhamento multidisciplinar é essencial para detecção de recidivas e tratamento adequado e precoce.

Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Fernando Jose Campos Lavall Jr; Diego Vieira Sampaio ; Raíssa Amélia Silva Reis ; Patrícia Costa Sant'Anna; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer ; Ilson Geraldo Da Silva ;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO064 - Tumor neuroendócrino de reto em paciente de 37 anos: relato de caso e revisão da literatura

Os tumores neuroendócrinos (carcinóides) se originam de células enterocromafins, e podem possuir propriedades secretoras, produzindo uma grande variedade de aminas biologicamente ativas, com uma gama de comportamentos possíveis. O trato gastrointestinal é o sítio mais comum, sendo que em uma série de 4349 tumores, relatou-se que os locais de origem mais frequentes foram o apêndice, o íleo, o reto, e o brônquio (38%, 23%, 13% e 11,5%, respectivamente). Entre os tumores retais, a ocorrência é mais frequente entre a sexta e a sétima década de vida, sem preferência por sexo. Carcinóides retais são pouco frequentes e representam 0,5 a 1,3% de todos os tumores retais. Geralmente são menores que 1 cm ao diagnóstico e, portanto assintomáticas. São lesões pouco agressivas, com incidência de metástases menor entre os originados do intestino posterior (reto 18%), que entre os do intestino médio (jejunoileais 34%, cólon 60%) ou do intestino anterior (estômago 23%, brônquios 21%). Entretanto, lesões maiores que 2 cm apresentam alto índice de metástases (74 a 83%), devendo ser tratadas agressivamente. Para ilustrar a presente revisão, relatamos o caso da paciente P.C.S.F., 37 anos, previamente hígida, que procurou o pronto-atendimento de nosso serviço com queixas de emagrecimento, diarreia aquosa e hematoquezia, no momento volumosa, com repercussão hemodinâmica. Ao exame proctológico, identificada lesão a cinco cm da margem anal, vegetante, ulcerada, de 3 cm em maior diâmetro, com sangramento ativo. Após estabilização clínica, realizada colonoscopia, sem outros achados. Biópsias da lesão retal mostraram neoplasia epitelial com diagnóstico diferencial para tumor neuroendócrino. Imunohistoquímica evidenciou carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado. Ressonância de pelve com disseminação linfonodal secundária e neoplasia de reto médio T3N2. Submetida então a quimiorradioterapia neoadjuvante, com exames de reestadiamento mostrando: desaparecimento da lesão neoplásica do reto médio, presença de tecido fibrocatricial, involução da maioria dos linfonodos, permanecendo suspeita de acometimento em alguns

linfonodos intra-mesorretais e da cadeia ilíaca interna à ressonância. Nova colonoscopia evidenciou área de retração e pequena úlcera em reto, cujas biópsias indicaram ausência de neoplasia. A paciente encontra-se no momento em pré-operatório de ressecção cirúrgica, com programação de ressecção anterior baixa, com excisão total do mesorreto e linfadenectomia pélvica.

Rodrigo De Almeida Paiva; Fábio Lopes De Queiroz; Augusto Fernando Coelho Ferreira Junior; Mariana Campos Palma; Diogo Bicalho Silva; Alice Vargas De Aquino Oliveira; Eliane Sander Mansur; Paulo Cesar De Carvalho Lamounier;
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

PO065 - Tumor sincrônico de reto e sigmóide: relato de caso

Introdução: Neoplasia maligna mais comum do tubo digestivo, o câncer colorretal (CCR) teve sua incidência aumentada nos últimos anos. Até 85% dos tumores malignos dos cólons são diagnosticados tardiamente em nosso meio, em estádios avançados da doença e em pacientes sintomáticos. Tumores são ditos sincrônicos quando se apresentam simultaneamente na investigação diagnóstica ou no ato operatório, descartando-se lesões por contiguidade. A frequência de tumores malignos sincrônicos colorretais é de até 8% na literatura mundial.

Objetivo: Relatar o caso de um paciente com tumor sincrônico de reto e sigmoide, com diagnóstico intra-operatório por congelação. **Relato de caso:** Paciente masculino, 75 anos, com história de diarreia por 4 meses, seguida de constipação importante no último mês. Admitido em nosso serviço com abdome agudo obstrutivo. Raio x de abdome evidenciava distensão importante de alças colônicas. Exame prévio de colonoscopia demonstrava lesão estenosante em sigmoide, que impedia a progressão do aparelho e lesão de aspecto adenomatoso em reto baixo, a 4cm da borda anal. Biópsia da lesão de sigmoide evidenciando adenocarcinoma moderadamente diferenciado e biópsia de lesão em reto com adenoma tubulo-viloso. Realizado transversostomia descompressiva. Evoluiu com melhora importante após.

Submetido a colonoscopia pela colostomia, com visualização de todo o cólon, sem novas lesões. Na segunda abordagem cirúrgica foi realizada biópsia de congelação da lesão retal, evidenciando adenocarcinoma sincrônico em reto baixo. Optado por retossigmoidectomia com anastomose colorretal duplogrampeada ultra baixa, mantido transversostomia. **Resultados:** Introduzida em 1967 como exame complementar, a colonoscopia assumiu importante papel no diagnóstico do CCR. Uma das mais importantes contribuições é, sem dúvida, a identificação de lesões sincrônicas. Variáveis como sexo masculino e a presença de pólipos à colonoscopia são fatores de risco para a existência de neoplasia maligna sincrônica. Há muitas controvérsias na literatura acerca do valor prognóstico do sítio da neoplasia, porém algumas casuísticas revelam que a melhor sobrevida ocorre em tumores do cólon esquerdo (63,9%), seguida pelas lesões do cólon direito e reto (58,9 e 51,3%, respectivamente). **Conclusão:** A definição de neoplasia maligna sincrônica do reto se deu após a biópsia com congelação no intra-operatório, sendo fator determinante para programação cirúrgica e prognóstico do paciente.

Benjamin Ramos De Andrade Júnior; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho; Érico De Carvalho Holanda; Adjra Da Silva Vilarinho; Lara Burlamaqui Veras; Heliú Bezerra Duarte Sudário; Roberto Sérgio De Andrade Filho; Lia Barroso Simonetti Gomes;
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

PO066 - Tumoração de adenocarcinoma prolapsado via retal.

Introdução: Os tumores retais, em sua grande maioria adenocarcinomas, apresentam-se clinicamente como lesões sésseis, causadoras de sangramento e obstrução intestinal nos casos localmente avançados. Ainda podem se apresentar como lesões fistulizantes para bexiga,

útero, vagina ou mesmo o próprio tubo digestório. Menos frequente, mas não raramente, apresentam-se sob a forma de prolapso. **Objetivo:** Relatar um caso de tumoração de sigmoide com prolapso retal. **Descrição do caso:** Feminina, 66 anos, descendente oriental, diabética. Iniciou com dor abdominal há dois meses em FIE, associada a episódios de hematoquezia e emagrecimento de 10 kg. Ao exame evidenciou-se tumoração vegetante exteriorizada, lobulada, friável com sangramento discreto e após sua redução procedeu-se colonoscopia que evidenciou lesão vegetante estenosante, friável em sigmóide não sendo possível progressão do aparelho. O estudo anatomopatológico constatou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Em Tomografia Computadorizada abdominal evidenciou lesão expansiva polipoide em sigmóide de 7,5 cm associado a densificação de gordura locorregional. O antígeno carcinoembrionário foi de 1,2 ng/ ml . Submetida à retossigmoidectomia com evidência de tumoração em sigmóide de 7x5x2 cm pediculada, sem invasão serosa e ausência de invasão linfática em 15 lindonodos da peça cirúrgica (T2N0M0). Teve alta no 7º pós operatório e mantém seguimento oncológico sem evidência de recidiva. **Discussão:** O tumor colorretal representa a terceira neoplasia mais frequente no Brasil com incidência em 2016 de 34280 pessoas, atingindo 8% das causas de câncer no país. A conduta com relação aos tumores em prolapsos é semelhante ao tratamento das neoplasias não-prolapsadas, desde que os prolapsos sejam reduzidos e o paciente apresente condições clínicas para tal. **Conclusão:** Em situações de prolapso de pólipo via retal deve-se realizar exame físico proctológico pormenorizado com atenção á possíveis características de malignidade.

Janaina Wercka; Isaac Jose Felipe Neto; Diego Palmeira Rangel; Alexander De Sa Rolim; Rogerio Lino De Souza Freitas; Hugo Henrique Watte; Eduardo Augusto Lopes; Laercio Robles;
HOSPITAL SANTA MARCELINA

PO067 - Tumores retro-retais: relato de dois casos

INTRODUÇÃO: Tumores retro-retais são aqueles localizados no espaço retro-retal, de diferentes origens embriológicas e que podem exercer compressão extrínica no reto e canal anal. São lesões raras, geralmente assintomáticas e mais comuns em mulheres de meia idade. **RELATO DOS CASOS:** Caso 1: N.F.P, 47 anos, feminino, relatava dor em região coccígea há 7 anos. Em 2014, ao realizar US transvaginal (TV), foram encontradas alterações estruturais de trato gastrointestinal. A paciente já havia realizado cesariana e de comorbidades, apenas hipotireoidismo. Apresentava colonoscopia normal, ressonância magnética de abdome (dezembro de 2014) com volumosa formação expansiva na linha média com sinal heterogêneo em localização retro-retal que deslocava lateralmente o reto e o útero, medindo 14x8,8x11cm. A paciente foi submetida à cirurgia em março de 2015, realizado acesso de Kraske e ressecção do tumor cístico. Alta hospitalar no 2º pós-operatório. Exame histopatológico revelou teratoma cístico maduro. Caso 2: V.A.A, 47 anos, feminino, com queixa de dor em região coccígea há mais de 1 ano, principalmente ao evacuar. Paciente há 8 anos com hemiplegia à direita devido a rotura de aneurisma cerebral. Realizou ressonância magnética em fevereiro desse ano, que revelou presença de lesão expansiva ovalada de contornos lobulados em região posterior do reto, linha mediana, medindo 62x56x53mm, com hipótese de Tailgut Cyst. Em julho deste ano, a paciente foi submetida à cirurgia com acesso de Kraske e ressecção do tumor cístico, que apresentava conteúdo espesso esverdeado. Alta hospitalar no 1º pós-operatório. **CONCLUSÕES:** Os tumores retro-retais são lesões e acometem mais comumente as mulheres. Os dois casos relatados tratavam-se de mulheres, em meia idade e ambas apresentavam dor em região coccígea, consoante com a literatura. Em nossos casos, o acesso de Kraske foi uma boa opção para a ressecção do tumor.

Renato Valmassoni Pinho; Júlio Cezar Uili Coelho; Victor Buffara Júnior; João Augusto Nocera Paulin; Caroline Blum; Luiz Francisco Cravo Bettini; Mariane Christina Savio; Valéria Aparecida Santos;

PO068 - Uso de mesilato de imatinibe como neoadjuvância em gist de reto. relato de caso.

Introdução. O tumor estromal gastrointestinal (GIST) de reto tem como tratamento de escolha a ressecção cirúrgica. O uso de drogas, como o mesilato de imatinibe, vem sendo utilizado em casos de tumores volumosos ou metastáticos, como tratamento neoadjuvante, a fim de promover regressão tumoral e facilitar ressecções cirúrgicas. Relato do caso. JSS, masculino, 62 anos, com queixa de hematoquezia, perda ponderal e mudança do hábito intestinal, há 2 anos. Ao exame físico, em outubro de 2014, observou-se tumoração em quadrante anterior esquerdo, endurecida e friável, a 5 cm da margem anal. A colonoscopia, em novembro de 2014, evidenciou lesão úlcero-vegetante de reto inferior, comprometendo $\frac{1}{4}$ da circunferência, cujo histopatológico não evidenciou neoplasia. Ambulatorialmente, foi realizada outra biópsia, em que o histopatológico identificou adenoma serrilhado de reto. Ressonância (RNM) de pelve, em novembro de 2014, demonstrou extensa tumoração de reto, com extensão até segmento superior, medindo 5.5x6.9x7.5 cm, com perda de clivagem com glândula prostática; linfonodo comprometido no mesorreto de 1.2 cm e formação tecidual anômala intra-raquiiana, ocupando canal vertebral no nível sacral. Tomografias de tórax e abdome não evidenciavam metástases. Em dezembro de 2014, foi realizada colostomia em alça derivativa e nova biópsia cujo resultado da imunohistoquímica evidenciou tumor estromal gastrointestinal, com c-kit positivo. Encaminhado a Oncologia, optou-se pelo tratamento neoadjuvante com mesilato de imatinibe, que se seguiu por um ano. Em março de 2016, realizada nova RNM pelve, que evidenciou lesão expansiva sólida heterogênea, medindo 5x6.8x5.4 cm na parede anterior esquerda do reto inferior, com crescimento exofítico, determinando redução do seu lúmen e em íntimo contato com a próstata e vesículas seminais, determinando um efeito compressivo sobre essas estruturas. Observando-se pouca regressão tumoral com a quimioterapia optou-se por ressecção abdomino-perineal de reto em maio de 2016. O paciente apresentou boa evolução clínica e recebeu alta no sexto dia pós-operatório. Discussão. Em tumores GIST de reto inferior, a regressão tumoral com o uso de mesilato de imatinibe entre outras vantagens, pode facilitar a ressecção cirúrgica. Nesse estudo, entretanto, a resposta obtida com a neoadjuvância foi discreta.

Rodrigo Artur Souza De Oliveira; Thiago Alexandre Martins Marques; Luís Fernando Heinen Scaglioni; Marco Aurélio Fernandes Oliveira Guimarães; Lorena Chaib Rodrigues; Joaquim Herbênio Costa Carvalho; Maurício José De Matos E Silva; Aline Ribeiro Teixeira
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA

PO069 - Uso de tela sintética bioabsorvível na reconstrução do assoalho pélvico após amputação abdominoperineal do reto

INTRODUÇÃO: A ressecção abdominoperineal do reto (RAP) é um das cirurgias mais complexas na coloproctologia. Pode estar associada a grandes defeito do assoalho pélvico, e a substanciais índices de complicações, como: infecção da ferida operatória, hérnia perineal, íleo adinâmico e obstrução intestinal. Mais recentemente, telas biológicas ou sintéticas tem sido utilizadas para a reconstrução do assoalho pélvico. OBJETIVOS: avaliar os resultados cirúrgicos do uso de uma tela sintética bioabsorvível para a correção do defeito do assoalho pélvico, após APR por câncer do reto. MÉTODOS: Análise retrospectiva dos resultados cirúrgicos de dez pacientes com câncer de RESULTADOS: Foram realizados 10 procedimentos de reconstrução do assoalho pélvico. O fechamento primário da ferida operatória foi realizado em 80% dos casos. Não foi necessário reabordagem cirúrgica devido obstrução intestinal e não houve relato de hérnia perineal em nenhum dos casos. A taxa de Infecção local e deiscência da ferida

operatória foi de 50%. Os óbitos foram de 30%. Não foi necessário a retirada de nenhuma tela biológica devido infecção local. **CONCLUSÃO:** A reconstrução do assoalho pélvico pode ser realizada com tela sintética bioabsorvível e taxas de complicações semelhantes aos outros métodos. Porém, existem poucos estudos randomizados demonstrando e comparando as diferentes técnicas operatórias.

Marley Ribeiro Feitosa; Rafael Costa Jomah; Roberta Denise Alkmin Lopes De Lima; Lucas Maradei Carneiro De Rezende; Karina Kendra Mar Marques; Rogério Serafim Parra; José Joaquim Ribeiro Da Rocha; Omar Féres;
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO070 - Uso do cetuximabe em carcinoma epidermóide de canal anal - relato de caso

O carcinoma de células escamosas (CEC) metastático é raro com poucos dados em relação ao tratamento. Receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) tem sido observado em CEC de canal anal. Nesse intuito anticorpos monoclonais, tais como cetuximabe, representam uma opção terapêutica em potencial nesta população de pacientes. Relato de caso: L.E.H.O, 35 anos, masculino com queixas de linfadenomalia inguinal direita há um mês associado a lesão em região anal em maio de 2015. Ao exame constatou-se lesão ulcerada ocupando $\frac{1}{4}$ da circunferência do canal anal com extensão até reto inferior e linfonodo palpável de 1 cm em região inguinal direita. Realizado biópsia da lesão de canal anal onde evidenciou CEC invasivo mal diferenciado. Solicitado ressonância magnética de pelve onde foi evidenciado processo expansivo sólido de etiologia neoplásica extensa, comprometendo canal anal e reto inferior, com sinais de disseminação linfonodal no mesoreto, no espaço pré sacral e na cadeia ilíaca comum direita, e PET-CT onde identificou espessamento no canal anal (SUV 10), linfonodomegalia mesorectal de 1,3 cm (SUV 10,7) e linfonodomegalia inguinal direita (SUV 2,9). Submetido a radioterapia e quimioterapia no período de junho a setembro de 2015 com uso de cisplatina e 5-fluoracil. Paciente com ótima tolerância a quimioterapia e retorna em setembro com exames de avaliação de resposta. RNM de pelve evidenciava desaparecimento da massa sólida de canal anal e PET-CT constatou discreto aumento do metabolismo glicolítico em linfonodo mesorectal à direita e resposta metabólica e completa das demais lesões descritas anteriormente. Em janeiro/2016 paciente encontrava-se clinicamente bem, porém com queixas de linfonodos inguinais pequenos. Realizado biópsia evidenciando CEC invasivo mal diferenciado. Discutido com a equipe de cirurgia onde foi descartada abordagem cirúrgica. Iniciado quimioterapia com carboplatina e taxol e após segundo ciclo, paciente apresentou piora importante das lesões. Ao PET-CT evidenciou-se doença extensa linfonodal inguinal e perianal sem doença à distância. Trocado esquema quimioterápico onde foi iniciado Cetuximabe + FOLFIRI e no primeiro ciclo houve resposta clínica e radiológica dramática das lesões. Paciente atualmente encontra-se em melhora progressiva e no sexto ciclo de quimioterapia. O presente relato ilustra a perspectiva que a imunoterapia traz para o carcinoma de células escamosas com doença metastática.

Lorena Chaib Rodrigues; Rodrigo Artur De Souza Oliveira; Luciana Nogueira Paraguassu De Moraes; Luis Fernando Heinen Scaglioni; Marco Aurélio Fernandes Oliveira Guimares; Aline Ribeiro Teixeira Cavalcante; Barbara Maria Lafayette Viana Da Luz; Thiago Alex
HOSPITAL BARAO DE LUCENA

PO071 - Diverticulite simulando tumor de cólon direito.

Introdução: O diagnóstico diferencial de câncer dentre o universo de doenças benignas do colon é primordial. O câncer colorretal é a quarta causa de câncer mais frequente do mundo e, para o estadiamento locorregional e a distância, realiza-se fundamentalmente exames de

imagem, colonoscopia, marcadores tumorais e exame físico criterioso. Objetiva-se relatar caso de paciente com imagem tomográfica de tumor de cólon direito com colonoscopia normal em que se optou por aguardar e repetir exames. Descrição do caso: Masculino, 51 anos, hipertenso e portador de artrite reumatoide, usuário crônico de corticoide. Paciente iniciou com dor insidiosa em fossa ilíaca direita por 30 dias, com massa palpável em flanco direito e tomografia computadorizada de abdômen com evidência de lesão heterogênea e irregular em topografia de ceco/cólon ascendente com borramento de planos gordurosos adjacentes. Suspeitando de neoplasia de cólon direito realizou exames para estadiamento ambulatorialmente com colonoscopia 25 dias após, com evidência de doença diverticular em cólon direito. O antígeno carcinoembrionário foi de 1,3 ng/dl. Endoscopia digestiva alta sem anormalidades e a nova tomografia de abdômen realizada 30 dias após o atendimento emergencial não constatou alterações ou massas, apenas doença diverticular sem sinais de agudização em cólon direito. O diagnóstico final foi de doença diverticular em cólon direito que simulou tumoração neoplásica. Discussão: Após episódio de diverticulite aguda, ainda é discutível colonoscopia de rotina. Sugere-se que seja priorizada para pacientes com sintomas de alerta para câncer colorretal como emagrecimento, anemia e idade avançada. O risco de malignidade após um episódio radiologicamente comprovada de diverticulite aguda não complicada é baixa, de até 2% de incidência de câncer. Na ausência de outras indicações, colonoscopia de rotina, pode não ser necessário. Conclusão: A atenção para a história clínica e a cautela em se repetir exames em situações de não comprovação histológica de neoplasia maligna deve ser encorajado.

Janaina Wercka; Diego Palmeira Rangel; Isaac Jose Felipe Neto; Eduardo Augusto Lopes; Hugo Henrique Watte; Rogerio Lino De Souza Freitas; Alexander De Sa Rolim; Laercio Robles;
HOSPITAL SANTA MARCELINA

PO072 - Divertículo de apêndice cecal - Um relato de caso

INTRODUÇÃO: Divertículos são protrusões saculares da parede do trato gastrointestinal. Segundo dados da literatura, a incidência dos divertículos de apêndice varia de 0,20% a 1,28%. **OBJETIVO:** Relatar um caso de divertículo de apêndice perfurado em um paciente com abdome agudo perfurativo. **MÉTODO:** Paciente na segunda década de vida, com quadro de dor abdominal de início súbito de forte intensidade principalmente em epigastro há algumas horas. Realizado RX de abdome agudo com presença de pneumoperitônio. Realizado laparotomia exploradora com identificação de divertículo de apêndice perfurado. Realizado apendicectomia. **RESULTADOS:** Divertículos de apêndice são mais comuns em homens e em pacientes com fibrose cística e a idade média de diagnóstico varia de 30 a 40 anos. Na diverticulite apendicular a dor é intermitente e de curso mais prolongado, evoluindo em média mais de sete dias antes da admissão hospitalar. Divertículos do apêndice vermiforme podem ser classificados como pseudodivertículo adquirido ou divertículo verdadeiro congênito. O enema opaco pode ser indicado para os casos de doença não complicada, sendo contraindicado na diverticulite, devido ao risco de perfuração. Nestes casos o ultrassom e a tomografia computadorizada de abdome estão melhor indicados. Os achados tomográficos podem incluir inflamação pericecal, aumento da densidade pericecal e abscesso. O tratamento da diverticulite do apêndice cecal consiste em apendicectomia. Nos achados casuais do divertículo apendicular não complicado, está indicada a apendicectomia profilática, uma vez que o risco de perfuração precoce do divertículo é quatro vezes mais alto nos casos de diverticulite ou de apendicite aguda. **CONCLUSÃO:** Divertículo de apêndice é uma condição rara que apresenta um grande risco de perfuração. Pode apresentar-se como quadro de apendicite ou como abdome agudo perfurativo porém é de fácil resolução pela apendicectomia.

Rodrigo Tognon Rossi; Phelipe Gregório Cobianchi Leandro; Carolina Silvestre De Melo; Vitor Bordinhon Mercante; Thales Vieira Gonçalves; Alexandre Da Silva Nishimura; Thiago Saldanha Rodrigues; Otacilio Mariano De Farias Neto;
CENTRO INTEGRADO DE MEDICINA AVANÇADA - OURINHOS/SP

PO073 - Divertículo de reto: relato de caso e revisão da literatura

Introdução: O divertículo de reto é uma anomalia rara, com apenas alguns relatos esporádicos desde 1911. De acordo com algumas séries de estudos, esta condição é encontrada em cerca de 2 a 2,4% dos pacientes com doença diverticular do cólon. Objetivos: Fazer um relato de caso sobre um paciente com divertículo de reto sintomático e discutir essa condição com base em revisão de literatura. Métodos: Relato de caso e revisão da literatura. Resultados: Na literatura, apesar da doença diverticular do cólon ser a quinta doença gastrointestinal mais frequente no ocidente, os divertículos de reto são raros. As causas da sua baixa incidência não são esclarecidas, porém existem duas teorias aceitas que falam a respeito da menor pressão intraluminal e menor peristaltismo comparado ao sigmóide e ao fato da camada muscular circundar todo o reto, fortalecendo-o. A patogenia é desconhecida, mas sugerem-se anomalias congênitas (atrofia muscular, ausência de estruturas de apoio) ou fatores adquiridos (trauma, constipação). Acometem pessoas idosas, geralmente acima de 55 anos, porém a prevalência é incerta, pois na maioria são assintomáticos e seu achado é acidental. Geralmente o tratamento é apenas sintomático com acompanhamento ambulatorial para evitar alterações neoplásicas. A intervenção cirúrgica está reservada ao divertículo sintomático ou complicações, sendo a drenagem local, invaginação e diverticulectomia os procedimentos cirúrgicos preferidos. O caso, envolve um paciente com dor abdominal leve por 60 dias com piora recente associado a massa palpável de cerca de 7 cm em hipogástrio e fossa ilíaca direita. Tomografia computadorizada de abdome total com provável diagnóstico de divertículo gigante de reto com fecaloma em seu interior. Submetido a colonoscopia com visualização de divertículo de reto localizado a 12 cm da borda anal com óstio aproximado de 15 cm e, com grande bolo fecal impactado em seu interior sendo inviável a retirada do mesmo por via endoscópica. Como paciente se mantinha sintomático mesmo após medidas clínicas, optado pela diverticulectomia. Conclusão: Existem raros relatos na literatura sobre divertículos de reto não sendo possível determinar corretamente sua incidência e prevalência, porém, a literatura é clara em dizer que somente paciente sintomáticos devem ser abordados.

Tamara Durci Mendes; Matheus Botossi Meirelles; Danilo José Munhóz Da Silva; Gustavo Lisbôa De Braga; Ricardo Mendonça Costa Junior; Rafael Andrade De Oliveira; Alisson Teixeira Silva Martins; João Gomes Netinho;

FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO- FAMERP

PO074 - Diverticulose jejuno-ileal: Relato de caso

O presente estudo tem por objetivo, descrever um caso de diverticulose jejuno-ileal, entidade rara segundo a literatura, diagnosticada, conduzida e tratada no serviço de Cirurgia Geral do Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio- Tatuapé- São Paulo-SP. A metodologia adotada se pautou na pesquisa em literatura e revisão do prontuário da paciente. Descrição do caso: Paciente do sexo feminino de 84 anos deu entrada no serviço devido a quadro de Pneumonia. Durante o acompanhamento com a Clínica Médica evoluiu com quadro de enterorragia e melena, instabilidade hemodinâmica e queda dos parâmetros hematimétricos, sendo encaminhada à sala de Emergência e solicitada avaliação da Cirurgia Geral. A endoscopia digestiva alta realizada no serviço apresentou-se dentro dos parâmetros da normalidade sem sinais de sangramento recente e a colonoscopia veio com doença diverticular pancolônica com

presença de coágulos e sangue vinhoso em todo cólon, sem sinais de sangramento ativo ou recente. Devido a persistência da queda dos parâmetros hematimétricos e a instabilidade hemodinâmica da paciente, optou-se pela laparotomia exploradora, sendo encontrados vários divertículos jejuno ileais com sinais de sangramento ativo, realizando-se assim, como forma de tratamento, enterectomia e ressecção completa dos divertículos com anastomose termino-terminal. Como conclusão tem-se que os divertículos jejuno-ileais, são entidades clínicas raras, descritos pela primeira vez em 1794, com sua incidência não ultrapassando 0,5%. Uma de suas apresentações clínicas consiste na hemorragia digestiva, sendo esta decorrente de inflamação local com erosão de vasos de relativo grande calibre presentes na submucosa. O tratamento preconizado neste caso geralmente é a enterectomia abrangendo os segmentos onde se localizam os divertículos. Desta forma, considera-se o relato do caso importante pela sua raridade e pelo tratamento e condução em conformidade com o que é recomendado pela literatura.

Wigney Maia Borges; Hisashi Aoyagi; Camila Abelha Binatto; Claudio Carvalho Stanzani; Joao Carlos Falone; Laura Pocinho Balbinot; Marta Nagai Coelho; Hana Rayssa Mattos De Lossio E Seiblit;

HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO- TATUAPE

PO075 - Doença diverticular complicada em paciente jovem - relato de caso

Introdução: Sabe-se que a doença diverticular é uma entidade cuja incidência aumenta com a idade. A incidência anual varia de acordo com a literatura de 0,17/1000 em pacientes entre 15 e 55 anos, podendo chegar a 5,74/1000 nos indivíduos com idade superior a 75 anos. Em relação à sintomatologia, é mais rica e prevalente nos paciente jovens, bem como a gravidade da doença. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, NVSS, 16 anos, admitido em unidade de urgência devido dor abdominal de forte intensidade e sinais de peritonite. Foi indicado tratamento cirúrgico o qual evidenciou vários divertículos colônicos, com predomínio em sigmóide onde havia perfuração – realizada sigmoidectomia e colostomia terminal. Anátomo patológico demonstrou doença diverticular com diverticulite aguda supurativa. Paciente teve alta e após 14 dias deu entrada novamente no serviço hospitalar com diagnóstico de abdômen agudo obstrutivo. Novamente foi realizado tratamento cirúrgico e, ao inventário, foi observado grande quantidade de líquido sero-hemático em cavidade, dilatação de todo cólon e não havia sinais de perfuração de alças. Foi optado por colectomia total e confecção de ileostomia terminal. Paciente teve alta após 18 dias da cirurgia. Discussão: Trata-se de caso raro em que um paciente jovem apresentou quadro de doença diverticular complicada com perfuração e peritonite fecal. A doença diverticular, por ser doença mais prevalente em idosos, não é comumente suspeitada em pacientes jovens com quadro de dor abdominal e peritonite em um ambiente hospitalar. Conclusão: O presente caso vem a reforçar a doença diverticular complicada como diagnóstico diferencial em paciente jovem com quadro de peritonite.

William Mateus Coutinho Hilbig; Roberta Nascimento Cypreste; Paula Buozzi Tarabay; Joaquim José Oliveira Filho; Gustavo Sevá Pereira; Ricardo Bolzam Do Nascimento; Sandra Pedroso De Moraes;

HOSPITAL MARIO GATTI

PO076 - Estratégia cirúrgica no tratamento da diarreia crônica

INTRODUÇÃO: Descrita inicialmente para o cólon, a sermiotomia consiste na secção total da camada serosa e de ambas as camadas musculares da parede intestinal. Através de uma sutura contínua e invaginante, cria-se uma protrusão da mucosa para a luz do órgão que contribui para a formação de válvulas cirúrgicas. O resultado final é a lentificação do trânsito colônico.

Não há relatos da aplicação da técnica no intestino delgado, que poderia contribuir para desacelerar o trânsito intestinal. OBJETIVOS: relatar uma série de casos submetidos à seromiectomia do delgado, com sucesso na redução do trânsito intestinal. RELATO DOS CASOS: Caso 1 - Mulher, 19 anos, portadora de polipose adenomatosa familiar (PAF) e submetida previamente a colectomia total com ileorreto anastomose, evoluiu com infiltração de todo mesentério ileal por tumor desmóide. Foi submetida à ressecção do tumor desmóide e de todo o íleo associada jejuno-reto anastomose com seromiectomia do jejuno. Atualmente não faz uso de drogas antidiarreicas e evacua fezes pastosas 4 vezes ao dia. Caso 2 – Mulher, 52 anos, previamente submetida a proctocolectomia total com bolsa ileal por PAF, apresentava 20 evacuações diarreicas diárias e dermatite perineal importante, sem melhora com tratamento clínico. Foi submetida à seromiectomia do delgado em segmento proximal à bolsa ileal. Atualmente, apresenta 5-7 episódios de evacuações pastosas ao dia, com diminuição do antidiarreico e cicatrização perineal. Caso 3 - Homem, 38 anos, portador de jejunostomia (40cm de jejuno) com sepultamento do cólon e síndrome do intestino curto dependente de internação hospitalar contínua por múltiplas cirurgias abdominais. Foi realizada anastomose de jejuno com cólon ascendente e seromiectomia do jejuno distal. Atualmente consegue permanecer até 15 dias no domicílio sem nutrição parenteral e apresenta 7 evacuações pastosas ao dia. Caso 4 - Mulher, 39 anos, portadora de ileostomia definitiva de alto débito com necessidade de internações hospitalares frequentes por desidratação e insuficiência renal aguda. Foi submetida a seromiectomia no íleo a montante do estoma com diminuição do débito e melhora clínica. CONCLUSÕES: Através da técnica apresentada, criou-se uma barreira funcional e mecânica ao trânsito intestinal, melhorando a qualidade de vida dos pacientes com complicações decorrentes da síndrome do intestino curto ou de um trânsito acelerado. Roberta Denise Alkmin Lopes De Lima; Marley Ribeiro Feitosa; Lucas Maradei Carneiro De Rezende; Rafael Costa Jomah; Juliana Lima Toledo; Rogério Serafim Parra; Omar Féres; José Joaquim Ribeiro Da Rocha;
CLINICA PRIVADA

PO077 - Frequencia de divertículos colônicos em pacientes submetidos a colonoscopia eletiva em hospital de média complexidade no interior de São Paulo.

Introdução: Os divertículos são herniações da mucosa colônica, que ocorrem em pontos de baixa resistência da musculatura da parede cólica. Sua prevalência é idade dependente. Abaixo dos 40 anos, sua prevalência é estimada em 5% e acima dos 85 anos, em 65%. É sintomática em 15-20% dos portadores de divertículos e por razões desconhecidas, 80-85% dos pacientes permanecem assintomáticos. Nestes pacientes o diagnóstico é feito durante a realização de colonoscopia geralmente indicada para pesquisa de cancer colorretal ou em tomografia para investigação de outras doenças. Objetivos: Determinar a frequência que são encontrados divertículos em exames de colonoscopia, realizados eletivamente, em hospital público de média complexidade do interior de São Paulo, no período de janeiro de 2014 a junho de 2016 e avaliar se a idade influencia na frequência desse achado. Métodos: Estudo descritivo realizado através da coleta de dados em prontuário médico. Os dados foram tabulados e analisados através do programa estatístico GraphPad Prism 5. Os exames de colonoscopia foram realizados pelo mesmo proctologista. Resultados: Durante o período avaliado, foram selecionados 229 pacientes submetidos à colonoscopia. Destes, sete realizaram duas vezes o exame no período. Foram excluídos quatro pacientes da amostra, três devido a preparo de colo inadequado para realização do exame e um que não foi possível o término do exame devido a perfuração do colo durante a realização. Assim, a amostra analisada foi de 225 pacientes e 232 colonoscopias no período. Eram do sexo masculino 82 (36,4%) e 143 (63,6%) do sexo feminino. A média de idade foi de 60,9 anos, variando de 18 a 90 anos. Tinham 60 anos ou mais 142 (63,1%) dos pacientes. Divertículos no colo foram observados em 49

pacientes (21,8%); destes, 44 tinham 60 anos ou mais. Dos pacientes com divertículo, dois realizaram duas colonoscopias no período avaliado. Categorizando os pacientes por idade (idade inferior a 60 anos ou idade superior a 60 anos), foi observado uma proporção maior de divertículos na segunda categoria (36,9% no primeiro grupo, contra 63,1% no segundo) dado estatisticamente significativo (Teste de Fisher; $p < 0,0001$). Conclusão: A presença de divertículos foi um achado frequente, sendo possivelmente relacionada a alta média de idade. Esse achado é proporcionalmente maior em pacientes com 60 anos ou mais. Palavras chave – Colonoscopia / Diverticulose / Câncer colorretal

Patricia Barbosa Da Silveira; Stefano Cogo Badan; Alexandre Venancio Sousa; Mario Pantaroto; Andre Pantaroto;

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

PO078 - Relato de caso: colite isquêmica de todo cólon como complicação de diverticulite em paciente coronariopata

Introdução: A colite isquemia ocorre devido problemas circulatórios sistêmicos ou acometimento direto nos vasos sanguíneos intestinais. Os locais mais afetados durante uma hipoperfusão são o ângulo esplênico e na junção do cólon sigmoide com reto, raramente todo cólon é atingido. **Objetivo:** Relatar um caso raro **Métodos:** relato de caso e revisão da literatura **Resultados:** I.B.F., sexo masculino, 56 anos, deu entrada na unidade de referência vascular do Complexo Hospitalar Ouro Verde com quadro de angina instável e aguardava realização de cateterismo. Paciente evoluiu com choque cardiogênico e quadro de dor abdominal súbito, difuso e de alta intensidade. Ao exame o paciente apresentava abdome com ruídos hidroaéreos ausentes, flácido, doloroso a palpação difusa, com sinais de peritonite. Toque retal com dilatação de ampola retal, sem fezes ou sangue. Frequência cardíaca de 120bpm e pressão arterial de 100x90mmHg. Apresentava leucocitose de 26000 com 12% de bastões, amilase e CPK em valores normais, não havia apresentado alteração eletrocardiográfica no momento. Realizada tomografia computadorizada de abdome que evidenciou uma provável diverticulite Hinchey Ib e presença de distensão intensa de todo cólon. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, indicado laparotomia exploradora tendo no inventário da cavidade dilatação severa e isquemia de todo cólon e 20cm de íleo terminal e perfuração diverticular bloqueada em colón sigmoide com abscesso localizado e obstrução do mesmo. Optado por realização de colectomia total e ileostomia terminal. Paciente encaminhado para UTI instável e evoluiu a óbito no dia seguinte. Anatomopatológico da peça evidenciou diverticulite perfurada associada a peritonite; processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose caseosa na mucosa adjacente. **Conclusão:** Existem poucos casos na literatura - encontrado apenas um em revisão bibliográfica - de megacólon tóxico (cujos critérios de Jalan foram preenchidos pelo paciente) e isquemia de cólon como complicação de diverticulite. A provável explicação fisiopatológica para o quadro do paciente descrito é a perfuração diverticular, que, além de ter causado uma semiobstrução da luz de sigmóide, levou à ulceração isquêmica da mucosa e consequente perfuração para peritônio livre, causando isquemia local em sigmóide. E o choque cardiogênico, pela hipoperfusão, somado a uma cardiopatia crônica com hipocontratilidade, contribuíram para estender a isquemia para todo cólon e íleo terminal.

Bruna Zini De Paula Freitas; Regina Greilberger Ribeiro; Luiza Maria Pilau Fucilini; Bruno De Oliveira Araujo Sousa;

COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE

PO079 - Aplicabilidade da ecoendoscopia para a identificação do trajeto fistuloso em pacientes com Doença de Crohn anorretoperineal – resultados preliminares

Introdução: A doença de Crohn fistulizante perianal está associada a importante morbidade, recorrência e seu manejo é desafiador. Exames de imagens podem ajudar a identificar o trajeto fistuloso e trazer informações adicionais para facilitar o seu tratamento. O exame que melhor comporta acurácia e disponibilidade é a ressonância magnética. A eco-endoscopia pode ser uma opção para complementar o diagnóstico de imagem. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é avaliar a acurácia da eco-endoscopia para o diagnóstico das fístulas anorretoperineais na doença de Crohn fistulizante, comparada a ressonância magnética e ao exame sob anestesia. **Método:** 12 pacientes com Doença de Crohn fistulizante perianal, 9 mulheres, idade média de 42 anos (23-64) foram prospectivamente submetidos a ressonância magnética, ultrassonografia endoanal com a sonda radial do aparelho de ecoendoscopia e exame sob anestesia. **Avaliou-se a sensibilidade de cada método para identificação do trajeto fistuloso. Resultados:** Dos 12 pacientes, em 7 os achados dos três exames foram os mesmos (em 6 casos tratavam-se de fístulas com trajeto único e em nenhum desses haviam coleções). Os outros 5 pacientes apresentavam coleções e houve discrepância entre os achados de cada exame: em dois casos o exame sob sedação foi superior, em um caso a ressonância e a ultrassonografia identificaram uma fístula que já havia cicatrizado, em um caso a ultrassonografia foi superior e em um caso a ultrassonografia e a ressonância magnética identificaram uma fístula que o exame sob sedação não localizou. Uma das limitações dos exames de imagem é a dificuldade em diferenciar trajeto ativo de cicatrizado. Além disso, a ultrassonografia tem limitação para avaliar trajetos muito distantes da borda anal e não pode ser realizada em pacientes com estenoses importantes. Como a presença de coleções é frequente em paciente com Doença de Crohn, o exame pode estar relacionado a dor e desconforto local, por isso o exame foi realizado sob anestesia. As vantagens da utilização do aparelho de ecoendoscopia é seu pequeno diâmetro, o que permite sua realização em pacientes com algum grau de estenose, além da possibilidade de visualização da mucosa intestinal em um mesmo momento. **Conclusão:** Apesar da casuística ainda ser pequena, a ecoendoscopia e a ressonância magnética podem ajudar na identificação de trajetos fistulosos anorretoperineais, principalmente quando se trata de fístulas complexas associadas a coleções. Rafaela De Araujo Molteni; Ana Paula Volpato; Antonio Baldin Junior; Eduardo Aimore Bonin; Renan Arrais Ykeda Barreto; Antonio Brenner Junior; Maria Cristina Sartos;

UFPR

PO080 - Ativação de estresse de retículo endoplasmático (ERE) na mucosa intestinal de pacientes com Crohn

A patogênese da doença de Crohn (CD) é complexa, e sua prevalência vem aumentando a cada ano. A CD é caracterizada por inflamação granulomatosa transmural, a qual pode afetar qualquer porção do trato gastrointestinal, em especial o íleo e/ou o cólon. A CD surge como uma complexa interação de componentes genéticos e ambientais, o que torna necessário a constante investigação dos mecanismos fisiopatológicos dessa doença. Estudos recentes conectaram a CD com o estresse de retículo endoplasmático (ERE). O retículo endoplasmático é uma organela crucial para a síntese e processamento de proteínas secretoras e de membranas, além de alguns lipídeos. O acúmulo de proteínas mal formadas no lúmen do retículo endoplasmático ativa uma resposta à proteínas mal formadas, conhecida como UPR (unfolded protein response), que tem por objetivo restaurar a homeostase do retículo endoplasmático. A deleção genética da proteína XBP1 em células epiteliais intestinais resulta em enterite e prejuízos nas células de Paneth, importantes na CD. Assim, hipotizamos que o ERE exerce uma importante função na fisiopatologia da CD, e pode ser induzido na mucosa intestinal desses pacientes. Para testar essa hipótese, biópsias de íleo de pacientes com Crohn

(Grupo CD) e de pacientes que não apresentaram alterações endoscópicas (Grupo CTR) foram coletadas. Primeiramente avaliou-se a sinalização da via IRE1/sXBP1, a IRE1 uma vez ativada, induz splicing do XBP1 (sXBP1). Nossos dados mostram aumento da expressão de sXBP1 no grupo CD, comparados com o controle ($p < 0,018$). A segunda via avaliada foi a PERK/EIF2alfa; a PERK uma vez ativa induz a fosforilação inibitória da proteína EIF2alfa. Nós podemos observar o aumento da expressão gênica da PERK no grupo CD ($p < 0,0452$), assim como um aumento tanto na expressão proteica total da EIF2alfa ($p < 0,0031$), quanto na razão pEIF2alfa/EIF2alfa, demonstrando a ativação dessa via. Por qPCR observamos um aumento na forma clivada da proteína ATF6 na mucosa intestinal do grupo CD ($p < 0,0344$), no entanto, esse aumento não se reflete no conteúdo proteico. Adicionalmente, podemos observar um aumento na expressão de genes responsivos ao ERE, tais como: ATF3 ($p < 0,0226$), DNAJC3 ($p < 0,044$), CALR ($p < 0,0021$), STC2 ($p < 0,0027$) e das chaperonas: GRP94 ($p < 0,0277$) e GRP78 ($p < 0,082$). Nossos resultados mostram a ativação das três vias do ERE na mucosa intestinal de pacientes com Crohn, sendo esse um importante mecanismo da fisiopatologia dessa doença.

Andressa Coope; José Diego Botezelli; Lívia Aparecida Bitencourt Pascoal; Francesca Aparecida Ramos Silva; Maria De Lourdes S. Ayrizono; Marciane Milanski; Lício A. Velloso; Raquel Franco Leal;

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

PO081 - Avaliação colonoscópica dos pacientes portadores de doença de crohn submetidos a ileocelectomias:casuística do gastrocnetro/unicamp.

Introdução: A colonoscopia é importante exame para diagnóstico e seguimento da doença de Crohn (DC). Tem especial função nos pacientes submetidos a ileocelectomias, uma vez que pode avaliar recorrência ileocólica e tem possibilidade de realizar dilatações endoscópicas. **Pacientes e Métodos:** Entre agosto de 2012 e abril de 2016, foram realizadas colonoscopias em 61 pacientes portadores de DC que foram submetidos a ileocelectomias por complicações da doença. **Resultados:** Num total de 61 pacientes, 40 eram mulheres, com idade média de 34,7 anos completos (21-85). Havia antecedente familiar de DC em sete pacientes (11,5%). O tempo médio de doença foi de 144 meses (12-385). Treze pacientes eram tabagistas ativos. Em relação à medicação, dezenove pacientes estavam em uso de imunossupressor, quinze pacientes em uso de biológicos e nove pacientes em uso de comboterapia. Nove pacientes estavam sem medicação. Quanto aos antecedentes cirúrgicos, 32 pacientes já haviam sido submetidos a cirurgias adicionais à ileocelectomia. O tempo médio decorrido desde a ileocelectomia foi de 99 meses (4-276). Houve nove colonoscopias incompletas, sendo seis delas por estenoses. Quanto ao escore de Rutgeerts, 23 pacientes eram i0; 9 pacientes i1, 18 pacientes i2; 1 paciente i3; e finalmente, 11 pacientes i4. Todos os pacientes i3 e i4 foram submetidos a nova cirurgia dentro de um ano. **Conclusão:** O seguimento colonoscópico das ileocelectomias por DC deve ser utilizado de rotina para avaliação de recidiva, sendo os casos de pior prognóstico os pacientes com escores de Rutgeerts i3 e i4.

Michel Gardere Camargo; Raquel Franco Leal; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Carlos Augusto Real Martinez; Lilian Vital Pinheiro; Natália Pranzetti Vieira; Sandro Nunes Angelo; Cláudio Saddy Rodrigues Coy;

UNICAMP

PO082 - Câncer de reto em paciente com doença de Crohn colorretal

Introdução: Pacientes com doença de Crohn (DC) apresentam maiores chances de desenvolver câncer colorretal em relação à população geral, porém esta relação ainda não é tão bem definida como na retocolite ulcerativa. **Objetivo:** Apresentar o caso de um paciente com longa

evolução de DC colorretal que evoluiu com neoplasia de reto. Método: Trata-se de um relato de caso a partir de revisão de prontuário. Relato do Caso: Paciente masculino, 33 anos, com diagnóstico de DC colorretal há 12 anos, em uso de azatioprina e infliximabe, com bom controle da doença em seguimento colonoscópico anual. Na colonoscopia realizada em 2015 foram observados pseudopólipos em ceco e sigmoide, além de uma lesão polipoide de aspecto inflamatório, medindo 30mm, no reto, junto à linha pectínea, cuja biópsia demonstrou adenocarcinoma. Exame endoscópico do ano anterior, não revelava lesões suspeitas. Foi realizada ressecção endoanal da lesão cujo anatomopatológico confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado com invasão até a camada muscular do esfíncter interno. Dosagem de CEA era menor que 5 (3,87). Realizada ressonância nuclear magnética de pelve que mostrava presença de linfonodo mesorretal indeterminado. Com estes achados, foi optado por realizar a retocolectomia total com amputação do reto por videolaparoscopia e ileostomia terminal. A análise anatomopatológica do espécime cirúrgico não demonstrou área tumoral e nem acometimento linfonodal secundário. Discussão: A associação da DC e câncer colorretal vêm aumentando nos últimos anos, porém não é ainda bem estabelecida. Os achados endoscópicos costumam ser na forma de úlcera, fístula ou estenose, não levantando a suspeita para neoplasia e assim retardando o diagnóstico. Associa-se à pior prognóstico e, além disso, muitos pacientes são diagnosticados com câncer apenas após a cirurgia, no exame anatomopatológico. Sendo assim, após 8 anos de evolução de doença, os pacientes com pancolite de Crohn devem ser submetidos à colonoscopia anual, com biópsias seriadas ou biópsias dirigidas por técnicas de cromoscopia e magnificação. Uma vez diagnosticada neoplasia colorretal, o tratamento indicado será colectomia/retocolectomia total com ou sem amputação do reto. Conclusão: Pacientes com DC colorretal de longa evolução podem evoluir com adenocarcinoma havendo necessidade de rastreamento de displasia.

Ana Amélia Barbieri Bonatelli; Raquel Franco Leal; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Natália Pranzetti Vieira; Carlos Augusto Real Martinez; Lílian Vital Pinheiro; Michel Gardere Camargo; Cláudio Saddy Rodrigues Coy;

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

PO083 - Colostomia em paciente com Doença de Crohn com lesões anorretais extensas em tratamento adequado é uma opção? - Relato de caso e revisão de literatura

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII) crônica. As lesões da doença podem acometer todo o trato gastrointestinal e complicar com estenose, fístulas, abscessos e fissuras perianais. Esses acometimentos resultam em significativa piora na qualidade de vida dos pacientes. Objetivo: Relatar caso de Doença de Crohn com relevante acometimento perianal e revisar literatura sobre a colostomia nessas situações. Métodos: Estudo descritivo via revisão de prontuário médico. Resultados: J.S.F, mulher, 31 anos, DC há 5 anos, com história de agudizações desde o início do tratamento. Em novembro de 2015, paciente apresentou-se com quadro de dor abdominal intensa, diarreia mucossanguinolenta, dor perianal com agravamento à evacuação, perda ponderal de 13 kg em 3 meses, hiporexia e febre, em uso de metronidazol, ciprofloxacino e omeprazol. Foi realizada estenotomia, ressecção de plicomas e curetagem de canal anal. Iniciado adalimumabe no pós-operatório. Em abril de 2016, paciente retorna em agudização, apresentando 8 evacuações diárias, sangramento anal, dores abdominais, febre, perda ponderal, sinais de uveíte e artralgia periférica. Após compensação clínica, a paciente foi submetida a estenotomia digital, curetagem de ulcerações perianais e exereses de plicomas. No pós-operatório, paciente relatava incontinência fecal. Na literatura a colostomia seria favorável em casos de comprometimento do fluxo fecal que geram desconforto intenso, assim como em casos em que intervenções cirúrgicas representem chance de infecção importante, trazendo não apenas possibilidade de cicatrização otimizada e viabilidade de manipulação das regiões acometidas,

mas também alívio sintomático. Pontos desfavoráveis incluem impacto na auto-estima do paciente, possibilidade de isquemia ou necrose do cólon, hemorragias, infecções, e outros inerentes ao procedimento. Conclusão: A terapêutica com colostomia em pacientes portadores de DC dependerá de inúmeras variáveis, sendo a gravidade clínica e o desejo do paciente os fatores principais a serem considerados. Portanto, a colostomia surge como opção em situações de quadros clínicos árduos nos quais o tratamento medicamentoso não se mostra suficiente.

Michelle Santos Martins; Vanessa De Freitas Moreira; Karla Renata Ayumi Kato; Ágata Valentina Shimizu Frutuoso; Anna Carolina Franco; Renan Vicente Sohn; Jacqueline Jessica De Marchi; Mardem Machado De Souza;
CLINICA PRIVADA

PO084 - **Correlação entre níveis de calprotectina fecal e alterações endoscópicas nas dii**

As doenças inflamatórias intestinais (DII) constituem doenças crônicas e recidivantes, de causa multifatorial, caracterizadas pela presença de um processo inflamatório crônico e complexo do trato gastrointestinal, que provocam múltiplas interações e prejuízo da qualidade de vida de seus portadores. O principal método para diagnóstico e acompanhamento continua sendo a endoscopia digestiva, que apesar de seguro é um método invasivo demorado, caro e, em algumas vezes, desconfortável para o paciente. Além disso, o quadro clínico do paciente nem sempre é compatível com a atividade endoscópica e histológica da doença. Por esse motivo, alguns marcadores laboratoriais vêm sendo testados quanto a sua relação com a atividade inflamatória e cicatrização da mucosa intestinal, de forma menos invasiva e onerosa. Nesse contexto, a calprotectina fecal, uma proteína derivada dos neutrófilos, presente tanto no plasma quanto nas fezes e que se encontra elevada em estados infecciosos e inflamatórios, como nas doenças inflamatórias em atividade, apresenta-se como um biomarcador importante para a mensuração da atividade da doença. Este trabalho teve como objetivo avaliar a correlação dos índices de calprotectina fecal em pacientes portadores de Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa correlacionando-os com dados endoscópicos. Foi realizado um estudo entre janeiro e julho de 2016, do tipo transversal, prospectivo, analítico-descritivo, com 68 pacientes com DII acompanhados no nosso serviço. Ao final do estudo podemos incluir 28 pacientes sendo 12 com doença de Crohn e 16 com retocolite ulcerativa. Destes 20 apresentaram níveis de calprotectina considerados elevados (>200), 4 tiveram exame considerado negativo (<50), e 4 com resultado indeterminado (>50 e <200). Quanto à colonoscopia, 19 apresentaram algum grau de inflamação endoscópica e/ou histológica, e 09 tiveram exame endoscopicamente normal. Todos os pacientes com exame endoscópico alterado tiveram níveis de calprotectina considerado elevado. A única paciente do estudo com exame endoscópico normal e níveis elevados, é portadora de DC de íleo e não foi possível avaliação do íleo terminal por impossibilidade técnica, até o final deste estudo. Podemos concluir que a calprotectina fecal apresentou boa correlação com inflamação da mucosa intestinal quando em níveis maiores que 200, sendo bom marcador de atividade inflamatória intestinal, evitando assim exames invasivos e reduzindo os custos de acompanhamento destes doentes.

Lorena Willers Coutinho; Maristela Gomes De Almeida; Paula Mendonça Taglietti; Thiago Agostini Braga; Thiago Ibiapina Alves; Antonio Carlos Baraviera; Adriano Gonçalves Ruggero;
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

PO085 - **Correlação entre níveis de calprotectina fecal e alterações endoscópicas nas dii**

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são caracterizadas por inflamação crônica, de caráter recidivante, que resultam de uma resposta imunológica inapropriada, em indivíduos geneticamente suscetíveis, englobando essencialmente duas formas de apresentação: a retocolite ulcerativa (RCU) e a doença de Crohn (DC). Os pacientes com RCU apresentam, caracteristicamente, diarreia com sangue, muco e, eventualmente, pus. Outros sintomas como tenesmo, puxo e dor abdominal podem estar presentes e, nos casos mais graves, pode haver sinais de resposta inflamatória sistêmica (febre, taquicardia, hipotensão). Na DC a região ileal e ileocecal são as mais acometidas e a doença se manifesta com diarreia, emagrecimento, dor abdominal, febre, náuseas/vômitos. Caso a DC comprometa outras áreas do trato digestivo, os sintomas ocorrerão de acordo com a(s) área(s) afetada(s). O principal objetivo do tratamento das DII é a remissão clínica dos sintomas, seguido por remissão endoscópica e, mais recentemente, remissão histopatológica. Existem diversos escores utilizados na avaliação clínica dos pacientes como o índice de atividade da doença de Crohn (IADC), e o escore de Mayo para RCU, o padrão-ouro para avaliação destes pacientes é o exame endoscópico, porém é exame caro, invasivo, e algumas vezes pouco tolerado, diante disto vem sendo utilizado cada vez outros métodos menos invasivos e desconfortáveis para avaliação, como a calprotectina fecal. Neste trabalho foram avaliados 28 pacientes acompanhados no ambulatório de doenças inflamatórias intestinais, no período de março a julho de 2016, e feita a comparação entre sintomatologia clínica e calprotectina fecal. Foram considerados como doença clínica ativa aqueles com IADC > 150 ou escore de Mayo >2. Quanto aos valores de calprotectina fecal, foi considerado o valor de corte de 200. Dos 28 pacientes avaliados neste estudo 57% deles eram portadores de RCU, e 43% com DC. Sessenta e oito por cento dos pacientes não apresentavam sintomatologia clínica e 32% tinham doença clínica ativa. Quanto à calprotectina fecal, 71% dos pacientes apresentaram exame positivo e 29% tiveram resultado indeterminado ou negativo. Podemos concluir portanto que, nos pacientes avaliados neste estudo, houve pouca correlação entre a sintomatologia clínica e os resultados de calprotectina fecal, o que está de acordo com o achado de outros trabalhos. Comprovando a importância da avaliação detalhada, para a escolha apropriada da melhor abordagem terapêutica.

Lorena Willers Coutinho; Maristela Gomes De Almeida; Paula Mendonça Taglietti; Thiago Agostini Braga; Thiago Ibiapina Alves; Antonio Carlos Baraviera; Adriano Gonçalves Ruggero;
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

PO086 - **Correlação entre níveis de calprotectina fecal e alterações endoscópicas nas dii**

A doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) são as formas mais habituais das doenças inflamatórias intestinais, e se caracterizam por um processo crônico de inflamação do intestino, no momento, ainda, de etiologia obscura. Sugere-se que as DII decorram de anormalidades imunológicas celulares, ou seja, da reatividade anormal dos linfócitos T da mucosa gastro-intestinal a uma microflora normal não patogênica, porém a patogênese permanece desconhecida. A distribuição etária está entre os 15 e os 30 anos, tendo um segundo pico entre os 60 e os 80 anos, mais comum em caucasianos, moradores de áreas urbanas e tabagistas. Não há predominância de sexo. Desta forma, as DII representam um sério problema de saúde, pois atingem preferencialmente pessoas jovens, cursam com recidivas frequentes e assumem formas clínicas de alta gravidade, de modo que geram repercussões importantes na qualidade de vida dos doentes. O tratamento deve começar pelo diagnóstico preciso. Este depende do conjunto da história clínica, dos achados de exame físico, endoscópico, radiológico e histológico, assim como dos exames laboratoriais. O tratamento cirúrgico é reservado para as complicações, ou quando sintomas graves persistem, mesmo após tratamento intensivo com drogas antiinflamatórias ou imunossupressoras. Relatamos um caso grave de DII com diagnóstico inicial incerto de RCUI, com inúmeras comorbidades (RCUI

diagnosticada a 1 ano, DM secundário a corticóide, OA de ombros e joelhos, Cirrose hepática CHILD A/B secundário a Hepatite B), com indicação de tratamento cirúrgico devido a complicação grave e refratariedade ao tratamento clínico. O achado intra-operatório de Creeping Fat (patognomônico de DC) determinou mudança na conduta cirúrgica e no desfecho pós-operatório do tratamento cirúrgico. A definição de Creeping Fat é o de hipertrofia do tecido adiposo mesentérico que engloba a borda anti-mesentérica do colo em mais de 50%, resultado de processo inflamatório intenso e agudo. O tecido adiposo atualmente é considerado como órgão endocrinológico. Produz inúmeras citocinas pró e anti-inflamatórias. Acredita-se que há hipertrofia da gordura por um sincronismo imunológico (necessidade de "combater" a inflamação intestinal). Assim, trazemos o papel crucial do cirurgião no tratamento adequado e diagnóstico da doença. O conhecimento específico das DII é fundamental para o especialista e para melhor prognóstico do paciente.

Marcelo Finavaro Aniche; Diego Adao Fanti Silva; Ricardo Tadayoshi Akiba; Renato Arioni Lupinacci; Elesiario Marques Caetano Junior; Mariza Prado-Kobata; Gaspar De Jesus Lopes Filho; Sarhan Sydney Saad;

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

PO087 - Doença de Crohn associado a Leucemia - Relato de caso

Introdução: A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que acomete todo o sistema digestivo e pode se manifestar com sinais e sintomas extra-intestinais; não se sabe a etiologia e acredita-se ser auto-imune. A associação de imunossupressores com a terapia imunobiológica vem sendo associado com um maior risco de desenvolvimento de doenças neoplásicas malignas. Objetivo: Avaliar o tratamento de uma paciente com Doença de Crohn até o diagnóstico de Leucemia Mielóide Crônica e as mudanças do manejo medicamentoso Métodos: Relato de caso Resultado: paciente VNM, feminino, 20 anos, diagnosticada com doença de Crohn há 3 anos, associado a um quadro de estenose de canal anal superior com passagem de 1 polpa digital e fissuras crônica. Tratamento com mesalazina 3g ao dia, adalimumabe 40mg a cada 15 dias, azatioprina 100mg ao dia, prednisona 20mg ao dia, suplementação alimentar com modulen. Regrediu o uso de corticóide ate cessar e optado pelo tratamento conservador da estenose retal com dilatação digital diária com melhora do quadro. Progrediu após dois anos de tratamento com anemia (hemoglobina de 11.8), leucocitose de 31100 com desvio até promielócitos e plaquetas dentro do valor de referência, mas com presença de blastos. Encaminhada para a equipe de hematologia que após biópsia de medula confirmou o diagnóstico de leucemia mielóide crônica. Iniciou tratamento com glivec uma vez ao dia, alopurinol 300mg uma vez ao dia, mesalazina 500mg duas vezes ao dia e adalimumabe 40mg a cada 15 dias. Se mantém sem exacerbações clínicas da doença de Crohn e em acompanhamento conjunto com a hematologia. Conclusões: acredita-se que o uso de imunossupressores associado à terapia biológica aumenta o risco de surgimento de doenças malignas. No entanto, nenhum estudo conseguiu provar essa teoria. Verificou-se que em pacientes com leucemia e Doença de Crohn que foram submetidos a transplante de medula óssea, houve regressão importante do quadro clínico da doença inflamatória intestinal, mas os riscos dessa metodologia de tratamento não justificam serem adotados a pacientes que não possuem Leucemia ou outra doença que necessite de transplante de medula óssea.

Marcos Antônio De Souza Júnior; Caroline Lima De Oliveira; Henrique Gonçalves; Hélio Moreira Júnior; Raniere Rodrigues Isaac; Paula Chrystina Caetano Almeida Leite; José Paulo Teixeira Moreira;

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PO088 - Doença de Crohn Metastática do pavilhão auricular

Introdução A doença de Crohn (DC) metastática é uma complicação rara da DC, definida por envolvimento cutâneo não contíguo com o trato gastro intestinal, com características histopatológicas de granulomas não caseosos consistentes com DC. A DC metastática localizada ao pavilhão auricular é uma complicação ainda mais rara da doença, com apenas dois casos descritos na literatura. Objectivos Apresentação de um caso clínico de DC metastática do pavilhão auricular. Métodos Levantamento de dados no prontuário do paciente. Pesquisa bibliográfica. Resultados Doente de 52 anos, com diagnóstico de DC desde 2009, com envolvimento do intestino delgado, cólon sigmóide e região peri anal. Tem diagnóstico de doença metastática vulvar desde 2010. Medicada habitualmente com azatioprina, ciprofloxacina, tacrolimus e cetoconazol tópico na região vulvar. A doente refere, desde Janeiro de 2012, lesão eritematosa e pruriginosa, com saída de secreção purulenta do pavilhão auricular esquerdo. Ao exame objetivo apresenta edema e eritema da porção interna do pavilhão auricular esquerdo, com dor à palpação. Prescrita antibioterapia durante 2 semanas, sem melhora. A biópsia confirma dermatite crônica granulomatosa. Inicia terapêutica com corticóide oral com melhora clínica. Em Março de 2013 apresenta regressão completa da lesão. Conclusões Com este poster pretende-se reportar esta condição rara e evidenciar a importância do diagnóstico diferencial destas lesões cutâneas em locais atípicos nos doentes com doenças crônicas sistêmicas como a DC.

Paula Magro; Ricardo Nogueira; Frederico Cantarino; Lucas Gerbasi; Mariane Camargo; Magaly Teixeira; Sérgio Nahas;

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO089 - Doença de Crohn perianal na infância: relato de caso.

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais são doenças crônicas, de etiologia desconhecida, mas capazes de desenvolver uma reação inflamatória na mucosa digestiva de natureza imunológica. O acometimento da Doença de Crohn na infância tem evidenciado 4 a 7 novos casos por 100.000 habitantes/ano nos Estados Unidos. Por outro lado, o acometimento perianal ocorre significativamente em cerca de 50% das crianças com a doença. Objetiva-se relatar o caso de paciente com Doença de Crohn com acometimento na infância; Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 6 anos, com história de parto normal prematuro com 31 semanas gestacionais, acometida por microcefalia e distúrbio neuropsicomotor. Desde os 2 anos de idade apresenta quadro de diarreia persistente, mantendo de 4 a 5 episódios diários, com sangue esporádico, associado a déficit pondero-estatural. Aos 5 anos evolui com lesões aftosas em cavidade oral associado a quadro de secreção persistente em fralda, sendo evidenciado orifício fistuloso perianal em quadrante superior esquerdo a 2cm da borda anal, sendo submetida a fistulotomia. Realizado colonoscopia com evidência de intenso enantema e edema de mucosa em cólon, íleo terminal e reto, permeado por úlceras profundas com fibrina, de variados tamanhos e formas, sem sangramento ativos. O resultado anatomopatológico apresentou processo inflamatório inespecífico e reto com processo inflamatório, ulcerado em atividade; com marcadores inflamatórios VHS: 21mm e Proteína C-Reativa de 147,9mg/dl. Iniciado terapia combinada de terapia biológica e imunossupressor com melhora importante do estado geral e do quadro diarréico. Prosseguiu-se retirada do sendenho e realizada nova Colonoscopia de controle que revelou melhora do quadro enantematoso e das lesões anteriores. Conclusão: O diagnóstico e tratamento precoce é essencial para controle da doença de Crohn, assim como para evitar complicações e déficits de desenvolvimento na Infância.

Diego Palmeira Rangel; Janaina Wercka; Alexander De Sa Rolim; Isaac Jose Felipe Neto; Rogerio Linod De Souza Freitas; Hugo Henrique Watte; Eduardo Augusto Lopes; Laercio Robles;

HOSPITAL SANTA MARCELINA

PO090 - **Doença de Crohn simulando apendicite aguda - Relato de casos**

INTRODUÇÃO: A Doença de Crohn (DC) é um processo inflamatório crônico que pode acometer o trato gastrointestinal em toda sua extensão de forma uni ou multifocal, apresentando assim variados quadros clínicos. **OBJETIVO:** Descrever os casos clínicos de 04 pacientes com diagnósticos pré-operatório de apendicite aguda submetidos à laparotomia e apresentando diagnóstico final de DC. **MÉTODOS:** relato de casos com levantamento em prontuário e revisão da literatura. **RESULTADOS:** Nos 04 casos relatados os pacientes apresentavam idade média de 30 anos e quadro clínico agudo de dor abdominal em fossa ilíaca direita e Blumberg positivo tendo como hipótese diagnóstica apendicite aguda, posteriormente confirmado pela ultrassonografia de abdome. Os pacientes foram submetidos à laparotomia exploradora onde foram evidenciados apêndices cecais sem sinais de inflamação, íleo terminal e ceco com aspectos característicos de DC. Optou-se pela realização de ressecção das áreas acometidas juntamente com o cólon direito. O material foi enviado para estudo histopatológico tendo sido confirmado DC. **CONCLUSÃO:** A grande maioria dos casos de DC se apresentam através de quadro clínico crônico e progressivo, porém constata-se que há formas agudas de manifestação da doença que podem simular quadros de abdômen agudo inflamatório.

Marcela Magri Ferreira Dias; Carlos Eduardo Soares Souza Lima; Amanda Fernandes Fergoneis; Mariana Garcia Freitas Franco; Suellen Chaves Souza Torres; Marco Antônio Martins Teixeira; Guilherme Lima Pozzatto;

HOSPITAL IRMÃOS PENTEADO

PO091 - **Doença de Crohn x Yersinia enterocolitica - um difícil diagnóstico diferencial - relato de caso**

As infecções por *Yersinia enterocolitica* (YE), tem, usualmente, como diagnóstico diferencial, a fase aguda das ileítes terminais por doença de Crohn. O exame direto das fezes, para pesquisa da bactéria, pode ser suficiente para esclarecer o diagnóstico. Já as formas crônicas de infecção por YE, são muito raras e a possibilidade de complicações cirúrgicas, tipo obstrução, mais raras ainda, acontecendo especialmente em crianças e praticamente não havendo relato em adultos, exceto alguns casos de intussuscepção intestinal. Relatamos o caso de um paciente de 26 anos, do sexo masculino, zootecnólogo, proveniente da zona rural de Alagoas e que evoluiu com quadro de massa palpável em fossa ilíaca direita e obstrução intestinal, sendo tratado pela realização de hemicolectomia direita. Na análise da peça cirúrgica, o patologista, pelos achados microscópicos, inferiu que, apesar de haver granulomas não caseosos, típicos de doença de Crohn, alguns linfonodos, especialmente em mesentério, apresentavam características inflamatórias encontradas na infecção por *Yersinia enterocolitica*. Para o paciente e seu acompanhamento adequado, era importante que realizássemos o diagnóstico diferencial, pois definiria estar curado (obstrução por YE) ou ser portador de uma doença crônica (doença de Crohn), que necessita de vigilância constante. A única forma de diagnóstico diferencial, nesta fase crônica, é a pesquisa de material genético da bactéria nos blocos cirúrgicos, pela técnica de PCR, que não é feita no Brasil. O exame foi realizado no Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de Atlanta-USA, e não foi encontrado nenhum material genético correspondente a YE, o que, por exclusão, confirmou o diagnóstico de doença de Crohn. O paciente está em acompanhamento pós-cirúrgico há 2 anos, assintomático e sem evidências de recidiva da doença. **CONCLUSÃO:** Os achados histopatológicos da peça cirúrgica, a procedência e a profissão do paciente, tornaram mandatórios o diagnóstico diferencial entre infecção por YE e doença de Crohn, que nesta fase da doença, só pode ser feito por técnicas especiais de pesquisa de material genético da peça cirúrgica. Tivemos a rara oportunidade de realizar este exame (PCR) e com isso, o diagnóstico correto para a doença e acompanhamento adequado do paciente.

Maristela Gomes De Almeida; Clarissa Maria Gomes De Almeida; Giovana Moreira Minchillo; André Luis Cortez Minchillo; Antonio Carlos Baraviera; Valéria Pereira Lanzoni; Desidério Roberto Kiss;
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

PO092 - Eletroestimulador anal em paciente incontinente com Doença de Crohn

Paciente F.R.C. 36 anos sexo feminino portadora de doença de crohn há 8 anos realizou desde o início dos sintomas 18 cirurgias anorretais para drenagem de abscesso isquio retal e correção de fistula anal. Deu entrada em nosso serviço com quadro de incontinência anal sendo proposta cirurgia de colostomia em alça e desvio de transito. Realizou reconstrução de esfínter anal com melhora parcial dos exames de manometria anorretal. Paciente iniciou terapia com infliximabe permanecendo 1 ano sem crises, apresentando remissão da doença inflamatória intestinal. Optado pela reconstrução de transito. Apresentou melhora discreta da incontinência anal sendo indicado implante de eletro estimulador anal e total resolução do quadro.

Jorge Henrique Reina; Jorge Henrique Reina Neto; Carolina Eliane Reina; Renata Cristiane Reina; Carlos Renato Oliveira De Castro Prado; Carlos Fernando Reina;
INSTITUTO JORGE REINA

PO093 - Endometriose intestinal mimetizando quadro de doença de Crohn - relato de caso

INTRODUÇÃO Endometriose é uma entidade caracterizada pela presença de tecido endometrial funcionante em sítios ectópicos. Ocorre em cerca de 4 a 17% das mulheres em idade reprodutiva. Geralmente limita-se aos órgãos pélvicos, peritônio, mais comumente nos ovários, paramétrios e serosa do útero, e o envolvimento gastrointestinal ocorre em 5.3% dos casos. **RELATO DO CASO** Paciente feminina, branca, 46 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn desde 1998, em uso de terapia biológica no último ano, procura à emergência com dor em fossa ilíaca direita com irradiação para região lombosacra, com evolução de 4 meses, e piora na última semana, associada a alteração do padrão evacuatório, náuseas e vômitos. Proteína C reativa de 3 mg/dl e Velocidade de Hemossedimentação de 7 mm/h. Raio x de abdome agudo evidenciando leve distensão de alças intestinais, sem outras alterações. Enterorressonância apresentando duas zonas de estenose em sequência no íleo terminal com paredes espessadas, aumento do reforço ao contraste paramagnético e restrição à difusão, sugerindo processo inflamatório em atividade. Foi submetida à ileocelectomia direita, devido à estenose de íleo terminal, sugestiva de complicação da Doença de Crohn. Paciente evolui de forma satisfatória, recebendo alta no sétimo pós-operatório. Exame anatomopatológico revelou endometriose de íleo terminal associada à fibrose e estenose parcial da luz intestinal. **DISCUSSÃO** De acordo com a literatura, cerca de 12% dos casos de Endometriose Intestinal se apresentam com quadro de suboclusão ou oclusão intestinal aguda. Embora existam inúmeros métodos diagnósticos, a laparoscopia é o padrão ouro, pois permite avaliar o grau, extensão e a histopatologia das lesões. O processo menstrual resulta em alterações no tecido endometrial ectópico, desencadeando uma reação inflamatória local inicial, evoluindo para fibrose que, em fase muito avançada, pode se tornar irreversível e resistente à terapia hormonal. O grau e a quantidade de tecido fibrótico estão diretamente relacionados com a extensão da doença e, nas áreas mais afetadas, a fibrose pode se estender à gordura e ao tecido conectivo perivisceral, resultando em estenose intestinal. Portanto, em pacientes do sexo feminino com quadro de abdome agudo obstrutivo, apresentando áreas de estenose e espessamento da parede de íleo distal, deve-se considerar Doença de Crohn em atividade e Endometriose intestinal como diagnóstico diferencial.

Luiz Felipe Machado Pfeifer; Bianca Astrogildo De Freitas; Lucas Immich Gonçalves; Kamyla Griebeler Valentini; Luize Nunes Bettanzo; Lucio Sarubbi Fillmann; Henrique Sarubbi Fillmann; Erico Ernesto Pretzel Fillmann;
PUCRS

PO094 - Hidradenite supurativa em paciente com doença de Crohn severa: um relato de caso.

Introdução: A Hidradenite Supurativa (HS) é uma condição dermatológica crônica inflamatória que normalmente ocorre após a puberdade. Apresenta-se clinicamente com nódulos inflamatórios dolorosos das glândulas apócrinas em regiões de atrito do corpo (axilas, área genital, virilha, seios e nádegas/ânus) que evoluem para abscessos, com trajetos sinuosos e cicatrizes. A gravidade é tipicamente descrita de acordo com três categorias pela classificação de Hurley, sendo a maioria dos pacientes portadores de doença leve ou moderada. A prevalência estimada é de 1 a 4% em todo o mundo e a HS é três vezes mais comum em mulheres do que em homens. A sintomatologia relatada pelos pacientes inclui dor local intensa, incapacidade de trabalho e má qualidade de vida. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 26 anos, branca, desempregada, apresentando quadro de diarreia mucossanguinolenta, associada à dor abdominal e quadros de polievacuações, desde agosto de 2012. Realizou colonoscopia com diagnóstico de Doença de Crohn e iniciou tratamento com mesalazina e azatioprina, apresentando pouca resposta clínica. Evoluiu com fístula perianal em outubro de 2012, e submetida à drenagem cirúrgica com colocação de sedenhos. Iniciou aplicação de infliximab na sequência, apresentando melhora do quadro abdominal e fistuloso, e estabilização clínica ao longo de 12 meses. Em janeiro de 2014 apresentou quadro de sepse abdominal, sendo necessária internação hospitalar e realização de colectomia total com ileostomia terminal, tendo boa evolução pós-operatória. Em março de 2016, iniciou quadro de lesões pruriginosas e hiperemiadas com eliminação de secreção purulenta em tronco e região inguinal, sendo avaliada por equipe de dermatologia que sugeriu diagnóstico de hidradenite supurativa. **Discussão:** Embora os sinais clínicos da doença possam muitas vezes ser escondidos sob a roupa, a HS ativa é associada com secreções malcheirosas que contribuem para o estigma social incapacitante. Os fatores de risco incluem tabagismo e obesidade, e comorbidades associadas incluem a doença inflamatória intestinal e as espondiloartropatias. A apresentação da doença é distinta, não sendo bem reconhecida, exceto em clínicas de dermatologia, devendo sempre ser lembrada como diagnóstico diferencial das fístulas perineais em pacientes com doença inflamatória intestinal.

Luiz Felipe Machado Pfeifer; Leticia Bernardon; Fernando Comunello Schacher; Amanda Pereira Medeiros; Fernanda Fernandez Karliski Sacco; Bianca Astrogildo De Freitas; Lucas Immich Gonçalves; Marta Brenner Machado;

PUCRS

PO095 - Ileotiflectomia em Doença de Crohn como Opção Terapêutica em Caso com Contra-indicação Relativa para Terapia Combinada

Introdução: O advento da terapia biológica para a Doença de Crohn (DC) teve grande impacto no tratamento de casos refratários ao tratamento convencional, com diminuição da necessidade de abordagem cirúrgica eletiva nessa doença. Entretanto, faz-se necessário o conhecimento da opção terapêutica cirúrgica para pacientes pouco respondedores ou com contra-indicação a agentes biológicos. **Objetivo:** Relato caso de paciente com DC complicada por estenose de válvula ileocecal e contra-indicação relativa a associação de terapia biológica e imunossupressores. **Relato de caso:** Mulher com diagnóstico de DC íleo-colônica há 4 anos, fez

uso de Azatioprina por 3 anos, que foi substituída pela monoterapia biológica com Adalimumab. Apresentou melhora clínica da doença, não acompanhada de melhora endoscópica, evoluindo com subestenose de íleo distal e válvula ileocecal, sintomática, com necessidade de dilatação pneumática por colonoscopia. A comboterapia com imunossupressão seria indicada para controle da progressão da doença e de sintomas, no entanto por ter apresentado tumor renal de células claras a direita em fevereiro de 2012, foi optado pela não realização de terapia combinada, e proposta terapêutica cirúrgica com ressecção de lesão estenosante. Paciente foi submetida a ileotiflectomia laparotômica sem intercorrências, com evolução satisfatória em pós-operatório e alta no quinto dia pós-operatório. Em acompanhamento ambulatorial apresenta-se assintomática, sob terapia exclusiva de Adalimumab.

Diego Yuji Ito; Fernando Bray Beraldo; Jose Carlos Aguiar Bonadia; Marcelo Protasio Santos; Pablo Benely Sandrade; Helena Vecchia D'Elia; Arlem Pérez; Daniel Hortiz De Carvalho Nobre Felipe;

CLINICA PRIVADA

PO096 - Linfoma não hodgkin intestinal associado à doença de crohn: relato de caso

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória crônica que pode acometer todo o trato gastrointestinal (TGI), da boca até o ânus. Em geral, o tratamento é realizado com uso de imunossupressor, como tiopurinas (ex.: Azatioprina), associado a imunomodulador, como anti-TNF (ex.: Adalimumab). O Linfoma não-Hodgkin (LNH) é uma doença linfoproliferativa que pode acometer pacientes imunossuprimidos, sendo o TGI o principal sítio extranodal. Ainda é difícil distinguir o papel da inflamação crônica e da imunossupressão na sua gênese na vigência de DC. **Objetivo:** Descrever e alertar para ocorrência de LNH em paciente com DC em uso de Azatioprina e Adalimumab. **Métodos:** Estudo descritivo tipo relato de caso. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 43 anos, em acompanhamento de DC no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, em uso de Azatioprina e Adalimumab, apresentou febre e leucopenia às custas de linfopenia, associado a diarreia, enterorragia e melena em Fevereiro/2016. Durante investigação, Enterotomografia visualizou volumosa lesão infiltrativa em segmento ileal, sendo levantada hipótese de linfoma intestinal. Foi optado por realização de enterectomia segmentar com anastomose primária. Uma semana depois, evoluiu com peritonite devido a lesão perfurativa em sigmoide, sendo realizado retossigmoidectomia com colostomia à Hartmann. **Resultados de anatomopatológico de intestino delgado e sigmoide foram LNH subtipo Difuso de Grandes células B.** **Conclusão:** A ocorrência de LNH em pacientes com DC em tratamento com tiopurinas e imunomodulares é uma possibilidade real, sendo necessária vigilância ativa para diagnóstico e tratamento precoces, evitando o aumento da morbimortalidade.

Rodrigo Andrade Lourenço; Taiane Rangel De Aquino; Giovanni José Zucoloto Loureiro; Thalita Maria Martins Fosse; Gustavo Chuluk Silva Soares; Thays Moreira Campos; Jéssica Esteves Soares Loureiro;

UFES

PO097 - O impacto da etnia na doença inflamatória intestinal

Introdução: A incidência de doença inflamatória intestinal vem aumentando nos últimos 50 anos. Estudos epidemiológicos sobre as doenças inflamatórias intestinais sugerem poder haver diferenças na apresentação e gravidade da doença entre grupos étnicos distintos. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar e comparar a apresentação clínica das doenças inflamatórias intestinais em diferentes grupos étnicos. **Métodos:** Estudo aprovado pelo comitê

de ética, realizada revisão retrospectiva de banco de dados da mesma. Foram avaliados 5137 pacientes sendo 421 hispânicos. Destes pacientes 296 foram excluídos por informação incompleta. Foram avaliados 125 pacientes hispânicos, sendo 58 pacientes portadores de doença de Crohn (DC) e 67 pacientes portadores de retocolite ulcerativa (RCU). Para fins de comparação, foram incluídos 125 pacientes não hispânicos com o mesmo número de pacientes com DC e RCU pareados por sexo e diagnóstico. Resultados: Os sintomas foram comparados entre os grupos e os sintomas mais prevalentes, tanto nos pacientes com DC quanto nos pacientes com RCU, foram diarreia, dor abdominal e hemorragia digestiva baixa. Os hispânicos e os não hispânicos tiveram a mesma localização na DC. Os grupos também mostraram-se similares quanto à extensão da doença na RCU, sendo o íleo o mais acometido. O padrão da doença extra-intestinal foi semelhante entre hispânicos e não hispânicos nos pacientes com DC e RCU. Conclusão: Este estudo demonstra que a apresentação das doenças inflamatórias intestinais não difere, significativamente, entre hispânicos e não hispânicos tratados em um centro terciário.

Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Fábio Gontijo Rodrigues; Sami A. Chadi; Giovanna Da Silva; Steven D. Wexner; Ricardo Akiba; Cristina Varzoaba; Nicole Palekar;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO098 - Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal (DII) em um centro de referência brasileiro

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) representa um grupo de condições inflamatórias crônicas do trato gastrointestinal (TGI), de etiologia desconhecida e patogenia complexa, compreendida principalmente pela Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI). Objetivos: Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes com DII em um centro de referência brasileiro. Métodos: Foram incluídos 340 pacientes acompanhados de janeiro/2015 a dezembro/2015 em um ambulatório de Coloproctologia, com diagnóstico de DC ou RCUI previamente estabelecido. Dados demográficos, sexo e idade foram registrados a partir dos prontuários e de entrevistas com os pacientes. Resultados: Dos pacientes acompanhados, 167 (49,1%) tinham diagnóstico de DC. A idade variou de 03 a 78 anos (média: 42,17 anos \pm 15,46). Deste grupo, 72 pacientes (43,1%) são homens, com idade média de 39,78 \pm 16,91 anos (mínima: 03; máxima: 77); e 95 (56,9%) são mulheres com idade média de 43,98 \pm 14,09 anos (mínima: 12; máxima: 78). Os doentes com RCUI totalizaram 173, ou seja, 50,9% da população estudada, com idade entre 13 e 83 anos (média: 51,67 \pm 14,76). As mulheres também são a maioria neste grupo: 107 (61,8%), com idade média de 50,81 \pm 14,78 anos (mínima: 16; máxima: 83). Os homens correspondem a 38,2% (66 indivíduos) com idade média pouco maior: 52,80 \pm 14,76 anos (mínima: 13; máxima: 83). Conclusão: Cardozo et al relata que a DC apresenta pico de incidência entre os 20 e 30 anos de idade, enquanto a RCUI entre os 30 e 40 anos, com um questionável segundo pico mais tardio. Quanto ao gênero, a RCUI parece ser discretamente mais comum em homens (60%), enquanto a DC é de 29 a 30% mais frequente em mulheres. Poli D.D., em sua tese de mestrado (2007) estratificou 277 pacientes com diagnóstico estabelecido de DC que acompanhavam o Ambulatório de intestino do HC-FMUSP. A idade média dos pacientes era de 40,6 anos \pm 14,3 (mínima: 15; máxima: 85), sendo a maioria do sexo feminino (164 pacientes, 60%). Conclui-se que mais trabalhos regionais são necessários para que possamos contribuir com a epidemiologia brasileira.

Danilo José Munhóz Da Silva; Tamara Durci Mendes; Gustavo Lisboa De Braga; Ricardo Mendonça Costa Júnior; Alisson Teixeira Silva Martins; Rafael Andrade De Oliveira; João Gomes Netinho; Geni Satomi Cunrath;

HOSPITAL DE BASE - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PO099 - Perfuração de cólon relacionada à colonotomografia computadorizada em paciente com doença de Crohn

Introdução: Mais de um terço dos pacientes com doença de Crohn (DC) desenvolve estenose, sendo 15 a 25% destas localizadas no cólon. A colonotomografia computadorizada (CTC) é o exame atualmente recomendado nos casos de colonoscopia incompleta em consequência de obstrução colorretal. Relatamos um caso de perfuração de cólon em um paciente com DC estenosante submetido à CTC. **Relato de Caso:** Homem, branco, 31 anos, com DC desde os 12 anos de idade procurou atendimento eletivo com gastroenterologista em razão de diarreia. No passado havia feito uso de mesalazina, corticóide, azatioprina e infliximab, tendo suspenso o uso dos mesmos por conta própria. Negava manifestações extra-intestinais. Apresentava estenose de cólon descendente identificada em duas colonoscopias prévias e estenose do canal anal. Em 2012 havia recebido indicação de cirurgia para a estenose do cólon, a qual se negou submeter-se. À pedido do gastroenterologista submeteu-se à CTC para avaliação do cólon proximal à estenose. Durante a distensão manual do cólon queixou-se de discreta dor abdominal. A avaliação imediata das imagens demonstrou espessamento do canal anal, estenose do cólon descendente e ar livre intraperitoneal (fig. 1). Diante destes achados foi indicada laparotomia que demonstrou perfuração pontual do cólon descendente distal à estenose (fig. 2), sendo optado pela realização de colectomia esquerda com colostomia à Miculicz. Passados 3 meses da cirurgia o paciente encontra-se assintomático. **Discussão:** Embora considerado um exame menos invasivo e consequentemente associado a menor taxa de complicações do que a colonoscopia convencional, a CTC não é isenta do risco de perfuração colorretal. Laghi e col em uma meta-análise com 103.399 pacientes submetidos à CTC demonstraram taxa de perfuração colorretal de 0,04%, sendo o risco 19,2 vezes ($p = 0,001$) maior em indivíduos sintomáticos, como o descrito acima, do que nos assintomáticos que realizam CTC para rastreamento de câncer colorretal. A revisão da literatura indica maior risco de perfuração na presença de condições predisponentes, como a DC, e não demonstra diferença entre os métodos de distensão colônica manual com ar ou automático com CO₂. A maioria (68%) dos pacientes na meta-análise de Laghi foi tratada conservadoramente, diferentemente da conduta adotada no caso acima, no qual se optou pela cirurgia em razão da presença de DC em atividade em combinação com a existência de outra estenose distal - de canal anal - à perfuração.

Tiago Leal Ghezzi; Patrícia Cardoso Motta Lima; Greyce Berton; Belisa Gomes Muller; Gustavo Felipe Luersen; Caroline Lorenzoni Almeida Ghezzi;
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PO100 - Perfuração para peritônio livre na doença de Crohn

Introdução: A cirurgia de urgência em pacientes com doença inflamatória intestinal é uma condição que acarreta alta morbidade, porém com mortalidade decrescente. Dentre as complicações possíveis tem-se a colite tóxica, hemorragia maciça, abscessos e perfuração para peritônio livre. Esta última é uma condição rara com incidência estimada entre 01 e 03% dos pacientes com Doença de Crohn (DC), sendo mais rara na ausência do megacólon. **Objetivo:** Apresentar o caso de um paciente com DC com quadro de abdome agudo secundário a perfuração para peritônio livre. **Relato do Caso:** Paciente sexo masculino, 63 anos, em seguimento para DC há 13 anos, usando infliximabe. Apresentou queixa de diarreia com sangue e muco, astenia e febre. Encontrava-se com abdome flácido, indolor, sem descompressão brusca. Iniciado tratamento com corticosteroides, antibiótico e internação hospitalar. No oitavo dia de tratamento referiu retorno da diarreia com sangue, associada a dor abdominal, que melhorou com analgesia simples. Após dois dias, evoluiu com piora da dor. No exame físico apresentava taquicardia, dor abdominal, irritação peritoneal e descompressão brusca. TC evidenciou grande pneumoperitônio e espessamento na topografia do sigmoide.

Submetido à laparotomia exploradora, evidenciando-se peritonite purulenta, espessamento do sigmoide, presença de fibrina e duas áreas de perfuração para peritônio livre no sigmoide. Realizada colectomia total e ileostomia terminal. Apresentou complicações no pós-operatório como íleo prolongado, síndrome de realimentação, infecção de ferida operatória e coleção intra-abdominal. Tratada as complicações, recebeu alta no vigésimo sexto dia pós-operatório. Anatomia Patológica: colite crônica ulcerativa intensa e difusa, com áreas de estenose, peritonite leucocitária e perfuração. Está em seguimento ambulatorial e aguardando para reconstrução do trânsito. Discussão: A DC é caracterizada por uma inflamação transmural que acarreta fibroses e aderências para os órgãos adjacentes, limitando a ocorrência da perfuração para peritônio livre. A perfuração ocorre mais frequentemente em períodos de exacerbação da doença ou na presença da colite tóxica e/ou megacólon. A apresentação do pneumoperitônio ocorre em menos de 20% dos casos de perfuração. O tratamento inicial é a estabilização clínica seguida geralmente da abordagem cirúrgica. Conclusão: A perfuração para peritônio livre na DC é grave, mas apresenta baixa mortalidade, se identificada e tratada precocemente.

Lílian Vital Pinheiro; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Fábio Ramalho Tavares Marinho; Michel Gardere Camargo; Carlos Augusto Real Martinez; João José Fagundes; Cláudio Saddy Rodrigues Coy; Raquel Franco Leal;
UNICAMP

PO101 - Pioderma gangrenoso em retocolite ulcerativa: relato de caso e revisão da literatura

Introdução: O Pioderma Gangrenoso (PG) é uma manifestação dermatológica comum em doenças inflamatórias intestinais (DII). Está presente em cerca de 1 a 2% dos pacientes com DII. As lesões aparecem como única ou múltiplas pápulas ou pústulas, e não estão relacionadas com atividade da doença, entretanto, frequentemente são observadas em períodos de exacerbação de doença ou falha do tratamento. A patogênese do PG é incerto, porém freqüentemente envolve mediadores imunológicos comuns às DII. As lesões são responsivas quando se institui o tratamento anti-TNF e cerca de 50% dos pacientes que desenvolvem o PG tem alguma doença de acometimento sistêmico, mais comumente as DII e artropatias. As manifestações clínicas do PG são variáveis, e podem ser divididas em quatro subtipos principais: ulcerativa, bolhosa, pustulosa e vegetante. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) com manifestação cutânea. **Método:** Relato de caso e revisão da literatura. **Resultado:** Demonstra-se o caso de uma paciente jovem com diagnóstico de RCUI e PG com melhora após a introdução do anti-TNF. Do ponto de vista dermatológico, após quatro meses da terapia houve melhora completa das lesões. **Conclusão:** O PG atinge qualquer faixa etária, acometendo, preferencialmente, mulheres jovens, portadoras de formas graves de RCUI com acometimento difuso de todo o cólon. Pode surgir em qualquer parte do corpo, sendo descrito com maior freqüência nos membros inferiores, principalmente no terço inferior das pernas. O PG é uma manifestação comum na doença inflamatória intestinal, entretanto, a proporção dos pacientes que desenvolve este tipo de manifestação é pequeno.

Tamara Durci Mendes; Danilo José Munhóz Da Silva; Gustavo Lisbôa De Braga; Ricardo Mendonça Costa Junior; Rafael Andrade De Oliveira; Alisson Teixeira Silva Martins; João Gomes Netinho; Geni Satomi Cunrath;
FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO- FAMERP

PO102 - Reativação do vírus varicela-zoster pelo uso do adalimumabe

Introdução: Os Anticorpos monoclonais anti-TNFs são eficazes para a doença de Crohn moderada a grave. No entanto, ao bloquear o fator de necrose tumoral, promove ação

imunomoduladora e imunossupressora que pode levar a reativação de infecções latentes. O vírus varicela-zoster após a primo-infecção pode ficar latente por décadas e, posteriormente, se manifesta com herpes zoster. Relatamos o caso de um paciente que desenvolveu herpes zoster durante o uso de adalimumabe como tratamento para doença de Crohn. Relato do caso: G.D.B., 17 anos, masculino, com doença de Crohn desde oito anos de idade por acometimento perianal. Refere três internações recentes por atividade da doença, apresentando dor abdominal em cólica e retardo de crescimento. Submetido a cinco exames proctológicos prévios, sob anestesia. Fez uso de azatioprina (suspensa por pancreatite) e infliximabe (suspensa por choque anafilático). Atualmente com adalimumabe 40mg semanais, corticoide 30mg e Modulen. Exame de imagem com espessamento parietal ileocolônico e em colon ascendente. Indicada laparotomia por intratabilidade clínica e retardo de crescimento. No dia da internação para cirurgia, apresentou-se com lesões vesiculares pouco dolorosas em virilha esquerda, diagnosticado herpes zoster. Suspenso anti-TNF, iniciado tratamento com aciclovir com resolução das lesões em 14 dias. Discussão: O adalimumabe é um anticorpo monoclonal, que atua inibindo uma das principais citocinas pró-inflamatórias envolvidas na imunopatogênese da doença de Crohn. Porém o seu uso pode aumentar o risco de infecções bacterianas, virais ou fúngicas. A reativação do herpes zoster pelo anti-TNF, foi relatada e seu uso está associado com infecções graves pelo VVZ. Em 2009, o consenso Europeu do Crohn e colites, recomendou imunização para VVZ três semanas antes do início do tratamento com anti-TNF. Na vigência de infecção, o anti-TNF deve ser interrompido e instituído o tratamento correto precocemente pelo risco de disseminação da doença. Conclusão: O adalimumabe é um medicamento imunomodulador amplamente utilizado na doença de Crohn que pode propiciar desenvolvimento de infecções latentes. Quando identificado herpes zoster em pacientes sob terapia biológica, deve-se promover a interrupção na utilização do anti-TNF até que a infecção esteja controlada. Este relato alerta para a possibilidade da infecção pelo herpes zoster em vigência do uso de terapia biológica, que é uma situação de grande importância clínica. Lucas Rodrigues Boarini; Pietro Dadalto De Oliveira; Bruna Fernandes Dos Santos; Idblan Carvalho De Albuquerque; Galdino José Sitionio Formiga;
HOSPITAL HELIÓPOLIS

PO103 - A desarterialização hemorroidária transanal com anestesia local e sedação é factível?

Introdução: O tratamento da doença hemorroidária nunca foi tão inovado como nas últimas décadas. Em contrapartida, a hemorroidectomia sempre foi altamente convidativa para a realização de anestesia local a fim de reduzir custos. A desarterialização hemorroidária transanal foi descrita sob anestesia geral ou bloqueio espinal. Não há relatos de utilização de anestesia local com esta técnica porque se acredita que a dor visceral induzida pela ligadura cirúrgica e sutura, além do uso contínuo do anuscópio, inviabilizam o uso da anestesia local. **Objetivo:** Avaliar a segurança do uso da anestesia local com sedação na desarterialização hemorroidária transanal. **Método:** Relato de dois casos submetidos a desarterialização hemorroidária transanal, sob anestesia local e sedação. **Descrição da técnica e análise da segurança e resultados.** **Resultados:** Duas pacientes do gênero feminino (64 e 68 anos) apresentavam doença hemorroidária grau II e III, com queixas de hematoquezia, incômodo anal e prolapso. Hábito intestinal diário. Ex-tabagistas e múltiparas. As pacientes foram submetidas à indução anestésica (diazepam 5mg), posicionadas em litotomia e sedadas com midazolam (3-5mg) e petidina (50mg). Realizou-se bloqueio interesfincteriano (lidocaína 2% e bupivacaína 0,5%) seguido de desarterialização hemorroidária transanal com mucopexia em seis pontos, com duração de 55 e 80 minutos. Uma das pacientes fez um hematoma submucoso pequeno, sem expansão. As pacientes ficaram estáveis e confortáveis durante todo o procedimento. Ambas receberam alta no dia seguinte, com analgesia habitual. Apenas

uma apresentava queixa de tenesmo leve, sem sangramento nem dor. No sétimo pós-operatório (PO), ambas apresentavam incômodo leve pelo tenesmo constante. A paciente do hematoma submucoso fez equimose perianal. No 15º PO, o tenesmo era discreto e a equimose havia desaparecido. No 40º PO, estavam assintomáticas. Considerações Finais: A desarterialização hemorroidária transanal é factível de ser realizada com anestesia local e sedação visto que é segura e eficaz. Assim, esta nova tecnologia pode ser também incorporada aos serviços cujo protocolo de anestesia local é padrão.

Bruna Fernandes Dos Santos; Fernanda Bellotti Formiga; João Carlos Magi; Pietro Dadalto Oliveira; Lucas Rodrigues Boarini; Renata Bandini Vieira; Galdino José Sintonio Formiga;
HOSPITAL HELIOPOLIS

PO104 - Atualização de dados - macroligadura alta realizadas na clínica reis neto, campinas - sp

INTRODUÇÃO: A Macroligadura Alta é um procedimento minimamente invasivo utilizado para o tratamento da doença hemorroidária. **OBJETIVO:** A técnica cirúrgica visa à realização de uma macro ligadura, com mais tecido e conseqüentemente maior fibrose e fixação do estroma ligado, e também de uma ligadura alta, na origem o descenso mucoso, corrigindo o tecido prolapsado. **MÉTODO:** Utilizou-se um anuscópio mais largo e mais longo para melhor visualização do canal anal, bem como um dispositivo com maior diâmetro e maior capacidade de aspiração de mucosa. Anestesia local de 0,5 ml de lidocaína na camada submucosa, sendo realizada Macroligadura com aspiração da mucosa retal do mamilo interno acometido, aproximadamente 3 ou 4 cm acima da linha pectínea. Procedimento realizado com um aparelho aplicador de anéis de borracha por aspiração, confeccionado especialmente para esse tipo de procedimento. Incluídos pacientes com doença hemorroidária interna, sem doença hemorroidária externa, de qualquer idade ou sexo, com seguimento pós operatório de 24 meses. Tratados em caráter ambulatorial, 2.580 pacientes com doença hemorroidária graus II e III, preferencialmente abordando todas as áreas em uma única sessão. **RESULTADOS:** Não houve distinção quanto a sexo, faixa etária ou raça. O método apresentou baixa recidiva após seguimento clínico por dois anos, sendo maior nos pacientes com apenas uma área tratada. Os pacientes com recorrência foram tratados com uma nova sessão de Macroligadura. Após seguimento clínico por dois anos, foi evidenciado baixo índice de recidiva, sendo maior nos pacientes com apenas uma área tratada. Houveram baixos índices de complicações: sangramento (1,6%), dor com necessidade de medicação endovenosa (1,55%), edema perianal (1,47%), tenesmo (0,54%), retenção urinária (0,07%). Nenhum paciente apresentou sepse ou necessidade de internação hospitalar após o procedimento. **CONCLUSÃO:** A Macroligadura Elástica Alta representa uma técnica segura, efetiva, de baixo custo e baixo índice de recidiva, pouco ou nenhum desconforto durante ou após sua realização, além de apresentar baixo custo e fácil execução.

Regina Greilberger; Guilherme Zupo Teixeira; Antonio José Tibúrcio Alves Junior; Sergio Oliva Banci; Joaquim Simões Neto; Odorino H. Kagohara; José Alfredo Reis Junior; José Alfredo Reis Neto;

CLÍNICA REIS NETO

PO105 - Cirurgia de megacolon congênito e suas complicações: uma revisão de literatura

Cirurgia de megacolon congênito e suas complicações: uma revisão de literatura
Introdução: A Doença de Hirschprung (DH) ou megacolon congênito caracteriza-se pela ausência de células gangliônicas no plexo submucoso e mioentérico, em variadas porções do intestino. A ausência, no reto, dos gânglios nervosos de Auerbach e de Meissner estende-se em sentido proximal,

desde o ânus até distâncias variáveis dos cólons. O diagnóstico do megacólon congênito deve ser suspeitado em presença de quadro clínico compatível, como: atraso na eliminação de mecônio, constipação intestinal, distensão abdominal, obstrução intestinal, toque retal evidenciando espasmo retal, eliminação explosiva de fezes líquidas e gases. Mesmo apresentando sintomatologia característica, seu diagnóstico pode ser tardio, acarretando complicações como a enterocolite, baixo peso para idade, baixa estatura para idade, sepse e até morte. Método: Realizou-se uma revisão de literatura sobre análise das complicações da cirurgia de megacolon congênito na base de dados PubMed, com os descritores: "hirschsprung disease", "complications of congenital megacolon surgery" e "congenital megacolon surgery". Resultados: Seis estudos satisfizeram os critérios escolhidos. Utilizaram como base do estudo a análise do acompanhamento tardio dos pacientes com megacolon congênito, além da análise das complicações da cirurgia de megacolon congênito. Todos os estudos evidenciaram complicações frequentes devido à cirurgia de megacolon congênito, destacando-se a enterocolite, constipação e incontinência fecal. Conclusão: Com relação ao tratamento e às complicações da DH, a maioria dos casos estudados revelaram um mal prognóstico quanto à função intestinal, não estando relacionado à técnica cirúrgica utilizada. Enterocolite, constipação e incontinência fecal representam as principais complicações pós-operatórias. Distúrbios da motilidade intestinal, tais como urgência, dor e soiling também não são incomuns. O estudo caso a caso permitiu analisar uma alta frequência de pacientes que apresentaram soiling, enterocolite recorrente, obstrução intestinal, diarreia, constipação severa, distensão abdominal, desnutrição e/ou distúrbios psicológicos, estes últimos podendo ser significativos e frequentes 20 anos após a cirurgia definitiva e resultantes das experiências vividas em função da doença.

Paloma Passos Carvalho Bahia Sapucaia; Paula Lima Ferreira; Rodrigo Leonardo Passos Carvalho Bahia Sapucaia; José Raimundo Bahia Sapucaia Filho; Natalia Lemos Carvalho Senra; Aline Luttigards Santiago; Ingrid Campos Vieira; Luiz Antonio Batista Carneiro;
UNIVERSIDADE SALVADOR (UNIFACS)

PO106 - Disfunção tricompartmental do assoalho pélvico: relato de caso e revisão da literatura

Introdução: O assoalho pélvico é um conjunto de músculos responsáveis pela contenção dos órgãos pélvicos, que se dividem anatômica e funcionalmente nos compartimentos anterior, médio e posterior. Frequentemente a disfunção do assoalho pélvico acomete concomitantemente os órgãos urinários, sexuais e proctológicos, levando a necessidade de abordagem multidisciplinar. Nestes casos, o tratamento cirúrgico está indicado quando há falência das medidas conservadoras, como mudanças dietéticas e fisioterapia. Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com diagnóstico e tratamento para síndrome tricompartmental, seguido de discussão do tema com base na revisão de literatura. Resultado: paciente do sexo feminino, 55 anos, sem comorbidades, múltipara, com passado de perineoplastia. Apresentava prolapso retal desde a infância, quando foi submetida a abordagem cirúrgica por técnica não esclarecida. Há 7 anos evoluiu com recorrência do prolapso retal e surgimento de incontinência para flatos e fezes formadas. Exames complementares demonstraram disfunção severa do aparelho esfinteriano anal e descenso pélvico tricompartmental. Foi submetida à uterocolpofixação sacroespinhosa com tela e sacropromontofixação do reto videolaparoscópicas. Evoluiu com resolução do descenso tricompartmental e da incontinência fecal. Passou a apresentar obstipação, evoluindo com melhora após medidas dietéticas. Discussão: De acordo com a literatura, a via abdominal é favorecida quando há coexistência de defeitos abdominais, como no presente caso. A retopexia laparoscópica tem hoje papel central na correção cirúrgica do descenso pélvico posterior. Dados reportam que a sacropromontofixação do reto tem taxa de recorrência do

prolapso retal de 0-9%, promovendo melhora da incontinência (50-82%), com impacto variável na obstipação (melhora em 34-76% e piora em 11-17% dos casos). Em relação à fixação da cúpula vaginal e útero ao ligamento sacroespinoso, segundo a literatura, trata-se de técnica com baixo índice de complicações e bons resultados. O sucesso da cirurgia realizada no caso aqui exposto está em concordância com esses dados, que apontam para taxas de cura de 78-100%. Como complicação, a paciente apresenta obstipação, com taxas de ocorrência de 1,1%. Após revisão da literatura, podemos concluir que o manejo da síndrome tricompartmental do descenso pélvico depende da apresentação clínica predominante, condição do paciente e experiência do cirurgião, devendo, portanto, ser individualizado.

Mayara Maraux Braga; Larissa Andrade Da Costa; Lina Maria Goes De Codes; Isabela Dias Marques Da Cruz; Aline Landim Mano; Flávia De Castro Ribeiro Fidelis; Elias Luciano Quinto De Souza; Euler De Medeiros Azaro Filho;

HOSPITAL SÃO RAFAEL

PO107 - Doença de bowen perianal: relato e revisão da literatura

Introdução: O carcinoma de células escamosas in situ, denominado Doença de Bowen (DB), é uma neoplasia epitelial que não ultrapassa a membrana basal da epiderme. Sua incidência está relacionada com a exposição solar, ocorrendo mais no pescoço, tronco e extremidades, raramente acometendo a região perianal, como no caso a ser descrito. A DB perianal possui baixa incidência, sendo relatada na literatura em pouco mais de 200 casos. É uma doença predominantemente benigna, podendo evoluir em 5% dos casos para carcinoma epidermóide invasivo. Seu diagnóstico costuma ser tardio, com sintomatologia pobre, geralmente constituído de manifestações perianais como prurido, tumoração e sangramento, sendo confirmado através de análise histopatológica. O diagnóstico diferencial inclui melanoma, carcinoma de células basais e doença de Paget anal. Seu tratamento envolve tanto condutas minimamente invasivas (quimioterapia, terapia fotodinâmica e crioterapia) quanto cirúrgicas (exérese com margens amplas). O tratamento cirúrgico possui taxas de recidiva variando entre 16 e 31%, com sobrevida de 5 anos de 83,3%. **Objetivos:** Relatar um caso de DB perianal, sua investigação diagnóstica e tratamento. **Métodos:** Descrição e análise de caso de paciente com queixa de tumoração anal de crescimento progressivo, hematoquezia e prurido anal há cinco anos. Ao exame físico se evidenciou lesão hipercrômica elevada, bem delimitada, comprometendo cerca de 70% da região perianal. Após biópsia incisional a análise histopatológica diagnosticou carcinoma de células escamosas in situ, sem excluir invasão estromal. O tratamento consistiu em exérese cirúrgica da lesão com reaproximação dos bordos e cicatrização por segunda intenção. Teve ótima evolução pós-operatória com cicatrização completa da área. Dados obtidos pela análise dos prontuários e banco de registros fotográficos do Serviço. **Resultados:** Paciente segue em acompanhamento há três anos com o Serviço de Coloproctologia, sem apresentar recidiva da lesão ou complicações locais. **Conclusão:** O relato é uma condição rara de DB perianal, tratada com exérese cirúrgica e sem recidiva em um acompanhamento de três anos.

José Mauro Dos Santos; João Carlos Costa De Oliveira; Humberto Fenner Lyra Junior; Marlus Tavares Gerber; Gabriella Di Giunta Funchal; Mackerley Bleixuehl De Brito;

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PO108 - Relato de caso: Doença de Crohn

Introdução: A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal de etiologia multifatorial. Tem preferencialmente localização ileocólica, e predominância no sexo feminino entre a 2ª e 3ª década de vida. Manifestações extraintestinais atingem a pele, articulações, olhos, fígado e

trato urinário. O diagnóstico é feito através do exame clínico e dados endoscópicos, laboratoriais e anatomopatológicos. O tratamento baseia-se na evolução natural da doença, considerando o seu estágio no momento do diagnóstico. Objetivo: Relatar o caso de paciente com doença de Crohn, e aspectos que possibilitaram seu diagnóstico, abordagem das complicações, e tratamento. Método: Realizada entrevista com a paciente, revisão do prontuário, com análise dos métodos diagnósticos aos quais ela foi submetida. Resultado: N.R.M, sexo feminino, 21 anos, em acompanhamento ambulatorial com diagnóstico de Doença de Crohn há 6 anos, não responsiva ao tratamento clínico com imunossupressor e bloqueadores do fator de necrose tumoral (anti-TNF). O quadro teve início há 6 anos com diarreia aquosa, tratada como diarreia infecciosa. Durante a internação, por apresentar hematoquezia, foi iniciada corticoterapia, havendo melhora da sintomatologia. Realizou enema opaco que evidenciou sinais sugestivos de colite ulcerativa em toda a extensão do cólon associada a distensão do transverso. Apresentou quadro de abdome agudo hemorrágico, quando foi submetida à Laparotomia Exploradora que culminou em Apendicectomia por Apendicite necrosada. Evoluiu com deiscência de sutura no pós operatório, sendo reabordada e realizada enterectomia com ileostomia proximal direita. Iniciada terapia com esquema Step Up acelerado, sem resposta. A última intervenção ocorreu há 2 meses, quando a paciente foi internada com proposta de Proctectomia com bolsa ileal. Durante a abordagem cirúrgica foram observadas inúmeras aderências intestinais e cisto hemorrágico ovariano direito, que impossibilitaram a reconstrução do trânsito. Conclusão: O caso relatado traz à luz uma patologia intestinal de característica inflamatória crônica, bem como o desafio quanto ao estudo da etiopatogenia, diagnóstico e manejo da doença. A abordagem do caso permitiu melhor compreensão desta doença e a necessidade de estudos contínuos a fim de otimizar o diagnóstico e tratamento.

Kenzo Valentino Shimizu Frutuoso; Leonardo Marrone Pereira; Mônica Janine Gomes De Souza; Ágata Valentina Shimizu Frutuoso; Anna Carolina Franco; Renan Vicente Sohn; Jacqueline Jessica De Marchi; Mardem Machado De Souza;
CLINICA PRIVADA

PO109 - Tratamento Cirúrgico de Doença de Crohn Estenosante em Reto: Relato de Caso

Introdução: A Doença de Crohn (DC) pode manifestar-se por meio de fístulas, abscessos, perfurações e estenose da luz intestinal. O manejo da estenose por DC é desafiador, com alto índice de recorrência após tratamentos com dilatação, estenotomia e estricteroplastia, além de ter diagnóstico diferencial a neoplasia maligna. Objetivo: Relato de caso de tratamento cirúrgico em paciente com estenose de reto com refratariedade à terapêutica clínica. Relato de caso: MKT, masculino, 55 anos, portador de pancolite ulcerativa há 1 ano, refratária ao uso de corticoterapia combinada a azatioprina e dose escalonada de Infliximab e posteriormente Adalimumab. Evoluiu com estenose retal a 5cm da borda anal, além de úlcera infiltrativa circunferencial, em biópsias, estudo anatomopatológico afastou carcinoma, tuberculose ou citomegalovírus. Indicado tratamento cirúrgico devido a refratariedade clínica, foi submetido à retossigmoidectomia anterior baixa e anastomose coloanal com transversostomia de proteção. Apresentou boa evolução clínica, sem intercorrências. Estudo de peça cirúrgica descreveu colite crônica ulcerada com trajetos fistulosos inflamatórios transmuralis. Conclusão: Faz-se necessário a avaliação criteriosa das limitações do tratamento clínico em alguns pacientes, principalmente quando ocorrem complicações que evoluam com distorção da anatomia e perda de função do órgão.

Marcelo Protásio Dos Santos; Daniel Hortiz Carvalho Nobre Felipe; Pablo Benely Silva De Andrade; Fernando Bray Beraldo; Jose Carlos Aguiar Bonadia; Diego Yuji Ito; Arlem Perez; Helena Vecchia D'Elia;
CLINICA PRIVADA

PO110 - Úlcera de Marjolin em cicatriz de peritonostomia em um paciente com Doença de Crohn

Relato do caso Homem de 65 anos, portador de doença de Crohn, apresentou-se em sua consulta de seguimento com uma queixa de lesão nova na cicatriz cirúrgica de peritonostomia prévia (por abdome agudo perfurativo há 12 anos). Lesão essa de dois meses de evolução, inicialmente pequena (<1cm), nodular, fétida e com crescimento progressivo. À consulta, observou-se uma lesão ulcerada, bordos elevados, fundo deprimido e necrótico, de 4cm em seu maior diâmetro. A lesão foi biopsiada, e o resultado anatomopatológico revelou um "carcinoma epidermóide bem diferenciado" – o que configura uma úlcera de Marjolin. Ao estadiamento por tomografia, observou-se contato com cólon transversal em sua profundidade, e ausente acometimento linfonodal ou metastático. O paciente foi submetido a um tratamento cirúrgico multidisciplinar (coloproctologia e cirurgia plástica), com ressecção em bloco da cicatriz cirúrgica prévia em sua totalidade, englobando a úlcera de Marjolin e um segmento de cólon transversal aderido. A reconstrução foi feita com um retalho fasciomiocutâneo de m. reto do abdome. O paciente teve boa evolução pós cirúrgica e, quando do registro desse relato de caso, mantinha-se em boa evolução no seguimento ambulatorial. Revisão da literatura A úlcera de Marjolin é uma entidade rara, subdiagnosticada, decorrente da degeneração maligna de uma cicatriz / ferida crônica (sobretudo queimaduras e úlceras venosas crônicas). Tem uma latência de 11 a 75 anos para sua instalação, e comportamento clínico mais agressivo que os demais carcinomas epidermóides de pele. A suspeição clínica deve ocorrer ao surgimento de qualquer lesão nova ou alteração em cicatriz / ferida crônica, que não regride em 3 meses. O diagnóstico se dá por biópsia incisiva e estudo anatomopatológico da BORDA (diagnóstico do Marjolin) e CENTRO (diagnóstico diferencial) da lesão). O tratamento se dá por excisão local ampliada, com margens livres. Frequentemente é necessário uma equipe multidisciplinar, pela necessidade de amputação, enxertos e retalhos. Conclusão A Úlcera de Marjolin é uma entidade rara, para a qual o conhecimento da lesão é de suma importância, para a suspeição clínica e detecção precoce, visto que a doença tem comportamento mais agressivo, porém ainda assim é passível de cura.

Frederico Cantarino Cordeiro De Araujo; Lucas Soares Gerbasi; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Mariane Gouveia Monteiro De Camargo; Diego Fernandes Maia Soares; Rodrigo Ambar Pinto; Fabio Guilherme Caserta Maryssael Campos; Magaly Gemio Teixeira; Sergio C Nahas; Ivan Ceconello

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

PO111 - Doença hemorroidária: Cartografia dos processos de subjetivação no desenrolar do tratamento cirúrgico

Introdução: A doença hemorroidária (DH) aflige cerca de 4,4% da população mundial, sendo o distúrbio anal mais comum. O tratamento cirúrgico é utilizado para cerca de 5 a 10% dos casos em que os procedimentos conservadores não surtiram efeito. Nesse sentido, pouco se sabe a respeito da percepção e dos caminhos percorridos por quem é submetido à hemorroidectomia. Objetivo: Compreender a trajetória e a percepção de pacientes que se submeteram ao tratamento cirúrgico da DH. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que privilegiou a Cartografia como metodologia de análise dos dados, fundamentada na obra dos filósofos Deleuze e Guattari. É um método valioso para interpretar condições subjetivas e complexas, que propõem explicitar as verdades dos indivíduos. A pesquisa ocorreu no período de março a junho de 2015 em uma Policlínica e em um hospital público do município de Montes Claros-MG, por meio de entrevistas gravadas, transcritas na íntegra e organizadas no programa Atlas.ti, versão 6.0, onde foi possível a codificação dos temas abordados. O projeto foi aprovado pelo CEP/UNIMONTES parecer 911.381/2014.

Resultados e Discussão: Foram 12 os entrevistados, sendo 7 homens e 5 mulheres, com idade entre 25 a 58 anos. Evidenciou-se a existência de processos de subjetivação, demonstrando que os indivíduos apresentaram um pensamento transcendente, exemplificado pela sensação de um total autoconhecimento da doença, inclusive correlacionando-a com possíveis causas hereditárias, comportamentais e alimentares. Notou-se também, uma escalada pelos vários níveis de atenção à saúde, normatizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deixando transparecer em alguns momentos um pensamento molar, impedindo o surgimento de um acontecimento, reduzindo a potência e deixando de atingir um plano de imanência de completa resolução do problema. O surgimento de linhas duras, demonstradas pela demora em se conseguir um tratamento, em virtude do medo, da vergonha, da automedicação e da lentidão do SUS favoreceram o agravamento dos sintomas. Nesse contexto, a micropolítica surgiu como uma de linha de fuga, potencializando agenciamentos para que se conseguisse o acesso aos profissionais de saúde, e ao tratamento, atingindo um plano de imanência resultando na cura da doença. Conclusão: Houve entraves em todos os níveis do SUS que dificultaram o alcance ao tratamento cirúrgico, mas todos os pacientes se consideraram satisfeitos com a cirurgia e com o pós-operatório.

Magno Otávio Salgado De Freitas; Jaciara Aparecida Dias Santos; Cristina Andrade Sampaio;
UNIMONTES

PO112 - Fatores relacionados à recidiva e sintomas de incontinência anal em pacientes com tratamento cirúrgico de fístula perianal de origem criptoglandular.

Introdução: Fístula anorretal é definida como uma comunicação anormal entre dois tecidos epiteliais. São benignas, mas a condição pode influenciar negativamente a qualidade de vida. Objetivo e método: Estudo retrospectivo de 2011 a 2015 com 200 pacientes portadores de fístula de origem criptoglandular submetidos ao tratamento cirúrgico. Destes, 148 fizeram uso de sedenho e 48 fizeram fistulotomia. Foram avaliados o perfil epidemiológico, queixas pré e pós-operatórias, assim como tipo de cirurgia, sintomas de incontinência e recidiva. O nível de significância estatística foi de 95%. Resultados: Amostra constou de 132 homens e 68 mulheres. Verificou-se que 57% apresentavam passado de abscesso perianal e maior incidência no gênero feminino (0,001). A queixa pré-operatória mais frequentes foi secreção (82%), seguida de lesão perianal (73,5%). No intraoperatório a maior incidência foi de fístulas interesfincterianas. No pós-operatório de fistulotomia 50% tiveram queixas, as mais frequentes foram dor (25%), soiling (20%), uso de protetor (14%) e dificuldade de higienização (12%). Dos submetidos a fistulotomia com sedenho 75% relataram queixas pós-operatórias. Ocorreram perda do sedenho (32%), dor (25%), dificuldade de higienização (18%) e soiling (15%). Associou-se à recidiva as fístulas interesfincteriana, transesfincteriana e extra-esfincteriana. Quanto à incontinência, os sintomas foram transitórios e se associaram a abscesso prévio, número de gestações, cirurgia orifical prévia e localização transesfincteriana. Em relação à reoperação, dos pacientes submetidos a fistulotomia sem sedenho a taxa de recidiva foi de (8,3%). E no grupo com o uso de sedenho 14,5%, não se demonstrando diferença estatística entre as técnicas com relação à recidiva ($p= 0,33$); RR 0,61 (IC 0,24-1,5). Ao final do seguimento houve resolução global da fístula perianal em 184 (92%) pacientes. Discussão: Fístula anal é a fase crônica da infecção anorretal. A operação para correção da fístula anal tem por objetivo a sua cura juntamente com a preservação do mecanismo da continência. Até o momento, nenhuma é considerada como técnica de eleição devida suas taxas de recorrências e incontinência. Conclusão: Não houve diferença estatística entre as técnicas em relação à recidiva ou sintomas de incontinência anal no pós-operatório. Janaina Wercka; Isaac Jose Felipe Neto; Angelo Rossi Da Silva Cecchini; Eduardo Augusto Lopes; Alexander De Sa Rolim; Hugo Henrique Watte; Rogerio Lino De Souza Freitas; Laercio Robles;

HOSPITAL SANTA MARCELINA

PO113 - Fístula retovaginal : da colostomia ao avanço de retalho endorectal

Introdução: As fístulas retovaginais (FRV) constituem grande desafio para o cirurgião colorretal. Definidas como uma comunicação anormal entre o trato gastrointestinal baixo e a vagina, na maioria das vezes resultam de trauma obstétrico ou cirurgia ginecológica/perineal. Trauma, doença inflamatória intestinal, radioterapia e neoplasias estão entre causas menos comuns. As lesões em cirurgias ginecológico-perineais aparentam aumento de incidência nas últimas décadas. A clínica varia desde saída de fezes e gases pela vagina até ausência de sintomas, a depender do tamanho da lesão. Seu manejo é iminente cirúrgico, com diversas técnicas descritas em dependência da localização e preferência do cirurgião. Fundamental é o controle inicial da infecção pélvica para posterior tentativa de reparo. O avanço do retalho endorectal constitui a principal opção cirúrgica quando não há lesão do mecanismo esfinteriano. Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com FRV recorrente, secundária à cirurgia perineal, submetida a dois procedimentos cirúrgicos com diferentes abordagens para correção do trajeto. Métodos: Relato de caso, revisão de prontuário e de literatura. Obtido consentimento informado da paciente. Resultados: V.M., 44 anos, admitida na Emergência no 30º dia pós-operatório de perineoplastia posterior queixando-se de saída de conteúdo fecalóide via vaginal. Ao exame especular, visualizou-se pequena comunicação retovaginal com fezes, 5cm proximal ao intróito vaginal associada a processo inflamatório, sendo indicada a sigmoidostomia em alça. No 7º mês de seguimento houve aparente cicatrização completa da FRV e realizou-se a enteroanastomose. Na semana seguinte ocorreu recidiva exigindo nova sigmoidostomia. Dois meses após foi realizado avanço de retalho retal e mantida colostomia, com completa cicatrização da fístula. Realizada reconstrução do trânsito intestinal sem intercorrências. Conclusões: A aparente cicatrização da fístula após realização de colostomia não significou resolução efetiva da patologia, sendo obtido sucesso no tratamento somente após a realização do avanço de retalho endorectal. André Pereira Westphalen; Annata Teixeira Della Costa; Mariana Juliato Becker; Tiago Lucietto Krielow; Allan César Faria Araújo; Fernando Antonio Campelo Spencer-Netto; Geanine Baggio Fracaro; Frederico Haruo Adatihara Filh ;

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

PO114 - Hemangioma Colorretal como diagnóstico diferencial de sangramento anal indolor

Introdução: O Hemangioma Colorretal é uma das mais raras causas de Hemorragia digestiva, sendo muitas vezes negligenciada e confundida no diagnóstico diferencial, o que leva a taxas de mortalidade superiores a 40%. O tratamento de escolha dessa patologia é cirúrgico, sendo o sangramento intraoperatório a principal complicação dessa terapêutica. Objetivos: Relatar o caso de um paciente de 25 anos, que apresentava sangramento desde os 13 anos, sendo diagnosticado com Hemangioma Colorretal e tratado cirurgicamente com ressecção do segmento afetado e síntese de ferida por segunda intenção, evoluindo bem no pós-operatório. Métodos: Estudo transversal descritivo não controlado do tipo relato de caso. Os aspectos éticos foram abordados de acordo com Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resultados: Paciente 25 anos, masculino, foi admitido no serviço de coloproctologia do Hospital São Raimundo em Fortaleza-CE, com queixa principal de "sangramento pelo ânus desde os 13 anos" sic. Paciente refere que tal sangramento acontece com e sem relação a evacuação e que vem se tornando mais intenso e frequente por vezes causando instabilidade hemodinâmica, o que já levou-o a passar por hemotransfusão. Ao exame físico, palidez cutâneo-mucosa (++)/4+, eupnéico, abdome indolor à palpação, na inspeção da região perianal presença de

mancha arroxeadada de pele perianal entre 4 e 7 h, ao toque retal pele perianal de consistência esponjosa entre 4 e 7 h. Exames trazidos pelo paciente à primeira consulta indicavam anemia. Paciente já havia realizado: endoscopia digestiva alta, colonoscopia, trânsito intestinal, cápsula endoscópica e tomografia computadorizada do abdome, estando todos normais. Foi solicitado Angiorressonância pélvica, a qual foi sugestiva de Hemangioma. O paciente foi internado 15 dias após sua admissão, passou por hemotransfusão para a correção da anemia e foi submetido a cirurgia. Assim, foi realizada ressecção do Hemangioma, que se encontrava em região perianal e canal anal, e optou-se pela síntese da ferida cirúrgica por segunda intenção. O paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, tendo alta hospitalar em 48 horas. O exame histopatológico da peça cirúrgica confirmou hemangioma. A ferida cirúrgica foi totalmente cicatrizada no 137º dia pós-operatório. Conclusões: Conclui-se a importância do diagnóstico precoce do hemangioma colorretal por ser um tumor benigno pouco frequente, para um melhor prognóstico do paciente.

José Ney Primo Feitosa; Aduino Capistrano Abreu Da Ponte; Walter Batista De Santana Neto; Carlos Magno Queiroz Da Cunha; Giovanni Troiani Neto; André Cavalcante Brasil; José Everardo Silveira Neto;

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)

PO115 - Hemorroidectomia com THD - resultados de 3 anos

Introdução: A doença hemorroidária é bastante frequente cursando muitas vezes com sangramento e inflamações recorrentes. O tratamento cirúrgico é indicado para as hemorroidas maiores (graus III e IV). Existem várias técnicas cirúrgicas; a dearterialização (THD) tem sido proposta como uma boa opção com resolutividade e menor dor no pós-operatório. O objetivo deste trabalho foi avaliar os resultados dos pacientes submetidos a esta técnica.

Casuística e métodos: De dezembro de 2013 a julho de 2016; 46 pacientes acompanhados no Instituto Nova Campinas (INC) foram submetidos a técnica de THD para correção da doença hemorroidária; 25 pacientes do sexo feminino, com idade média de 44 anos (22 a 65 anos). Quanto ao grau da doença hemorroidária; 89% (41 pacientes) apresentavam hemorroidas graus III ou IV e 4 apresentavam prolapso grande associado e 2 pacientes com anemia recorrente. Todos realizaram avaliação pré-operatória e foram submetidos a procedimento ambulatorial. As cirurgias foram realizadas no INC em sua maioria e 4 pacientes no Hospital Vera Cruz. Todos foram submetidos a raquianestesia e bloqueio pudendo com ropivacaína 7,5%. A técnica de THD foi realizada com ligadura dos mamilos hemorroidários com fio de poliglactina 2.0 após identificação com US doppler. Foram utilizados materiais de 2 laboratórios diferentes sem interferência no método. Todos os pacientes receberam alta no mesmo dia e foram orientados a usar um analgésico, um anti-inflamatório e um opióide além de medicações para auxiliar no funcionamento intestinal. A dor pós-operatória foi avaliada através de uma escala de 0 a 3 de acordo com a necessidade de uso da medicação; dor 0 os pacientes que não utilizaram o opióide, dor 1 utilizaram na primeira semana e dor 2 os que utilizaram por mais de uma semana. **Resultados:** 21 pacientes apresentaram dor 0, 16 pacientes apresentaram dor 1 e 9 pacientes dor 2. Relataram sensação de peso, urgência evacuatória e aumento da frequência nos primeiros dias após a cirurgia. 11 pacientes permaneceram com plicomas, 1 paciente apresentou 1 papila hipertrófica com necessidade de ressecção e 1 granuloma em local de sutura. Complicações mais graves; 1 paciente apresentou sangramento com queda de 4 pontos de hemoglobina 3 semanas após o procedimento, 1 paciente evoluiu com uma fístula simples e 1 paciente com recidiva parcial de prolapso sendo re-operado. **Conclusão:** A técnica de THD apresenta bons resultados com índices aceitáveis de dor e poucas complicações.

Ana Paula Paiva Moreira; Alcindo Cortelazzi Jr; Isabela Paiva Lara; Márcia Alencar Lins Gonçalves; Olinda Xavier Lopes;

PO116 - Hidradenite supurativa: relato de caso

A hidradenite supurativa (HS) é definida como uma doença crônica, supurativa, que compromete os ductos das glândulas sudoríparas apócrinas e mistas, causando inflamação. Tipicamente, os sintomas iniciam-se após a puberdade e os 40 anos, sendo mais comum em mulheres do que em homens, com proporção de 3,6:1. O quadro clínico cursa com lesões profundas e inflamatórias nas regiões corpóreas que possuem glândulas apócrinas, sendo mais comum nas regiões anorretal, axilares, inframamárias, inguinal, perineal. Como a doença é recorrente, a cronificação forma cordões e placas fibrosas, trajetos fistulosos e seios que drenam material purulento e fétido, ocasionalmente com sangue. Em relação ao tratamento das lesões em fase aguda ou em fase crônica, porém limitadas, existe pouca discordância. As controvérsias surgem na terapêutica das lesões crônicas extensas. O manejo adequado desses pacientes mostra-se necessário devido às diversas alterações psicológicas a que os pacientes estão submetidos e ao caráter crônico da HS. Dessa forma, preconiza-se que o tratamento aborde três frentes: redução da progressão e extensão das lesões existentes e prevenção de novas lesões; remoção de pontes; redução da formação de cicatrizes. O tratamento conservador é ineficaz nas formas mais exuberantes com lesões crônicas extensas, sendo necessária a realização de tratamento cirúrgico, que possibilita a cura da doença. É indicada a ressecção radical, e a cicatrização se processa por fechamento primário, segunda intenção, por enxerto ou rotação de retalho. Relato do caso: Paciente do sexo masculino 17 anos, com história de cisto pilonidal desde a infância com tratamento com cirurgia pediátrica, tendo passado por abordagem cirúrgica previamente de drenagem de abscessos, veio encaminhado para o ambulatório de coloproctologia com suspeita de fístula perianal, exame físico, porém compatível com HS perianal, perineal até raiz de coxa. Sendo optado por tratamento cirúrgico, com ressecção em bloco extensa das lesões, cicatrização por segunda intenção com 20 sessões de câmara hiperbárica. Realizou segunda cirurgia complementar em região inguinal 6 meses após, com cicatrização completa do processo. Em uso de droga de manutenção, isotretinoína em conjunto com dermatologia para controle da progressão da doença com bom controle clínico. A HS é um diagnóstico diferencial importante de patologias perianais, seu diagnóstico preciso pode levar ao tratamento correto e melhor qualidade de vida do paciente.

Lorena Willers Coutinho; Paula Mendonça Taglietti; Maristela Gomes De Almeida; Thiago Agostini Braga; Thiago Ibiapina Alves; Antonio Carlos Baraviera; Adriano Gonçalves Ruggero;
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

PO117 - Hidradenoma papilífero perianal - relato de caso

Introdução: O Hidradenoma Papilífero é um tumor benigno raro de glândulas sudoríparas apócrinas que ocorre quase exclusivamente em mulheres na região anogenital. A lesão geralmente surge como um nódulo solitário, firme, móvel, bem delimitado, recoberto por pele normal e alcança cerca de 2 cm de diâmetro. Na maioria dos casos, o tumor é assintomático, mas pode se manifestar com prurido, dor ou sangramento, principalmente se houver ulceração. Objetivos: relatar, através de caso clínico, uma lesão anal incomum, que devido às características e manifestações semelhantes a outras patologias, deve ser lembrada pelo Coloproctologista como possível diagnóstico diferencial. Métodos: Revisão de prontuário médico e da análise anatomopatológica, associados à revisão da literatura. Resultados: Paciente feminina, 49 anos, branca, vem à consulta em serviço de Coloproctologia encaminhada da rede básica de saúde devido a nódulo perianal que surgiu há cerca de um

ano. Quando se tornou perceptível, a lesão media cerca de um centímetro, era dolorosa ao toque durante a higiene local e eventualmente pruriginosa, permanecendo assintomática no restante do tempo. Paciente obesa, previamente hipertensa e diabética com história de constipação crônica e artrose de joelho. Não apresentou alterações do hábito intestinal ou sangramentos em região anal após o surgimento da lesão; algumas vezes evidenciou muco nas fezes. Ao exame clínico, a lesão era nodular, endurecida, levemente hiperemiada, em quadrante anterior direito da margem anal. Anuscopia e toque retal não apresentaram alterações. Foi realizada exérese da lesão com eletrocautério após aplicação de anestesia local e encaminhada para análise anatomopatológica. À macroscopia, observou-se presença de fragmento arredondado de pele com coloração pardo-clara a violácea, medindo 1,4 x 1,3 x 0,7 cm; na periferia, ulceração distando menos de 0,1 cm da margem mais próxima. À microscopia, margens cirúrgicas comprometidas. Achados histopatológicos compatíveis com Hidradenoma Papilífero. Paciente apresentou boa recuperação, cicatrização adequada, apenas com queixas de dor local leve no período pós operatório. Prosseguiu seguimento ambulatorial com retorno semestral. Conclusões: O diagnóstico do HP é dado pelo exame histopatológico. Assim, a excisão cirúrgica é necessária para sua identificação e cura, não havendo relatos de recorrência. Deve ser lembrado como diagnóstico diferencial de outras patologias perianais. Sílvia Cougo Madruga; Arno Iajur Britz; Hermínio Oscar Barbosa Duarte; Luciano Copetti Trevisan; Rudimar Issler Meurer; Greyci Kelly Kluge; Caroline Maria Dahmer; Camila Guerresi Trevisan;

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

PO118 - Infestação por Miíase: um desafio no manejo da doença hemorroidária

Introdução: a miíase é uma afecção causada por larvas de moscas em órgãos ou tecidos do homem ou outros animais, sendo que a localização mais frequente de acometimento é a pele. O tratamento é baseado na remoção mecânica de larvas e desbridamento cirúrgico das áreas acometidas com tecido inviável ou necrótico. O objetivo deste pôster é descrição do caso de um paciente com doença hemorroidária associada à infestação importante por miíase, discutindo incidência, sintomatologia e tratamento. Relato do caso: E.A.M, sexo masculino, 34 anos, morador de rua, sem saneamento básico. Ao exame proctológico: hemorroidas com áreas cavitárias e necrose, secreção purulenta e grande quantidade de larvas de miíase. Realizou-se retirada mecânica das larvas com posterior debridamento cirúrgico e hemorroidectomia aberta. Conclusões: O acometimento da miíase retal em hemorroidas é raro, deve ser prontamente diagnosticado e tratado. O exame proctológico é fundamental para este fim. Salienta-se necessidade contínua da educação em saúde, além da importância de hábitos de higiene.

Débora Santos Bueno; Patricia Zacharias; Diogo Araujo Ribeiro; Juliana Gonçalves Rocha; Paulo Gustavo Kotze;

PUCPR

PO119 - Lesão intraepitelial anal: um relato de caso.

INTRODUÇÃO: Considerada lesão precursora de carcinoma anal, a NIA deve ter seguimento ambulatorial rigoroso. O tratamento para esse tipo de patologia continua controverso.

OBJETIVO: Apresentação de relato de caso de NIA grau I (baixo grau) associado a condiloma acuminado em paciente masculino, 51 anos, homossexual praticamente de atividade sexual anal desprotegida, sem imunodeficiência conhecida, com história de sífilis primária tratada. Sorologias para Hepatites e HIV negativas. MÉTODO: Relato e revisão da literatura de um caso de lesão intraepitelial anal. RESULTADOS: Relato de caso do ambulatório de Coloproctologia do

Complexo Hospitalar Edivaldo Orsi em Campinas-SP. JCM, 51 anos, masculino, pardo, procedente de Campinas-SP, atendido em ambulatório de coloproctologia do Complexo Hospitalar Edivaldo Orsi com queixa de dor e lesão anal há 2 meses. Relata relação homossexual anal desprotegida. Realizada biópsia incisional, constando NIA grau I. Sorologias negativas. Paciente em tratamento ambulatorial com podofilina, com redução em torno de 20% da lesão. Submetido a exérese de lesão e seguimento ambulatorial. **CONCLUSÕES:** Parece plausível o tratamento clínico com agentes abrasivos como Podofilina e Ácido Tricloroacético, seguida de ressecção e eletrofulguração em caso de insucesso terapêutico em 4 semanas. O tratamento dessas lesões deve ser rígido e agressivo, visando reduzir riscos de desenvolvimento de carcinomas avançados. O perfil sorológico para DST's deve ser investigado à fundo e as orientações sexuais devem ser claras e concisas.

Bruna Zini De Paula Freitas; Luiza Maria Pilau Fucilini; Roberto Latuf Zanaga; Bruno Oliveira Araujo Sousa;

COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE

PO120 - Papel da terapia multimodal na Gangrena de Fournier perianal

INTRODUÇÃO: A Gangrena de Fournier (GF) é uma infecção necrotizante grave, de etiologia polimicrobiana, rapidamente progressiva, que pode afetar as regiões genital, perianal e parede abdominal. Os fatores predisponentes incluem: diabetes, doenças crônicas, imunossupressão, desnutrição, obesidade e alcoolismo. Alguns casos podem se originar de doenças anorretais e traumatismos da região perianal. **OBJETIVO:** relatar um caso de GF perianal causado por trauma do canal anal durante um enteroclisma, em um paciente transplantado renal, tratado satisfatoriamente através da intervenção cirúrgica precoce associada à antibioticoterapia de amplo espectro e Oxigenoterapia Hiperbárica (OTH). **RELATO DO CASO:** homem, 59 anos, portador de HAS e doença renal crônica dialítica. Foi submetido a um transplante renal e estava em uso de micofenolato de mofetila, tacrolimus e prednisona. No 12º dia pós-operatório foi submetido a um enteroclisma por dificuldade de evacuação fecal, sem intercorrências. Cinco dias após o procedimento, foi observado celulite perianal. Não houve resposta à antibioticoterapia inicial e o quadro foi agravado pelo desenvolvimento de uma GF perianal após 48 horas de manejo clínico. Optou-se pelo desbridamento cirúrgico dos tecidos desvitalizados e derivação do trânsito intestinal. O fechamento do defeito perineal foi feito por segunda intenção com auxílio de 20 sessões de OTH adjuvante. Após 12 semanas da cirurgia, o períneo estava completamente cicatrizado e, como não havia comprometimento do aparelho esfinteriano, optou-se pela reconstituição do trânsito intestinal. **DISCUSSÃO:** O tratamento da GF inclui: estabilização hemodinâmica, antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento radical, que deve ser realizado precocemente e pode ser repetido de acordo com a avaliação clínica seriada. Estudos mais recentes demonstraram uma redução de cerca de 50% na mortalidade da doença com a abordagem multimodal precoce, incluindo a OTH. No caso apresentado, o diagnóstico precoce associado à abordagem multimodal foram fundamentais para o sucesso terapêutico.

Lucas Maradei Carneiro De Rezende; Marley Ribeiro Feitosa; Rafael Costa Jomah; Roberta Denise Alkmin Lopes De Lima; Barbara Bianca Linhares Mota; Paulo Henrique Pisi; José Joaquim Ribeiro Da Rocha; Omar Féres;

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO121 - Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de fissura anal aguda ou fístula anal em um centro de referência paulista

Introdução: A fissura anal aguda é uma condição anorretal benigna comum. Consiste em uma solução de continuidade longitudinal no canal anal distal. A fístula anorretal é outra patologia, consequência da manifestação crônica de um abscesso anal mal resolvido: quando drenado, uma faixa de epitélio anormal forma-se comunicando o abscesso a pele. **Objetivos:** Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de fissura anal aguda ou fístula anal em um centro de referência brasileiro. **Métodos:** Estudo retrospectivo, baseado no registro de informações (sexo e idade) contidas nos prontuários informatizados dos pacientes que frequentaram um ambulatório de coloproctologia de um hospital terciário paulista, de janeiro a dezembro/2015. Os pacientes foram selecionados a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da primeira consulta. **Resultados:** De todos os pacientes atendidos em 2015, 57 procuraram o serviço por fissura anal aguda. A idade média foi de $41,72 \pm 15,15$ anos (mínima: 17; máxima: 73). Destes, 28 (49,1%) eram homens com idade entre 17 e 73 anos (média: $42,36 \pm 14,73$ anos); e 29 (50,9%) eram mulheres com idade média de $41,10 \pm 15,81$ anos (mínima: 16; máxima: 70). Os doentes atendidos por fístula anal totalizaram 103, com idade média de $47,44 \pm 16,19$ anos. Os homens representaram 73,80%, com idade variando de 20 a 76 anos (média: $47,84 \pm 16,47$ anos). As mulheres significaram 26,2% (27), com idade média de $46,30 \pm 16,64$ anos (mínima: 18; máxima: 77). **Conclusão:** A verdadeira prevalência de fissuras e fístulas anais é desconhecida, já que o desconforto anorretal é vezes atribuído a doença hemorróida sintomática. Não temos dados brasileiros sobre incidência e prevalência destas patologias. Estima-se que 235.000 novos casos de fissura anal ocorrem todos os anos nos Estados Unidos. A incidência internacional de fístula anal é 26-38%; a idade média para a apresentação é de 40 anos (variação de 20 a 60) e os homens adultos são duas vezes mais propensos ao desenvolvimento. Neste estudo conclui-se que o serviço está de acordo com a literatura internacional e quemais trabalhos brasileiros são necessários para que a estatística brasileira possa ser definida.

Danilo José Munhóz Da Silva; Tamara Durci Mendes; Gustavo Lisboa De Braga; Ricardo Mendonça Costa Junior; Rafael Andrade De Oliveira; Alisson Teixeira Silva Martins; João Gomes Netinho; Geni Satomi Cunrath;
HOSPITAL DE BASE - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PO122 - Pólipo cloacogênico: uma causa rara de hematoquezia.

INTRODUÇÃO: Pólipos cloacogênicos são lesões inflamatórias raras que ocorrem na zona de transição anorretal e reto baixo, podendo simular câncer. Os sintomas mais comuns são hematoquezia, tenesmo e alteração do hábito intestinal. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 14 anos, apresentando hematoquezia e prolapso às defecações com três anos de duração. Exame proctológico: lesões vegetantes e friáveis no canal anal, reto baixo e médio. **Colonoscopia:** duas lesões vegetantes, sendo uma no reto médio e outra no reto baixo. **RNM:** confirmação das lesões e acometimento da camada muscular. **Histopatologia:** tecido inflamatório. Submetido à Microcirurgia Endoscópica Transanal (TEM) com ressecção de lesão em reto baixo para obtenção de material para estudo histopatológico, que evidenciou pólipo cloacogênico inflamatório com lagos de mucina. Optado por ressecção da lesão remanescente por dissecação de submucosa. Devido à dificuldade de obtenção do material endoscópico, houve intervalo de seis meses entre o TEM e o procedimento proposto. Durante a colonoscopia pré-operatória observou-se redução da lesão, restando somente pólipo de aproximadamente 5mm, sendo realizada polipectomia. **Histopatologia:** pólipo cloacogênico. **DISCUSSÃO:** Pólipo Cloacogênico parece relacionado com prolapso crônico da mucosa retal e síndrome da úlcera retal solitária. Representam processo de regeneração inespecífico, podendo ser confundidos com câncer anorretal. Prevalece no sexo feminino, entre a 4ª e 6ª

décadas e é raro em crianças. Os achados endoscópicos podem ser de pólipos no reto baixo, mais comumente sésseis. O tratamento conservador inicial é recomendado, com TEM considerada quando não houver controle adequado dos sintomas ou suspeita de neoplasia, como no caso relatado. Pode ocorrer recorrência da lesão, desenvolvimento de CCE, intussuscepção e prolapso retal, síndrome do descenso perineal e incontinência fecal. No presente caso, foi observada redução significativa da lesão durante o acompanhamento. **CONCLUSÃO:** Pólipos cloacogênicos são lesões a serem consideradas no diagnóstico diferencial de lesões polipóides anorretais. Tratamento conservador inicial e ressecção da lesão, quando necessária, parece ser o tratamento de escolha. Deve-se manter vigilância em virtude da possibilidade de recorrência e degeneração maligna.

Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Matheus Mmmde Meyer; Raíssa Amélia Silva Reis; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Patrícia Costa Sant'Anna; Áurea Cássia Gualberto Braga; David De Lanna;

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO123 - Relato de caso e revisao de literatura de liquen escleroso acometendo regio anogenital

INTRODUÇÃO: O líquen escleroso acomete principalmente mulheres e é considerada rara, sendo estimada em 1:300 a 1:1.000 mulheres. A verdadeira prevalência é desconhecida, principalmente pelo fato de a doença ser seguida e tratada por diversas especialidades. **OBJETIVO:** Descrição de caso de líquen escleroso. **MÉTODO:** Relato e revisão de literatura de caso de líquen escleroso em região genital. **RESULTADOS:** Feminino, 50 anos, chega ao ambulatório do Complexo Hospitalar Ouro Verde (Campinas – SP) queixando-se de prurido anal, dor perianal, leve incontinência urinária e dificuldade na relação sexual. Já havia realizado vários tratamentos tópicos a base de corticoide e xilocaína, sem seguimento correto e sem melhora. Ao exame físico observou-se lesão acometendo toda vagina com áreas de despigmentação e hiperqueratose estendendo-se até a região anal. Optou-se por suspender o tratamento tópico, suspender uso de papel higiênico, usar sabão neutro para a higiene e realizar biópsia local, que confirmou o diagnóstico de líquen escleroso. Foi conduzido com uso de beclometasona 0,4% com melhora clínica importante, e acompanhamento ambulatorial periodicamente. **CONCLUSÕES:** A etiopatogenia desta doença é desconhecida, estudos sugerem envolvimento de agentes infecciosos, como o HPV, e mecanismos autoimunes. É uma doença sem cura, porém é tratável. O objetivo do tratamento é principalmente o alívio dos sintomas, prevenir as deformações anatómicas (sendo-as irreversíveis) e, teoricamente, a transformação maligna. O padrão atual é o tratamento com corticoides tópicos de elevada potência. Relatamos um raro caso de líquen escleroso acometendo região anogenital em quase toda sua extensão em acompanhamento em nosso ambulatório.

Bruna Zini De Paula Freitas; Luiza Maria Pilau Fucilini; Bruno Oliveira Araujo Sousa; Gustavo Seva Pereira; Eduardo Varela Gewehr;

COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE

PO124 - Relato de Caso: Cisto de Tail gut

O Tailgut Cyst é um remanescente embriológico do intestino posterior. Relato do caso: Paciente A.V.R feminino, 29 anos com lombalgia, alteração do habito intestinal e massa retrorretal. Constipação alternada com quadros diarreicos. Exames de imagem evidenciando cisto retrorretal comprimindo o sacro. Caracterizamos a paciente como portadora de cisto de Tailgut **Discussão:** O tailgut cyst é um remanescente embriológico do intestino posterior, mais comum em mulher adulto jovem (75-90%). A maioria dos pacientes é assintomática, mas

podem apresentar sintomas anorretais, perineais e sacrais. Exames de imagem são úteis para a definição diagnóstica e programação cirúrgica. A excisão cirúrgica completa é recomendada devido ao risco de recorrência, degeneração maligna e infecção crônica, mesmo em pacientes assintomáticos.

Jorge Henrique Reina Neto; Jorge Henrique Reina; Renata Cristiane Reina; Carolina Eliane Reina; Carlos Renato De Oliveira Prado; Carlos Fernando Reina;
INSTITUTO JORGE REINA

PO125 - Relato de Caso: Doença de Paget extramamária

Introdução: A doença de Paget (DP), descrita pela primeira vez em 1889 como um adenocarcinoma raro que ocorre por proliferação intraepitelial de celular apócrinas da camada basal da epiderme. Dividida em dois grupos, mamária e extramamária, usualmente encontradas lesões em áreas com alta densidade de glândulas: região perianal, vulva, ânus e axila, envolvendo a epiderme e mais raramente a derme. Descrita sua forma perianal somente em 1893 por Drier e Couillaud. **Objetivo:** Relatar caso de paciente portador de Paget extramamário perianal **Relato de Caso:** Homem, 69 anos, queixa de aparecimento de lesões perianais 3 anos antes, com prurido e diminuição do calibre das fezes. Inspeção anal com lesão hiperemiada perianal, circunferencial, de cerca de 6 cm de diâmetro, eritematosa, estenose anal com passagem de uma polpa digital ao toque retal. Inicialmente aventados diagnósticos de doença inflamatória intestinal, lesão por HPV e carcinoma espinocelular. Realizada biopsia da região acometida, cujo exame anatomopatológico demonstrou lesão ceratótica atípica com células Balonizadas (piagetóides), sugerida imunohistoquímica para elucidação diagnóstica, de laudo corroborando doença de Paget extramamária (DPEM). A opção de tratamento proposta foi o uso de antineoplásico tópico (Imiquimod 5%) e derivação intestinal com a confecção de sigmoidostomia em dupla boca por acesso videolaparoscópico. Realizou o tratamento por 4 semanas, no intercurso apresentou queixas inespecíficas como, astenia, dispnéia, mas sem efeitos colaterais limitantes para o uso, com resposta significativa, importante redução da lesão. **Discussão:** A doença de Paget extramamária é mais comum nas mulheres brancas, menopausadas, idosas e de origem europeia. O quadro clínico é composto por sintomas inespecíficos como prurido, dor, queimação e sangramento. As opções de tratamento são: cirurgia, Imiquimod 5% creme tópico, cirurgia micrográfica de Mohs e radioterapia. Existe uma falta de experiência quanto ao manejo dessas lesões com o uso do Imiquimod, que atua induzindo interferons e outras citoquinas no sítio aplicado, ativa células de Langerhans e melhora a resposta imunológica natural, resultando em uma resposta imune específica durante o tratamento, o que faria com que fosse menos provável o retorno das lesões quando descontinuado. **Conclusão:** O uso do Imiquimod no tratamento da DPEM perianal teve bom resultado, evitando tratamento cirúrgico mórbido para o paciente como a amputação de reto. Denise Graffitti D'Ávila; Adrieli Heloisa Campardo Pansani; Vitor Rafael Pastro; Danielle De Campos Peseto; Daniel De Castilho; Danilo Toshio Kanno; Carlos Augusto Real Martinez; Roberta Lais Dos Santos Mendonça Matos;
HOSPITAL UNIVERSITARIO SÃO FRANCISCO

PO126 - Relato de Caso: Ingestão de Corpo Estranho com Impactação no Reto Distal

Introdução: A ingestão de corpo estranho (CE) pode ter caráter acidental ou voluntário. Exemplo de corpo estranho, como no caso apresentado, são os palitos de dente, objeto doméstico comum que quando ingerido inadvertidamente, pode ocasionar graves lesões. **Objetivo:** Relatar caso de ingestão de CE com impactação no reto distal. **Relato de Caso:** Masculino, 50 anos, encaminhado da rede básica de saúde com dor e prurido anal com cerca

de 6 meses de evolução. Na ocasião, trazia colonoscopia realizada no início dos sintomas, completa, demonstrando a 1 cm da linha pectínea, um palito de dentes encravado que foi removido parcialmente, na revisão não era mais possível visualizá-lo, mas ao toque retal (TR) era perceptível outro segmento do CE. Trouxe tomografia de abdome e pelve de 4 meses antes com formação hiperatenuante linear, curvilínea, intraparietal no reto distal, lateral direita, medindo 17mm, sem coleções associadas. O paciente negou inserção transretal do objeto. Relatou ter ingerido acidentalmente o palito de dente durante alimentação com Braciola (bife a rolê). Submetido a abordagem cirúrgica para remoção do CE, incisão da parede do reto e dissecação com retirada do palito de dentes de cerca de 2 cm. Paciente evoluiu bem no pós-operatório (PO), recebendo alta, orientado a utilizar os antibióticos prescritos, o que não fez, retornando ao serviço do sexto PO com quadro febril, TR doloroso e tomografia de pelve demonstrando aumento da densidade do mesoreto, enfisema no plano mioadiposo pósterolateral direito. Manejado conservadoramente com antibioticoterapia com boa evolução. Discussão: O número de pacientes que tem consciência da ingestão de CE é pequena. A maioria dos que ingerem palitos de dentes são aqueles em uso de prótese dentária, deficientes mentais, usuários de álcool, drogas ou os que tem o hábito de mastigar palitos. Estudos demonstram que 80-90% dos CE ingeridos passam pelo trato alimentar sem causar sintomas, eliminados naturalmente. A impactação de CE no trato gastrointestinal respeita regiões anatômicas de estreitamento: esfíncteres esofágicos, piloro, duodeno, válvula ileocecal e região anal. A perfuração ocorre em menos de 1% dos casos de ingestão de objetos e os locais mais frequentes são o íleo, apêndice e colón. Conclusão: Na ingestão de CE, acompanhamento se faz necessário e a remoção endoscópica por ter menor morbidade e mortalidade deve ser realizada sempre que possível.

Adrieli Heloisa C. Pansani; Denise Graffiti D'Ávila; Vitor Rafael Pastro; Danielle De Campos Peseto; Danilo Toshio Kanno; Carlos Augusto Real Martinez; Daniel De Castilho; Enzo Fabricio Nascimento;

HOSPITAL UNIVERSITARIO SÃO FRANCISCO

PO127 - Resultados de correção de retocele com pph, realizados pela equipe da clínica reis neto, campinas - sp

INTRODUÇÃO: Procedimento de Prolapso Hemorroidário (PPH) consiste em uma técnica mecânica utilizada primeiramente, como o nome diz, para correção da doença do plexo hemorroidário. Extrapolando a mesma técnica para a correção de retocele, percebeu-se sua eficácia comparável a métodos tradicionais (transanais ou transvaginais), com menor intervalo de recuperação. **OBJETIVO:** Demonstrar a melhora sintomática importante após realização da correção da retocele com PPH. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo de 13 casos, femininas, entre 44 e 71 anos, submetidas ao procedimento entre 18/07/2013 e 07/11/2015, aplicando-se o Escore de Constipação de Agachan retrospectivamente no pré-operatório e pós-operatório. **RESULTADOS:** Observou-se que as pacientes apresentaram melhora clínica considerável. No pré-operatório 39% das pacientes apresentavam pontuação acima de 15, e que todas as pacientes com pontuação acima de 8 no pré-operatório (92%), apresentavam-se com pontuações inferiores a 7 no pós-operatório. Apenas 8% das pacientes não modificaram seu escore entre pré e pós-operatório, e no caso, era a que se apresentava com menor pontuação ao Escore. **CONCLUSÃO:** Correção de retocele com PPH promove um tratamento eficaz com menor morbidade a paciente e melhora importante na qualidade de vida, como se pode observar ao aplicar-se o Escore de Agachan entre pré e pós-operatórios.

Guilherme Zupo Teixeira; Regina Greilberger; Bruno Melo Nobrega; Antonio José Tibúrcio Alves Junior; Odorino H. Kagohara; Joaquim Simões Neto; José Alfredo Reis Junior; José Alfredo Reis Neto;

CLÍNICA REIS NETO

PO128 - Resultados de hemorroidectomia por pph realizadas pela equipe da clínica reis neto, campinas - sp

INTRODUÇÃO: Hemorroidopexia mecânica é uma técnica que consiste na fixação dos coxins hemorroidários em sua posição anatômica, com o auxílio de um grampeador endoluminal circular. Não necessita de incisões sobre o anoderma do canal anal, resultando em menos dor pós-operatória e retorno mais precoce as atividades cotidianas do que as técnicas convencionais. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia desta técnica, bem como o grau de satisfação e incidência das principais complicações pós-operatórias. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo de 24 casos, dos sexos feminino e masculino, com média de idade de 40 anos, submetidos à hemorroidopexia mecânica no período de 27/02/2013 a 11/11/2015, através da aplicação de um questionário contemplando as principais queixas pós-operatórias, sem levar em conta sua duração e intensidade, o tempo de retorno as atividades e grau de satisfação com o procedimento. **RESULTADO:** Observou-se que dor foi a queixa mais incidente (54,17%), seguida de sangramento (50%), tenesmo (37,5%), prolapso (33,3%), constipação (25%) e retenção urinária (0%). Apenas 8,3% dos pacientes necessitaram reabordagem cirúrgica, 75% retornaram as suas atividades em até 30 dias e 83% se mostraram satisfeitos com o procedimento. **CONCLUSÃO:** Hemorroidectomia por PPH promove retorno precoce às atividades diárias e alto grau de satisfação entre os pacientes abordados, embora dor e sangramento persistam como principais queixas pós-operatórias, mas com melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes submetidos ao procedimento.

Guilherme Zupo Teixeira; Regina Greilberger; Fernando De Almeida Delatti; Savio Miranda Santos; Antonio José Tibúrcio Alves Junior; Odorino H. Kagohara; José Alfredo Reis Junior; José Alfredo Reis Neto;
CLÍNICA REIS NETO

PO129 - Rotação de retalho puborretal para reparo de fístula retouretral recidivada pós prostatectomia radical

Introdução As fístulas retouretrais (FRU) são complicações importantes, porém raras do tratamento do câncer de próstata. Estima-se que 60% destas fístulas sejam iatrogênicas, ocorrendo não só durante/pós a cirurgia, como após radioterapia, braquiterapia ou crioterapia. O reparo dessas fístulas tem se mostrado um grande desafio devido a dificuldades técnicas e à alta incidência de recorrência, como, também, às alterações importantes na qualidade de vida que esta situação provoca. A cura espontânea é rara e medidas conservadoras quase sempre envolvem derivação fecal e urinária. Relata-se na literatura que em casos de insucesso na primeira abordagem, reparos subsequentes se tornam cada vez mais difíceis. Embora o tratamento conservador seja eficaz em alguns casos, a maioria das FRU devem ser tratadas cirurgicamente, existindo diferentes técnicas de acesso, dentre elas transabdominal, perineal e transretal. **Objetivos** Relatar um caso de correção de fístula retouretral pós prostatectomia radical, com rotação de retalho de músculo puborretal bilateral por acesso perineal. **Métodos** Paciente masculino, 61 anos, negro, aposentado; submetido a prostatectomia radical para tratamento de câncer de próstata em 2013. Evoluiu com incontinência urinária e fístula retouretral, diagnosticada 2 meses após a cirurgia, através de uretrocistografia. Tentado tratamento conservador com cateter vesical e antibioticoterapia por 5 meses, quando foi submetido à primeira cirurgia de reparo, sendo realizada derivação de trânsito intestinal por colostomia. Nova uretrocistografia realizada 3 meses após a cirurgia evidenciou persistência da fístula. Seguiu-se nova tentativa de tratamento conservador, sem sucesso, quando foi encaminhado ao nosso serviço. Foi submetido a nova cirurgia por acesso perineal, com fistulorrafia e confecção de patch com rotação de retalho de músculo puborretal bilateral e cistostomia de proteção. **Resultados** Uretrocistografia, colonoscopia e ressonância magnética confirmaram resolução da fístula. A cistostomia foi retirada 3 meses após a última

cirurgia e realizada a reconstrução do trânsito intestinal 5 meses após. O paciente teve boa evolução, persistindo apenas com a incontinência urinária. Conclusões As FRU são complicações de difícil abordagem. Dentre diversas opções, destaca-se a rotação de retalho puborretal como uma boa alternativa, pois evita laparotomia e poupa o reto.

Ricardo Dos Santos Vasconcelos; Samy Chitayat; Larissa Karolynne Ribeiro Porfírio; Milena Agrizzi Bozi Alexandre; Laísa Alves De Souza; Bruno Bernabé Lubraico; Gabriel Fernandes De Christo; Charles Demitrov;

HPM - MACAE

PO130 - Síndrome da úlcera solitária do reto: relato e revisão da literatura

Introdução: A Síndrome da Úlcera Solitária do Reto (SUSR) é uma condição benigna e crônica caracterizada por eritema da mucosa retal, úlceras simples ou múltiplas e lesões polipóides. Sua incidência é estimada em 1 a cada 100 mil pessoas. Manifesta-se, geralmente, com alterações localizadas no reto a cerca de 10cm do canal anal. Suas causas incluem prolapso retal mucoso, contração paradoxal do músculo puborretal e o trauma digital direto. O diagnóstico diferencial envolve neoplasias malignas, doença inflamatória intestinal e colite isquêmica crônica. O tratamento inicial é clínico, com reeducação alimentar e emolientes fecais, em casos oligoassintomáticos. Nos casos mais graves, intratabilidade clínica ou associados a prolapso retal, o tratamento cirúrgico é indicado **Objetivo:** Relatar um caso raro e polissintomático de SUSR. **Método:** Análise de caso de paciente com sangramento digestivo baixo associado à diarreia intensa e tenesmo, com um ano de evolução, acompanhado de emagrecimento importante, astenia, e dor abdominal em cólica. Várias colonoscopias evidenciaram lesão ulcerada e infiltrante, de bordos irregulares e elevados, ocupando cerca de 40% da luz retal. Exames anatomopatológicos repetidos mostraram processo inflamatório crônico, hiperplasia glandular e ausência de malignidade. Diante da clínica exuberante e refratariedade à inúmeros tratamentos clínicos, foi indicada retossigmoidectomia videolaparoscópica. **Resultados:** Paciente evoluiu com fístula anastomótica diagnosticada pelo dreno de penrose intra-abdominal no terceiro pós-operatório (PO) sendo manejada clinicamente e teve alta no 22º PO. Retornou no 55ºPO com reabertura da fístula, sendo novamente manejada clinicamente com sucesso e liberada após 21 dias. Está em acompanhamento ambulatorial há 60 dias sem intercorrências e sem sintomas os prévios à cirurgia. **Conclusão:** O caso relatado atenta para a importância de uma postura investigativa face a lesão encontrada, além de demonstrar uma conduta nos casos graves de SUSR.

José Mauro Dos Santos; João Carlos Costa De Oliveira; Humberto Fenner Lyra Junior; Marlus Tavares Gerber; Amanda Amaro Pereira; Marina Jarschel De Souza;

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PO131 - Síndrome de Fournier em paciente com queixa principal de hemorroidas

Introdução: A síndrome de Fournier também conhecida como Gangrena de Fournier é caracterizada por uma infecção necrosante que acomete os tecidos moles da região perianal, sendo causada, principalmente, por bactérias anaeróbias e aeróbias. Pode ser idiopática ou associada a fatores predisponentes, destacando-se o diabetes mellitus e a imunossupressão. Seu diagnóstico é clínico, contudo a mortalidade ainda é elevada, de 30 a 50%, variando de acordo com outras condições prévias do paciente. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente de 62 anos que teve assistência precoce por clínico geral, onde foi diagnosticado com Hemorroidas e estava passando por tratamento, contudo sem melhora clínica, e foi admitido em um Hospital terciária de Fortaleza e após anamnese e exame proctológico foi diagnosticado com Síndrome de Fournier. **Métodos:** Estudo transversal descritivo não

controlado do tipo relato de caso. Os aspectos éticos foram abordados de acordo com Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resultados: Paciente, masculino, 62 anos, admitido no serviço de Coloproctologia de um Hospital de referência em Fortaleza no dia 17/05/2016 com queixa principal de "hemorroidas" sic. Referiu atendimento precoce por clínico geral, sendo medicado com Ibuprofeno, Dipirona e Daflon para hemorroidas, porém não houve melhora clínica. Há 11 dias vem apresentando dor perineal, e nas últimas 48 horas febre e "endurecimento" de região perineal. Paciente negou tabagismo e antecedentes pessoais como diabetes. Ao exame proctológico, à inspeção observou-se abaulamento de região perineal esquerda, dígito pressão endurecida de região perineal esquerda em direção ao sacro escrotal e posteriormente em direção ao cóccix. Paciente foi internado, e assim iniciada antibióticoterapia com Ciprofloxacina e Metronidazol. Com efeito, o mesmo foi submetido à cirurgia no dia 18/05/16, na qual encontrou-se extensa necrose de pele e tecido subcutâneo de toda região perineal esquerda projetando-se para testículo e cóccix, havendo necessidade de exposição testicular. Conclusões: Diante do caso, nota-se a importância do conhecimento do profissional sobre a Síndrome de Fournier, que tem como chave do sucesso do tratamento o tempo de diagnóstico, evitando maiores complicações para o paciente.

José Ney Primo Feitosa; Aduino Capistrano Abreu Da Ponte; Roberto Misici; Walter Batista De Santana Neto; Ana Carolina Brito De Alcântara; José Everardo Silveira Neto; Davi Rocha Macambira Albuquerque;

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)

PO132 - Tratamento cirúrgico de fistula anal complexa auxiliado pelo uso de reconstrução tridimensional virtual

INTRODUÇÃO: A correção cirúrgica de fistulas anais complexas é um desafio para os cirurgiões, de modo que o procedimento para ser bem sucedido é fundamental o conhecimento correto das relações anatômicas da fistula e estruturas adjacentes. Este estudo descreve o tratamento cirúrgico de fistula anal complexa auxiliado por imagens de realidade virtual e reconstrução tridimensional específica do paciente para planejamento pré-operatório. **RELATO DE CASO:** J.A.F., masculino, 52 anos, trabalhador rural procedente de São João da Canabrava-PI procurou atendimento com história de dor e secreção anorretal há dois anos. Ao exame proctológico evidenciou-se orifícios externos em quadrante látero-posterior e látero-anterior esquerdos. Colonoscopia foi normal. Tomografia convencional mostrou fistula ano-perineal complexa, com orifício primário a partir da linha mediana no contorno posterior, apresentando trajeto interesfincteriano lateral e anterior a esquerda onde se observa formação de abscesso, lateralmente observa-se extensão transesfincteriana, com pelo menos 3 trajetos fistulosos complexos. As imagens tomográficas de alta resolução foram utilizadas para construir objetos das estruturas pélvicas em 3D bem como a identificação dos orifícios e dos trajetos fistulosos. As imagens geradas em 3D apresentaram uma excelente qualidade de gráficos visualizados e correlação anatômica com os achados intra-operatórios sendo de grande utilidade no planejamento cirúrgico e auxílio importante no trans-operatório. O paciente, sob bloqueio anestésico, foi submetido a cateterização dos trajetos fistulosos com abertura dos mesmos e colocação de seton no orifício interno que foi facilmente identificado com auxílio da plataforma tridimensional. O paciente teve alta hospitalar no 2º DPO com discretas dores locais. Encontra-se 4º mês pós-operatório em acompanhamento ambulatorial e até o momento sem sinais de recidiva local. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A correção cirúrgica da fistula anal complexa tem índices de recidivas e complicações ainda bastante importantes. Com o auxílio da plataforma de reconstrução de imagem tridimensionais que identificam os trajetos fistulosos de forma clara facilitou-se o tratamento cirúrgico o qual foi realizado com sucesso e

com resultados funcionais satisfatórios. A reconstrução 3D virtual tem potencial promissor para aplicação em diversos procedimentos cirúrgicos com importante ganho técnico e visual. Edilson Carvalho De Sousa Junior; Walberto Monteiro Neiva Eulálio Filho; Alexandre Tolstenko Nogueira; Bruno Aragão Rocha; Arthur Augusto Siqueira Carvalho; Aurus Dourado Meneses;
CLINICA PRIVADA

PO133 - Tumor perianal: adenocarcinoma mucinoso - Relato de caso e revisão de literatura

Introdução: O adenocarcinoma mucinoso perianal é uma neoplasia anal rara (2.9 a 10%), com predomínio no sexo masculino (4:1) e idade média de 54,6 anos. É de difícil diagnóstico devido a ausência do tumor na luz do canal anal, crescimento lento e biópsia como seu diagnóstico definitivo. Os sintomas comuns são hemoproctorragia, dor perianal, presença de massa perianal, prurido anal e mucorréia. O tratamento para controle local é a cirurgia radical ressectiva. O papel da quimioterapia e radioterapia ainda não é estabelecido pela literatura. **Objetivos:** Relatar um caso de adenocarcinoma mucinoso perianal e revisar a literatura recente. **Métodos:** Revisão de artigos científicos e descrição de um paciente com diagnóstico intra-operatório de adenocarcinoma mucinoso perianal. **Relato do caso:** Paciente masculino, 65 anos, natural de Jundiaí, sem comorbidades. Relata piora da história de dor e abaulamento em região perianal com saída de secreção de ferida próxima a região anal. Nega alterações de hábito intestinal, perda de peso e sangramento nas evacuações. Paciente foi encaminhado a coloproctologia, onde apresentava-se ao exame proctológico com mucosa lisa, esfíncter anal normotônico, toque retal sem alterações e presença de área de abaulamento às 5 horas, com pontos de flutuação, consistência fibroelástica, doloroso a palpação, sem sinais de secreções purulentas ou coleções. O paciente foi submetido a investigação diagnóstica cirúrgica, realizado incisão elíptica ao redor da área de nodulação, havendo saída de grande quantidade de substância mucinosa de aspecto gelatinoso aderido ao plano profundo, e exérese em bloco da lesão com posterior fechamento por planos. O estudo imuno-histoquímico revelou marcadores positivos, como CDX2 (fator de transcrição intestinal), Citoceratina 20, Citoceratina 7 e SATB2, indicando adenocarcinoma mucinoso perianal. O estudo anatomopatológico revelou tumor mucinoso de baixo grau. Após alta médica, paciente foi encaminhado a oncologia para avaliação de possível tratamento adjuvante. **Discussão:** O adenocarcinoma mucinoso perianal é um tumor raro que pode apresentar-se como tumor primário ou secundário por consequência de fístulas anais. Devido ao seu curso indolor e histologia inofensiva apresenta grande dificuldade diagnóstica, que pode ser feito através da análise histológica ou por marcadores CEA e CA19.9, importantes na detecção precoce da patologia. **Conclusão:** O diagnóstico precoce é fundamental para o tratamento desta patologia. Marina Bovaretto Tessari; Alexandre Venâncio; Daniel Schmidt; Patricia Torres Villar; Luisa Marcella Martins; Guilherme Correa Fonseca; Diego Guimarães Abe;
FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

PO134 - Actinomicose abdominal envolvendo múltiplas estruturas: relato de caso

Introdução: Actinomicose é uma infecção crônica rara, causada por um grupo de bactérias gram-positivas anaeróbias, que colonizam o sistema brônquico e o trato gastrointestinal, sendo *Actinomyces israelii* o agente etiológico mais frequente. Sua penetração em tecidos mais profundos ocorre quando há comprometimento das defesas orgânicas, com lesões de barreira, como divertículos de cólon ou perfurações de úlcera péptica, no caso da actinomicose abdominal. Acomete mais comumente a área cérvico-facial. O diagnóstico pré-operatório é difícil, sendo frequentemente tratada como neoplasia. **Objetivos:** Relatar caso de actinomicose abdominal, envolvendo múltiplas estruturas. **Métodos:** Estudo descritivo do tipo

relato de caso e revisão bibliográfica. Resultados: Paciente de 38 anos com quadro de dor em flanco esquerdo há 3 meses, associado a abaulamento na mesma região, febre, perda ponderal (5kg) e anemia severa. Realizou exames de imagem: ultrassonografia de abdome total evidenciou imagem mista peri-renal a esquerda (6,8x5,9 cm). Tomografia de abdome total mostrou fino derrame pleural bilateral, moderada quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal, formação cística de paredes finas em anexo direito (5,0x4,2 cm), presença de massa em topografia de mesentério no flanco esquerdo (4,4x4,1 cm), com realce pelo contraste, além de massa com realce heterogêneo e massas císticas de permeio em glândula supra-renal esquerda. Realizada laparoscopia, com os seguintes achados: ascite, tumoração (7cm) fortemente aderida ao cólon transverso e à parede abdominal; volumosa lesão retroperitoneal em quadrante superior esquerdo, deslocando baço anteriormente e rim superiormente, fixa aos planos profundos, localmente avançada; lesão cística em ovário (5cm). Realizada laparotomia, com ressecção de segmento de cólon transverso (20cm), conjuntamente com parede abdominal e lesão tumoral de 7cm, segmento de omento maior e anastomose termino-terminal, além de salpingooforectomia direita. Histopatológico revelou inflamação crônica inespecífica envolvendo colônias de bactérias filamentosas sugestivas de actinomicose. Não foi observada neoplasia. Encaminhada ao ambulatório de infectologia. Em tratamento com Doxiciclina 200mg/dia. Conclusão: Actinomicose é uma infecção rara, que pode se comportar como uma massa invadindo estruturas, podendo facilmente ser confundida com neoplasias avançadas e tratada como tal.

Taiane Rangel De Aquino; Jéssica Esteves Soares Loureiro; Alex Bruno De Carvalho Leite; Aloísio Falqueto; Giovanni José Zucoloto Loureiro; Tiago D. Gripp;
UFES

PO135 - Colite por esquistossomose - Relato de caso

Introdução: A infecção por *Schistosoma mansoni* ainda é um grande problema de saúde pública no Brasil, a interação do parasita com o hospedeiro pode acometer vários órgãos e sistemas. No acometimento do aparelho digestivo, o reto e o sigmóide são os segmentos mais afetados. No Brasil, em casos de colite deve-se sempre pensar em colite por esquistossomose mansônica. Objetivo: Trazer uma visão geral da possibilidade de colite por esquistossomose em casos de processo inflamatório no cólon. Métodos: Relato de caso Resultado: paciente ARS, masculino, 36 anos, em tratamento de retocolite ulcerativa há 1 ano com prednisona e mesalazina (altas doses) evoluiu com o quadro de 15 evacuações diarréicas com sangue; úlceras gigantes mais subestenose em sigmóide visualizados em colonoscopia realizada em Dezembro de 2010 e biópsia com resultado inconclusivo e tomografia computadorizada realizada na mesma época com espessamento da parede do sigmóide. Submetido a colectomia com reservatório ileal, anastomose ileorretal e ileostomia de proteção em Abril de 2011 e anátomo patológico de colite por esquistossomose. Realizado tratamento com Praziquantel em Abril de 2011 e em Maio de 2011. Submetido a fechamento da ileostomia em Novembro de 2011. Seguimento ambulatorial desde então, última colonoscopia em Março de 2013 com anastomose ileorretal a cerca de 7 cm da margem anal, com bolsa ileal íntegra e ampla, endoscopicamente normal, progressão por 10 cm pela alça aferente sem anormalidades e remissão completa da retite, anatomo-patológico de biópsia na primeira válvula de Houston de retite crônica leve, não granulomatosa. Conclusões: em casos de pacientes tratados como retocolite ulcerativa sem melhora clínica deve-se sempre afastar a possibilidade de colite por outras causas infecciosas como colite pseudomembranosa, tuberculose e citomegalovírus. Em pacientes com epidemiologia para infecção pós esquistossoma lembrar que é uma eventual causa de colite.

Marcos Antonio De Souza Júnior; Caroline Lima De Oliveira; Henrique Gonçalves; Hélio Moreira Júnior; Raniere Rodrigues Isaac; Paula Chrystina Caetano Almeida Leite; José Paulo Teixeira Moreira;
HOSPITAL DAC CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PO136 - Esquistossomose Intestinal mimetizando o diagnóstico de Doença de Crohn

Descrição do caso: mulher de 24 anos, estudante, natural da Bahia e residente em São Carlos, S.P., há 21 anos. Procurou atendimento com queixa de dor abdominal e diarreia há dois anos, com evacuações mucossanguinolentas, tenesmo e perda ponderal de 10kg. História epidemiológica de banhos em represas de áreas endêmicas de *Schistosoma mansoni*. Sem comorbidades, uso de medicações, tabagismo ou etilismo. Ao exame estava emagrecida e apresentava dor abdominal difusa e inespecífica. Coprocultura e PPF negativos, leucócitos nas fezes ++, sorologias para hepatites e HIV negativas e hemograma com anemia hipocrômica e microcítica. A colonoscopia evidenciou lesão polipóide 12 mm junto à válvula ileocecal. A análise histopatológica da lesão foi consistente com doença crônica granulomatosa com presença de ovos de *Schistosoma*. Tratada com praziquantel 40 mg/kg dose única, manteve sintomas e após dois meses complicou com suboclusão intestinal e massa palpável dolorosa em fossa ilíaca direita com sinais de peritonismo. Realizada laparotomia exploradora, que evidenciou massa inflamatória envolvendo íleo terminal e ceco, aderida e perfurada para parede abdominal. Optado por hemicolectomia direita, à macroscopia foram observadas áreas de ulcerações coalescentes com aspecto de “pedra de calçamento” e fistulização na região de transição ileocecal. Os cortes histológicos do intestino evidenciaram doença granulomatosa, ulcerada, com trajeto fistuloso e fragmentos de vermes adultos. Em linfonodo regional foi observado processo doença granulomatosa com ovo calcificado. Retornou após 2 semanas da cirurgia, sem dor, com fezes amolecidas, sem conteúdo patológico, ganhou 2kg. Discussão: A forma crônica gastrointestinal da esquistossomose cursa com quadro clínico semelhante ao da doença de Crohn: cólicas abdominais, diarreia mucossanguinolenta e tenesmo, eventualmente pode evoluir com obstrução intestinal. A formação de lesões polipóides é frequente, sendo induzida pela deposição do ovo na mucosa intestinal, que leva a reação granulomatosa com espessamento mural. No caso apresentado o diagnóstico da esquistossomose intestinal mimetizou a presença da doença de Crohn. Conclusão: A esquistossomose pode mimetizar a doença de Crohn. A pesquisa detalhada da epidemiologia na história clínica e análise histopatológica são essenciais para o diagnóstico diferencial.

Letícia Vecchi Leis; Camila De Azevedo Silva; Rafael Antonio Barroso Perea; Silvana Gama Florencio Chachá; Sigrid De Sousa Dos Santos; Lucimar Retto Da Silva De Avó; Edilson Seraphim Abrantes; Rafael Luís Luporini;
UNIMED / CENTRO DE ESPECIALIDADES

PO137 - Influência genotípica do hpv na resposta ao tratamento cirúrgico do condiloma acuminado anal e perianal.

A incidência do câncer de canal anal embora seja pequena na população geral tem aumentado substancialmente nas populações de risco e relaciona-se a infecção pelo HPV, número de parceiros sexuais durante a vida, sexo anal receptivo, infecção pelo HIV e imunossupressão por transplante de órgãos sólidos^{1,2,3}. O HPV está ligado ao câncer perianal e de canal anal e esta associação vem sendo demonstrada por diversos trabalhos na literatura^{1,2,3,4}. Os tipos de HPV que causam o câncer de canal anal são praticamente os mesmos que causam o câncer cervical uterino. O HPV 16 é também o tipo mais associado ao câncer anal^{2,3}. A genotipagem do HPV, hoje ligada mais a pesquisas científicas do que a prática clínica, poderia individualizar

doentes que seriam mais propensos a evoluir para câncer e em tese de tratamento mais difícil. OBJETIVO: Comparar a resposta ao tratamento cirúrgico do condiloma anal e perianal em relação ao genótipo do HPV, quanto à efetividade e recidiva. MÉTODO: De janeiro de 2013 a abril 2014, 37 doentes com condiloma perianal e anal, diagnosticados por exame proctológico, citologia oncótica, PCR e histologia foram submetidos a tratamento cirúrgico. Os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico utilizando-se eletrofulguração conforme técnica descrita por Reid⁴. Sessões terapêuticas foram repetidas até a eliminação de sinais clínicos de infecção pelo HPV. Os doentes foram avaliados de acordo com o genótipo do HPV, potencial oncológico por genótipo, citologia oncótica e a histologia. RESULTADOS: Verificou-se que não houve diferença significativa da efetividade do método baseando-se na recidiva das lesões ($p>0,05$) em relação ao genótipo do HPV identificado através de PCR(Tabela 1). CONCLUSÃO: Em relação ao tratamento do condiloma acuminado anal e perianal, não houve diferença de efetividade do tratamento cirúrgico em relação aos diferentes genótipos estudados nesta casuística.REFERÊNCIAS:1)Tilston P. Human Papillomavirus and Anal Cancer. J Clin Pathol 1997; 50:625-634. 2) Longworth M. S., Laimins L. A. Pathogenesis Of Human Papillomaviruses In Differentiating Epithelia. Microbiol. Mol. Biol. Rev. 2004; June, v.68(n 2): 362-372.3) Ryan DP, Christopher GW. Classification and Epidemiology of Anal Cancer. UpToDate 2016; 1-17.4) Reid R, The Management of Genital Condylomas, Intraepithelial Neoplasia, and Vulvodynia. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 1996; 23(4):917-991. Eduardo Angelo Braga; Sydney Sahan Saad; Gaspar De Jesus Lopes Filho; *CENTRO DO APARELHO DIGESTIVO*

PO138 - Relato de um caso de tuberculose intestinal e perianal simulando doença de crohn

Introdução: doença pulmonar é a manifestação mais comum da tuberculose (TB), apenas 1% dos pacientes desenvolvem doença gastrointestinal, em especial indivíduos imunossuprimidos. Nestes casos a região ileocecal costuma ser a localização mais comum, doença perianal isolada é extremamente rara. A TB intestinal pode ter achados clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos idênticos aos da doença de crohn (DC), tornando o diagnóstico diferencial muito difícil. Objetivo: apresentar relato de caso de um paciente com TB intestinal e perianal simulando DC. Métodos: revisão bibliográfica e de prontuário médico. Relato do caso: paciente masculino, 33 anos, indígena, natural é procedente de Cacique Doble-RS, com queixas de dor e sangramento anal há cerca de um ano e meio. Ao exame perianal apresenta extensas lesões ulceradas, plicomas inflamatórios, subestenose do canal anal e secreção serohemática, associados a dor severa. Retossigmoidoscopia evidenciou proctite ulcerativa com áreas de enantema, perda do padrão vascular submucoso, friabilidade ao toque em reto inferior. Tomografias com espessamento de segmento de cólon ascendente, sigmóide e reto, associados a múltiplos linfonodos mesentéricos e pélvicos, borramento da gordura perirretal e opacidades micronodulares em segmentos apicais pulmonares sugerindo TB. Anatomopatológico compatível com tuberculose intestinal. Aguarda cultura de escarro. Discussão: tendo em vista as manifestações muito semelhantes a DC, TB gastrintestinal deve ser sempre levada em consideração, principalmente em regiões endêmicas e em pacientes imunossuprimidos. O diagnóstico diferencial pode ser extremamente difícil uma vez que ambas são doenças granulomatosas com diversos achados semelhantes, porém com tratamentos muito diferentes. Conclusão: apesar de ser uma condição extremamente rara, deve-se sempre considerar a possibilidade de TB em pacientes com lesões intestinais e perianais sugestivas de DC. Michele Ceolin; Milton Leonardo Lenzi Bergamo; Grasiela Elisa Scheffel; Guilherme Luís Fernandes; *HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO*

PO139 - **Sarcoma de Kaposi com envolvimento anoperineal: relato de caso**

Introdução: o sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia vascular maligna, multifocal, associada à infecção pelo herpes vírus humano 8 (HVH-8). Acomete habitualmente a pele, linfonodos e vísceras de indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O SK anoperineal é raramente descrito na literatura. Relato de Caso: homem, 25 anos, branco, homossexual, HIV positivo procurou atendimento por queda do estado geral, emagrecimento e dor anal. Ao exame físico apresentava: (1) extensa lesão verrucosa cinza-violácea, com áreas ulceradas, comprometendo a margem anal e bolsa escrotal (fig. 1) e (2) linfadenomegalias inguinais, endurecidas, bilaterais. Laboratório: Hb 8.6, CD4 36 e carga viral < 40. Tomografia computadorizada (TC) de abdome: lesões hipodensas hepáticas e linfadenomegalias retroperitoniais (fig. 2). TC de tórax: múltiplos nódulos pulmonares com limites imprecisos. Em face destes achados foi realizada biópsia anoperineal e de linfonodo inguinal, cujo resultado demonstrou neoplasia maligna fusocelular com focos necróticos. O exame imunoistoquímico (IHQ) confirmou perfil compatível com SK. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia eram normais. RNM da pelve: vegetação anoperineal com infiltração do subcutâneo e linfadenomegalias ilíacas e inguinais (fig. 3). Após instituição de terapia anti-retroviral (TARV: lamivudina + tenofovir + Kaletra) e quimioterapia (doxorubicina, 6 ciclos) evoluiu com melhora clínica (ganho de peso e regressão quase completa da lesão anoperineal – fig. 4), laboratorial (Hb 13, CD4 324 e CV indetectável) e radiológica (desaparecimento das lesões hepáticas e linfadenomegalias e regressão parcial das lesões pulmonares). Atualmente está assintomático, em uso de TARV. Discussão: a evolução clínica do SK em pacientes HIV positivos é extremamente variável, podendo se manifestar insidiosamente ou até mesmo de forma rapidamente progressiva. O acometimento da região perianal e anal pelo SK é raro, tornando seu diagnóstico um desafio para coloproctologistas. Diante da suspeita do diagnóstico de SK impõem-se a confirmação histológica por meio de biópsia, conforme descrito no caso acima. Neste contexto é fundamental o estudo IHQ com anticorpos que confirme a origem vascular da lesão (CD31 e CD34), bem como a presença de componentes do HVH-8. O tratamento se baseia na TARV, sendo a quimioterapia sistêmica indicada para pacientes com doença avançada ou com rápida progressão. Atualmente não existe tratamento específico para HVH-8. Tiago Leal Ghezzi; Letícia Gomes Lobo; Luciana Viola; Belisa Gomes Muller; Caroline Lorenzoni Almeida Ghezzi;

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PO140 - **Tumor de buschke-lowenstein: relato de caso**

Introdução: O condiloma de Buschke-Lowenstein, causado pelos subtipos 6 e 11 do HPV, acomete imunocomprometidos, principalmente na região genito-anal. Embora benigno, é agressivo localmente, podendo invadir musculatura esfíncteriana e provocar estenose e incontinência fecal. Objetivos: Relatar à comunidade médica dois casos de tumor de Buschke-Lowenstein. Métodos: estudo descritivo tipo relato de caso e revisão bibliográfica. Resultados: mulher, 29 anos, HIV positivo, ex-usuária de drogas, procurou serviço de coloproctologia com lesão condilomatosa anal fistulizante e dor em fossa ilíaca direita, sendo diagnosticada com Tumor de Buschke-Lowenstein de canal e margem anal associado à tumoração em ceco fistulizada para íleo distal com linfonodomegalia. Submetida a colectomia direita parcial com ileostomia, correção das fístulas e ressecção do condiloma gigante. Biopsia revelou inflamação crônica granulomatosa necrosante transmural (ceco/íleo) e carcinoma de células escamosas invasor (condiloma). Encaminhada à quimioterapia e radioterapia. No seguimento, teve recidiva do condiloma e desenvolvimento de tuberculose pulmonar e intestinal. Abandonou acompanhamento. Caso 2 - Homem, 20 anos, pós-transplantado, em terapia imunossupressora, apresentou lesão anal vegetante, diagnosticada como condiloma anal de Buschke-Lowenstein. Desenvolveu estenose anal pós-cirúrgica e recidiva das lesões. Tratado

com múltiplas dilatações por vela de Hegar e nova cauterização, além do uso de podofilina, obtendo melhora progressiva da lesão externa, mas aumento das lesões do canal anal. Posteriormente foi realizada exérese de lesões em borda e canal anal e eletrocauterização de condilomas em escroto, pênis, região perianal e canal anal. No retorno, observou-se regressão do condiloma. Conclusão: o tumor de Busch-Lowenstein é uma neoplasia rara e estigmatizante de difícil controle com recidivas frequentes.

Gerson De Almeida Correria Santos; Marcelo Martins De Moura; Giovanni José Zucoloto Loureiro; Taiane Rangel De Aquino; Luiza Moraes Mafra; Guilherme Alves Dos Reis; Monica Vieira Pacheco; Jéssica Esteves Soares Loureiro;
UFES

PO141 - Tumor de buschke-lowestein: ressecção cirurgica como escolha terapeutica

O tumor de Buschke-Lowestein ou condiloma acuminado gigante, também assim chamado, é uma lesão verrucosa, de aspecto exofítico e de grande extensão que afeta a região anogenital. Histologicamente não pode ser considerada lesão maligna, embora o potencial de malignização não seja questionável. O seu tratamento inclui imunoterapia, drogas quimioterápicas sistêmicas ou locais, radioterapia e ressecções cirúrgicas isoladas ou combinadas com as terapias anteriormente citadas; porém ainda sem consenso. Relatamos um caso de tumor de Buschke-Lowestein onde o tratamento foi a ressecção realizada exclusivamente pela equipe de coloproctologia. R.L.O., 45 ANOS, HIV + em uso de antirretrovirais, CD4 > 500/mm³, carga viral indetectável. Evolui, nos últimos 3 meses, com aumento das lesões anais verrucosas apontando para o diagnóstico de doença de buschke e lowenstein (condiloma acuminado gigante). Em centro cirúrgico foi realizado exame sobre sedação e sigmoidostomia derivativa. Ao exame verificou-se que as lesões se limitavam à borda inferior da linha pectínea; não havia lesões acima deste nível ou mais proximais. Realizado biopsia conclusiva e excludente para carcinoma escamoso. Após duas semanas realizou ressecção da lesão gigante. Em um mês de pós-operatório o paciente apresentou deiscência de sutura em linha media que envolvia a mucosa do canal anal. Por colonoscopia, em segmento disfuncional da sigmoidostomia, passou-se uma sonda retal que foi fixada na pele da região periclostômica e seguiu-se com sessões de dilatação digital em consultório. Paciente evolui com resolução completa do quadro.

Renato De Oliveira Flores; Leonardo Machado De Castro; Kerley Keller; Flávia Raposo Cappelli Alves; Diego Santana Porcari Dias; Erick Campos; Ricardo Iervolino;
HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA

PO142 - À Propósito de 4571 Colonoscopias

A triagem do câncer colorretal diminui a sua incidência e mortalidade. A literatura recomenda colonoscopia para pacientes assintomáticos com mais de 50 anos de idade. A qualidade da colonoscopia e a documentação apropriada é uma ferramenta importante na assistência ao paciente. O objetivo do presente estudo é analisar colonoscopias realizadas no Hospital Universitário de Brasília no período de março de 2003 a março de 2016 e comparar os achados com a literatura. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo baseado nos laudos de colonoscopias realizadas no Serviço de Coloproctologia, em caráter ambulatorial, através de um banco de dados, no período de 13 anos, totalizando 4571 exames. A média de idade dos pacientes incluídos no estudo foi de 51 anos, sendo 62,2% do sexo feminino. A principal indicação do exame foi para fins diagnósticos e em 13,8% dos casos para rastreamento de câncer colorretal. 22,9% das colonoscopias foram realizados para seguimento de doença pré-existente. O preparo foi considerado bom em 67,8% dos casos. O exame foi normal em 49,4%

e o principal achado foi pólipos colônicos em 21% das colonoscopias, seguido por diverticulose colônica em 15,4%. Foram diagnosticados 217 pacientes com câncer colorretal. A taxa de entubação cecal foi de 93,4%. Ocorreram três casos de perfuração colônica e um óbito. O presente estudo apresenta dados descritivos de colonoscopias com padrão semelhante ao descrito na literatura. Observou-se que os pólipos configuram o principal achado. A taxa de entubação cecal é acima de 90% descritos como ideal. A qualidade do preparo foi considerada boa na maioria dos casos. Para fins de diagnóstico a colonoscopia foi mais indicada quando comparada ao exame de rastreamento

Natascha Mourão Moreira; Bruno Augusto Aves Martins; Romulo Medeiros De Almeida; Antonio Carlos Nóbrega Dos Santos; Flavia Berford Leão Dos Santos Gonçalves De Oliveira; Luiz Felipe De Campos-Lobato; Paulo Gonçalves De Oliveira; João Batista De Sousa;
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUB

PO143 - Análise das ressecções endoscópicas de adenomas colorretais de alto risco

Introdução - Adenomas são por definição displásicos, portanto possuem malignidade potencial. A definição de adenoma avançado envolve a presença de displasia de alto grau, ou tamanho >10 mm, ou a presença de componente viloso. A maioria dos adenomas (60 a 75%) tem menos de 10 mm na endoscopia e, segundo estudos, possuem baixo risco de neoplasia colorretal após 5 anos de seguimento. Geralmente, quanto maior a lesão, maior a probabilidade de transformação maligna. A remoção de grandes pólipos colorretais na colonoscopia levanta uma série de preocupações, incluindo o risco do procedimento e suas complicações. A importância deste estudo está no fato de os pólipos grandes necessitarem maior conhecimento e aperfeiçoamento das técnicas de ressecção utilizadas, principalmente porque há uma maior dificuldade técnica para a remoção desses pólipos, impondo maiores riscos ao procedimento colonoscópico. **Objetivos** - O objetivo deste estudo é descrever os resultados de polipectomias de adenomas de alto risco, que neste estudo serão considerados os pólipos de tamanho ≥ 2 cm, ressecados através de colonoscopia. **Métodos** - Estudo retrospectivo descritivo do tipo série de casos, com análise das ressecções colonoscópicas de adenomas de alto risco, caracterizados neste estudo por pólipos ≥ 2 cm, do Serviço de Coloproctologia de um hospital público terciário de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. **Resultados** – De 1910 laudos de colonoscopias, observando os critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados 33 prontuários de pacientes, com um total de 36 adenomas de alto risco ressecados endoscopicamente. 54,5% eram do sexo feminino; a média de idade foi de 72,5 anos; 27,8% dos pólipos estavam localizados no sigmóide; 47,2% eram pediculados; 41,7% possuíam tamanho entre 2 a 2,9 cm; 45,7% foram ressecados com alça de polipectomia; 54,3% por mucosectomia; 66,7% possuíam histologia túbulo-vilosa; 63,9% displasia de baixo grau; 9,1% tiveram como complicação a perfuração; 54,5% realizaram ao menos um exame de seguimento; sendo que dois pacientes tiveram lesão residual e 44,4% novos pólipos. **Conclusões** – Os adenomas ≥ 2 cm são uma minoria entre todos os adenomas colorretais, mas ainda representam desafios em sua ressecção.

Mônica Silva Braz; Elias De Mattos Berg; Daniela Cerqueira Koppe; Laura Moschetti; Ruy Takashi Koshimizu; Luciano Pinto De Carvalho;
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

PO144 - Análise epidemiológica dos pacientes submetidos a colonoscopia no hospital regional de Jundiaí no período de 24 meses entre 2014 a 2016

Introdução: A colonoscopia é utilizada para diagnósticos ou terapêuticos e permite o exame e tratamento do reto, cólon e parte do íleo terminal [1]. As principais indicações de incluem o rastreio ou vigilância para o câncer de cólon, avaliar sinais e sintomas sugestivos de doença no intestino delgado ou cólon, avaliação da resposta ao tratamento em pacientes com doença conhecida (por exemplo, doença inflamatória intestinal) e avaliar anormalidades encontradas em exames de imagem. Embora o risco de complicações seja baixo, a indicação do exame deve seguir critérios e avaliar comorbidades do paciente para permitir estratificação de risco adequada. **Objetivo:** Realizar análise epidemiológica dos pacientes de Jundiaí e região através da análise retrospectiva dos pacientes submetidos à colonoscopia nos últimos dois anos, analisando os principais achados endoscópicos e correlacionando as patologias encontradas com a faixa etária e gênero. **Métodos:** Levantamento dos laudos de colonoscopia realizados no período de 24 meses entre 2014 e 2016. Análise retrospectiva de prontuários de pacientes submetidos a colonoscopia sob sedação supervisionada pela equipe anestésica. Análise do perfil epidemiológico estratificado em idade, gênero, preparo do cólon e achados endoscópicos. **Comparação** dos dados epidemiológicos de Jundiaí com os dados encontrados na literatura atual. **Resultados:** Em 24 meses de levantamento de dados foram coletados 234 laudos de colonoscopias sendo 147 mulheres (63%) e 87 homens (37%). Em relação à idade, 7 pacientes encontravam-se entre 18-30 anos (3%), 14 entre 31-40 anos (6%), 33 entre 41-50 anos (14%), 43 entre 51 e 60 (18%), 74 entre 61-70 (32%), 54 entre 71-80 (23%) e 9 entre 81-90 anos (4%). Dentre as 234 colonoscopias realizadas, 105 (45%) não tinham alterações, 49 evidenciaram moléstia diverticular (21%), 32 identificaram pólipos (14%), 20 exames observaram doença hemorroidária (9%), 13 deles foram classificados como neoplasias (6%), 8 demonstraram doença inflamatória intestinal (3%), 2 diagnósticos de retíte actínica (1%) e um de melanose colônica. **Conclusão:** A colonoscopia em nosso serviço demonstrou ser eficiente uma vez que foram identificados apenas 4 casos de impossibilidade diagnóstica, sendo 1 por perfuração e 3 por preparo inadequado. Além disso, obtivemos uma diversidade de diagnósticos que seguem a prevalência observada na literatura com exceção no gênero identificado uma vez que a grande maioria de exames foram realizados em mulheres.

Stefano Cogo Badan; Patricia Barbosa Da Silveira; Mario Pantaroto; Arthur Vieira De Camargo Barros; Alexânde Venâncio Sousa;

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

PO145 - Apendicite aguda pós-colonoscopia: relato de caso

Introdução: Apendicite aguda após realização de colonoscopia é uma condição rara, tendo até o momento 28 casos descritos na literatura. As hipóteses para sua etiopatogenia são: barotrauma, compressão por fecalito, trauma direto ou exacerbação de condição prévia. Apresenta como diagnósticos diferenciais a perfuração, injúria térmica, hemorragia e síndrome da coagulação pós-polipectomia. O diagnóstico é clínico, sendo corroborado por exames complementares, e exige intervenção cirúrgica. **Objetivos:** Relatar um caso de apendicite aguda pós-colonoscopia. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente, de 58 anos, sexo masculino, sem queixas, foi submetido a colonoscopia para rastreamento do câncer colorretal, cujo resultado não apontou lesões. O endoscopista relatou exame com preparo adequado, sem maiores dificuldades técnicas. Após 12 horas, evoluiu com dor abdominal intensa, associado a hiporexia, febre e calafrios. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral e abdome globoso, flácido, doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais apontaram leucocitose (17600/mm³) e discreta elevação de PCR. Tomografia de abdome mostrou apêndice cecal com paredes finas, calibre usual, conteúdo predominantemente gasoso, destacando-se apencilito na base. No dia seguinte, apresentou

novo episódio febril e intensificação da dor em fossa ilíaca direita. A equipe médica optou por iniciar antibioticoterapia e submetê-lo a laparoscopia, que identificou apendice cecal hiperemiado e endurecido, além de líquido seroso turvo periapendicular, o que motivou a apendicectomia. O paciente evoluiu de forma favorável, com melhora do quadro álgico, tendo recebido alta no dia seguinte ao procedimento. Anátomo-patológico confirmou quadro de apendicite aguda. Conclusões: Apendicite aguda pós-colonoscopia é uma complicação rara, mas deve ser levada em consideração em quadros de dor abdominal sustentada após exame endoscópico. Faz-se necessária alta suspeição clínica para o diagnóstico precoce, o que motiva um tratamento cirúrgico eficaz.

Rodrigo Gomes Da Silva; Ana Carolina Parussolo André; Lucas Campomizzi Calazans; Bernardo Hanan; Arthur Manoel Braga De Albuquerque; Gabriel Braz Garcia;
FACULTA DE MEDICINA DA UFMG

PO146 - Colonoscopia incompleta, porquê?

Introdução. A intubação cecal, na colonoscopia, tem sido estabelecida como fator de qualidade na avaliação do cólon, entretanto, num percentual expressivo de casos o exame torna-se desafiador não sendo possível realizá-la. Os índices de colonoscopias incompletas baixaram de 15% para menos de 3% ao longo das últimas décadas, contudo, podem tornar-se relevantes produzindo impacto clínico na população. **Objetivo.** Avaliar os motivos de insucesso da intubação cecal em pacientes que realizaram colonoscopias eletivas. **Métodos.** Estudo retrospectivo, de pacientes submetidos a colonoscopia, de Janeiro de 2015 a Abril de 2016. Foram registrados os seguintes dados: gênero, idade, procedimento, intubação cecal, motivos de insucesso na intubação cecal e qualidade do preparo pela escala de Boston. **Critérios de inclusão:** pacientes submetidos a colonoscopia com registro da intubação cecal. **Resultados.** Foram selecionados 2479 pacientes, sendo 2412 (97%) com exame completo e 65 (3%) com exame incompleto. A faixa etária foi dividida em: 82% < 65 anos, 13% de 65 a 75 anos e 5% > 75 anos. O preparo foi satisfatório (índice ≥ 5) em 99% dos casos e insuficiente em 1%. No subgrupo de pacientes com exame incompleto, 50% foram do gênero masculino e 50% do feminino. A faixa etária foi dividida em: 61% <65 anos, 14% de 65 a 75 anos e 25% >75 anos. O preparo foi satisfatório em 57% dos pacientes e insuficiente em 43%. Os motivos de exames incompletos foram: 48% por preparo insuficiente, 5% por estenose tumoral, 23% por angulação fixa, 11% por cólico-cólon, 3% de exames apenas para polipectomia, 1% por sangramento volumoso e em 9% não foi informado. Se excluirmos o preparo insuficiente como motivo de não intubação cecal, visto que é um causa possivelmente reversível com um novo exame, os índices foram: 44% por angulação fixa, 20% cólon redundante, 9% estenose tumoral, 6% de exames apenas para polipectomia, 3% por sangramento volumoso e em 18% não foi informado. Ao comparar os dois grupos, houve diferença no índice de intubação cecal quanto ao gênero ($p=0,032$), a idade ($p<0,01$) e a qualidade de preparo ($p<0,01$). **Conclusão.** Na casuística estudada, concluímos que o principal motivo de não-intubação cecal foi o preparo insuficiente do cólon sendo, porém, fator modificável. A idade avançada apresentou-se como principal fator de exame incompleto, e neste subgrupo verificou-se mais variáveis que concorreram para tal desfecho.

Eduardo Rosetti Filho; Eduardo Rosetti; Martha Cruz Sperandio; Carlos Alberto Castro Fagundes; Joubert Almeida Esteves;
HOSPITAL METROPOLITANO

PO147 - Dados estatísticos dos procedimentos colonoscópicos realizados pela equipe da coloproctologia de um hospital terciário paulista

Introdução: A colonoscopia é considerada um dos métodos diagnósticos e terapêuticos mais empregados nas últimas décadas, justificado pela alta incidência de alterações colorretais. Sua importância encontra-se na prevenção do câncer colorretal (CCR), com a detecção, remoção e acompanhamento de pólipos, identificação de diverticulose, alterações inflamatórias dos cólons e angiodisplasias. Juntamente com a importância diagnóstica, está a variedade de intervenções colonoscópicas possíveis, como biópsias, ressecções, demarcações de lesões através de tatuagens e cauterização com plasma de argônio. É inegável a contribuição de tecnologias de videoendoscopia e de informática para este avanço. Porém, apesar de sua alta sensibilidade, a colonoscopia pode apresentar falso-negativos, fato que pode ser atribuído a impossibilidade anatômica de visualizar o ceco e íleo terminal, preparo intestinal inadequado ou técnica e treinamento inapropriados. Poucas são as revisões de resultados do exame, realizados por médicos em treinamento, em serviços de ensino. **Objetivo:** Análise dos resultados de procedimentos realizados a partir de exames de colonoscopia no serviço de coloproctologia de um hospital de ensino do oeste paulista no primeiro semestre de 2016. **Métodos:** Revisão retrospectiva, através de prontuário, de exames endoscópicos baixos realizados entre Janeiro e Junho de 2016, no serviço de coloproctologia. As variáveis categóricas foram apresentadas na forma de proporção e as variáveis contínuas, como média e desvio-padrão. Para análise estatística, foi usado o programa IBM SPSS Statistics 23.

Resultados: Observou-se a realização 231 exames endoscópicos baixos, dos quais 195 foram colonoscopia e 36 retossigmoidoscopia flexível, sendo realizado procedimento em 111 destes, dos quais em 77 foram polipectomias (62,3% destas com pinça de biópsia, 20,8% mucosectomia e em 16,9% foram utilizados os dois métodos), 3 cromoscopias, 6 coagulação com plasma argônio, 13 tatuagem com nanquim e 111 biópsias.

Rafael Andrade De Oliveira; Danilo José Munhóz Da Silva; Gustavo Lisbôa De Braga; Tamara Durci Mendes; Ricardo Mendonça Costa Junior; Alisson Teixeira Silva Martins; João Gomes Netinho; Marcelo Maia Caixeta De Melo;

HOSPITAL DE BASE - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PO148 - Enteroscopia do Intestino Delgado com Cápsula Endoscópica e Técnica de Duplo-Balão: Casuística do Gastrocentro/UNICAMP.

INTRODUÇÃO: A enteroscopia do intestino delgado por cápsula endoscópica (CE) e por técnica de duplo-balão (DB) foram descritas em 2000 e 2001, respectivamente. As principais indicações para esses exames são: hemorragia digestiva obscura, neoplasia do intestino delgado, síndromes polipoides, doença de Crohn e doença celíaca. **OBJETIVOS:** Descrever as indicações, achados e complicações da enteroscopia do intestino delgado por CE e DB no Gastrocentro/UNICAMP. **PACIENTES E MÉTODOS:** Entre agosto de 2008 e junho de 2016, foram realizados 156 exames de CE e 168 exames de DB. **RESULTADOS:** Quanto à CE, 57 eram homens e 99 mulheres, com idade média de 54,23 anos completos (19-83). As principais indicações foram hemorragia digestiva obscura (80 casos), dor abdominal (27 casos), diarreia crônica (21 casos), síndromes polipoides (9 casos), doença celíaca (10 casos) e doenças inflamatórias intestinais (9 casos). Todos os pacientes deglutiram a cápsula, exceto dois que necessitaram de colocação por meio de endoscópio. O tempo médio de permanência da CE no estômago foi 41,45min (5-233). O tempo médio de trânsito no intestino delgado foi 271,9min (113-494). Os principais achados da CE foram: lesões vasculares (87 pacientes), linfangiectasias (28 pacientes), pólipos (26 pacientes), doença de Crohn (29 pacientes), enteropatia hipertensiva (11 pacientes), doença celíaca (4 pacientes) e neoplasia (3 pacientes). CE fez um diagnóstico relevante e/ou mudou o manejo do paciente em 50 casos (32%). Quanto à DB, 71 eram homens e 121 mulheres, com idade média de 45,52 anos completos (16-89). Indicações de DB:

hemorragia digestiva obscura (77 exames), pesquisa de microbiota (41 exames), síndromes polipoides (41 casos), doenças inflamatórias intestinais (15 exames), dor abdominal (14 exames) e doença celíaca (4 casos). O tempo médio de duração de exames foi 69,4min (33-137). A extensão média do intestino delgado avaliado pela via anterógrada foi de 225cm (60-360) e 120cm pela via retrógrada (30-260). Os principais achados da DB foram: lesões vasculares (33 pacientes), pólipos (27 pacientes) e erosões (24 pacientes). DB fez um diagnóstico relevante e/ou mudou o manejo do paciente em 50 casos (26%). Quanto às complicações por DB, houve dois casos de sangramento pós-polipectomia que foram manejados endoscopicamente, e dois casos de íleo adinâmico. **CONCLUSÕES:** A enteroscopia do intestino delgado por CE e DB foi eficaz e segura, com baixo índice de complicações e alto valor diagnóstico.

Michel Gardere Camargo; Cristiane Kibune Nagasako; José Olympio Meirelles-Santos; Raquel Franco Leal; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Natália Pranzetti Vieira; Carlos Augusto Real Martinez; Cláudio Saddy Rodrigues Coy;

UNICAMP

PO149 - Explosão do cólon após preparo do colônico para colonoscopia

INTRODUÇÃO: apesar de ser bem tolerado e efetivo no preparo colônico para a colonoscopia, o manitol possui algumas desvantagens, como o grande volume a ser administrado, desidratação, náuseas, distensão abdominal. Existem ainda relatos de explosões colônicas com o uso do cautério relacionada à sua fermentação e produção de gases potencialmente explosivos. **OBJETIVO:** relatar o caso de uma paciente que evoluiu com explosão do cólon sigmóide após fazer preparo colônico com o manitol, não relacionada ao uso do cautério. **RELATO DO CASO:** Mulher, 75 anos, hipertensa, diabética, institucionalizada e acamada, deu entrada no nosso serviço para realização de colonoscopia, solicitada para avaliação de constipação. Na chegada ao centro de endoscopia, encontrava-se em estado geral ruim, desorientada, taquidispnéica, taquicárdica e hipotensa. O acompanhante referiu uso inadequado do manitol por conta própria (dobro da dose habitual). Apresentava ainda abdome hipertimpânico, distensão importante e defesa involuntária. Durante a avaliação clínica evoluiu com parada cardiorrespiratória em AESP, revertida após as manobras de ressuscitação. Foi encaminhada laparotomia exploradora, com hipótese de sepse abdominal por perfuração colônica. No intraoperatório foi identificada laceração extensa do cólon sigmóide (cerca de 15 cm), além de distensão e isquemia importantes do cólon esquerdo e grande conteúdo fecal em toda a cavidade abdominal. O restante do cólon era normal e não havia neoplasia obstrutiva. Optou-se pela colectomia esquerda ampliada, transversostomia terminal e sepultamento do reto alto. A paciente faleceu no pós-operatório imediato, apesar do suporte intensivo. **CONCLUSÃO:** o preparo do cólon não é isento de complicações e deve ser criteriosamente escolhido para que sejam respeitadas as limitações de cada paciente. No caso em questão, a ruptura do cólon sigmóide ocorreu pelo uso do manitol na dose incorreta, em uma paciente com provável pseudo-obstrução intestinal.

Lucas Maradei Carneiro De Rezende; Marley Ribeiro Feitosa; Rafael Costa Jomah; Roberta Denise Alkmin Lopes De Lima; Barbara Bianca Linhares Mota; Rogério Serafim Parra; José Joaquim Ribeiro Da Rocha; Omar Féres;

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO150 - Frequência de pólipos colônicos em pacientes submetidos a colonoscopia eletiva em hospital de média complexidade no interior de São Paulo.

Introdução: Estima-se que aproximadamente 14 milhões de colonoscopias são realizadas anualmente nos Estados Unidos sendo o rastreamento de lesões precursoras do câncer colorretal (CCR) uma das principais indicações do exame que além de realizar o diagnóstico possibilita intervenções terapêuticas. Existem fortes evidências de que mulheres tem menor risco do que homens no que se refere à detecção de lesões polipoides de alto risco durante rastreamento por colonoscopia. **Objetivo:** Determinar a frequência que são encontrados pólipos em exames de colonoscopia, em hospital público de média complexidade do interior de São Paulo, realizados eletivamente, no período de janeiro de 2014 a junho de 2016 e avaliar se o gênero influencia na frequência desse achado. **Métodos:** Estudo descritivo realizado através da coleta de dados em prontuário médico. Os dados foram tabulados e analisados através do programa estatístico GraphPad Prism 5. Os exames de colonoscopia foram realizados pelo mesmo proctologista. **Resultados:** Durante o período avaliado, foram selecionados 229 pacientes submetidos à colonoscopia. Destes, sete realizaram duas vezes o exame no período. Foram excluídos quatro pacientes da amostra, três devido a preparo de colo inadequado para realização do exame e um que não foi possível o término do exame devido a perfuração do colo durante a realização. Assim, a amostra analisada foi de 225 pacientes e 232 colonoscopias no período. Eram do sexo masculino 82 (36,4%) e 143 (63,6%) do sexo feminino. A média de idade foi de 60,9 anos, variando de 18 a 90 anos. A presença de pólipos colônicos foi observada em 31 (13,8%) pacientes (14 do sexo feminino e 17 do sexo masculino). Dois pacientes com pólipos realizaram duas vezes o exame no período avaliado. Categorizando os pacientes por gênero foi observado uma proporção maior de pólipos no sexo masculino (20,7% contra 9,8%) dado estatisticamente significativo (Teste de Fisher; $p < 0,027$) **Conclusão:** A presença de pólipos foi mais frequente em pacientes do sexo masculino, dado este que corrobora com a literatura. **Palavras chave –** Colonoscopia / Pólipo colônico / Adenoma

Patricia Barbosa Da Silveira; Alexandre Venâncio Sousa; Andre Pantaroto; Mario Pantaroto; Stefano Cogo Badan;

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

PO151 - Intussuscepção em adulto: apresentação rara e tratamento desafiador.

INTRODUÇÃO: Intussuscepção intestinal é a principal causa de obstrução em crianças, mas em adultos ela representa apenas 5% de todas intussuscepções. Em contraste com intussuscepção intestinal na infância, que é idiopática em 90% dos casos, em adultos há uma patologia definida em 70-90% dos casos. A maioria dos cirurgiões aceita que a intussuscepção em adultos requer ressecção cirúrgica, porque a maioria dos pacientes tem lesões intraluminais. No entanto, a extensão da ressecção e se a intussuscepção deve ser reduzida ainda permanece controverso. **OBJETIVOS:** Destacar através do relato de caso e revisão da literatura a apresentação inicial, características clínicas, diagnóstico e condução dessa patologia pouco comum. **MÉTODOS:** NO, 56 anos, masculino, sem comorbidades. Admitido com dor abdominal, náuseas, parada de eliminação de flatos e fezes há 5 dias, enterorragia e perda ponderal. Atendido em outro serviço, há 3 meses com queixa de constipação e sangramento durante as evacuações, porém sem investigação. Exames Hb: 16,3, Leuco: 14.100, Pla.: 190000, Cr: 0,9. Rx Abdome: distensão colônica com válvula ileocecal competente e ausência de gás em ampola retal. TC Abdome: imagem compatível com invaginação sigmóideo-retal. **RESULTADOS:** Paciente submetido a laparotomia por tratar-se de um abdome agudo obstrutivo com válvula ileocecal competente, alça fechada. No inventário da cavidade: ceco e cólon transverso com áreas desserosadas e aparente comprometimento vascular, área de intussuscepção em transição reto-sigmóide por cerca de 18 cm, lesão tumoral palpável em intussuscepto. Optado por não redução da intussuscepção, considerando tratar-se de neoplasia maligna, respeitado

princípios oncológicos foi realizada colectomia total com sepultamento do coto retal ao nível da reflexão peritoneal e ileostomia terminal. Paciente evoluiu bem, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 8º dia de pós-operatório. Encontra-se em seguimento ambulatorial em programação para reconstrução de trânsito intestinal. Anátomo-patológico do espécime: produto de colectomia total, adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau em extremidade de invaginação intestinal, extensa necrose intestinal, cabeça de invaginação é necrótica e exibe formação polipóide medindo 6 cm em extensão. **CONCLUSÃO:**

Intussuscepção em adulto é uma condição incomum e desafiadora. O tratamento geralmente requer ressecção do segmento envolvido e neoplasia maligna colônica é a principal hipótese. Juliana Carneiro Cabral Dourado; Carlos Augusto Canteras; Leonardo Cardoso Bringel Olinda; Vitor Lazarini Dos Santos Jr; Rafael Hinsching Bauer; Hermano De Carvalho Cavalcante; Raul Fernandes Marinheiro Jr; César Augusto Simões;

HOSPITAL MUNICIPAL DR FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA

PO152 - Manejo de lesões colorretais não-polipóides maiores que 20mm com técnica de mucosectomia endoscópica: experiência do gastrocentro/unicamp

Introdução: Lesões colorretais planas têm sido mais frequentemente identificadas devido a maior aderência ao screening do câncer colorretal, aperfeiçoamento das técnicas endoscópicas e melhora da qualidade da imagem. A mucosectomia endoscópica (ME) é a modalidade de tratamento mais utilizada nos países ocidentais, ainda que associada a maiores taxas de recidiva. Objetivos: Avaliar os resultados de eficácia, segurança e recidiva da ME para lesões colorretais planas maiores que 20mm. Materiais e Métodos: Em estudo retrospectivo, entre janeiro de 2014 e maio de 2016, foram analisados dados de 72 ME's em 61 pacientes, sendo 37 mulheres. A idade média foi de 59,6 anos completos (47-83). Todos os pacientes tiveram pelo menos uma colonoscopia de controle, com seguimento médio de 14,4 meses (6-30). Resultados: O tamanho médio das lesões foi de 33mm (20-55mm), sendo 62,5% delas localizadas no cólon direito. A ressecção foi a piecemeal em 82% dos casos. O achado de carcinoma ou displasia de alto grau ocorreu em 28% dos pacientes, sendo indicada cirurgia em apenas uma paciente com histologia desfavorável (invasão da submucosa maior que 10mm). Houve dois casos de sangramento intraprocedimento manejados por via endoscópica, e dois casos de sangramento pós-procedimento sem necessidade de reintervenção endoscópica. Tivemos um caso de síndrome pós-polipectomia, com boa evolução após tratamento clínico. Houve apenas um caso de perfuração no ceco, que foi diagnosticada durante o procedimento e satisfatoriamente tratada com cliques. No seguimento, houve recidiva que foi comprovada histologicamente em 14 casos (19%), sendo todas pequenas e passíveis de tratamento endoscópico. Conclusões: Em nossa experiência, a ME para o tratamento de lesões colorretais planas maiores de 20mm foi um procedimento eficaz e seguro, com baixas taxas de complicações e índices de recidiva compatíveis com a literatura.

Michel Gardere Camargo; José Olympio Meirelles-Santos; Lilian Vital Pinheiro; Sandro Nunes Angelo; Raquel Franco Leal; Maria De Lourdes Setsuko Ayrizono; Carlos Augusto Real Martinez; Cláudio Saddy Rodrigues Coy;

UNICAMP

PO153 - Perfil epidemiológico das colonoscopias realizadas por um centro especializado do interior paulista

Introdução: A visualização completa da mucosa do intestino grosso através da colonoscopia é sabidamente de fundamental importância para o diagnóstico correto da maioria das afecções colorretais. A colonoscopia é utilizada para avaliação de anormalidades diagnosticadas em

outros exames de imagem, avaliação de pacientes com sangramento digestivo, investigação de anemias, rastreamento do câncer colorretal, avaliação e seguimento das doenças inflamatórias intestinais, tratamento das hemorragias digestivas baixas, retirada de corpos estranho, excisão de pólipos, descompressão cólica, dilatação de estenoses, localização e marcação de neoplasia, entre outros. O exame colonoscópico pode ser um procedimento tecnicamente difícil e a sua eficácia depende de variáveis tais como a capacidade do examinador e a qualidade da preparação do intestino. Objetivo: Avaliar o perfil e os achados das colonoscopias realizadas pela equipe da coloproctologia de um serviço terciário do interior paulista, durante seis meses. Métodos: Foram selecionados os pacientes submetidos à colonoscopia pela equipe de coloproctologia de um serviço terciário do interior paulista, no período Janeiro a Junho de 2016. Retrospectivamente, foram analisados o perfil do pacientes, a técnica e os achados dos exames. Resultados: O numero total da amostra foi de 195. Observou-se que 54,9% dos pacientes eram do sexo feminino, com a média de idade de 57,8 anos. Analisando o motivo de realização do exame, a maioria dos pacientes estava assintomático, e, cerca de 36% dos pacientes sabidamente eram portadores de alguma doença inflamatória intestinal ou pólipos intestinais. Em relação a técnica do exame, 93% dos exames foram considerados com preparo adequado, e cerca de 90% dos exames foram considerados completos (até ceco). O achado endoscópico mais freqüente foram pólipos. Conclusão: A distribuição de sexos e antecedentes pessoais da população analisada não pode ser comparada a população geral, pois sabe-se que a amostra analisada já possui algum tipo de acompanhamento com a especialidade, no entanto as características dos achados endoscópicos mais prevalentes se assemelha à população geral. Com relação à técnica dos exames, a maioria foi considerado completo com preparo adequado. Estudos sugerem que colonoscopistas adequadamente treinados devem atingir, pelo menos, uma taxa de 90% de acesso cecal.

Tamara Durci Mendes; Danilo José Munhóz Da Silva; Gustavo Lisbôa De Braga; Ricardo Mendonça Costa Junior; Alissonn Teixeira Silva Martins; Rafael Andrade De Oliveira; João Gomes Netinho; Francisco De Assis Goncalves Filho;

FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO- FAMERP

PO154 - Pólipo lipomatoso associado à prolapso retal como causa de obstrução intestinal- Relato de caso.

Introdução: Os lipomas de cólon são lesões benignas com incidência de 0,2 a 4,4%, comumente em mulheres, na sexta década de vida, em hemicólon direito e 90% são submucosos. Frequentemente achados acidentais ou quando se tornam gigantes (maior 4 cm de diâmetro) podem causar alguma queixa clínica como dor e alteração do hábito intestinal, raramente intussuscepção intestinal, sangramento, perfuração, obstrução ou expulsão retal. Objetivo: Relatar caso de obstrução intestinal causado por prolapso retal de lipoma gigante encarcerado. Caso clínico: Paciente masculino, 44 anos com história de prolapso retal há 8 meses após evacuação com necessidade de redução manual. Evoluiu por três dias com prolapso volumoso, sem sucesso com redução e ausência das evacuações. Referindo dor perianal importante e dor abdominal em cólica associada à distensão abdominal e hiporexia há um dia. Sem vômitos. Ao exame: bom estado geral, hidratado, estável hemodinamicamente e afebril Abdomo globoso, pouco distendido, flácido, sem peritonite. Proctológico: Prolapso importante de reto encarcerado, com necrose de mucosa. Doloroso a palpação. Não redutível à manobra manual. Exames:Hb 15,2 ht 46,9 leucocitos 7700. Realizado exame sob narcose com retossigmoidoscopia rígida com visualização da mucosa, de aspecto violáceo e com fibrina, porém sem sinais de necrose. Redução do prolapso de pólipo retal volumoso manualmente. Realizado laparotomia exploradora com colectomia segmentar e polipectomia. O anatomopatológico evidenciou lipoma submucoso sem malignidade. Alta hospitalar no 7º dia pós-operatório. Discussão: Apenas as lesões sintomáticas ou aquelas em que não podemos

descartar malignidade necessitam remoção através de colonoscopia, colotomia, colectomia segmentar simples ou colectomia oncológica. No caso, a técnica empregada deveu-se, por motivo de segurança, aos seguintes fatos: pedículo espesso e contendo todas as camadas intestinais, dificuldade técnica pelo prolapso retal e desconhecimento da exata topografia e histologia da lesão e falta de preparo da paciente. Conclusão: Lesões polipoides volumosas apesar de benignas podem causar complicações, sugerindo que a ressecção seja discutida mesmo nos pacientes assintomáticos.

Janaina Wercka; Diego Palmeira Rangel; Isaac Jose Felipe Neto; Eduardo Augusto Lopes; Alexander De Sa Rolim; Rogerio Lino De Souza Freitas; Hugo Henrique Watte; Laercio Robles;
HOSPITAL SANTA MARCELINA

PO155 - **Relato de Caso: Polipose adenomatosa familiar**

Introdução: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma síndrome autossômica dominante associada ao gene APC. Caracteriza-se pela presença de múltiplos pólipos no trato gastrointestinal, principalmente na região colorretal. A polipose associada ao gene MUTYH (PAM) é uma síndrome autossômica recessiva que se apresenta com a mesma clínica da PAF. Pacientes portadores dessas mutações irão apresentar pólipos e adenomas até a segunda ou terceira década de vida e, se não tratados, irão desenvolver câncer colorretal até os 40 anos de idade. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente com história de múltiplos pólipos e adenomas intestinais, ainda em fase de investigação genética para PAF ou PAM.

Métodos: Realizada anamnese com a paciente, e analisados exames laboratoriais, de imagem e relatório anatomopatológico anterior e posterior à cirurgia de proctocolectomia. **Resultados:** KGS, 24 anos, sexo feminino, parda, iniciou quadro com episódios de enterorragia, associados à dor abdominal, astenia, hiporexia, náuseas e hematoquezia. Endoscopia digestiva alta identificou lesões polipoides de fundo e corpo gástrico, e colonoscopia, numerosas lesões polipoides com áreas de necrose. O exame anatomopatológico revelou adenoma tubular com displasia glandular leve a moderada em cólon e antro gástrico, compatível com diagnóstico de PAF. Não foi relatado nenhum outro caso de PAF na família. Optou-se pela realização de proctocolectomia com bolsa ileal por videolaparoscopia. Em consulta com o médico geneticista, foi solicitado pesquisa de mutações associadas à síndrome de câncer colorretal hereditário (APC, MUTYH, STK11). **Conclusão:** Mutações nos genes APC e MUTYH predispõem à formação de múltiplos pólipos na mucosa intestinal, caracterizando a PAF e a PAM respectivamente. Pacientes com tais síndromes devem realizar a remoção cirúrgica do cólon, a fim de prevenir o câncer colorretal, assim como ser submetidos à pesquisa de mutações genéticas para definir a conduta de rastreio familiar e aconselhamento genético.

Michelle Santos Martins; Vanessa De Freitas Moreira; Karla Renata Ayumi Kato; Ágata Valentina Shimizu Frutuoso; Anna Carolina Franco; Renan Vicente Sohn; Jacqueline Jessica De Marchi; Mardem Machado De Souza;
CLINICA PRIVADA

PO156 - **Trauma esplênico pós-colonoscopia: relato de caso de revisão da literatura.**

Introdução: A colonoscopia é considerado um dos métodos diagnósticos e terapêuticos mais empregados nas últimas décadas. A segurança do procedimento e a maior incidência de neoplasia colorretal justifica o grande número de exames indicados, apesar de algumas complicações graves, como sangramento e perfuração, estarem descritas. O trauma esplênico (TE) secundário a colonoscopia, no entanto, é uma rara e potencialmente fatal complicação, agravando por ser uma entidade cujo diagnóstico pode ocorrer tardiamente. Os sintomas geralmente são reportados nas primeiras 24h após a colonoscopia, porém em alguns casos o

aparecimento dos sinais e sintomas do TE podem ocorrer de forma mais morosa. Para que o diagnóstico aconteça de forma mais acurada, é necessária uma alta suspeição, levando em conta fatores de risco como sexo feminino, presença de aderências no ângulo esplênico do cólon, colonoscopia tecnicamente difícil, sedação, entre outros aspectos referentes as lesões encontradas. Devido a infrequência desta complicação, não está definido até o momento diretrizes para seu manejo, sendo o tratamento não-operatório reservado para os paciente hemodinamicamente estáveis. A esplenectomia, no entanto, ainda é o tratamento mais realizado na literatura. Objetivo: relatar um caso e realizar uma revisão de literatura sobre o assunto abordado. Método: relato de caso de revisão de literatura. Relato de caso: paciente do sexo feminino, 59 anos, sem comorbidades, com laparotomia exploradora prévia por lise de aderências, com colonoscopia realizada por queixa de dor abdominal em baixo ventre recorrente, que iniciou em dezembro de 2015. Foi realizada, então, colonoscopia com sedação, sem aparentes intercorrências durante o procedimento, havendo polipectomia com pinça de biópsia em pólipos no sigmoide (1,2 e 0,8cm), descendente (0,5cm), transverso (0,5cm) e em ascendente (3cm), somente biopsiado por dificuldades técnicas. Um dia após colonoscopia, paciente evolui com dor abdominal e síncope, realizando TC abdominal com grande quantidade de líquido livre na cavidade, indicada então laparotomia exploradora. A cirurgia identificou cerca de 2 litros de sangue na cavidade e laceração esplênica, sem sangramento ativo, optando-se por preservar o baço. Evoluiu com melhora clínica progressiva e alta hospitalar após 5 dias. Conclusão: TE é uma rara porém grave complicação da colonoscopia, onde a alta suspeição é o principal aspecto para um diagnóstico e tratamento efetivos.

Gustavo Lisbôa De Braga; Danilo José Munhóz Da Silva; Tamara Durci Mendes; Ricardo Mendonça Costa Junior; Rafael Andrade De Oliveira; Alisson Teixeira Silva Martins; Geni Satomi Cunrath; João Gomes Netinho;

HOSPITAL DE BASE

PO157 - Existe concordância entre constipação referida e constatada por critérios objetivos?

Introdução: A constipação intestinal crônica representa a queixa digestiva mais comum no consultório com elevada prevalência na população. No entanto, frequentemente, os pacientes e mesmo os médicos, não são afeitos com os distúrbios do assoalho pélvico, definem e consideram constipação baseados na funcionalidade intestinal e consistência das fezes. Entretanto, os sintomas de defecação incompleta, manobras digitais, desconforto abdominal e esforço evacuatório não devem ser negligenciados. Objetivos: Verificar a correlação entre constipação intestinal referida e constatada através de critérios objetivos em pacientes internados em regime de enfermaria Metodologia: Estudo prospectivo de amostra aleatória de pacientes internados em enfermaria para realização de cirurgias de pequeno porte e não relacionadas a distúrbios funcionais de trato gastrointestinal no período entre setembro de 2014 e junho de 2015, cujo único critério de exclusão foi o não consentimento em participar da entrevista. Resultados: Foram analisados de forma aleatória 102 pacientes no período sendo 51% do sexo feminino e média de idade global de 48,6 anos (19-82 anos). A constipação foi referida de forma espontânea em 17,6% e negada em 82,4%. Ao se utilizar o critério da Cleveland Clinic para constatar constipação houve uma concordância com o sintoma referido fora de 88,9%, com mesmo valor ao se utilizar os critérios de Roma III ($Kappa=0,665$). Além disso, verificou-se maior incidência de constipação intestinal nos pacientes do sexo feminino ($p=0,002$). Conclusão: Verificou-se maior incidência de constipação no sexo feminino sem diferença estatística baseado na idade. Além disso, constatou-se concordância substancial entre a constipação referida e a documentada através de critérios objetivos.

Isaac Jose Felipe Neto; Janaina Wercka; Ana Luiza Chaves Maneira; Noelle Breda Teixeira; Beatriz Doine Vettorato; Mariana Campello De Oliveira; Tatielle Alves Trivelato Menezes; Laercio Robles;
HOSPITAL SANTA MARCELINA

PO158 - Experiência inicial na Bahia em neuroestimulação sacral no tratamento da incontinência fecal: relato de caso e revisão da literatura

Introdução:A incontinência fecal é responsável por grande impacto socio-econômico e tem adquirido importância epidemiológica com o envelhecimento populacional. Seu tratamento envolve medidas clínicas e eventualmente cirúrgicas, com resultados desanimadores. Neste contexto, a neuroestimulação sacral passou a ser aplicada à incontinência fecal desde 1995. Sua indicação, segundo dados da literatura, envolve pacientes com incontinência fecal refratária às terapias tradicionais. **Objetivo:**Relatar primeiro caso na Bahia de implante de neuroestimulador sacral para tratamento da incontinência fecal e discutir, através de revisão da literatura, os principais aspectos relacionados à técnica. **Resultado:** Paciente do sexo feminino, 70 anos, diabética, múltipara, passado de cirurgias abdominais, portadora de incontinência fecal com importante impacto social. Submetida a esfínteroplastia e biofeedback, evoluindo com degradação da resposta a longo prazo, indicada neuroestimulação sacral. Foi submetida ao teste terapêutico com estimulador temporário com resposta satisfatória. Após implante do gerador definitivo, evoluiu com melhora completa da queixa de incontinência fecal no primeiro mês. Apresentou posteriormente incontinência eventual para flatos e fezes, necessitando de ajustes da amperagem do estimulador. Em seguimento de 15 meses encontra-se assintomática. **Discussão:** Abordagens cirúrgicas tradicionais não contemplam o aspecto sensorio-motor da fisiopatologia da doença. Neste contexto, a neuroestimulação sacral possui reconhecida aplicabilidade. Segundo a literatura, sua taxa de sucesso é em média 78-84% para os casos submetidos ao implante definitivo, com 50% dos pacientes atingindo a continência completa. Complicações ocorrem em torno de 30% dos pacientes, em sua maioria sendo resolvidas com medidas clínicas, necessitando de retirada definitiva do gerador em 4-9% dos casos. Resultados favoráveis apontam para a ampliação das indicações para alguns pacientes com defeito esfínteriano, lesão do nervo pudendo e má-formações congênitas. Ao mesmo tempo, diversos autores discutem a necessidade de aprimoramento da seleção dos pacientes, inclusive com a adoção de pontos de corte mais rigorosos na definição de resposta satisfatória na fase teste. Conclui-se, portanto, se tratar de uma terapêutica segura e eficaz para a incontinência fecal, necessitando-se de novos estudos que indiquem quais pacientes são melhores candidatos à técnica.

Mayara Maraux Braga; Larissa Andreade Da Costa; Aline Landim Mano; Lina Maria Goes De Codes; Isabela Dias Marques Da Cruz; Flavia De Castro Ribeiro Fidelis; Elias Luciano Quinto De Souza; Euler De Medeiros Azaro Filho;
HOSPITAL SÃO RAFAEL

PO159 - Procidência de reto e retossigmoidectomia perineal a Altemeier: relato de caso

Introdução: Constipação é uma síndrome definida como dificuldade ou infreqüência de evacuações, associada ou não com fezes ressecadas e sensação de evacuação incompleta. Sugerem-se dois mecanismos para explicar a constipação, trânsito intestinal lento e distúrbiosó. Após avaliação clínica propedêutica complementar, o paciente é estratificado de acordo com esses dois grupos é indicado o tratamento. O tratamento é predominantemente clínico. O tratamento cirúrgico está indicado apenas em pacientes com falha da terapêutica clínica e que permanecem com sintomas que prejudicam a vida diária, com indicação seletiva

e restrita. Objetivos: Relatar um caso de constipação intestinal refratária a tratamento clínico submetida a abordagem cirúrgica. Métodos: Relato de caso de paciente proveniente do HC-UFMG. Resultados: Paciente TJOF, 23 anos, sexo feminino, com história de constipação desde a infância com refratariedade a terapêutica clínica. Em junho de 2011 foi submetida a retossigmoidectomia com reconstrução a Duhamell modificado. Apresentou manutenção dos sintomas, sendo então realizada proctocolectomia total com bolsa ileal em J e ileostomia protetora em setembro de 2015. Em abril de 2016, foi realizado o fechamento de ileostomia, pós-operatório sem intercorrências. No momento, em seguimento ambulatorial, com evacuações diárias líquido-pastosas, sem incontinência fecal. Conclusões: A cirurgia é uma opção nos casos de refratariedade, com razoável índice de sucesso e baixa incidência de complicações. A confecção de bolsa ileal somente é recomendada em casos excepcionais e decidida caso a caso.

Xia Yuan; Luiz Henrique Cury Saad; Ednir De Oliveira Vizioli; Mirella Cuziol; Thaís Serafim De Resende; Vinícius Vendites Minossi;

UNESP

PO160 - Proctocolectomia total com reservatório ileal para tratamento cirúrgico de constipação: relato de caso

Introdução: a obstrução do cólon pode ser rapidamente progressiva e necessitar tratamento cirúrgico de urgência. Dentre as causas dinâmicas (mecânicas), que são a maioria, em oposição às adinâmicas (Ogilvie), a Intussuscepção é uma das mais raras (<2% em adultos). Diferente da população pediátrica, 90% das intussuscepções em adultos são originadas por uma lesão de massa, sendo rara a intussuscepção sem fator mecânico causal. Métodos: Relato de caso: CMGS, feminina, 58 anos, foi atendida em PS com Abdome Agudo Obstrutivo, submetida a transversostomia derivativa. Após resolução da urgência, submetida a Colonoscopia que evidenciou lesão vegetante, estenosante e friável, intransponível, mimetizando neoplasia, cujo AP: extensa necrose em mucosa retal com processo inflamatório em atividade. Depois evoluiu com prolapso e sangramento retal, reinvestigada, nova colonoscopia evidenciou edema e erosões de fibrina na topografia do sigmóide, onde antes havia necrose. AP: Dislipidemia AC: Hiatoptasia, cesárea, transversostomia EF: BEG, corada e hidratada Abdome: plano, flácido, transversostomia funcional Proctológico: prolapso retal de cerca de 16cm, esfíncter hipotônico. retoscopia até 15cm do BA onde se observa estenose intransponível por intussuscepção (tumoral?) TC abdome: sinais compatíveis com invaginação na topografia retossigmóide Discussão: Paciente submetida a laparotomia exploradora, evidenciando ponto de intussuscepção em sigmóide redundante, reduzido, ressecado (retossigmoidectomia). Ao avaliar a peça, evidenciou-se espessamento da região da intussuscepção, sem lesão de massa. A paciente evoluiu em PO habitual de retossigmoidectomia com reconstrução primária, resolução do prolapso e hábito intestinal normalizado Conclusão: Intussuscepção em adultos sem lesão de massa, foi descrito em alguns casos de Doença de Crohn e Doença Celíaca (as quais a paciente não tem), mas em geral são idiopáticas. Nestes casos, a obstrução em geral é incompleta, transitória e se resolve espontaneamente, sem necessidade de cirurgia, diferente do caso exposto, que denota história típica de obstrução mecânica com lesão de massa.

Rodrigo Gomes Da Silva; Antônio Lacerda Filho; Adriana Cherem Alves; Ana Carolina Parussolo André; Kelly Cristine De Lacerda Rodrigues Buzatti; Gabriel Braz Garcia; Gabriela Maciel Cordeiro;

FACULTA DE MEDICINA DA UFMG

PO161 - Relato de caso: Prolapso Retal com Intussuscepção de Sigmóide Simulando Neoplasia Sem Lesão de Massa em Adulto

Introdução: O desenvolvimento da cirurgia videolaparoscópica mudou a forma como realizamos cirurgia. Seus benefícios são claramente visíveis em qualquer serviço com cirurgiões habilitados com essa via de acesso. Atualmente existe poucas restrições ao emprego rotineiro do acesso laparoscópico. Porém, no início da experiência essa via de acesso era somente para casos selecionados. **Objetivo:** Apresentar a evolução da cirurgia colorretal laparoscópica no serviço de cirurgia do cólon e reto do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de 1995 até 2016. **Métodos:** Análise retrospectiva com base de dados coletada prospectivamente de 596 pacientes submetidos cirurgia colorretal laparoscópica, com relação ao tipo de ressecção cirúrgicas realizadas, complicações intra e pós-operatórias (PO), taxa de conversão, mortalidade e tempo cirúrgico ao longo da casuística. **Resultados:** Das 596 cirurgias realizadas 269 foram de 1995 à 2011 e 327 de 2012 à 2016. Foram realizadas ao todo 340 colectomias esquerdas e retossigmoidectomias (57,1%), 144 colectomias direitas (24,2%), 37 proctocolectomias totais com ou sem bolsa ileal (6,2%), 29 colectomias totais (4,9%), 29 amputações abdomino perineais de reto (4,9%), 10 sacropromonto fixações de reto com ou sem tela (1,7%) e 7 outras ressecções não classificadas (1,2%). A idade média dos pacientes foi de $57,9 \pm 15,1$ anos, sendo 223 do sexo masculino (37,4%) e 373 do sexo feminino (62,6%), IMC médio de $26,65 \pm 4,6$. O tempo médio de cirurgia de $243,8 \pm 95,5$ minutos. Complicação intra-operatória em 28 casos (4,7%), conversão de 46 casos (7,7%). As complicações cirúrgicas até o 30o PO foram classificadas conforme a escala de Clavien-Dindo. Dos 596 paciente, 411 não tiveram complicações cirúrgicas (69%), 63 tiveram complicação grau I (10,6%), 56 complicações grau II (9,4%), 6 complicações grau IIIa (1,0%), 28 complicações grau IIIb (4,7%), 14 complicações grau IVa (2,3%), 7 complicações grau IVb (1,2%) e 11 complicações grau V (1,8%). Deiscência de anastomose ocorreu em 46 (7,7%) casos e reoperação em 46 (7,7%) pacientes. **Conclusão:** os resultados das ressecções laparoscópicas em instituição de ensino estão de acordo com os grandes centros mundiais, mesmo incluindo a experiência inicial, mostrando a segurança e exequibilidade dessa via de acesso.

Pablo Benely Silva De Andrade; Daniel Hortiz De Carvalho Nobre Felipe; Marcelo Protásio Dos Santos; Diego Yuji Ito; Árlem Cesar Damasceno Pérez; Helena Vecchia D'Elia; Fernando Bray Beraldo; Rogério Machado Cury;

IAMSPE

PO162 - A evolução da cirurgia colorretal laparoscopia em instituição de ensino.

Introdução: As neoplasias de delgado são raras, correspondendo a apenas 1-2% das neoplasias gastrointestinais, sendo o adenocarcinoma a neoplasia mais comum do jejuno. Devido a sintomatologia inespecífica, seu diagnóstico é geralmente tardio, comprometendo o prognóstico do paciente. **Objetivo:** Relatar um raro caso de adenocarcinoma de jejuno e alertar para a importância do diagnóstico precoce, objetivando um melhor prognóstico. **Métodos:** Estudo descritivo tipo relato de caso e revisão bibliográfica. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 74 anos, encaminhado ao ambulatório de Coloproctologia de um hospital particular, devido a quadro de dor em região mesogástrica, de baixa intensidade, há aproximadamente 01 ano, associado a anemia severa e perda ponderal (15 kg). Nos 04 meses precedentes a procura do serviço, apresentou piora, com crises recorrentes de dor abdominal de forte intensidade, tipo cólica, associada a distensão e vômitos volumosos. Endoscopia digestiva alta apresentando ectasia vascular de esôfago e gastrite crônica; colonoscopia revelando pólipos retais e doença diverticular do cólon; pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva; Tomografia de abdome com espessamento parietal de jejuno proximal, dilatação à montante e linfonodos mesentéricos; entero-ressonância evidenciando lesão infiltrativa em jejuno proximal, com invasão de gordura mesentérica e aderência jejuno-jejunal. Paciente foi

submetido a tratamento cirúrgico e quimioterapia adjuvante. Conclusão: O adenocarcinoma de jejuno é uma neoplasia rara, sendo, na maioria das vezes, diagnosticado tardiamente devido a sua sintomatologia inespecífica. Seu diagnóstico precoce requer alta suspeição na presença de sangramento oculto e quadros recorrentes de suboclusão intestinal.

Lucas Soares Gerbasi; Rodrigo Ambar Pinto; Mariane Gouvea Monteiro De Camargo; Cintia Mayumi Sakurai Kimura; Diego Fernandes Maia Soares; Fábio Guilherme Caserta Maryssael Campos; Sérgio Carlos Nahas; Ivan Cecconelo;

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

PO163 - **Adenocarcinoma de jejuno: relato de caso**

INTRODUÇÃO: As neoplasias malignas primárias de apêndice cecal são doenças raras, com incidência de 0,12 casos por 1.000.000. Frequentemente o adenocarcinoma mucinoso de apêndice manifesta-se como uma apendicite aguda ou então apresenta-se assintomático, sendo diagnosticado durante outros procedimentos cirúrgicos exploratórios. **OBJETIVO:** Relatar um caso de adenocarcinoma mucinoso de apêndice cecal em paciente com diagnóstico de Doença de Crohn. **RELATO DE CASO:** S.M., 51 anos, masculino, diabético insulino-dependente. Paciente diagnosticado com Doença de Crohn há 2 anos após episódio de dores abdominais e colonoscopia evidenciando espessamento em íleo terminal, em uso de mesalazina 2,4 g/dia, ficando assintomático desde então. Ao realizar colonoscopia de controle em 2016, foi evidenciado apêndice cecal com óstio apedicular com intenso processo inflamatório, realizadas biópsias com resultado de processo inflamatório inespecífico. Após 5 dias da colonoscopia paciente iniciou com dor abdominal em fossa ilíaca direita, optado pela realização de enterotomografia para elucidação diagnóstica: processo inflamatório importante em apêndice cecal e íleo terminal. Como conduta foi realizado tratamento clínico com antibiótico e corticoterapia, com boa resposta ao tratamento, recebeu alta após 4 dias, assintomático. Após 7 dias, realizada nova enterotomografia, para controle, evidenciando: acentuado espessamento de apêndice cecal, com alterações inflamatórias dos planos gordurosos circunjacentes, apresentando calibre de até 2,5 cm. Apêndice aderido ao íleo terminal, com leve efeito expansivo e compressão extrínseca da parede posterior de íleo terminal. Optado então pelo tratamento cirúrgico, realizada colectomia direita com anastomose primária. Paciente reoperado por abdome agudo perfurativo após 3 dias e submetido à ampliação da colectomia com ileostomia em alça. Resultado do anatomopatológico da peça: adenocarcinoma mucinoso infiltrativo, moderadamente diferenciado de apêndice cecal. **CONCLUSÃO:** Os tumores de apêndice cecal são raros e de diagnóstico muito difícil. A apresentação clínica do tumor apedicular geralmente é inespecífica e enganosa, podendo simular apendicite aguda. Geralmente o diagnóstico é realizado no intra-operatório, sendo que o diagnóstico de certeza da neoplasia é firmado apenas pelo exame histológico da peça, como no caso descrito neste relato.

Giovanni José Zucoloto Loureiro; Rossini Cipriano Gama; Luciano P. Nogueira Da Gama; Lorena Reuter Mota Gama; Jéssica Esteves Soares Loureiro; Taiane Rangel De Aquino; Amanda De Alcântara Almeida Costa; Isabella Silva E Pimentel;

UFES

PO164 - **Adenocarcinoma mucinoso de apêndice cecal: relato de caso**

INTRODUÇÃO: O propósito da avaliação pré-operatória é verificar o estado clínico do paciente a fim de se evitar a realização de exames desnecessários e de se reduzir o stress cirúrgico, que interfere na evolução pós-operatória, morbidade e duração da hospitalização. Além disso, a avaliação pré-operatória tem grande relevância do ponto de vista jurídico para aferição da

culpa e da responsabilidade civil do médico frente ao seu paciente. **OBJETIVOS:**Revisão na literatura de protocolos de solicitação de exames pré-operatórios. Listar os preços de cada procedimento de acordo com a tabela do SUS de 2009. Analisar juridicamente a responsabilidade civil do médico perante os órgãos de direito frente à solicitação de exames pré-operatórios. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Livros-texto, periódicos, artigos científicos, banco de dados da scielo, bireme, Medline, Pubmed, Lilacs e livros jurídicos. **Palavras-chave:** exames pré-operatórios, risco cirúrgico, responsabilidade civil. **DISCUSSÃO:** A responsabilidade civil do médico é considerada em relação ao conjunto dos atos praticados, sendo essencial os registros em prontuários. O exame pré-operatório deve ser considerado como elemento integrante de toda a cadeia de atos e fases do tratamento. Do ponto de vista jurídico o médico deve seguir corretamente o protocolo e justificar suas atitudes baseadas em estudos científicos. Sendo assim muito se pesquisa a respeito dos riscos e benefícios dos exames pré-operatórios, para não se causar nenhum dano, passível de previsibilidade e também não onerar em demasia o sistema de saúde. Os requisitos que tornam o exame pré-operatório útil estão listados no trabalho na íntegra (ex: As alterações não são detectáveis pela anamnese e exame físico). Exames pré-operatórios inespecíficos mais solicitados somam R\$ 65,84, por paciente. Já exames mais específicos variam de R\$30,10(EDA) a R\$268,75(RNM), podendo ser solicitados separadamente. Tem-se preconizado o uso racional de exames para redução de custo, uma vez que não há evidências de que o uso rotineiro de exames pré-operatórios está relacionado à redução ou predição de complicações perioperatórias. Os achados anormais encontrados em exames de rotina são frequentes, mas, dificilmente, estes resultados levam a modificações da conduta cirúrgica ou à própria suspensão da operação. **CONCLUSÃO:**A indicação de exames pré-operatórios deve ser individualizada conforme as doenças e comorbidades apresentadas pelos pacientes, assim como o tipo e o porte da cirurgia proposta.

Dayanne, Alba Chiumento; Doryane Maria Dos Reis Lima; Gustavo Kurachi; Fabiano Takaaki Emori; Carlos Floriano De Moraes;

HOSPITAL SÃO LUCAS

PO165 - Análise crítica da indicação dos exames pré-operatórios em cirurgias eletivas

INTRODUÇÃO:As colostomias e ileostomias, ocorrem por diversas entidades clínicas e traumáticas, assim como em estratégias cirúrgicas. O aumento do número de ostomias se mostra proporcional à maior incidência de carcinoma colorretal e das vias urinárias, das DII, diverticulite e, principalmente, ao crescimento da violência. Com isso, observa-se maior número de pacientes com complicações relacionadas aos estomas. Dentre essas, as hérnias paraestomais representam uma das mais comuns complicações tardias da confecção cirúrgica de estomas intestinais. **OBJETIVOS:** Levantamento retrospectivo, com análise descritiva da casuística de hérnia paraestomal (HPE) no serviço de Cirurgia Geral e Coloproctologia do HUSF; verificar fatores relacionados na etiopatologia. **MÉTODOS:** Dados dos prontuários referentes às cirurgias com estomas intestinais de fevereiro de 2011 à março de 2015. Identificar dados como caráter da cirurgia, idade, sexo, tipo de estoma, patologia que levou à cirurgia, desenvolvimento de HPE e tempo pós-operatório, condições nutricionais e fatores contribuintes. **RESULTADOS:** Dos 146 registros, 90 preencheram os critérios de inclusão. Do total, 57% eram masculino, 43% feminino, e destes, 16% dos homens e 8% das mulheres desenvolveram HPE. Divididos em faixa etária de dez anos, observa-se proporção do número de ostomizados e desenvolvimento de HPE, exceto para faixa de 50 a 60 anos. Tivemos 62% de cirurgias de urgência e 38% de eletivas, destes 23,5% dos eletivos desenvolveram HPE e apenas 13% das urgências; totalizando 23%. Malignidade: 58% dos pacientes tinham neoplasia, sendo 62% destes com neoplasia anorretal e 38% neoplasias dos cólons. Dos 52 pacientes neoplásicos, 17% desenvolveram HPE. Tipo de estoma, 74% de colostomias e 26% de ileostomias. Das ileostomias, 61% foram terminais e 39% em alça. Dos colostomizados, 27%

apresentaram HPE, já as das ileostomias, 3% desenvolveram HPE, todos terminais. Foram submetidos a reconstrução de trânsito intestinal 21% e destes 58% já apresentavam HPE no momento da cirurgia. Apenas 1% dos pacientes estudados apresentava Crohn, e não teve HPE. 22% do total apresentava desnutrição e 30% destes tiveram HPE. A faixa de IMC que apresentou maior número de ostomizados foi a de 18,5 a 24,9kg/m² e destes, 26,6% desenvolveram HPE. Já dos obesos (IMC > 30 kg/m²), 50% desenvolveram HPE.

CONCLUSÕES: Baixa incidência de HPE no nosso Serviço, sendo maior incidência em pacientes maiores de 60 anos, desnutridos e obesos.

Isabela Feltrin Romano; Alexandre Venâncio Souza; Natalia Bettioli Nicoletti; Hugo Stefano Troly; Elói Estevão Troly; Gabriella Lourenço Silva; Viviane Polese Frederici; Paula Tavares Guimarães;

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

PO166 - Análise descritiva de casuística de hérnias paraestomiais no hospital universitário são francisco na província de deus

Introdução O angioedema é um efeito adverso raro dos bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRAII). As áreas mais comumente afetadas são as pálpebras, lábios, língua e laringe. Raros casos de angioedema de intestino delgado (AID) induzidos por BRAII foram descritos até hoje. Relato de Caso Homem, branco, 64 anos, foi submetido à colectomia esquerda videolaparoscópica por adenocarcinoma de ângulo esplênico. A TC demonstrava metástases hepáticas e tinha CEA de 15 ng/mL. Fazia uso de valsartana 160 mg/dia há 6 meses para HAS. Negava alergia, adições ou cirurgias prévias. Apresentou excelente evolução pós-operatória, tendo reiniciado as medicações rotineiras no 4º dia e alta no 5º dia. No 8º dia foi à emergência por epigastralgia associada a náuseas, vômitos e soluços. TC descartou complicações cirúrgicas e demonstrou espessamento do intestino delgado proximal com baixa densidade da submucosa (Fig. 1a e b). A dosagem do inibidor de esterase C1 era normal. O manejo conservador não foi efetivo. A apresentação clínica e a nossa experiência prévia com um caso de AID induzido por iECA levaram à hipótese de AID associado a BRAII. A valsartana foi suspensa e o paciente evoluiu com resolução do quadro. **Discussão** Nas últimas décadas a videolaparoscopia vem sendo progressivamente adotada no tratamento do câncer colorretal. As complicações mais comuns desta cirurgia são o íleo adinâmico, deiscência anastomótica e abscesso peritoneal. Estas condições manifestam-se de forma semelhante, com graus variáveis de dor e distensão abdominal, náusea e vômitos. No caso relatado o paciente apresentou sintomas gastrointestinais inespecíficos súbitos no pós-operatório. A hipótese que nem mesmo o cirurgião mais experiente consideraria era que isto fosse consequência de um efeito adverso extremamente raro de um anti-HAS. O caso apresentado é de um paciente com mais 60 anos, dor abdominal, náuseas e vômitos, e espessamento do intestino delgado, conforme descrito nos raros casos de AID induzido por BRAII publicados. A TC descartou complicações cirúrgicas e demonstrou o espessamento do intestino delgado proximal, a pista essencial para o diagnóstico do AID. A refratariedade ao tratamento conservador é característica dos casos de AID induzido por drogas em que o paciente mantém o uso do agente. Na ausência de um teste para confirmação, a reversão das manifestações após a suspensão da medicação por 48hs é suficiente para o diagnóstico e tratamento do AID induzido por BRAII.

Danielle De Campos Peseto; Fernando Lorenzetti Da Cunha; Danilo Toshio Kanno; Carlos Augusto Real Martinez; Denise Graffitti D'Avila; Vitor Rafael Pastro; Enzo Fabricio Ribeiro Nascimento; Ronaldo Nonose;

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

PO167 - Angioedema de intestino delgado induzido por bloqueador dos receptores da angiotensina II mimetizando complicação cirúrgica pós-operatória

Introdução O cisto retro-retal é uma malformação congênita rara, remanescente do intestino posterior, que normalmente regride pela sexta semana de gestação. Predomina no sexo feminino (5:1), entre as idades de 30 e 60 anos. A maioria dos cistos é assintomática e muitas vezes não diagnosticada no exame de toque retal devido à baixa tensão no cisto. **Relato de caso:** Paciente de 51 anos, sexo feminino, com história de sete meses de constipação, afilamento das fezes e dor às evacuações. Ao exame físico apresentava massa visível e palpável em nádega esquerda além de abaulamento extrínseco em parede lateral esquerda ao toque retal. Durante a investigação diagnóstica ficou evidenciada formação cística de parede finas, multisseptada e com conteúdo líquido homogêneo hiperproteico, sem realce pelo contraste, que media 10x10x11 cm (volume 570 cm³). Tal lesão determinava compressão extrínseca do reto, deslocando-o junto com o músculo elevador do ânus anteriormente e para a direita. Destacava-se componente da lesão à esquerda que atravessava a musculatura elevadora do ânus e atingia a gordura isquioanal esquerda. A paciente foi submetida à ressecção por via exclusivamente abdominal. Durante o intra-operatório houve grande dificuldade de liberação de aderências ao redor do cisto devido ao seu tamanho e localização, havendo ruptura do cisto durante manipulação. Ao final, a lesão foi ressecada por completo, sem lesão de estruturas adjacentes. No pós-operatório, a paciente apresentou importante quadro de SIRS, sendo encaminhada para UTI após a cirurgia. Recebeu alta hospitalar em 8 dias. O relatório anatomopatológico demonstrou estrutura cística de parede fibrosa ora revestida por epitélio colunar, cuboidal e Malpighiano ora exibindo extensas áreas desprovidas de revestimento epitelial com infiltrado histiocitário e depósitos de cristais de colesterol, compatível com cisto retro-retal roto. A tomografia com um ano de seguimento não evidencia recidiva. **Conclusão** O tratamento dos cistos retro-retais é fundamentalmente cirúrgico e deve ser individualizado de acordo com o tamanho, relação com estruturas adjacentes e presença de sinais de infecção. Nesse caso mostramos a possibilidade ressecção por acesso exclusivamente abdominal, com preservação do cóccix, sem necessidade de colostomia.

Tiago Leal Ghezzi; Patrícia Cardoso Motta Lima; Greyce Berton; Belisa Gomes Muller; Gustavo Felipe Luersen; Caroline Lorenzoni Almeida Ghezzi;

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PO168 - Cisto pré-sacral: relato de caso e revisão da literatura

Introdução: Os tumores retrorretais são lesões congênitas e raras. O diagnóstico é realizado principalmente em mulheres entre as 3ª e 4ª décadas de vida. Apresentam incidência na população é desconhecida entre as admissões hospitalares é 1 caso em 40.000. Apesar de apresentar geralmente um curso benigno, os tumores retrorretais podem evoluir com complicações malignas ou infecciosas. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com tumor retrorretal com ênfase no tratamento cirúrgico e suas complicações. **Relato do Caso:** R.P.S 28 anos, sexo feminino com antecedente de drenagem de abscesso sacrococcígeo aos 9 meses de idade. Há 3 anos evoluiu com queixa de dor sacral de forte intensidade associada a constipação intestinal. Ao exame físico apresentava cicatriz interglútea ovalada de 5 centímetros (cm) no maior eixo, distando 6 cm da borda anal. Toque retal com diagnóstico de de abaulamento extrínseco a 6 cm da borda anal. Solicitada RNM que evidenciou presença de 3 lesões císticas localizadas no mesorreto, sendo a maior de 7 cm, com conteúdo líquido hemorrágico e rechaço do reto com luxação de primeira peça coccígea. Colonoscopia não evidenciou alterações. Foi indicada Ressecção cirurgia Realizada com paciente em posição de Jackknife. Realizada Incisão sacral longitudinal com ressecção de cicatriz prévia seguida de coccigectomia para melhor acesso. O tumor, de aspecto cístico, apresentava fibrose intensa e aderências com o reto. Realizada ressecção com margens livres sem ocorrência de lesão de

reto extraperitoneal. Foi optado por drenagem do espaço com dreno de sucção. No pós-operatório, foi descrito apenas quadro de retenção urinária como complicação. Evoluiu sem intercorrências, com relato de melhora significativa da dor. Recebendo alta no 5º dia de pós-operatório. Atualmente, segue em acompanhamento ambulatorial com melhora parcial do quadro de retenção urinária. O estudo histológico diagnosticou a lesão como cisto teratóide. Conclusão: Dentre os tumores retrorretais, o hamartoma cístico e o cisto teratóide são os mais prevalentes. Este último, apresenta estruturas derivadas das 3 camadas de células germinativas (endoderma, mesoderma e ectoderma). O tratamento deve ser sempre cirúrgico com a retirada total do cisto para não ocorrer recorrência e pela melhor via de acesso conforme a localização do tumor.

Mariane Gouvêa Monteiro De Camargo; Jorge Henrique Bento De Sousa; Danielle Menezes Cesconetto; José Americo Bacchi Hora; Rodrigo Ambar Pinto; Sergio Carlos Nahas; Ivan Ceconello;

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO169 - Cisto teratóide retroretal congênito: relato de caso

São descritas na literatura as principais complicações relacionadas à ureteroenterostomia cutânea (técnica de Bricker). As complicações relacionadas ao estoma correspondem a 24% dessas e podem ser precoces, como necrose, retração e sangramento, ou tardias, como hérnia paraestomal, estenose, prolapso e irritação periestomal. Nosso objetivo é relatar uma complicação hemorrágica tardia no estoma de paciente submetido à cistoprostatectomia radical laparotômica e ureteroenterostomia cutânea, realizada para tratamento de neoplasia vesical maligna. Paciente HPP, 75 anos, masculino, natural de Passos-MG diagnosticado em 2007 com neoplasia vesical maligna foi submetido à cistoprostatectomia radical laparotômica com reconstrução a Bricker. Evoluiu com hérnia incisional paraestomal recidivante, corrigida em 2010 e novamente em 2012, com sutura simples do defeito aponeurótico. Procurou nosso serviço com quadro de obstrução intestinal alta por encarceramento de hérnia incisional paraestomal recidivante, sendo submetido à laparotomia exploradora e correção do defeito aponeurótico com aplicação de tela intraperitoneal de polipropileno e ePTFE. O pós-operatório evoluiu sem complicações. Em 2014 apresentou quadro de hemorragia estomal súbita, volumosa, regredindo de forma abrupta e espontânea. Em 2015 apresentou recidiva de hemorragia estomal sendo proposto propeidêutica endoscópica através do estoma, ultrassonografia abdominal (US) e tomografia computadorizada (TC). O estudo endoscópico não mostrou alterações do conduto ileal. A US foi inconclusiva. A TC mostrou ramo arterial proveniente da artéria mesentérica superior com direção paraestomal realizando fistulização arteriovenosa em borda estomal. Apesar do comprometimento da função renal, optamos pela arteriografia seletiva com consequente embolização do trajeto fistuloso. O resultado foi imediato, havendo remissão do quadro hemorrágico e evoluindo com diminuição temporária da perfusão tecidual do estoma, reperfundindo progressivamente com o passar dos dias. O paciente permanece assintomático, sem recidivas hemorrágicas até o momento. Não encontramos descrição deste tipo de complicação hemorrágica apresentada pelo paciente em questão. Acreditamos que possa ser decorrente da implantação de tela intraperitoneal para correção da hérnia paraestomal recidivante, apesar da utilização de material apropriado. Acreditamos que a opção terapêutica adotada foi a de menor risco, atingindo o objetivo esperado.

Marcelo Coghi; Fernanda Bellotti Formiga; Louisie Galantini Lana De Godoy; Andréa Pecci Rabello; Débora Ebert Esteves; Allan Irwin Leite Bezerra; Jorge Da Silva Kawano; Fang Chia Bin;
SANTA CASA DE SÃO PAULO

PO170 - **Complicação hemorrágica tardia após ostomia à Bricker**

Introdução: A reconstrução intestinal pós-Hartmann foi um dos primeiros procedimentos videolaparoscópicos nos cólons e é considerada procedimento de escolha para esse fim, em virtude das já conhecidas vantagens como evitar nova laparotomia. Objetivo: Relatar um caso de paciente submetido à reconstrução de trânsito intestinal por videolaparoscopia pós-colostomia à Hartmann. Relato de caso: Paciente masculino, 23 anos, há 8 meses foi submetido à laparotomia exploradora, colectomia segmentar e colostomia à Hartmann por perfuração em cólon descendente de etiologia indeterminada. Foi admitido para reconstrução de trânsito por videolaparoscopia. A cirurgia foi iniciada por laparoscopia, porém foi convertida por intensa aderência e friabilidade anormal das vísceras. Foi realizada anastomose colorretal terminoterminal mecânica. Evoluiu no primeiro pós-operatório (PO) com sepse e saída de secreção entérica pela ferida operatória (FO). Submetido de imediato à laparotomia, constatou-se microperfuração de jejuno proximal e isquemia do cólon abaixado. Foi desfeita a anastomose colorretal, realizada ressecção do cólon remanescente e ileostomia terminal. A lesão puntiforme do jejuno foi debridada e suturada. No quinto PO, apresentou secreção entérica de alto débito pela FO próximo à cicatriz umbilical. Como o paciente não apresentou sinais de peritonite, optou-se pelo tratamento conservador, mantendo em jejum, nutrição parenteral total (NPT) e escalonado antibiótico. Como a fístula evoluiu com débito de até 2000ml/24h, iniciou-se um análogo da somatostatina (Octreotide) no sétimo PO. Evoluiu com queda gradual do débito fistuloso, tornando-se nulo no 12º dia após início de Octreotide. Iniciada dieta após o 22º dia de NPT. Evoluiu com boa aceitação da dieta e quadro abdominal sem anormalidades, tendo alta hospitalar no 31º dia de internamento. Resultados: A reconstrução do trânsito intestinal por videolaparoscopia, apesar de ser procedimento factível e prático na maioria das vezes, não está isento de complicações graves, principalmente envolvendo as deiscências de anastomoses e enterorragias. Conclusão: A reconstrução de trânsito intestinal pós-Hartmann pode ser inviável, além de envolver complicações graves, como fístulas enterocutâneas. O Octreotide mostrou-se altamente eficaz como terapia adicional de fístula entérica de alto débito.

Camila Bechara Kallás; Germano Giroldo Tazinaffo; Fábio Esper Kallás; Cassiano Renato Maia Silveira; Emílio Giroldo Tazinaffo; Carolina De Oliveira Vieira; Willian José Da Costa;
UNIVERSIDADE DE UBERABA

PO171 - **Complicações graves da reconstrução intestinal pós-Hartmann: relato de caso**

Introdução A fosseta sacrococcígea (FS) é o estigma cutâneo mais comum em pacientes com disrafismos espinhais ocultos (defeitos de fechamento do tubo neural ou DEO), como a diastomielia, sinus dérmico, medula ancorada e lipomielomeningocele. A FS simples é definida como uma depressão menor que 0,5 cm, distante menos de 2,5 cm do ânus, na linha média, sem drenagem ou estigma cutâneo adicional. A FS deve ser considerada no diagnóstico diferencial com doença pilonidal sacrococcígea (DPS). Relato de Caso Mulher, branca, 20 anos, consultou ortopedista com história de dor e abaulamento em região sacrococcígea, tendo recebido o diagnóstico DPS e sido encaminhada para cirurgia com coloproctologista. Negava outras queixas. Fazia uso de anticoncepcional oral. Negava comorbidades, alergias, adições ou cirurgias prévias. Ao coloproctologista relatou que desde a infância possuía saliência em região coccígea, tendo a dor iniciado após recente queda ao solo. Ao exame apresentava cóccix proeminente e pequena fosseta em linha média da região sacrococcígea, sem pêlos, secreção ou outros estigmas cutâneos (fig. 1). O restante do exame coloproctológico eram normal. Diante dos achados foram aventadas as hipóteses de FS e anormalidade óssea coccígea. O Rx de cóccix demonstrou acentuada angulação posterior do último elemento coccígeo (fig. 2). A RNM da região sacrococcígea demonstrou sinus dérmico relacionado a defeito de fechamento do tubo neural (fig. 3). Diante do diagnóstico de DEO foi contraindicada a cirurgia para DPS.

Discussão A DPS é uma das afecções cirúrgicas com a qual o coloproctologista mais frequentemente se depara na prática clínica. O diagnóstico é estabelecido através do exame clínico. Exames complementares não são habitualmente necessários. É importante, porém, distinguir a DPS de afecções como hidradenite supurativa, doença de Crohn, fístula anal, furúnculos e processos infecciosos específicos. A FS, no entanto, é pouco citada entre os diagnósticos diferenciais da DPS. Dada a semelhança ao exame físico, a FS pode levar médicos inexperientes ao diagnóstico e à indicação equivocada de cirurgia para DPS. Nestas situações podem-se fazer necessários exames de imagem com o intuito de estabelecer o diagnóstico diferencial correto e identificar a associação com DEO, condição habitualmente diagnosticada na infância e frequentemente acompanhada de deformidades ortopédicas e manifestações neurológicas com comprometimento da marcha, micção e continência fecal.

Lusmar Veras Rodrigues; Francisco Sérgio Pinheiro Regadas; Sthela Maria Murad Regadas; Lara Burlamaqui Veras; Eduardo De Farias Melo Da Costa; Heliú Bezerra Duarte Sudário; Lia Barroso Simonetti Gomes; Manoel Ítalo Pimentel Santos Lopes;

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

PO172 - Disrafismo espinhal oculto como diagnóstico diferencial de doença pilonidal sacrococcígea

Introdução: A ocorrência de doença diverticular de intestino delgado é uma entidade rara e pouco descrita na literatura. Apresentamos um caso de achado incidental de doença diverticular durante procedimento de esofagectomia. Caso: Paciente do sexo feminino de 72 anos havia sido operada em outro serviço por quadro de perfuração de esôfago distal, sendo realizada gastrostomia e sepultamento do esôfago na região cervical. A mesma foi reabordada para realização de esofagectomia e reconstrução do trânsito com tubo gástrico. Durante procedimento, verificou-se a presença de diversos divertículos verdadeiros em jejuno e íleo. Apesar de ser extensivamente estudada com exames de imagem (EDA, Colonoscopia e TC de abdomen), nenhum destes exames mostrou qualquer indício deste achado. Discussão: A ocorrência de divertículos jejuno-ileais verdadeiros é rara. Sua fisiopatologia é pouco conhecida, porém relaciona-se à alterações da motilidade intestinal com peristalse alterada e discinesia intestinal. Há descrição de casos em uma mesma família, o que pode sugerir influência genética em alguns casos. Frequentemente são assintomáticos, mas podem ser causa de sintomas intestinais vagos como dor e distensão abdominal. As complicações possíveis incluem: diverticulite, sangramento e obstrução intestinal. O tratamento cirurgico é reservado apenas em casos de complicações graves como perfuração por diverticulite e obstrução intestinal

Tiago Leal Ghezzi; Caroline Lorenzoni Almeida Ghezzi;

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PO173 - Divertículos jejuno-ileais: relato de caso

INTRODUÇÃO: A Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH) foi fundada em 1899, berço de duas faculdades de Medicina e formadora de profissionais em todo o estado de Minas Gerais. O Grupo de Coloproctologia da SCBH conta com 20 especialistas, todos formados no próprio serviço. A Residência em Coloproctologia visa capacitar médicos interessados na especialidade, sendo que as cirurgias orificiais são prioritariamente realizadas pelos Residentes no 1º ano do curso. Iremos detalhar o treinamento nessas cirurgias realizadas pela residente Kizy M F C Lage, de março de 2015 até fevereiro de 2016. DADOS: De março de 2015 a fevereiro de 2016 uma R2 (Kizy MFCL) participou de 108 cirurgias orificiais, sendo 89 como cirurgiã e 19 como auxiliar. A média de idade dos pacientes foi 43,12 anos, sendo 50,9% do sexo masculino.

Avaliação pré-anestésica mostrou ASA I em 47 pacientes (43,52%), ASA II em 60 (55,5%) e ASA III em 1 (1,08%). A cirurgia mais realizada foi a Hemorroidectomia com 51 casos, sendo duas pela técnica de Milligan-Morgan, 5 pela técnica de Ferguson e 44 casos pelas duas técnicas combinadas. Complicações: três casos de sangramento no PO e três casos de retenção urinária. Foram 11 casos de exérese de lesão anorretal, sendo 9 casos de HPV/condiloma, dos quais um caso de tumor de Buschke-Lowenstein (BL); e duas biopsias. Complicações: um caso de estenose anal no PO da ressecção do BL, com realização de anotomia; e 4 casos de recidivas. Foram 39 cirurgias para tratamento de fistulas: 29 fistulotomias simples; duas fistulotomias com sedenho; 5 LIFT; duas fistulectomias com retalho miomucoso; e uma fistulectomia com retalho cutâneo. Complicações: um sangramento após fistulotomia; dois casos de recidivas e um caso de deiscência de retalho miomucoso. Quatro casos de drenagens de abscessos perianais. Foram realizadas três cirurgias para correção de estenose anal, com uma anotomia e dois casos de retalhos cutâneos V-Y. Em uma paciente foi feita correção de retocele. Tratamento de fissura anal foi realizada em sete pacientes, sendo dois exclusivos e 5 combinados com outras cirurgias, dois casos de retenção urinária. Discussão e conclusão: A residência abrange grande quantidade e variedade de cirurgias orificiais, sendo a maioria executada pelo residente do 1º ano. A indicação correta da cirurgia, da técnica e sua execução rotineira fazem parte do treinamento. O acompanhamento pós-operatório é importante, para destreza na condução de casos.

Eduardo Kenzo Mory; Roberto Nigro; Bruna De Camargo Nigro;
H SAO CAMILO SP

PO174 - Experiência de uma residente com cirurgias anais no primeiro ano de residência em coloproctologia

INTRODUÇÃO Os tumores pré-sacrais são raros, mas podem compreender uma grande variedade de tipos histológicos distintos, entre eles o hamartoma. São mais comuns no sexo feminino, em uma relação de 3:1, geralmente ocorrendo em pacientes de média idade e crianças. **RELATO DE CASO** Paciente feminino, 41 anos, com relato de abaulamento progressivo na nádega esquerda há 1 ano. Exame físico com evidencia de massa cística em nádega esquerda, móvel e indolor. Colonoscopia normal. RNM com lesão expansiva, cística, hipodensa, septada e lobulada, medindo 11,5 x 9,5 x 4cms, no espaço pré-sacral/retrorretal, comprimindo e deslocando o reto, estendendo-se ao plano gorduroso subcutâneo na linha média da região glútea. Cirurgia: incisão vertical longitudinal à esquerda da linha interglútea. Enucleação da massa cística íntegra com ligadura de pedículo terminal. Pós-operatório e seguimento sem alterações. **DISCUSSÃO** Hamartomas císticos retrorretais são estruturas císticas originárias de vestígios embrionários caudais, em geral septados ou loculados, apresentando parede delgada, contendo secreção mucóide espessa e clara. O que os distingue dos cistos dermóide e epidermóide é o revestimento parietal acinoso, podendo ser colunar ciliado, cúbico escamoso ou transicional. Podem ser diagnosticados por US, TC ou RNM, com determinação do tamanho, da extensão e invasão de órgãos adjacentes, auxiliando na escolha da abordagem cirúrgica. As lesões não complicadas geralmente são assintomáticas e ser de diagnóstico incidental. Quando maiores podem apresentar sintomas relacionados à compressão exercida sobre o reto e ao abaulamento perineal. Uma vez que o diagnóstico é estabelecido, a ressecção cirúrgica total é essencial devido ao risco de transformação maligna e de infecção. Biópsia incisionais não são necessárias, podendo ser prejudiciais. A melhor abordagem cirúrgica (abdominal, sacral, acesso posterior ou combinados) depende de análise individual e multidisciplinar. **CONCLUSÃO:** Os hamartomas retrorretais são lesões raras, mais comuns em mulheres, assintomáticas até que exerçam efeito de massa local. O diagnóstico de hamartoma cístico retrorretal é importante para que se proceda ao tratamento cirúrgico

completo, devido ao risco de degeneração carcinomatosa e de complicações após ressecções parciais.

Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Renata Magali Ribeiro Silluzio Ferreira; Raíssa Amélia Silva Reis; Patrícia Costa Sant'Anna; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Ilson Geraldo Da Silva;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO175 - Hamartoma cístico pré-sacro: apresentação de caso e revisão da literatura.

Introdução: embora esporádica e imprevisível, a hemorragia pélvica é responsável por 10% da mortalidade materna pós-parto precoce. O diagnóstico de hematoma pélvico pós-parto é difícil, sendo muitas vezes estabelecido tardiamente na presença de instabilidade hemodinâmica. Apresentamos um raro caso de hematoma mesorretal pós-parto diagnosticado por ressonância nuclear magnética (RNM). Relato de Caso: primípara, branca, 32 anos, eutrófica (1,65 m e 82 kg), hígida, com idade gestacional de 39 semanas e acompanhamento pré-natal sem particularidades, iniciou trabalho de parto às 19:00. Recebeu raquianestesia e peridural combinadas às 20:15 e teve parto vaginal às 21:48, com episiotomia médio-lateral esquerda e uso de fórceps de alívio em razão de bradicardia fetal sustentada. Deu à luz a recém-nascido masculino, 2.586 g, 48 cm e Apgar 8/10. Quatro horas após o parto evoluiu com proctalgia incapacitante, agravada em ortostatismo, à deambulação e ao sentar, e aliviada parcialmente em decúbito lateral. Não apresentava alterações dos sinais vitais e exames abdominal/ginecológico e laboratoriais. Após exame proctológico e retossigmoidoscopia flexível (Fig. 1) normais, foi aventada hipótese de hematoma mesorretal, que foi confirmada por RNM (Fig. 2 e 3). Face à refratariedade à analgesia endovenosa, o controle da dor foi obtido apenas com bloqueio peridural com solução de lidocaína e infusão de solução de naropin 0,2%. Discussão: a hemorragia pélvica pós-parto é uma complicação mais comumente observada em primíparas, obesas, trabalhos de parto induzidos e/ou prolongados, parto vaginal, instrumentado com fórceps e/ou com episiotomia. Hematomas pélvicos pós-parto (HPP) podem acometer os espaços perivaginal, pericervical, ligamento largo do útero, pré-sacral e perirretal. A hipótese de HPP não é considerada até que a paciente manifeste dor pélvica, como no caso relatado, ou instabilidade hemodinâmica. O diagnóstico de HPP através do exame físico é difícil devido à localização profunda dos mesmos. Esta característica deve ser levada em consideração para se indicar a realização de exame de imagem em puérperas com dor pélvica localizada persistente, instabilidade hemodinâmica e/ou queda do hematócrito. Embora o ultrassom possa detectar HPP, a RNM com sequências multiplanares não apenas confirma este diagnóstico, mas também determina a localização correta e a extensão precisa do mesmo, critérios importantes para a escolha entre a conduta conservadora e a abordagem cirúrgica.

Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Peterson Martins Neves; Raíssa Amélia Silva Reis; Nathalia Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Patrícia Costa Sant'Anna; Ilson Geraldo Da Silva; Matheus M M M D E Meyer;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO176 - Hematoma de mesorreto pós-parto vaginal

Introdução: A isquemia mesentérica (IM) é uma síndrome vascular que impede a adequada nutrição esplâncica. O diagnóstico é difícil e sua precocidade, importante para o prognóstico. O tratamento baseia-se no rápido restabelecimento do fluxo sanguíneo, seja por meio de medidas clínicas, cirúrgicas, endovasculares ou da combinação destas. Relatamos o tratamento hemodinâmico associado ao cirúrgico, em paciente acometido por isquemia mesentérica

aguda. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 67 anos, com hipertensão arterial, diabetes, insuficiência vascular periférica e histórico de amputação transtibial direita há 5 anos. Iniciou com sintoma de constipação intestinal refratária a medidas clínicas e estado gangrenoso em MIE, apresentando também dor abdominal. A radiografia de abdome evidenciou distensão difusa de alças (delgado e cólon). Evoluiu com abdome agudo e instabilidade clínica. Optado por abordagem cirúrgica, quando identificou-se sinais de hipoperfusão sem necrose associada, estendendo-se do ângulo de Treitz à válvula ileocecal. Imediatamente realizada arteriografia, que mostrou obstrução grave do óstio da artéria mesentérica superior. Decidido por angioplastia com implante de stent. No segundo dia de pós-operatório (DPO), realizada nova laparotomia que mostrou melhora da perfusão e retorno da peristalse. Paciente com boa evolução, recebendo alta hospitalar no décimo segundo DPO da primeira abordagem. Discussão: A IM acomete, predominantemente, idosos cardiopatas ou vasculopatas. Pode ser grave, levando à necrose intestinal com repercussão sistêmica (sepse e choque), síndrome do intestino curto e óbito (letalidade entre 30 e 90%). Causas agudas mais comuns são embolia da artéria mesentérica superior ou inferior (50% dos casos), trombose arterial (20%), trombose venosa (5%) e isquemia não obstrutiva (25%). O tratamento está fundamentado em medidas clínicas, associadas a procedimentos endovasculares ou cirurgia. Para pacientes com quadro agudo, a melhor abordagem é a laparotomia com revascularização. Nos últimos anos o tratamento percutâneo vem consolidando-se, dada a alta taxa de mortalidade associada à cirurgia, por ser uma técnica minimamente invasiva e com taxas de sobrevida comparáveis à cirurgia. Conclusão: O tratamento hemodinâmico é uma ferramenta promissora na abordagem da IM, mas há a necessidade de estudos randomizados e meta-análises para consolidá-la.

Tiago Leal Ghezzi; Aline Polanczyk; Belisa Gomes Muller; Gustavo Felipe Luersen; Patrícia Cardoso Motta Lima; Caroline Lorenzoni Almeida Ghezzi;
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PO177 - Hemodinâmica associada à cirurgia no tratamento da isquemia mesentérica aguda – Relato de caso.

Hemorragia digestiva baixa (HDB) é definida como qualquer sangramento com origem abaixo do ligamento de Treitz. A etiologia varia com a faixa etária. No adulto a doença diverticular dos cólons, as angiodisplasias e as doenças proctológicas, sobretudo hemorroidárias, são mais relevantes. As angiodisplasias podem ser encontradas em 1% a 3% da população geral, numa incidência que aumenta com a idade, e é igual nos dois sexos. São caracterizadas por lesões vasculares degenerativas, adquiridas, geralmente encontradas na parede intestinal de pacientes idosos. Casos em pacientes adultos jovens são raramente descritos. A real incidência e prevalência das angiodisplasias são controversas, devido a muitos casos permanecerem assintomáticos, no entanto, estudos apontam que é causa de 6% das hemorragias digestivas baixas, sendo achado incidental em mais de 40% das colonoscopias realizadas para investigação de doenças intestinais. O diagnóstico deve seguir um fluxograma que inclui endoscopia digestiva alta, colonoscopia e análise do intestino delgado com vídeo cápsula endoscópica e enteroscopia. Várias modalidades terapêuticas têm sido propostas para adequada conduta perante as angiodisplasias e em casos de lesão extensa, hemorragia digestiva maciça, instabilidade hemodinâmica ou intratabilidade clínica, a intervenção cirúrgica é necessária e não deve ser postergada.

Augusto Fernando Collho Ferreira Júnior; Fábio Lopes De Queiroz; Rodrigo De Almeida Paiva; Mariana Campos Palma; Alice Vargas De Aquino Oliveira; Paulo Rocha França Neto; Breno Xaia Martins Da Costa; Rómmel Ribeiro Lourenço Costa;
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

PO178 - Hemorragia digestiva baixa por angiodisplasia de difícil manejo

INTRODUÇÃO: O lipoma é um tumor benigno de origem não epitelial, considerado de ocorrência incomum a nível colorretal, que surge devido ao depósito anormal e idiopático de tecido gorduroso na parede do intestino. Os lipomas são mais comuns no colon proximal. Mais de 90% são submucosos e únicos, na sua maioria. A incidência é maior nas mulheres, principalmente entre a 5ª e 6ª décadas de vida. Sem registro de degeneração para lipossarcoma, bem como recorrência após ressecção. Acima de 2,0cm de diâmetro produzem clínica em mais de 75% dos casos, como cólica, tumoração abdominal, alteração do hábito intestinal e perda de peso. As complicações incluem a intussuscepção (mais freqüente), sangramento e obstrução intestinal. O diagnóstico é estabelecido pela associação de exame clínico, proctológico, colonoscópico e exames de imagem. A tomografia computadorizada (TC) de abdome é a modalidade radiológica de eleição para diagnosticar a intussuscepção colocolônica. O tratamento inclui a ressecção endoscópica ou cirúrgica. **OBJETIVO:** relatar um caso de lipoma colônico e revisar os tópicos mais relevantes da literatura acerca do tema. **MÉTODO:** Trata-se de um paciente, LAD, sexo masculino, 53 anos, com queixa de "tumoração" abdominal em flanco esquerda, acompanhada de dor tipo cólica, associada com mucorreia e dificuldade na exonegação fecal há um mês, sem perda de peso. Ao exame proctológico observou-se volumosa "tumoração" polipóide prolábada no reto superior com área de erosão superficial, friável e de consistência fibro-elástica, impedindo a progressão do exame. A TC de abdome-pelve, mostrou lesão bem delimitada de aspecto benigno intraluminal, medindo 7,0 x 5,0 x 4,5cm, em região de retossigmoide. **RESULTADOS:** Optou-se por ressecar a lesão através de laparotomia seguida de colotomia a nível da tênia próximo ao ângulo esplênico. O paciente teve boa evolução clínica no pós-operatório e sem intercorrências, obteve alta hospitalar no seu terceiro dia pós-cirúrgico. O exame histopatológico revelou lipoma submucoso. Realizado colonoscopia no quinto mês pós cirúrgico, sendo observado um pólipó sésil (1,1 x 0,9 x 0,6cm) em sigmoide. Histopatológico evidenciando adenoma tubuloviloso com displasia epitelial de alto grau, retirada com margens cirúrgicas livres (pedículo). **CONCLUSÃO:** No presente relato, podemos constatar que os dados encontrados são coerentes com a literatura consultada. Meibel Melo Silva; Igor De Azevedo Diniz; Ada Alexandrina Brom Dos Santos Soares; Paula Virgínia Brom Dos Santos Soares; Reginaldo Rodrigues Prado; Ulisses Cardoso Marques; *HOSPITAL SAO FRANCISCO*

PO179 - Intussuscepção causada por lipoma volumoso

Introdução: Apesar da intussuscepção estar entre as causas mais frequentes de abdômen agudo em crianças, é fator incomum de abdômen obstrutivo nas demais populações, representando 1,5% dos casos de obstrução intestinal nos adultos. Qualificando como objeto de relato um quadro suboclusivo em uma jovem de 17 anos, abordamos a invaginação como situação de exceção entre as opilações de intestino em adultos. A alteração estrutural, neoplásica ou não, torna fundamental sua extração, de modo que a recongnição da intussuscepção na população em voga indica ressecção seccional. **Objetivo:** Relatar o caso de intussuscepção em adulto jovem. **Métodos:** Relato de caso, revisão de prontuário eletrônico e pesquisa bibliográfica. O consentimento informado da paciente fora obtido previamente. **Resultados:** I.D.G., 17 anos, feminino, encaminhada à Emergência com queixa de dor abdominal difusa em cólica, náuseas, vômitos, diarreia e hiporexia há dez dias, com piora dos sintomas há um dia. Negava comorbidades e evacuações há dois dias. Ao exame físico, estava hipocorada, com abdômen plano, tenso, hipertimpânico, doloroso à palpação profunda em mesogástrico e fossas ilíacas e ruídos hidroaéreos hipoativos que evoluíram para abolidos, sem abaulamentos e visceromegalias. Apresentava leucocitose sem neutrofilia. A radiografia de abdômen evidenciava distensão de alças intestinais com níveis hidroaéreos associados, a ecografia presença de múltiplos microcistos em ambos os ovários e moderada quantidade de

líquido intraperitoneal, a tomografia grande dilatação de alças jejunais e do íleo proximal com níveis hidroaéreos, sinais de intussuscepção sendo indicada laparotomia. A peça cirúrgica foi de massa intestinal de 150 cm de delgado sugerindo intussuscepção há 40 cm da válvula ileocecal e 260 cm do ângulo de Trietz e dilatação a montante da oclusão. Notou-se no achado presença de massa intestinal nodulada não polipoide de aspecto tumoral. Realizou-se enterectomia do segmento e posterior anastomose laterolateral. O anatomopatológico constatou a intussuscepção com infarto hemorrágico transmural ileal. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta no 5º dia pós-operatório. Conclusões: A intussuscepção em adultos é infrequente e deve ser prontamente identificada a fim de não postergar a intervenção cirúrgica.

Nicolas Biagione Tiburzio; Laís Prudente De Andrade; Marcos Moreira Chalub Lima; Virgínio Candido Tosta De Souza; Elísio Meirelles De Miranda; Carlos Roberto Amorim;
HCSL

PO180 - Intussuscepção em adulto jovem

Introdução: Síndrome de Peutz Jeghers é uma rara síndrome genética autossômica dominante, caracterizada pela presença de alterações muco-cutâneas e por pólipos hamatomatosos em todo trato gastrointestinal. Os pólipos apresentam-se predominantemente no intestino delgado e possuem um risco potencial para diversas complicações, como hemorragia, obstrução intestinal, intussuscepção e malignização. A condução desses casos exige aconselhamento genético e rastreamento para os tumores associados. **Objetivos:** Demonstrar um caso de intussuscepção colo-colônica em paciente com Síndrome de Peutz Jeghers. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente, sexo masculino, de 18 anos, com diagnóstico de síndrome de Peutz Jeghers, foi admitido com relato de dor abdominal em cólica e enterorragia, com cinco dias de evolução, associada a obstrução intestinal parcial. Ao exame físico, apresentava dor e distensão abominais, com tumoração a 8 cm de borda anal, de limites imprecisos. Tomografia de abdome apontou sinais de intussuscepção em delgado e colo-colônica. Indicada laparotomia exploradora, que identificou pontos de intussuscepção em delgado, apêndice cecal hiperemiado, com apendicolito em base e tumoração em cólon descendente, por intussuscepção colônica, promovendo distensão acentuada de ceco e cólon ascendente e transversal. Foram realizados apendicectomia, enterectomia segmentar, colectomia esquerda, ileostomia em alça e desfeitos pontos de intussuscepção de delgado. O paciente evoluiu de forma satisfatória e segue em acompanhamento ambulatorial, com proposta de enteroscopia per-operatória para provável ressecção de pólipos hamatomatosos remanescentes. **Conclusões:** Síndrome de Peutz Jeghers cursa com diversas complicações gastrointestinais graves, como hemorragia, obstrução e malignização. A intussuscepção é uma complicação comum. Preconiza-se laparotomia com enteroscopia per-operatória de maneira eletiva, visando a redução de procedimentos de urgência.

Allan Cezar Faria Araújo; André Pereira Westphalen; Djoney Rafael Dos Santos; Tiago Lucietto Krielow; Simone Cavalli Piana; Mariana Juliato Becker; Gabriela Maria Venson;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

PO181 - Intussuscepção colo-colônica em paciente com Síndrome de Peutz Jeghers: relato de caso.

TÍTULO: Lesão anal obstétrica – relato de dois casos conduzidos em um hospital terciário de Minas Gerais. **INTRODUÇÃO:** A lesão do aparelho esfinteriano durante o parto é uma das principais causas de incontinência anal. Estima-se incidência de lesão esfinteriana anal obstétrica clinicamente diagnosticada de 2,9% em pacientes primíparas e de 0,8% em

múltiparas. O reconhecimento imediato da lesão facilita o reparo adequado e pode prevenir incontinência fecal no futuro. **OBJETIVO:** Esse trabalho visa apresentar dois casos de laceração perineal de quarto grau com tratamento operatório imediato. **MÉTODOS:** O primeiro caso refere-se à paciente D.V.C., 30 anos, primípara, 41 semanas gestacionais, parto por via vaginal após evolução habitual, não sendo realizada episiotomia, recém-nascido (RN) com peso de 3700g. Revisão do canal de parto e toque retal evidenciaram laceração da musculatura perineal, dos esfíncteres anal externo e interno, além de solução de continuidade da mucosa retal e do epitélio anal (laceração perineal grau IV). A paciente foi submetida a reparo imediato por planos, utilizando técnica end-to-end. O segundo caso refere-se à paciente R.L.F.S., 27 anos, G2P1A0, 38 semanas gestacionais, parto por via vaginal sem intercorrências durante sua evolução, não realizada episiotomia ou aplicação de fórceps, RN com peso de 3715g. Exame clínico com achado de laceração perineal de quarto grau. Houve reparo imediato com utilização da mesma técnica. **RESULTADOS:** As pacientes foram submetidas à reconstrução cirúrgica imediata. A técnica utilizada para aproximação dos esfíncteres anais externos foi do tipo end-to-end, pelo achado operatório de que, caso empregada a técnica de overlapping, a sutura apresentaria tensão excessiva. As pacientes responderam ao questionário validado para o português da Escala de Wexner para Incontinência Anal, imediatamente após o término do procedimento e no 30° DPO, com escores obtidos de 0/20, denotando perfeita continência. Uma das pacientes respondeu o mesmo questionário após 4 meses, com mesmo resultado. **CONCLUSÕES:** O reconhecimento, adequada classificação e reparo cirúrgico imediato da laceração perineal estão associados à melhora dos desfechos. À despeito de resultados inicialmente satisfatórios, as pacientes serão submetidas à protocolo de seguimento, visto que, sintomas como urgência fecal e incontinência anal podem se manifestar tardiamente, requerendo abordagens terapêuticas adicionais.

Rodrigo Gomes Da Silva; Adriana Cherem Alves; Ana Carolina Parussolo André; Gabriel Braz Garcia; Gabriela Maciel Cordeiro; Arthur Manoel Braga De Albuquerque; Ranieri Leonardo De Andrade Santos;

FACULTA DE MEDICINA DA UFMG

PO182 - Lesão anal obstétrica – relato de dois casos conduzidos em um hospital terciário de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO Os tumores da fossa isquiorretal são extremamente raros, possui apenas relatos de casos e pequenas series na literatura, e a determinação de sua origem ainda é um desafio.

RELATO DE CASO: Paciente, feminino, 61 anos, com relato de massa de crescimento rápido e progressivo em nádega esquerda, há 3 meses. Exame físico com massa em nádega esquerda, aderida a planos profundos e dolorosa à palpação, rechaçando o reto ao toque retal.

Colonoscopia normal. Biopsia incisional com histologia compatível com tecido fibromuscular.

Diagnostico recente de adenocarcinoma de mama direita. RNM e TC de pelve com lesão expansiva, de limites bem definidos, cística, medindo 72x61x61mms, em fossa isquiorretal esquerda, deslocando o reto e estendendo-se ao plano gorduroso subcutâneo da nádega esquerda. Cirurgia: incisão vertical longitudinal à esquerda da linha interglútea, com retirada de cicatriz de biopsia incisional. Exérese de grande massa cística encapsulada íntegra. Pós-operatório sem alterações. Anatomopatológico com evidencia de neoplasia indiferenciada pleomórfica. Perfil imuno-histoquímico positivo para S100, CD15, CD68, HMB45, KI67, compatível com infiltrado por melanoma. Cintilografia óssea sem alterações. PET-CT com nódulos pulmonares sugestivos de lesões inflamatórias. Exame dermatológico minucioso, exame oftalmológico – fundo de olho, e de mucosas não evidenciou o possível sítio primário desse melanoma. Realizou radioterapia local e encontra-se assintomática, sem sinais de recidiva há 11 meses. No momento, realizando radioterapia para tratamento do câncer de mama. **DISCUSSÃO** Tumores primários da fossa isquiorretal são raros, e podem ser congênitos ou adquiridos. Frequentemente não é possível o diagnóstico preciso no pré-operatório.

Estudos imaginológicos, como TC e RNM, podem definir as dimensões e relações anatômicas das lesões. O tratamento cirúrgico é complexo, decorrente do difícil acesso à região, que, de preferência, se faz por uma abordagem posterior. Melanomas primários e metastáticos manifestam uma variedade de padrões morfológicos e arquitetônicos que imitam outros tumores, sendo necessário, às vezes, estudo imuno-histoquímico para a elucidação diagnóstica. No presente caso, observamos perfil imuno-histoquímico compatível com melanoma, mas também com sarcoma de células claras (melanoma de partes moles) e PEComa. **CONCLUSÃO** Os tumores de fossa isquiorretal são raros e variados, necessitando de investigação criteriosa para diagnóstico definitivo.

Ranieri Leonardo De Andrade Santos; Renata Soares Paolinelli Botinha Macedo; Izabela Bartholomeu Nogueiras Terra; Sinezio Eduardo Moreira Dos Santos;
HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES

PO183 - Lesão cística de fossa isquiorretal. Relato de caso.

INTRODUÇÃO: Os cistos perineais geralmente são benignos e raros. Localizam-se na porção ventral do pênis, tendo início no sulco coronal e estendendo-se até a margem do ânus.
OBJETIVO: relatar um caso raro de lesão cística perianal. **MÉTODO:** Revisão bibliográfica sobre cistos de rafe mediana, nas bases de dados Medline, Pubmed e Portal de Periódicos CAPES com os termos: “cisto perianal” e “cisto rafe mediana”. Trata-se do paciente LCO, sexo masculino, 57 anos. Relato de aparecimento de lesão em região perianal há mais de 40 anos com aumento progressivo, acentuando-se nos últimos 3 anos. Sem história prévia de infecção, doença sexualmente transmissível e trauma local. Ao exame a lesão não apresentava sinais flogísticos, aspecto cístico, indolor a palpação e envolvendo todo o perineo. Ressonância nuclear magnética de pelve: lesão de aspecto cístico, de contornos e limites bem definidos (8,8 x 6,0 x 4,7cm), com origem a partir do corpo do perineo, sem sinais de extensão e/ou infiltração de estruturas adjacentes e/ou órgãos pélvicos, com características de sinal que sugerem a presença de conteúdo hemático de alto teor proteico. **RESULTADO:** Optado por exérese da lesão sob raqui anestesia. Laudo do material examinado; **Macroscopia:** Estrutura cística de tonalidade pardo-vinhosa, medindo 5,5 x 3,8 x 3,0 cm, que aos cortes é elástico, contendo material pastoso de tonalidade amarelo-ocre. **Microscopia:** Estrutura cística de paredes fibrosas, desprovidas de revestimento epitelial, onde se observa proliferação vascular e fibroblástica, moderado infiltrado linfomonocitário com reação gigantomocelular do tipo corpo estranho e focos de hemorragia com hemossiderose. Conteúdo cístico fragmentos de conteúdo necro-fibrino leucocitário compatíveis com conteúdo de cisto. **DISCUSSÃO:** O epitélio que reveste o interior destes cistos pode conter uma ou várias camadas, de epitélio escamoso, transicional ou cuboidal, ser ou não queratinizado, com glândulas mucosas e até células ciliadas. Os cistos de rafe mediana podem ser de origem congênita ou adquirida. O diagnóstico diferencial se faz com lesões infecciosas, tumorais, outros cistos (sebáceos, epidermóides) e divertículos uretrais. A sua exérese cirúrgica constitui na única forma eficaz e definitiva de tratamento, indicado em casos de aumento progressivo do volume da lesão, infecção, dor ou por razões cosméticas. **CONCLUSÃO:** Independente de seu revestimento epitelial, observa-se poucos casos relatados na literatura mundial.

Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Diego Vieira Sampaio; Raíssa Amélia Silva Reis; Patrícia Costa Sant’Anna; Nathalia Nascentes Coelho Dos Santos Omer; Nayara Silva Ribeiro Jardim; Fernando José Campos Lavall Jr;
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO184 - Lesão perianal rara

INTRODUÇÃO: Má rotação intestinal é uma anomalia congênita rara, que geralmente se apresenta no período neonatal. É causada pela rotação e fixação incompleta dos intestinos durante o desenvolvimento embrionário. A incidência da má rotação intestinal é, de aproximadamente, 0,2%. Seu tratamento é feito através de correção cirúrgica, que consiste na lise de bandas peritoneais, posicionamento funcional do intestino (com ou sem fixação), apendicectomia profilática e correção de volvo intestinal. **OBJETIVO:** Relatar um caso de má-rotação em paciente pediátrica. **RELATO DE CASO:** I.L., feminino, 14 anos, procura serviço de Gastroenterologia, encaminhada por outra especialidade com queixas de dor em hipocôndrio direito associada à náuseas de início há 2 semanas com piora após as refeições, negava alterações do hábito intestinal ou vômitos. Exame físico sem alterações (sinais vitais estáveis, peso de 60,500 quilos e IMC 22) e diagnóstico prévio de doença celíaca e intolerância à lactose (com retirada completa de glúten e alimentos com lactose sem melhora). Paciente com persistência da dor e distensão abdominal, submetida à enterotomografia e posterior angiotomografia evidenciando: sinais de má rotação das alças de delgado, com duodeno e ângulo de Treitz à direita, jejuno proximal cruzando linha média, realizando volta de 360° ao redor da torção horária da raiz mesentérica, trajeto de íleo terminal para esquerda, com válvula ileocecal situada na fossa ilíaca esquerda, sem sinais contundentes de sofrimento intestinal, sinais de torção no sentido horário dos vasos mesentéricos superiores, com estenose parcial da veia mesentérica superior. Foi submetida a videolaparoscopia com achado: torção intestinal de todo o mesentério e cólon direito e optado por hemicolecotomia direita (ressecção de 20 cm de cólon) e anastomose íleo-cólica com retirada da peça pelo umbigo. Pós-operatório com boa evolução, paciente estável com alta após 3 dias. Paciente segue em acompanhamento no ambulatório, assintomática. **CONCLUSÃO:** A má rotação intestinal é uma doença rara, diagnosticada frequentemente no período neonatal, contudo pode manifestar-se em adolescentes e adultos. Em adultos pode apresentar-se com quadros de obstrução intestinal ou oligossintomática, assim, requer um elevado grau de suspeição para diagnóstico e tratamento adequados, tal qual o caso relatado.

Marcos Moreira Chalub Lima; Virgínio Candido Tosta De Souza; Elisio Meirelles De Miranda; Carlos Roberto Amorim; Nicolas Biagione Tiburzio; Laís Prudente De Andrade;
HCSL

PO185 - Má-rotação intestinal em paciente pediátrica: relato de caso

INTRODUÇÃO: O megacólon idiopático é caracterizado pelo aumento progressivo do diâmetro do cólon na ausência de etiologia identificável. A sintomatologia clássica consiste na obstipação crônica comumente refratária ao tratamento clínico. Ainda que a fisiopatologia do megacólon idiopático permaneça incerta, evidências apontam a presença de diferentes anormalidades no sistema nervoso entérico e nas células de Cajal – diminuição da concentração tecidual e/ou lentificação da transmissão dos impulsos nervosos – como fator desencadeante dessa doença. Além disso, alterações da arquitetura muscular e do tecido conectivo do cólon também parecem estar relacionadas ao desenvolvimento do megacólon contribuindo para a complexidade e heterogenicidade dos pacientes acometidos. O tratamento cirúrgico está indicado nos pacientes com sintomas graves que não respondem ao tratamento medicamentoso ou na vigência de complicações como megacólon tóxico e oclusão intestinal. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente com megacólon idiopático acompanhado pelo serviço de Coloproctologia do Hospital de Clínicas – UFPR. **MÉTODO:** Os dados foram obtidos da análise do prontuário do paciente. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 19 anos, natural e procedente de Curitiba-PR, com história pregressa de anóxia durante o parto e decorrente retardo leve cognitivo. Apresentava obstipação intestinal de longa data associada a episódios eventuais de dor e distensão abdominal. Foi admitido com abdome agudo obstrutivo

por volvo no cólon sigmóide revertido por colonoscopia. Apresentou recidiva do quadro 3 dias após o procedimento endoscópico sendo tratado com nova colonoscopia desobstrutiva com sucesso. O paciente apresentou sorologia para Doença de Chagas não reagente, reflexo inibitório retoanal presente à manometria anorretal e níveis séricos de TSH e T4 livre normais. Na sequência foi submetido à colectomia total e ileorretoanastomose devido a permanência dos sintomas e sinais de megacólon. No estudo anatomopatológico havia plexos nervosos e submucosos em todos os cortes histológicos observados. Atualmente com ileostomia funcionante, sem dor abdominal. **CONCLUSÃO:** A etiologia do megacólon permaneceu indefinida, sendo excluídas as causas mais prevalentes: doença de Chagas, hipotireoidismo e megacólon congênito. Diagnóstico de megacólon idiopático, por exclusão. Como havia duas áreas dilatadas em segmentos distintos do cólon, optou-se por colectomia total.

Dayanne Alba Chiumento; Doryane Maria Dos Reis Lima; Gustavo Kurachi; Fabiano Elias Porto; Univaldo Etsuo Sagae;

HOSPITAL SÃO LUCAS

PO186 - Megacólon idiopático com volvo do sigmóide de repetição: relato de caso

INTRODUÇÃO: O megacólon idiopático é caracterizado pelo aumento progressivo do diâmetro do cólon na ausência de etiologia identificável. A sintomatologia clássica consiste na obstipação crônica comumente refratária ao tratamento clínico. Ainda que a fisiopatologia do megacólon idiopático permaneça incerta, evidências apontam a presença de diferentes anormalidades no sistema nervoso entérico e nas células de Cajal – diminuição da concentração tecidual e/ou lentificação da transmissão dos impulsos nervosos – como fator desencadeante dessa doença. Além disso, alterações da arquitetura muscular e do tecido conectivo do cólon também parecem estar relacionadas ao desenvolvimento do megacólon contribuindo para a complexidade e heterogenicidade dos pacientes acometidos. O tratamento cirúrgico está indicado nos pacientes com sintomas graves que não respondem ao tratamento medicamentoso ou na vigência de complicações como megacólon tóxico e oclusão intestinal. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente com megacólon idiopático acompanhado pelo serviço de Coloproctologia do Hospital de Clínicas – UFPR. **MÉTODO:** Os dados foram obtidos da análise do prontuário do paciente. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 19 anos, natural e procedente de Curitiba-PR, com história pregressa de anóxia durante o parto e decorrente retardo leve cognitivo. Apresentava obstipação intestinal de longa data associada a episódios eventuais de dor e distensão abdominal. Foi admitido com abdome agudo obstrutivo por volvo no cólon sigmóide revertido por colonoscopia. Apresentou recidiva do quadro 3 dias após o procedimento endoscópico sendo tratado com nova colonoscopia desobstrutiva com sucesso. O paciente apresentou sorologia para Doença de Chagas não reagente, reflexo inibitório retoanal presente à manometria anorretal e níveis séricos de TSH e T4 livre normais. Na sequência foi submetido à colectomia total e ileorretoanastomose devido a permanência dos sintomas e sinais de megacólon. No estudo anatomopatológico havia plexos nervosos e submucosos em todos os cortes histológicos observados. Atualmente com ileostomia funcionante, sem dor abdominal. **CONCLUSÃO:** A etiologia do megacólon permaneceu indefinida, sendo excluídas as causas mais prevalentes: doença de Chagas, hipotireoidismo e megacólon congênito. Diagnóstico de megacólon idiopático, por exclusão. Como havia duas áreas dilatadas em segmentos distintos do cólon, optou-se por colectomia total.

Ana Paula Volpato; Sílvio Ivo Testa; Rafaela Molteni; Antônio Baldin Jr.; Antonio Sérgio Brenner; Maria Cristina Sartor;

HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR

PO187 - Minha experiência como residente do primeiro ano do Grupo de Coloproctologia da

INTRODUÇÃO: A Santa Casa BH foi a primeira instituição de saúde instalada em Belo Horizonte, dois anos após a fundação da cidade (1899). O Grupo Santa Casa de BH é o maior complexo hospitalar de Minas Gerais. O Grupo de Coloproctologia é composto por 22 especialistas, todos formados na própria equipe, ministrando Residência em Coloproctologia desde 1966. **RESULTADOS:** No GCP-SCBH há a seguinte divisão das atividades: além da parte clínica, o residente do primeiro ano (R1), realiza cirurgias orificiais e cirurgias colorretais de menor complexidade. Além disso, o protocolo de colonoscopia inclui assistir a 100 exames, depois apenas retirar o aparelho em mais 100 exames e, só então, o R1 inicia a realização de colonoscopias por completo. As cirurgias orificiais realizadas por mim durante o primeiro ano de Residência somaram 145 no total, englobando sobretudo hemorroidectomias (60), seguindo-se correção de prolapso mucoso (duas), fissurectomias / esfínterectomias laterais internas (12), fistulectomias (22), exérese de condiloma (15), cirurgia de doença pilonidal sacrococcigeana (seis), drenagem de abscesso perianal (cinco), exérese de plicomas (14) e biópsia de tumores retais (nove). No que se refere a cirurgias colorretais, realizei 27 procedimentos: 11 fechamentos de ileostomia / ileocolostomia, três confecções de estomas, três colectomias parciais, três reconstruções de Hartmann, cinco retossigmoidectomias e uma retopromontofixação. As atividades científicas são um ponto forte do Grupo. Semanalmente, há visitas em todos os pacientes supervisionadas pelo chefe do Grupo, apresentação de artigos científicos, clube de revista e discussão de casos clínicos. Durante esse ano, enviamos sete trabalhos científicos para o Congresso Brasileiro Coloproctologia. **DISCUSSÃO:** O edital para obtenção do título de Coloproctologia oferecido pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia exige que o candidato realize 50 cirurgias coloproctológicas diversas (30% sobre o cólon e reto), 15 cirurgias videolaparoscópicas colorretais, participação em curso teórico-prático de cirurgia videolaparoscópica com duração mínima de 15 horas e realização de 50 colonoscopias. **CONCLUSÃO:** Em meu primeiro ano como residente do serviço, percebi que o volume de atividades e, conseqüentemente, de aprendizado foi muito acima do mínimo exigido para que a Sociedade Brasileira de Coloproctologia me considere como tendo sido capaz de obter experiência suficiente para o exercício dessa especialidade.

Raíssa Amélia Silva Reis; Ilson Geraldo Da Silva; Renata Magali Ribeiro Silluzio Ferreira; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Patrícia Costa Sant'Ana; Nathália Nascentes Coelho Dos Santos Omer;

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO188 - Mucocele de apêndice: Relato de caso

Introdução: Mucocele de apêndice é um termo genérico que engloba várias entidades e implica cuidados pelo diagnóstico geralmente acidental e pela dificuldade de definição patológica precisa preoperatória. **Objetivo:** Relato de caso de paciente que apresentou diagnóstico de mucocele durante colonoscopia preventiva. **Relato de Caso:** FCP, 79 anos, sexo feminino, assintomática, realizou colonoscopia para rastreamento de neoplasia de cólon em março de 2016. No exame, identificada lesão subepitelial em topografia apendicular, além de pólipos sésses diminutos adenomatosos em cólon transverso. Tomografia computadorizada de Abdome/ Pelve mostrou dilatação apendicular justacecal com material de densidade de partes moles e calcificações periféricas. Submetida em junho 2016 a hemicolectomia parcial direita videolaparoscópica. Boa evolução pós operatória. Anátomopatológico mostrou hiperplasia mucinosa apendicular. **Discussão e conclusão:** Mucocele é termo morfológico que descreve a dilatação do apêndice cecal com acúmulo intraluminal de material mucinoso. Incidência de 0,12 casos /1.000.000. Sua ruptura pode ocasionar pseudomixoma peritoneal com prognóstico reservado. Na maioria dos casos são assintomáticos e diagnosticados acidentalmente no

período preoperatório ou à inspeção cirúrgica por outros motivos. O tratamento é cirúrgico para definição patologia, sendo o cistoadenocarcinoma o de pior prognóstico. Deve-se realizar linfadenectomia adequada e cuidado adicional para evitar ruptura da mucocele.

Raquel Martins Cabral; Marco Antônio Miranda Dos Santos; Luiz Fernando Abrahão Reis; Pablo Rezende De Oliveira;

IPSEMG

PO189 - O impacto do volume de cirurgias laparoscópicas realizadas pelo cirurgião na conversão durante a cirurgia colorretal laparoscópica.

OBJETIVO: O estudo teve como objetivo determinar se o volume de cirurgias laparoscópicas realizadas pelo cirurgião e seu treinamento influenciam na conversão durante uma cirurgia colorretal laparoscópica. **MÉTODO:** Banco de dados mantido de forma prospectiva e revisto com pacientes submetidos à cirurgia colorretal por seis cirurgiões colorretais, no período de 2009-2014. Os cirurgiões foram designados como laparoscópicos ou laparotômicos com base no seu treinamento em cirurgia colorretal laparoscópica formal, e classificados como de baixo volume laparoscópico (BVL) (<100 procedimentos) ou de alto volume laparoscópico (AVL) (> 100 procedimentos). As técnicas utilizadas foram laparoscópica, laparotômica (aberta), ou conversão (preventiva ou reativa). A conversão foi comparada entre os grupos. A: BVL e laparoscópico treinado; Grupo B: BVL e laparotômico treinado e Grupo C: AVL, laparotômico treinado. **RESULTADOS:** Foram realizados 567 procedimentos, sendo 159 laparotômicos e 408 procedimentos laparoscópicos iniciais. Dessas 408 cirurgias, 73 foram convertidas. Entre os 567 pacientes (idade média de 56 ± 17 anos, com 44% do sexo masculino), a taxa global de conversão foi de 13% (73/567), incluindo 75% de preventiva e 25% reativa. As taxas de conversão para os grupos A, B e C foram 17,9%, 42,6% e 14,3%. A conversão foi significativamente maior no Grupo B em comparação com o C ($p = 0,01$), mas não entre A e C ($p = 0,85$) ou B e A ($p = 0,11$). Os pacientes que foram convertidos eram mais velhos ($p < 0,001$), com menores taxas de proctectomia ($p = 0,007$), taxas mais elevadas de anastomose ($p < 0,001$) e maior IMC ($p < 0,001$). Analisando o perfil do paciente e os fatores do cirurgião, o tipo de formação não foi associado com a conversão ($p = 0,15$). Em comparação com a laparoscopia bem sucedida, os pacientes convertidos tiveram uma incidência significativamente maior de íleo ($p < 0,001$), tempo de permanência no hospital ($p = 0,002$), o tempo para eliminação de flatos (OR 3,21, $p < 0,001$), e tempo para evacuação ($p < 0,001$). Os pacientes convertidos apresentaram aumento da morbidade. **CONCLUSÃO:** A formação do cirurgião não está associada com as taxas de conversão laparoscópicas. Em vez disso, os cirurgiões AVL, independentemente da formação, convertem com menos frequência do que os cirurgiões BVL. Kizy Millene Ferreira Da Costa Lage; Geraldo Magela Gomes Da Cruz; Fabio Gontijo Rodrigues; Massarotti H.; O'Rourke C; Chadi Sa; Wexner S.;

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PO190 - Perfuração de cólon secundário a fístula pancreática: relato de caso

Justificativa e objetivos: Complicações de trauma pancreático variam de 30 a 40% e incluem principalmente fístula pancreática, pseudocisto e abscesso intra-abdominal e geralmente não necessitam de abordagem cirúrgica. O objetivo desse artigo foi relatar um caso de perfuração de colon como complicação tardia de trauma de pâncreas, uma complicação atípica. **Relato do caso:** Paciente, sexo masculino, 38 anos, sofreu colisão auto x objeto físico, com lesão do corpo do pâncreas e secção do ducto pancreático, sendo submetido a pancreatectomia corpo caudal. Após longo período de internação e novas reabordagens, evoluiu com fístula pancreática. Com nova piora do quadro clínico, foi submetido a quarta laparotomia exploradora, que evidenciou

peritonite fecal em toda cavidade abdominal, com grande quantidade de necrose e áreas de perfuração em cólon transverso. Conclusão: O trauma de pâncreas apresenta elevada morbimortalidade, sobretudo quando ocorre lesão ductal, muitas vezes associada a complicações com necessidade de mais de uma abordagem cirúrgica, sendo a fístula pancreática a mais comum delas e concluímos que devemos chamar atenção para a mesma, uma vez que ela pode gerar isquemia vascular e perfuração de outros tecidos tanto pelo processo inflamatório gerado pelo suco pancreático, quanto pela resposta inflamatória sistêmica secundária do corpo ao mesmo, como ocorrido em nosso relato.

Stefano Cogo Badan; Patricia Torres Villar; Maria Isabela Lobo Rossi; Guilherme Bui Berganton; Arthur Vieira De Camargo Barros; Daniel Schmidt Perez; Marina Bovaretto Tessari; Alexandre Venâncio Sousa;

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

PO191 - Perfuração intestinal causada por fecaloma: relato de caso

INTRODUÇÃO: O fecaloma é mais comum no reto e no cólon sigmóide. Em idosos é mais prevalente e está associado à doença de Chagas e constipação crônica, que está presente em cerca de 24-50% desses pacientes. Relataremos um caso de fecaloma gerando complicações graves, evoluindo para oclusão e perfuração intestinal. **RELATO DE CASO:** A.P.E., 84 anos, deu entrada em nosso serviço com queixa de dor e distensão abdominal há 7 dias, associada a parada de eliminação de gases e fezes. Previamente apresentava histórico de câncer de mama estágio clínico IV (metástases óssea e pulmonar). Ao exame físico, encontrava-se taquipnéica e taquicárdica, abdome distendido, sem sinais de irritação peritoneal e toque retal com presença de fecaloma. A paciente foi encaminhada à UTI, sendo iniciada antibioticoterapia e ventilação não invasiva. Foi realizada extração manual do fecaloma, além de administração de glicerina via retal. A tomografia de abdome evidenciou resíduo fecal volumoso em cólon esquerdo até ampola retal, associado à pneumatose intestinal colônica e presença de gás dissecando o mesossigmóide (sugerindo microperfuração da parede intestinal), além de distensão difusa de alças de delgado e líquido livre em fundo de saco. Optado por tentativa de tratamento conservador. No terceiro dia de internamento a paciente evoluiu com piora do estado geral e da distensão abdominal, com sinais de irritação peritoneal. Foi submetida a laparotomia exploradora: achado intra-operatório de distensão severa do cólon esquerdo com múltiplas microperfurações. Realizada colectomia esquerda a Hartmann. A paciente evoluiu com difícil desmame da ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, disfunção renal e óbito no 6º pós-operatório. **CONCLUSÕES:** A impactação fecal é uma entidade comum, especialmente na população idosa. A maioria dos casos poder ser manejada clinicamente com uso de laxantes, enema retal e extração manual, porém, alguns casos podem gerar complicações graves, como obstrução intestinal, perfuração estercoral e hidronefrose por efeito massa. A perfuração intestinal, de acordo com a literatura é rara e em pacientes idosos o prognóstico em geral é reservado.

Renato Valmassoni Pinho; Júlio Cesar Uili Coelho; Leonardo Dudeque Andriguetto; Andre Gubert Weiss; Guilherme Figueiró Ferronato; Mariane Christina Savio; Valéria Aparecida Santos; Luiz Francisco Cravo Bettini,;

HOSP. NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

PO192 - Recidiva de tumor retrorretal - relato de caso

Introdução: O espaço retrorretal, localizado entre o reto e o sacro normalmente contém seu interior nervos, vasos e linfonodos. Excepcionalmente pode ser sítio de tumores raros como por exemplo, teratoma, cisto dermóide, cordoma, schwannoma, ganglioneuroma e hamartomas.

Os tumores retrorretais (TRR) apresentam incidência de 1 a cada 40.000 pacientes internados em regime hospitalar. Acomete principalmente mulheres em idade fértil e na grande maioria são tumores císticos e benignos. Quando malignos, há maior incidência de cordomas. O quadro clínico é inespecífico, sendo a dor mais comum em lesões malignas e inflamatórias. Alguns pacientes apresentam constipação, tenesmo ou incontinência fecal. O toque retal é diagnóstico em 90% dos casos, sendo exame de imagem para confirmação e planejamento. O tratamento é cirúrgico com radioterapia indicado em poucos casos. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, MVG, 39anos apresentando queixa de dor anal iniciado 1 ano após realização de esfínterectomia para tratamento de fissura anal. Exame físico proctológico sem alterações, bem como a colonoscopia. Realizada RNM de pelve demonstrando formação cística em contato com a parede póstero-lateral direita do reto médio/alto, com 37x56x38 mm, sugerindo hamartoma retrorretal. Discussão: Optado pela não realização de biópsia pelo risco de infecção desse tipo de lesão com o procedimento. Indicado tratamento cirúrgico por via de Kraske para exérese da lesão. No entanto, houve rompimento do nódulo com extravasamento do conteúdo. O resultado do exame anátomo patológico foi de cisto epidérmico/cisto de inclusão epitelial. Após 6 meses paciente apresentou recidiva dos sintomas, solicitado nova RNM mostrando lesão cística multiloculada com conteúdo hemático em íntimo contato com a parede posterior do reto. Novamente indicado tratamento cirúrgico, sendo que, atualmente o paciente encontra-se em período pré-operatório. Conclusão: As lesões císticas retrorretais devem ser retiradas de forma íntegra. Caso haja rompimento com extravasamento do conteúdo, o paciente deve ser acompanhado de forma rigorosa devido ao maior risco de recidiva tumoral.

William Mateus Coutinho Hilbig; Roberta Nascimento Cypreste; Fabrício Da Silva Castilho; Joaquim José Oliveira Filho; Ricardo Bolzam Do Nascimento; Gustavo Sevá Pereira; Sandra Pedroso De Moraes;
HOSPITAL MARIO GATTI

PO193 - Reconstrução perineal e correção de fistula reto vaginal associada a laceração em trabalho de parto prolongado, com necessidade de episiotomia.

Aca, 36 anos, sexi feminino, com lesão esfínteriana fístula retovaginal, após realização de parto vaginal com episiotomia devido a sofrimento fetal associado a trabalho de parto prolongado de aproximadamente 20 horas. Paciente com lesão esfínteriana e fístula retovaginal após realização de episiotomia em parto vaginal com sofrimento fetal em setembro 2015. Obstetra refere pequena laceração no momento do parto, em parede anterior do reto, sendo corrigido com sutura no intraoperatório, evoluindo nas primeiras 24 horas, com dificuldade evacuatória, tenesmo com sensação de abaulamento e dor em região retovaginal. Paciente teve alta no quarto dia pós-operatório e após 24 horas netou fezes na urina, ao comunicar a obstetra foi optado por abordagem cirurgica com resutura de lesão, no terceiro dia pós-operatório de resutura de lesão após introdução de supositório para tratamento de constipação evidenciou saída de fezes pela vagina vindo procurar pronto socorro onde o cirurgião de plantão optou por colostomia de proteção. Em janeiro de 2016 procurou um serviço de coloproctologia onde foram realizados exames para avaliação de fisiologia retal, que após resultados foi realizado reconstrução perineal e correção de fístula retovaginal. Paciente em programação para reconstrução de transito intestinal.

Jorge Henrique Reina; Jorge Henrique Reina Neto; Renata Cristiane Reina; Carolina Eliane Reina; Carlos Renato Oliveira De Castro Prado; Carlos Fernando Reina;
INSTITUTO JORGE REINA

PO194 - Relato de caso: abdome agudo obstrutivo por intussuscepção da válvula ileocecal e necrose de ceco

Introdução: A clínica dos casos de invaginação é aguda, o diagnóstico inicial é comumente errôneo ou atrasado e muitas vezes apenas estabelecido durante o ato cirúrgico. Relato do caso: Sexo feminino, 84 anos, internada com dor abdominal em hipocôndrio direito associada a distensão, vômitos e diarreia há 1 dia. Piora progressiva da dor nas últimas horas. Como antecedentes possui hipertensão, hipotireoidismo, síndrome demencial, insuficiência cardíaca congestiva, videocolecistectomia, hemorroidectomia e quadrantectomia de mama direita. Como história pregressa da moléstia atual, refere períodos de constipação intestinal alternados com diarreia. Paciente chega ao serviço com intensa dor abdominal associada a vômitos de característica entérica há 1 dia. Refere evacuação normal no dia anterior. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, corada, hidratada, eupneica, afebril, anictérica e acianótica. Sem alterações em aparelhos respiratório e cardiovascular. Abdome encontrava-se globoso, distendido, com ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação em hipocôndrio direito (HCD) e fossa ilíaca direita, possuindo massa palpável em HCD. Toque retal: presença de fezes em dedo de luva, ampola retal vazia. Diante da correlação de exames de imagem e quadro clínico, paciente foi submetida a laparotomia exploradora sob anestesia geral. Encontrou-se importante dilatação de alças de intestino delgado e necrose de ceco associada a intussuscepção da válvula ileocecal. Demais órgãos sem alterações. Optou-se por colectomia direita com íleo-transverso anastomose mecânica latero-lateral. Paciente extubada e enviada a enfermaria no pós-operatório imediato. Evolui no 2º dia de pós-operatório com queda do estado geral, oligúria, taquipneia e rebaixamento do nível de consciência, sendo encaminhada a Unidade de terapia Intensiva do serviço. Durante a internação na terapia intensiva, evoluiu em emergência hipertensiva, insuficiência renal e respiratória vindo a falecer no 10º dia de pós-operatório com diagnóstico de sepse de foco pulmonar. Discussão: Intussuscepção e invaginação em adultos é raro. As invaginações podem ser classificadas de acordo com suas localizações em 4 categorias: entero-entero, cólon-cólon, íleo-cólon e íleo-cecal. Conclusão: Devido ao desafio diagnóstico, a tomografia computadorizada de abdome é forte aliada no manejo da doença. O tratamento envolve ressecção cirúrgica intestinal.

Anelise Stachewski Russo; Janayna Thaina Rabelato; André Américo Martins De Oliveira; Felipe Araujo De Souza; Mirella De Fátima Fukuda; Wellington Cunha; Kunihiro Saeki;
HOSPITAL ANA COSTA

PO195 - Relato de caso: Endometriose Umbilical

A endometriose umbilical é uma entidade rara que corresponde a menos de 1% dos casos, ocorrendo principalmente em regiões de manipulação cirúrgica prévia. Apresentamos um caso de endometriose umbilical primária em paciente sem manipulação cirúrgica prévia.

Métodos: Descrição do caso: R.L.S., 34 anos, sexo feminino, Q.P.: dor e sangramento umbilical no período menstrual há 08 meses. H.D.A.: Paciente portadora de endometriose profunda pélvica, com comprometimento retrocervical e ligamento uterossacro. Houve bom controle de sintomas de dismenorréia, dispareunia e dor acíclica com uso de anticoncepcional oral (ACO) de baixa dosagem, com pausas de 5 dias. No entanto, evoluiu com formação de tumoração umbilical dolorosa e sangrante. Foi indicada manutenção de tratamento com ACO para controle de sintomas pélvicos e ressecção de lesão umbilical. Realizada ressecção em fuso de parede total de cicatriz umbilical, com reconstrução por meio de retalho cutâneo de avanço. Paciente evoluiu com resolução de queixas umbilicais, sem recidiva em seguimento de um ano. Anatomopatológico: endometrioma padrão glandular. Discussão: A endometriose é uma doença ainda não totalmente compreendida. Entre as teorias clássicas, atribui-se a endometriose ao fluxo menstrual retrógrado, à transformação metaplásica ou mesmo à deposição iatrogênica em procedimentos cirúrgicos. Existem relatos na literatura de raros

casos de endometriose umbilical em pacientes sem manipulação cirúrgica prévia. Apesar de rara, queixas de dor e sangramento umbilical devem alertar para o diagnóstico de endometriose umbilical.

Fernando Bray Beraldo; Daniel Hortiz Felipe; Pablo Benely; Marcelo Protásio; Ana Maria Gomes Pereira; Reginaldo Guedes Coelho Lopes; Nagamassa Yamaguchi;
CLINICA PRIVADA

PO196 - **Relato de caso: Hamartoma cístico pré-sacral**

Introdução: O tailgut cyst (hamartoma cístico) pré-sacro é um tumor raro e possui incidência de 1/40000 internamentos em grandes centros de referência. É constituído de parede delgada, geralmente multiloculado (50%), que se origina a partir de vestígios embrionários presentes do intestino posterior. São moles, delimitados por diferentes epitélios (escamoso, colunar ciliado, colunar mucosecretor e transicional), com conteúdo variável (aquoso ao mucóide).

Geralmente assintomático, exceto quando comprime órgãos e nervos pélvicos, gerando sintomas de massa local. Indica-se excisão cirúrgica da lesão para caracterização histológica e prevenção de complicações (infecção crônica e degeneração maligna) **Objetivo:** Relatar um caso de hamartoma cístico pré-sacral. **Método:** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** R.N.C, feminino, 30 anos, residente em Cuiabá-MT. Apresentava dor sacro coccígea há 3 meses, aliviada com anti-inflamatórios não esteroidais e analgésicos. Suspeitado de dor osteomuscular. Foi avaliada por um ortopedista o qual descartou alterações em coluna lombossacra. Por conseguinte, foi encaminhada ao coloproctologista. O toque retal demonstrou compressão extrínseca da parede retal, sem alterações da mucosa. A avaliação laboratorial não apresentava alterações relevantes. Foi solicitado ecoendoscopia a qual evidenciou lesão de aspecto cístico, uniloculada, anecoica, de paredes delgadas e conteúdo espesso, medindo cerca de 5,7 cm no seu maior eixo, em topografia retrocervical. A lesão não comprometia estruturas adjacentes. A vagina, bexiga, útero, e esfíncteres anais estavam preservados e contralaterais à lesão. Não foram observados nódulos linfáticos nas cadeias avaliadas. A conclusão dos exames foi sugestiva de hamartoma cístico. **Conclusão:** Os hamartomas císticos são lesões raras, benignas e mais comum em mulheres. Entretanto, acredita-se que sua incidência seja maior do que na literatura devido aos casos assintomáticos ou com sintomas inespecíficos. A presença de massa palpável ao toque retal auxilia no diagnóstico efetivo e barato na identificação de tumores reto-retais. A excisão cirúrgica é indicada até nos casos assintomáticos para prevenção de complicações.

Kenzo Valentino Shimizu Frutuoso; Lorena Souza Rodrigues Da Cunha; Leonardo Marrone Pereira; Ágata Valentina Shimizu Frutuoso; Anna Carolina Franco; Renan Vicente Sohn; Jacqueline Jessica De Marchi; Mardem Machado De Souza;
CLINICA PRIVADA

PO197 - **Relato de caso: Tumor fibroso calcificante de ceco mimetizando lesão anexial**

Introdução: O TFC (tumor fibroso calcificante) é uma lesão benigna rara que se caracteriza por presença de colágeno denso hialinizado, com células fusiformes, infiltrado plasmolinfocitário, células fusiformes e calcificações psamomatosa ou distróficas. **Relato de caso:** A.M.F.G., 64 anos, feminino Q.P: assintomática. Alteração no USG de abdome. A.P.: hipotireoidismo, artrose, salpingooforectomia bilateral há 15 anos por cistos (SIC) Paciente previamente assintomática, realizou USG abdominal de rotina com achado de imagem nodular sólida heterogênea em região anexial direita de 9,2cm. A RNM de abdome mostrou imagem de contornos lobulados de 10 x 8 x 4,5cm em fossa ilíaca direita com hipersinal em T2 e hiposinal em T1. CEA: 6,8. CA125: 6,2. Indicada laparoscopia diagnóstica com programação de ressecção

da lesão pela equipe da ginecologia que acompanhava o caso. Durante laparoscopia foi identificada lesão de aspecto cístico-mucinoso em topografia de ceco/apêndice, volumosa. Solicitada avaliação da equipe de coloproctologia no intraoperatório que realizou laparotomia e colectomia direita na suspeita de mucocele de apêndice. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar sem intercorrências no 5o DPO e está em seguimento ambulatorial. O resultado do estudo histopatológico: lesão nodular cistificada mural em ceco, próxima ao óstio apendicular, constituída por fibrose, infiltrado linfocitário inespecífico e focos de calcificações distróficas. - medidas: 9,0 x 5,0 x 5,0 cm -trinta linfonodos peri-cólicos sem indícios de malignidade. Nota: os achados morfológicos são compatíveis com "pseudo-tumor fibroso calcificante". Ausência de indícios morfológicos de malignidade nas amostras examinadas. Conclusão: Previamente denominado como Pseudo-tumor fibroso calcificante, atualmente a OMS reclassificou como TFC devido a taxa de recorrência local de cerca de 10%. O TFC é uma lesão rara, benigna, com predileção por tecidos moles. Foi descrito pela primeira vez em 1988 por Rosenthal e Abdul Karim. Em uma revisão de 157 casos publicada em 2016 o local mais frequente de surgimento foi o estômago 18%, seguido de pleura (9,9%) e intestino delgado (8,7%). Apenas em 1,2% (2 casos) havia acometimento do cólon. O tratamento é cirúrgico com ressecção com margens livres geralmente é curativo. Os principais diagnósticos diferenciais são outros tumores de células fusiformes como tumores desmóides e GIST. Daniel Hortiz De Carvalho Nobre Felipe; Fabio Yoriaki Yamaguchi; Fernando Bray Beraldo; Nagamassa Yamaguchi; Pablo Benely Silva De Andrade; Marcelo Protásio Dos Santos; Helena Vecchia D'Elia; Arlem Cesar Damasceno Perez;

CLINICA PRIVADA

PO198 - Ressecção íleo-cólica por ação actínica: relato de caso

INTRODUÇÃO: a radioterapia tem papel fundamental no tratamento de doenças malignas mas está relacionada ao desenvolvimento de complicações precoces e tardias. Estas dependem da extensão e localização da área irradiada, das técnicas e equipamentos empregados, associação de quimioterapia e doenças associadas que alteram a vascularização intestinal, potencializando os efeitos actínicos.¹ **OBJETIVO:** relatar caso de paciente com estenose de íleo terminal devido à enterite actínica, tratada com ressecção íleo-cólica e revisar a literatura. **RELATO DO CASO:** Paciente feminino, 33 anos, com dor abdominal tipo cólica há um ano, com início após o término de radioterapia (8000cGy) e braquiterapia (6650cGy) para tratamento de carcinoma espinocelular de colo uterino estadio clínico IIB avançado. Apresentava vômitos tardios, distensão abdominal e alteração do hábito intestinal de uma para 10x ao dia, de consistência amolecida e emagrecimento de 20Kg. Exame físico revelou IMC 13,67Kg/m², abdome discretamente distendido e doloroso à palpação profunda difusamente sem irritação peritoneal. Exame proctológico com mucosa retal edemaciada até 7 cm da borda anal. Colonoscopia evidenciou inflamação pancolônica leve e biópsias com processo inflamatório crônico inespecífico. Trânsito intestinal com delgado dilatado globalmente com área sugestiva de estenose em íleo terminal. Realizada terapia nutricional com nutrição parenteral até reversão do catabolismo. Laparotomia exploradora evidenciou delgado até 70 cm a partir do ângulo de Treitz de aspecto normal e a partir desse ponto com sinais de ação actínica e os 75 cm distais de íleo terminal de pior aspecto com três estenoses anelares de 1 cm cada. Ceco e cólon ascendentes igualmente acometidos. Realizada íleo-colectomia direita e íleo-colostomia a Mikulicz I. O histopatológico da peça cirúrgica confirmou enterite actínica. Evoluiu com alto débito da ileostomia (até 4000mL/ dia) e distúrbios hidroeletrólíticos de difícil compensação, apesar das medidas clínicas para tentativa de controle. Optou-se pelo fechamento da íleo-colostomia no 20º dia de pós-operatório sem intercorrências com alta hospitalar no oitavo pós-operatório. Seguimento ambulatorial de 60 dias com IMC 15 Kg/m², boa aceitação da dieta oral e hábito intestinal de quatro evacuações ao dia. **CONCLUSÃO:** a ressecção íleo-cólica

em pacientes com enterite actínica deve ser analisada de forma individualizada, sendo a cirurgia uma possibilidade de melhora da qualidade de vida.

Felipe Augusto Yamauti Ferreira; Flávia Balsamo; Xu Xue Qing; Rogério Tadeu Palma; Jaques Waisberg;

CLINICA PRIVADA

PO199 - Ressecção intestinal por endometriose profunda no hospital unimed de ourinhos-sp

INTRODUÇÃO: Endometriose é uma doença comum na mulher definida pela presença de tecido endometrial fora do útero, induzindo uma resposta inflamatória crônica. As formas de apresentação: peritoneal, cistos ovarianos endometriais (endometriomas) e a endometriose profunda, ou infiltrativa (EP) quando esta se localiza com mais de 5mm abaixo da camada peritoneal. Estima-se que 15% das mulheres na idade reprodutiva, tem endometrioses e está relacionada a um terço dos problemas de infertilidade. O intestino é afetado em 3%-37% dos casos e desses 90% está relacionado com o reto ou o sigmoide. O termo endometrioses intestinal é usado quando o tecido endometrial invade a parede intestinal acometendo pelo menos o plexo da subserosa. As principais manifestações clínicas são a dor pélvica e a infertilidade. O tratamento da endometriose, na maioria dos casos é clínico, porém quando há falha no tratamento, ou ha endometrioses profunda, o tratamento cirúrgico passa ser o mais indicado, sendo a laparoscopia o padrão ouro. Técnicas minimamente invasivas, com retirada de tecido acometido pela endometrioses por orifícios naturais (NOSE) como, ânus e vagina, tem menos complicações e tem se tornado uma alternativa diminuendo o tempo de internação, com baixa porcentagem de complicações. **OBJETIVO:** Relatar procedimentos realizados no Hospital Unimed de Ourinhos-SP, em mulheres submetidas a ressecção intestinal por endometriose profunda **MÉTODO:** Entre novembro de 2015 e julho de 2016, 8 pacientes do sexo feminino, com diagnóstico de endometriose, foram submetidas à ressecção intestinal por endometriose profunda por videolaparoscopia, incluindo a técnica NOSE e ressecção discoide. **RESULTADOS:** Durante esse período 8 pacientes do sexo feminino foram submetidas à ressecção intestinal por endometriose profunda por videolaparoscopia, sendo 6 pela técnica NOSE e 2 ressecção discoide. As pacientes apresentavam entre 29 e 42 anos, com média 34,5 anos. Todas as pacientes submetidas a técnica NOSE, tiveram a retirada de tecido pela vagina, sem necessidade de conversão para cirurgia aberta em nenhum caso. Nenhuma paciente relatou queixas no pós-operatório e também não apresentaram complicações. **CONCLUSÃO:** A ressecção intestinal por endometriose por laparoscopia tem se demonstrado alternativa de melhor escolha considerando redução nas queixas e nas complicações pós-operatórias Alexandre Da Silva Nishimura; Marcos Porto; Carolina Silvestre De Melo; Phelipe, Gregório Cobianchi Leandro; Rodrigo Tognos Rossi; Timoteo Vilela Verissimo;

CENTRO INTEGRADO DE MEDICINA AVANÇADA - OURINHOS/SP

PO200 - Resultados das cirurgias colorretais laparoscópicas realizadas durante o programa de residência médica de um Hospital Universitário

INTRODUÇÃO: A curva de aprendizado para a realização da cirurgia colorretal por via laparoscópica pode variar de 50-80 procedimentos e é definida pelo número de casos que o cirurgião deve realizar, para que os resultados cirúrgicos sejam semelhantes ao da via aberta. Um estudo com 176 residentes norte-americanos mostrou, que, ao término do programa de especialização, 53% havia realizado apenas 10 a 30 procedimentos avançados à esquerda, e destes, 67% se mostraram muito confortáveis em realiza-los. No Brasil, os dados sobre os resultados cirúrgicos da via laparoscópica são escassos. **OBJETIVOS:** Descrever resultados de cirurgias laparoscópicas colorretais realizadas exclusivamente por residentes de

coloproctologia em treinamento. MATERIAL E MÉTODOS: análise retrospectiva de um banco de dados prospectivos de cirurgias colorretais laparoscópicas, em um hospital escola. O preceptor fazia a função de 1º auxiliar ou prestava orientação fora de campo. A função de 2º auxiliar cabia ao residente do 1º ano da especialidade. RESULTADOS: Trinta e nove pacientes, com idade média de 54.6 ± 15.6 anos, foram submetidos a cirurgias colorretais avançadas, entre março de 2015 e fevereiro de 2016. Foram realizados 7 tipos de operações com tempo médio de 230 ± 46 minutos. A retossigmoidectomia foi a principal operação realizada ($n=25/64.1\%$). Em 10 (25,6%) operações houve conversão para a cirurgia aberta. Em 11(28,2%) pacientes foi necessária a confecção de estoma. Foram relatados acidentes operatórios em 6 casos (15.5%). A lesão vesical foi a principal complicação no período intraoperatório ($n=2/42.8\%$). Complicações no período pós-operatório foram relatadas em 8 (20.5%) casos. Hemorragia por lesão do plexo venoso sacral foi a complicação mais grave. Não houve óbitos na amostra. O tempo médio de internação dos pacientes foi de 4.3 ± 2.3 dias. DISCUSSÃO: apresentamos a experiência inicial do serviço com a realização de cirurgias laparoscópicas por residentes. Percebe-se uma taxa de conversão relativamente alta, porém outro trabalho semelhante notou uma taxa de conversão de 30% no primeiro ano de aprendizado, semelhante a nossa. Apesar da taxa de 15,5% de acidentes operatórios, não ocorreram óbitos nesta casuística. CONCLUSÃO: o aprendizado da cirurgia colorretal durante o período de especialização pode ser feito de maneira segura no nosso país, com resultados semelhantes aos apresentados em outros centros de formação.

Cassio Alfred Bratig Cantão; Marley Ribeiro Feitosa; Rafael Costa Jomah; Lucas Maradei Carneiro De Rezande; Luiz Renato Ricci Camperoni; Rogério Serafim Parra; José Joaquim Ribeiro Da Rocha; Omar Féres;
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO201 - Retalho de Limberg para tratamento da doença sacrococcígea: Relato de caso e perspectivas

Introdução: O cisto pilonidal sacrococcígeo consiste em um processo inflamatório crônico, supurativo e subcutâneo, associado à presença de pêlos. Prevalente em homens jovens e relacionada a traumas, excesso de pêlos, longos períodos sentado, obesidade, prega das nádegas profunda, predisposição familiar, tabagismo e sedentarismo. O tratamento é cirúrgico, porém ainda é controversa a escolha da técnica. A associação de técnicas de cirurgia plástica às técnicas tradicionais, como a rotação de retalhos cutâneos, exemplo a técnica de Limberg, tem o intuito de diminuir o tempo de cicatrização, ser menos agressiva e reduzir as complicações. Objetivo e Métodos: Relatar um caso de tratamento do cisto com retalho de Limberg e evolução do pós-operatório em comparação ao tratamento convencional. Relato do caso: JP, 22 anos, masculino, sem comorbidades. Relata dor e secreção em região sacral, sem outras queixas. Ao exame físico, apresenta cisto na linha da rafe mediana com pus local, sugestivo de cisto pilonidal. Foi encaminhado para cirurgia: injeção de solução de adrenalina diluída 1:20000 e infiltrado na região do cisto. Optou-se por uma ressecção elíptica ao redor do cisto com confecção e rotação de retalho (Técnica de Limberg) e fechamento do defeito do cisto removendo o cisto até sua raiz junto à fáscia pré-sacral. Realizou-se curativo e o paciente teve alta médica no primeiro dia de pós-operatório, em bom estado geral e estável clinicamente. O paciente evoluiu bem, sem intercorrências, retornou às suas atividades em 10 dias. No 15º dia, retornou sem queixas e com bom aspecto da ferida operatória. Os pontos foram retirados e o paciente evoluiu bem. Discussão: A técnica convencional com excisão pelo método aberto e reparo por segunda intenção, possui longo tempo de cicatrização, 56 dias, com curativos dolorosos. A técnica de Limberg após a excisão do cisto propicia a transferência de tecido adjacente ao defeito com a mesma textura e coloração da pele, com boa vascularização, demonstrando bons resultados funcionais e estéticos. Há uma redução no

tempo de cicatrização, 14 dias, sendo previsível a posição da cicatriz, além de tornar os índices de complicações cicatriciais extremamente baixos. Trata-se de um reparo sem tensão tecidual, com baixo risco de ruptura da ferida, e oferecendo redução da dor e menor restrição de atividades. Conclusão: Baseado no apresentado, a técnica de Limberg parece ser uma ótima alternativa no tratamento de cisto pilonidal.

Marina Bovaretto Tessari; Alexandre Venancio; Daniel Schmidt; Patricia Torres Villar; Luiz Felipe Maatz; Luisa Marcella Martins; Diego Guimaraes Abe; Stefano Cogo Badan;
FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

PO202 - Sepse e pneumorretroperitônio após ressecção endoscópica transanal de tumor retal de crescimento lateral: um relato de caso

Introdução: os fundamentos da microcirurgia endoscópica transanal foram estabelecidos por Buess e colaboradores em 1983. Desde então, várias modificações foram realizadas no equipamento utilizado. No entanto, foi mantido o conceito de melhorar a visibilidade e o alcance da operação transanal por meio do emprego de óticas e da distensão do reto por dióxido de carbono. A microcirurgia endoscópica transanal é considerada uma abordagem minimamente invasiva segura e aplicável no tratamento do adenoma e dos carcinomas iniciais de reto. Objetivo: descrever um caso de pneumorretroperitônio e sepse em um paciente submetido à ressecção transanal de tumor de reto e apresentar a revisão da literatura à respeito das complicações da microcirurgia endoscópica transanal. Relato de caso: homem de 38 anos submetido à ressecção endoscópica transanal de tumor retal de crescimento lateral. Procedimento ocorreu sem intercorrências, porém, no segundo dia pós-operatório, paciente evoluiu com quadro de sepse. Radiografia de abdome revelou pneumorretroperitônio. O tratamento consistiu em medidas de controle da sepse e abordagem cirúrgica com realização de sigmoidostomia em alça. Discussão: as complicações pós-operatórias são raras após a microcirurgia endoscópica transanal. Embora o pneumorretroperitônio seja descrito como complicação de procedimentos endoscópicos colorretais, em especial das disseções submucosas endoscópicas, existem poucos relatos de associação com a microcirurgia endoscópica transanal. A formação do pneumorreto por meio da insuflação com dióxido de carbono, ao invés de ar ambiente, pode justificar a menor ocorrência dessa complicação nesse procedimento. Conclusão: com o aumento da aplicação das abordagens transanais endoscópicas, é esperado que complicações pouco usuais sejam descritas, sendo necessária análise a longo prazo a fim de estabelecer métodos para evitá-las.

Bruno Augusto Alves Martins; Natascha Mourão Moreira; Romulo Medeiros De Almeida; Antônio Carlos Nóbrega Dos Santos; João Batista De Sousa; Flávia Berford Leão Dos Santos Gonçalves De Oliveira; Paulo Gonçalves De Oliveira; Marcelo De Melo Andrade Coura;
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

PO203 - Série de casos de hamartoma cístico retro-retal, diagnosticados e tratados pela equipe da clínica reis neto, campinas - sp

INTRODUÇÃO: Hamartoma cístico retro-retal é uma lesão benigna congênita rara, incidência variando entre 1:40000 e 1:63000, de padrão geralmente multicístico, que acomete usualmente mulheres de meia idade. Acredita-se que essa alteração seja derivada dos remanescentes embrionários pós-anais do intestino (intestino posterior). O risco de malignidade do hamartoma cístico retro-retal é raro, tendo como principais padrões as neoplasias do tipo adenocarcinoma e tumores neuroendócrinos de diversos graus. OBJETIVO: Relatar um caso de hamartoma cístico retro-retal. MÉTODO: Relatos de 3 casos de hamartoma cístico retro-retal. Foram registrados os dados como: idade, sexo, achados clínicos e de

imagem, procedimento cirúrgico, análise macro e microscópica. RESULTADOS: Pacientes do sexo feminino, com idades entre 27 e 57 anos. Primeiro caso com queixa de secreção constante em região perianal, com histórico cirúrgico, há 3 anos, de abscesso na mesma localização, devido à tumor pré-sacral abaulando o reto. Segundo caso abordada previamente devido a cisto pilonidal infectado, retornando ao serviço com quadro séptico, coleção purulenta dissecando região paravertebral e glútea à esquerda, e sinais de osteomielite em osso cóccix, submetida à excisão completa da lesão e à coccectomia devido à osteomielite local. Terceiro caso apresentou-se em consulta com queixa de tenesmo constante e dor ao evacuar, após exame de imagem foi submetida à cirurgia com excisão completa da lesão. Submetidas à ressonância magnética de pelve, com presença de tumoração retro-retal e abordagem cirúrgica posterior (Cirurgia de Kraske). Diagnóstico compatível com hamartoma cístico ao estudo histopatológico. Ausência de sinais de malignidade nos materiais analisados, com conclusão diagnóstica de Hamartoma Cístico retro-retal (pré-sacral), associado a processo inflamatório crônico. CONCLUSÃO: Hamartomas Císticos retro-retais são tumores raros, que geralmente necessitam de abordagem cirúrgica e apresentam bom prognóstico desde que ressecados com margens adequadas. As pacientes mantêm segmento em consultas periódicas, com boa evolução clínica, sem recidiva das lesões, sem incontinência fecal ou demais sequelas devido ao procedimento cirúrgico.

Regina Greilberger; Guilherme Zupo Teixeira; Rebeca Higino Silva Santos; Antonio José Tibúrcio Alves Junior; Sergio Oliva Banci; Joaquim Simões Neto; José Alfredo Reis Junior; José Alfredo Reis Neto;

CLÍNICA REIS NETO

PO204 - Série de casos de tumores de intestino delgado no serviço de cirurgia geral da puc-campinas

INTRODUÇÃO: Os tumores de intestino delgado são raros, compreendendo 5% das neoplasias gastrointestinais. Destes, 1-2% são malignos. A suspeita diagnóstica é feita, na maioria das vezes, através de achado de exame de imagem ou endoscopia. Porém, é determinado através de estudo histológico e imunohistoquímica. OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo expor uma série de casos de pacientes submetidos à enterectomias por neoplasias de intestino delgado. MÉTODO: Foi realizado um estudo retrospectivo com 6 pacientes no período de 20 meses, portadores de tumores malignos do intestino delgado, em seguimento no Hospital e Maternidade Celso Pierro – PUC-Campinas. RESULTADOS: Todos os casos foram submetidos à enterectomia segmentar, sendo o diagnóstico de neoplasia confirmado durante o procedimento. O estudo anatomopatológico das peças ressecadas identificou maior incidência de tumores primários 83% (50% adenocarcinoma; 33 % GIST) e 16% secundário (melanoma metastático). Não houve complicações pós operatórias e a taxa de mortalidade hospitalar foi de 0%. Quimioterapia adjuvante vem sendo implementada no paciente com melanoma metastático após confirmação de metástase através de biopsia excisional de linfonodo em região axilar esquerda e em dois pacientes com adenocarcinoma com metástase linfonodal. Os demais pacientes encontram-se em acompanhamento conjunto com equipe da cirurgia geral e oncologia do serviço do HMCP. CONCLUSÕES: Enterectomia segmentar foi o único procedimento cirúrgico realizado. Os pacientes que são submetidos à ressecção de tumores malignos do intestino delgado, 50% estão passíveis a um tratamento curativo. Neste estudo 50% estão em seguimento sem recidiva e sem identificação de metástases.

Regina Greilberger; Guilherme Zupo Teixeira; Natália Lopes De Camargo Gabas; Antonio José Tibúrcio Alves Junior; Sergio Oliva Banci; Odorino H. Kagohara; José Alfredo Reis Junior; José Alfredo Reis Neto;

CLÍNICA REIS NETO

PO205 - Seromiectomia do delgado no manejo da diarreia intratável após proctocolectomia total com bolsa ileal

INTRODUÇÃO: Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante, caracterizada pelo desenvolvimento de numerosos pólipos adenomatosos ao longo do cólon e reto e que, sem terapia, evolui para o desenvolvimento do câncer colorretal. O tratamento é feito através ressecção do cólon e do reto. A proctocolectomia total com bolsa ileal é a técnica padrão, no entanto, associa-se a piores resultados funcionais. **OBJETIVO:** relatar uma nova estratégia cirúrgica para o tratamento de diarreia refratária ao tratamento clínico, após realização de proctocolectomia total com bolsa ileal, em uma paciente com PAF. **RELATO DO CASO:** mulher, 52 anos, e história prévia de proctocolectomia total com bolsa ileal por PAF. Queixava-se de diarreia aquosa (20 episódios ao dia) e dermatite perianal severa. Sem melhora com adequação dietética e uso de altas doses de medicações antidiarreicas. Investigação radiológica e endoscópica não revelou alterações de mucosa, ou complicações na bolsa ileal. Encaminhada para cirurgia e técnica consistiu na confecção de 3 seromiectomias circunferenciais no íleo terminal associadas suturas invaginantes contínuas, com distância de 5 cm entre cada. A primeira seromiectomia foi posicionada a 5 cm da bolsa ileal. A paciente teve boa recuperação, com resolução completa da dermatite perianal e diminuição do número de evacuações, com diminuição significativa do uso de drogas antidiarreicas. **DISCUSSÃO:** A falência da bolsa ileal ocorre em cerca de 5 a 15 % dos pacientes, após 5 anos de cirurgia, por causas mecânicas ou infecciosas. Atualmente, existem poucas opções para a diarreia crônica refratária nesses pacientes, que acabam sendo submetidos à remoção da bolsa e ileostomia terminal. No caso apresentado, a estratégia cirúrgica apresentou resultado satisfatório com melhora significativa na qualidade de vida da paciente.

Cassio Alfred Bratig Cantão; Marley Ribeiro Feitosa; Juliana Lima De Toledo; Rafael Costa Jomah; Roberta Denise Alkmin Lopes De Lima; Lucas Maradei De Carneiro Rezende; Omar Féres; José Joaquim Ribeiro Da Rocha;

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PO206 - Tratamento laparoscópico de mucocele de apêndice - Relato de caso e revisão de literatura

Introdução: Mucocele de apêndice é uma condição rara caracterizada por uma dilatação cística, devido ao acúmulo anormal de material mucinoso em sua luz. Ela pode se apresentar sob a forma benigna, como a mucocele simples, ou na forma maligna. Apresenta sintomatologia variável e, geralmente, tem seu diagnóstico feito no período intra-operatório, após o exame histológico da peça operatória, com incidência em apendicectomias de 0,2% a 0,4%. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente assintomático que em exame de rotina de imagem revelou um abaulamento rente ao ceco e região apendicular sugestivo de mucocele, ressaltando a importância desse diagnóstico e revisão da literatura do tema. **Métodos:** Revisão da literatura e descrição de um paciente com diagnóstico intra-operatório de mucocele de apêndice. **Relato do caso:** Paciente feminina, 58 anos, sem comorbidades, apresentava dor de leve intensidade em flanco direito associada a leve distensão abdominal, negava alterações do hábito intestinal, sangue nas fezes, vômitos, febre e outros sintomas. Apresentava melhora parcial com analgesia. Procurou consultório de proctologia, onde foi solicitado colonoscopia, que revelou apenas presença de hemorroida. Devido à persistência da dor, foi realizado tomografia de abdome total seguida de ressonância magnética da pelve, que revelaram a presença de uma massa cística na fossa ilíaca direita, em continuidade com o ceco, se projetando na cavidade, compatível com mucocele apendicular. Proposta uma laparoscopia diagnóstica, na qual foi identificado tumoração e edema do apêndice, com volume aumentado e aspecto endurecido. Íleo terminal, ceco, cólon direito e anexos sem alterações. Ausência de linfonodos ou ascite. Optou-se por uma apendicectomia videolaparoscópica com grameador

laparoscópico. O anátomo patológico revelou um tumor mucinoso de baixo grau do apêndice cecal, com infiltração até a submucosa e margem cirúrgica proximal coincidente com a lesão. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta médica no dia seguinte em bom estado geral. Resultados: O diagnóstico diferencial deve ser realizado com linfangioma cístico, teratoma cístico, neoplasias císticas do pâncreas e do ovário. Dessa forma, a conduta cirúrgica está indicada para avaliação adequada da lesão, e representa o melhor tratamento. Conclusão: A mucocele de apêndice, apesar de rara, é um importante diagnóstico diferencial, sendo confirmada após o exame histológico da peça operatória.

Marina Bovaretto Tessari; Alexandre Venancio; Daniel Schmidt; Patricia Torres Villar; Luisa Marcella Martins; Diego Guimaraes Abe;
FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

PO207 - Tumor neuroendócrino do íleo: relato de caso

Introdução: O tumor neuroendócrino (TNE) do intestino delgado é uma patologia incomum, e representa 23-28% das neoplasias neuroendócrinas do trato gastrointestinal. A sintomatologia é escassa e variável, sendo a dor abdominal o sintoma mais relatado. O acometimento linfonodal em TNE de delgado pode ocorrer independente do seu tamanho, embora seja mais comum em lesões maiores que 2cm de diâmetro e com invasão da lâmina própria. Relato de caso: paciente do sexo feminino, 39 anos, com quadro intermitente e recorrente de semi-oclusão intestinal. Realizou exames diagnósticos iniciais como tomografia (TC) e ressonância magnética (RNM) do abdome, endoscopia digestiva alta, colonoscopia e enteroscopia, sem identificação do fator causal. Prosseguida investigação, apresentou achado de lesão polipóide em íleo distal na cápsula endoscópica, e imagem nodular de 1,4cm no íleo em êntero-tomografia. Foi submetida à videolaparoscopia, com achado de tumoração de 1,3cm situada a 100cm da válvula ileocecal, associada a linfonodomegalia regional. Realizada enterectomia com linfadenectomia. O anatomopatológico e imuno-histoquímica evidenciaram carcinoma neuroendócrino bem diferenciado, infiltrando até serosa, margens cirúrgicas livres, sem invasão angiovascular ou perineural, acometendo 2 linfonodos regionais, grupo 1 (Ki67 2% e índice mitótico de 2/10). Posteriormente, realizou dosagens de cromogranina A e ácido 5-hidroxiindolacético, que foram normais, além de tomografia com emissão de pósitrons (PET-TC) com Gálio-68, sem evidenciar lesões que expressem receptores de somatostatina. Mantém seguimento ambulatorial oncológico. Discussão: A atual classificação para os TNEs distingue-os em três graus de acordo com o índice mitótico e o antígeno Ki67. Devido às manifestações inespecíficas, o diagnóstico dos TNEs jejuno-ileais é difícil e tardio. Além da TC, RNM e exames endoscópicos, outros estudos diagnósticos como o Octreoscan e PET-CT com Gálio 68 vêm mostrando alta acurácia, tanto na pesquisa de lesões primárias quanto no seu estadiamento. Cerca de 39-41% dos pacientes com carcinóide jejuno-ileal apresentam metástase linfonodal na ocasião do diagnóstico. A cirurgia representa a modalidade curativa, sendo preconizada a ressecção segmentar com linfadenectomia regional, preferencialmente por laparoscopia. Conclusão: O caso apresentado ilustra a dificuldade no diagnóstico dos TNE de delgado, e a necessidade de linfadenectomia associada à ressecção local sempre que identificados.

Larissa Andrade Da Costa; Mayara Maraux Braga; Lina Maria Goes De Codes; Isabela Dias Marques Da Cruz; Aline Landim Mano; Flávia De Castro Ribeiro Fidelis; Elias Luciano Quinto De Souza; Euler De Medeiros Ázaro Filho;
HOSPITAL SAO RAFAEL

PO208 - Volvo de Ceco

O Volvo de Ceco (VC) é uma torção axial que envolve o ceco, íleo terminal e cólon ascendente sobre seu mesentério. Para ocorrência do VC é necessária a presença do Ceco Móvel (CM), que se caracteriza pela descida incompleta deste e sua não fixação. Constipação crônica, massas abdominais, gestação próxima do termo, cirurgia abdominal prévia e imobilidade prolongada são outros fatores predisponentes ao VC, que responde por 10 a 60% de todos os volvulos colônicos e por 1 a 1,5 % dos casos de obstruções intestinais, resultando em uma mortalidade de 22%. Parece ser mais comum em mulheres. Quadros mais leves são caracterizados por dor crônica intermitente com resolução espontânea. Pode preceder 50 % dos casos de volvo agudo. O Volvo agudo leva a dores abdominais e vômitos, sem resolução espontânea. Pode haver massa palpável. Com diagnóstico e tratamento precoces é associado a baixa incidência de necrose. CASO - Homem, 63 anos, dor abdominal, distensão e parada do trânsito intestinal. Abdome doloroso a palpação e ruídos hidroaéreos aumentados. Hemograma com leucocitose e raio-x com dilatação de alças e nível hidroaéreo. Tomografia computadorizada (TC) apontou rotação de delgado com deslocamento superior do ceco. O paciente foi submetido à laparotomia com achado de VC e ausência de sofrimento de alças. Realizada cecopexia com boa evolução e alta no 3º dia. DISCUSSÃO- No VC, os exames podem apresentar achados inespecíficos, como elevação de leucócitos e PCR. Raio-x de abdôme pode diagnosticar VC em 44 a 56% dos casos, no entanto a TC tem maior acurácia e pode mostrar a presença de complicações, como isquemia e perfuração. O tratamento para o VC quase sempre requer cirurgia de urgência e redução imediata do segmento acometido. A ressecção é obrigatória para os casos em que ocorre necrose, perfuração ou presença de alças não viáveis. No entanto ainda não há um padrão-ouro para a via de acesso ou o procedimento a ser realizado quando as alças são viáveis. A maioria dos pacientes têm sido submetidos a laparotomias, mas a taxa de laparoscopias tem apresentado crescimento significativo. O procedimento mais realizado é a ressecção com ou sem anastomose. Cecostomia tem sido reservada para pacientes instáveis ou de alto risco. Cecopexia vem apresentando um crescimento progressivo nos últimos anos. O volvo de ceco é uma patologia rara com potencial de complicação. Os sintomas desta doença são inespecíficos e a tomografia computadorizada de abdome deve ser realizada na suspeita.

João Gabriel Romero Braga; Cássio Alfred Brattig Cantão; Karla Mityko Da Silva Ehendo; Kauê Torres Topdjian; Lucas Augusto Bazeia Adorni; Luiz Guilherme Maia Gonçalves; Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga;

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP / FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO-CATANDUVA