



Affiliation AMB

# JOURNAL OF Coloproctology



Official Journal of the  
Brazilian Society of Coloproctology

**FOUNDER**

Klaus Rebel - RJ Brazil

**EDITOR IN CHIEF**

André da Luz Moreira - Rio de Janeiro, Brazil

**COEDITORS**

Claudio Saddy Rodrigues Coy - Campinas, Brazil  
Francisco Sergio Pinheiro Regadas - Fortaleza, Brazil  
João de Aguiar Pupo Neto - Rio de Janeiro, Brazil  
Paulo Gustavo Kotze - Curitiba, Brazil  
Rodrigo Oliva Perez - São Paulo, Brazil

**EDITORIAL BOARD**

Angelita Habr-Gama (São Paulo, Brazil)  
Armando Geraldo Franchini Melani (Barretos, Brazil)  
Antonio Lacerda Filho (Belo Horizonte, Brazil)  
Boris Barone (São Paulo, Brazil)  
Caio Sergio Rizkallah Nahas (São Paulo, Brazil)  
Carmen Ruth Manzione Nadal (São Paulo, Brazil)  
Chuan-Gang Fu (Shangai, China)  
Eduardo de Paula Vieira (Rio de Janeiro, Brazil)  
Ezio Ganio (Ivrea, Italy)  
Fang Chia Bin (São Paulo, Brazil)  
Fernanda Bellotti Formiga (São Paulo, Brazil)  
Fernando Zaroni Swaybricker (Rio de Janeiro, Brazil)  
Feza Remzi (Cleveland, USA)  
Fidel Ruiz Healy (Ciudad del Mexico, Mexico)  
Flávio Ferreira Diniz (Porto Alegre, Brazil)  
Francisco Lopes Paulo (Rio de Janeiro, Brazil)  
Geraldo Magela Gomes da Cruz (Belo Horizonte, Brazil)  
Giulio Santoro (Treviso, Italy)  
Guillermo Rosato (Buenos Aires, Argentina)  
Hélio Moreira (Goiânia, Brazil)  
Helio Moreira Junior (Goiânia, Brazil)  
Henrique Sarubbi Fillmann (Porto Alegre, Brazil)  
João Batista de Sousa (Brasília, Brazil)  
João Francisco Xavier Müssnich (Porto Alegre, Brazil)  
João Gomes Netinho (São José do Rio Preto, Brazil)  
Joaquim José Ferreira (Rio de Janeiro, Brazil)  
Joaquim Manuel Costa Pereira (Penafiel, Portugal)  
José Alfredo dos Reis Junior (Campinas, Brazil)  
José Alfredo Reis Neto (Campinas, Brazil)  
Jose G. Guillem (New York, USA)  
José Reinan Ramos (Rio de Janeiro, Brazil)

José Ribamar Baldez (São Luís, Brazil)  
Júlio Cesar M. dos Santos Junior (Guaratinguetá, Brazil)  
Julio Garcia-Aguilar (New York, USA)  
Karen Delacoste Pires Mallmann (Porto Alegre, Brazil)  
Luca Stocchi (Cleveland, USA)  
Lucia Camara de Castro Oliveira (Rio de Janeiro, Brazil)  
Luiz Felipe de Campos Lobato (Brasília, Brazil)  
Lusmar Veras Rodrigues (Fortaleza, Brazil)  
Maria Cristina Sartor (Curitiba, Brazil)  
Mário Trompetto (Ivrea, Italy)  
Marvin Corman (Stony Brook, USA)  
Mauro de Souza Leite Pinho (Joinville, Brazil)  
Michael R. B. Keighley (Birmingham, UK)  
Olival de Oliveira Junior (Curitiba, Brazil)  
Paulo Gonçalves de Oliveira (Brasília, Brazil)  
Paulo Roberto Arruda Alves (São Paulo, Brazil)  
Peter Marcello (Burlington, USA)  
Raul Cutait (São Paulo, Brazil)  
Ravi P. Kiran (New York, USA)  
Renato Araújo Bonardi (Curitiba, Brazil)  
Robert William de Azevedo Bringel (Fortaleza, Brazil)  
Roberto Misici (Fortaleza, Brazil)  
Rogerio Saad Hossne (Botucatu, Brazil)  
Rosalvo José Ribeiro (Rio de Janeiro, Brazil)  
Rubens Valarini (Curitiba, Brazil)  
Saul Sokol (Dallas, USA)  
Sergio Carlos Nahas (São Paulo, Brazil)  
Sidney Nadal (São Paulo, Brazil)  
Sinara Monica de Oliveira Leite (Belo Horizonte, Brazil)  
Sthela Maria Murad Regadas (Fortaleza, Brazil)  
Steven D. Wexner (Weston, USA)

**Brazilian Society of Coloproctology**

Av. Marechal Câmara, 160 - Conj. 916 / 917 - Edifício Orly  
CEP 20020-080 - Rio de Janeiro - RJ  
Fax (21) 2220-5803 \* Telephone: (21) 2240-8927  
Homepage: <http://www.sbcp.org.br> \* E-mail: [sbcp@sbcp.org.br](mailto:sbcp@sbcp.org.br)

**Secretary:**

Janilene Andrade Afonso  
Sociedade Brasileira de Coloproctologia  
E-mail: [sbcp@sbcp.org.br](mailto:sbcp@sbcp.org.br)

**Editorial Production:**  
Gráfica Prensa

**BRAZILIAN SOCIETY  
OF COLOPROCTOLOGY – BOARD 2012/2013**

<b>PRESIDENT</b>	Carlos Walter Sobrado Junior (SP)
<b>ELECTED PRESIDENT</b>	Paulo Gonçalves de Oliveira (DF)
<b>VICE-PRESIDENT</b>	Ronaldo Coelho Salles (RJ)
<b>GENERAL SECRETARY</b>	Eduardo de Paula Vieira (RJ)
<b>FIRST SECRETARY</b>	Fábio Guilherme Caserta M. Campos (SP)
<b>SECOND SECRETARY</b>	Luiz Alberto Mendonça de Freitas (DF)
<b>FIRST TREASURE</b>	Andrés Pessôa Pandelo (RJ)
<b>SECOND TREASURE</b>	Sidney Roberto Nadal (SP)

**CONSULTING COUNCIL**

João de Aguiar Pupo Neto (RJ)  
Renato Valmassoni Pinho (PR)  
Karen Delacoste Pires Mallmann (RS)  
Sergio Carlos Nahas (SP)  
Francisco Lopes Paulo (RJ)  
Francisco Sergio Pinheiro Regadas (CE)  
Luciana Maria Pyramo Costa (MG)

**SCIENTIFIC COMMITTEE**

Afonso Henrique da Silva e Sousa Jr.(SP)  
Lusmar Veras Rodrigues (CE)  
Ignácio Osório Mallmann (RS)

**JOURNAL COMMITTEE**

André da Luz Moreira (RJ)  
Claudio Saddy Rodrigues Coy (SP)  
Paulo Gustavo Kotze (PR)

**CLASS DEFENSE COMMITTEE**

Marcelo Rodrigues Borba (SP)  
Elias Couto de Almeida Filho (DF)  
Fernando Cordeiro (SP)

**COMMITTEE OF THE EXPERT TITLE**

Rogério Saad Hossne (SP)  
Sergio Eduardo Alonso Araújo (SP)  
Luciano Dias Batista Costa(DF)  
Afonso Henrique B. Moniz de Aragão (RJ)  
Antonio Lacerda Filho (MG)  
Carlos Augusto Real Martinez (SP)  
Rômulo Medeiros de Almeida (DF)  
Mauro de Souza Leite Pinho (SC)  
Sthela Maria Murad Regadas (CE)  
Maurício Jose de Mattos e Silva (PE)  
Antonio Sergio Brenner (PR)  
Henrique Sarubbi Fillmann (RS)  
Roberto Misici (CE)  
Olival de Oliveira Junior (PR)  
Joaquim Simões Neto (SP)

**TEACHING AND MEDICAL RESIDENCY COMMITTEE**

Carmen Ruth Manzione Nadal (SP) - Relatora  
Silvio Augusto Ciquini(SP)  
Magda Maria Profeta da Luz (MG)  
Maria Cristina Sartor (PR)  
Fabio Lopes de Queiroz (MG)  
César de Paiva Barros (RJ)  
João Batista de Sousa (DF)  
Sarhan Sydney Saad (SP)  
Manoel Alvaro de Freitas Lins Neto (AL)  
Francisco Luis Altenburg (SC)  
Juvenal da Rocha Torres Neto (SE)  
Renato Arione Lupinacci (SP)  
Hélio Moreira Junior (GO)  
Marlise Mello Cerato (RS)  
João Gomes Netinho (SP)

**SBCP DELEGATES AT ALACP**

**TITULAR**

Sergio Carlos Nahas (SP)  
Afonso Henrique da Silva e Sousa Junior (SP)

**ALTERNATES**

Enio chaves de Oliveira (GO)  
Roland Amauri Dagnone (SC)

## 62º CONGRESSO BRASILEIRO DE COLOPROCTOLOGIA

03 a 07 de setembro de 2013  
Sheraton WTC - São Paulo

### *Temas Livres, Pôsteres e Vídeos*

*Os textos estão sendo publicados exatamente como foram enviados pelos autores, não cabendo ao Conselho Editorial do Journal of Coloproctology qualquer responsabilidade sobre eles.*

### VÍDEOS LIVRES

- VL001 - RETOSSIGMOIDECTOMIA NA ENDOMETRIOSE INTESTINAL: DIFICULDADES TÉCNICAS**  
VIVIAN SATI OBA BOURROUL; ALVARO JOSÉ FARIA DE SOUZA; AGEU DE LIMA VALVERDE; HERMÍNIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; GUILHERME MUNIZ BOURROUL; ROGÉRIO TADEU PALMA  
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.
- VL002 - EXCIÇÃO COMPLETA DO MESOCÓLON (ECM) E LIGADURA VASCULAR CENTRAL (LVC) NA COLECTOMIA DIREITA PORVÍDEOLAPAROSCOPIA**  
SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; VICTOR EDMOND SEID; RENAN KAWANO MUNIZ; FÁBIO GUILHERME CASERTA MARYSSAEL DE CAMPOS; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.
- VL003 - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL MICRO CIRÚRGICA DE ADENOMA DO RETO COM EMPREGO DE INSTRUMENTAL DE VIDEOCIRURGIA CONVENCIONAL E PORTAL ÚNICO DESCARTÁVEL (SINGLE PORT TRANSANAL)**  
SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; VICTOR EDMOND SEID; RENAN KAWANO MUNIZ; FÁBIO GUILHERME CASERTA MARYSSAEL DE CAMPOS; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.
- VL004 - ACESSO VAGINAL ASSOCIADO À LAPAROSCOPIA NA CIRURGIA COLORRETAL (MANOS).**  
UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>1</sup>; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>2</sup>; VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE<sup>3</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>2</sup>; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA<sup>2</sup>; CARLOS ALBERTO DE CARVALHO<sup>2</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>3</sup>  
1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLÍNICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), SÃO PAULO, SP, BRASIL.

- VL005 - LINFADENECTOMIA NA COLECTOMIA ESQUERDA PADRONIZAÇÃO TÉCNICA POR LAPAROSCOPIA**  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; MICHEL GARDERE CAMARGO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- VL006 - RETOPEXIA LAPAROSCÓPICA ASSOCIADA A COLPOPEXIA EXTRA-PERITONEAL COM TELA PHYSIOMESH™**  
SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; VÍCTOR EDMOND SEID; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL007 - VÍDEO: RETOSIGMOIDECTOMIA ANTERIOR E LINFADENECTOMIA RADICAL VÍDEOLAPAROSCÓPICA**  
THAIS RAQUEL SILVA; MAURO AUGUSTO MARCHIORI JR; ADRIANA BORGONOVÍ CHRISTIANO; VALDIR TERCIONI JR; THAIS NOGUEIRA SA GONCALVES; OSWALDO OLIVEIRA NETO; CAIO MATOS MALTEMPI  
*CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- VL008 - TRATAMENTO VÍDEOLAPAROSCÓPICO DA DIVERTICULITE DE MECKEL.**  
STEPHANIE SANTIN; RUY FRANCISCO PIMENTEL PEDROSO; THIAGO BITTENCOURT HASSEGAWA; ALEXANDRE ZANCHENKO FOSENCA; PAMELLA TUNG PEDROSO; SILVIO GABOR; MURILLO LIMA FAVARO  
*EQUIPE CIRURGIA GERAL HOSPITAL SANTA PAULA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL009 - LAPAROSCOPIA CURATIVA PARA NEOPLASIA DISTINTA DE SIGMOIDE E DE RIM ESQUERDO: SEGUIMENTO DE 2 ANOS**  
JULIANO ALVES FIGUEIREDO  
*HOSPITAL LIFE CENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- VL010 - HEMORROIDECTOMIA HÍBRIDA**  
HAROLDO ALFREDO SANTOS  
*PROCTOCLÍNICA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- VL011 - LIGADURA ELÁSTICA DAS HEMORRÓIDAS DE III E IV GRAUS**  
HAROLDO ALFREDO SANTOS  
*PROCTOCLÍNICA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- VL012 - VAAFT - TRATAMENTO VÍDEO-ASSISTIDO PARA FÍSTULA ANORRETAL**  
CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; MARIANA ANDRADE CARVALHO; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- VL013 - CIRURGIA DE DELORME NA CORREÇÃO DO PROLAPSO MUCOSO RETAL**  
JANDUÍ GOMES ABREU FILHO; ERIVALDO FERNANDES LIRA; AQUILES LEITE VIANA; FÁBIO ALVES SOARES; FERNANDA FERNANDES; FRANCIARA LETÍCEA MORAES DA CUNHA  
*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- VL014 - DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA - 14 CASOS**  
FÁBIO ALVES SOARES<sup>1</sup>; AQUILES LEITE VIANA<sup>2</sup>; ERIVALDO FERNANDES LIRA<sup>2</sup>; PATRICIA MARIA BARROS CAVALCANTI<sup>1</sup>; FRANCIARA LETÍCEA MORAES DA CUNHA<sup>2</sup>; ROSANA RODRIGUES GALLETTI<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2.HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- VL015 - THD - DESARTERIALIZAÇÃO TRANSANAL GUIADA POR DOPPLER ASSOCIADA A HEMORROIDOPEXIA. PASSOS TÉCNICOS IMPORTANTES – VÍDEO**  
CARLOS WALTER SOBRADO JR; JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; MARCOS ONOFRE FRUGIS; LUCAS FARACO SOBRADO  
*HOSPITAL 9 DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- VL016 - VÍDEO - ASPECTOS TÉCNICOS DO TRATAMENTO DA FÍSTULA ANORRETAL COM PLUGUE DE COLÁGENO**  
CARLOS WALTER SOBRADO JR; JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; MARCOS ONOFRE FRUGIS; LUCAS FARACO SOBRADO  
*HOSPITAL 9 DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL017 - 6. PPH: ASPECTOS TÉCNICOS IMPORTANTES PARA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES**  
CARLOS WALTER SOBRADO JR; JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; MARCOS ONOFRE FRUGIS; LUCAS FARACO SOBRADO  
*HOSPITAL 9 DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL018 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROCIDÊNCIA DO RETO PELA PROCTOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL COM GRAMPEADOR CIRCULAR (CIRURGIA DE ALTEMEIER MODIFICADA)**  
ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; CAMILA PREAZZOLI; GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; VANESSA FORESTO MACHADO; RICARDO LUIZ DOS SANTOS GARCIA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*
- VL019 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL POR PORTAL ÚNICO EM PACIENTE COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR**  
MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; PETERSON MARTINS NEVES; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; DANIEL AMARAL ZANETTI  
*HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- VL020 - APENDICITE NÃO COMPLICADA SECUNDÁRIA A RETENÇÃO DE BÁRIO**  
CLAUDIO DE OLIVEIRA MATHEUS; ROGÉRIO MACHADO CURY; HUMBERTO POZZI FAZOLIN; JOÃO PAULO BARRETO DA CUNHA; PRISCILA LARA NOGUEIRA; IZABELLA CUNHA; VILBERTO DE SOUZA ALMEIDA JUNIOR; MATHEUS SOUZA SANRRROMAO  
*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL021 - CORREÇÃO DE HÉRNIA PERINEAL COM TELA POR VIA LAPAROSCÓPICA**  
MÔNICA VIEIRA PACHECO; MARCOS VINICIUS DENADAI; ARMANDO GERALDO MELANI; CARLOS AUGUSTO VÉO; JUNEIA OLIVEIRA CARIS; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; MARCEL AROUCA DOMENICONI  
*HOSPITAL DO CÂNCIER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*
- VL022 - RETOSSIGMOIDECTOMIA E CORREÇÃO DE HÉRNIA INGUINAL COM COLOCAÇÃO DE TELA POR VIA LAPAROSCÓPICA, EM TEMPO ÚNICO**  
MÔNICA VIEIRA PACHECO; MARCOS VINICIUS DENADAI; ARMANDO GERALDO MELANI; CARLOS AUGUSTO VÉO; JUNEIA OLIVEIRA CARIS; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; MARCEL AROUCA DOMENICONI  
*HOSPITAL DO CÂNCIER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*
- VL023 - ACESSO VAGINAL ASSOCIADO A LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA**  
CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES<sup>1</sup>; MARCOS AURELIO MARTINS TRAVESSA<sup>1</sup>; KLEBER CHAGAS<sup>2</sup>; MARIANA ANDRADE CARVALHO<sup>1</sup>; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA<sup>1</sup>; MEYLINE ANDRADE LIMA<sup>1</sup>; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.CLÍNICA KLEBER CHAGAS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- VL024 - EXPERIÊNCIA COM 3 PACIENTES COM CÂNCER DE RETO BAIXO SUBMETIDOS A RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ABAIXAMENTO ENDOANAL E ANASTOMOSE RETARDADA**  
UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>2</sup>; HELIN MINORU MATSUMOTO<sup>2</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>2</sup>; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA<sup>2</sup>; VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE<sup>3</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>2</sup>  
*1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLÍNICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- VL025 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM LIGASURE 5 “BLUNT TIP”**  
FABIO ALVES SOARES; ROSANA RODRIGUES GALLETI; PATRICIA MARIA BARROS CAVALCANTI  
*HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- VL026 - RESSECÇÃO ÍLEO-CÓLICA POR SINGLE PORT PARA DOENÇA DE CROHN**  
LUIZ FELIPE DE CAMPOS-LOBATO<sup>1</sup>; FLÁVIA BERFORD<sup>2</sup>; ANA DE OLIVEIRA PARADA<sup>3</sup>; DANIELA MONI-  
CP<sup>2</sup>; JOÃO BATISTA DE SOUSA<sup>1</sup>; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>  
*1. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2. INSTITUTO DE COLOPROCTOLOGIA DE BRASÍLIA,  
BRASÍLIA, DF, BRASIL; 3. NÚCLEO DE TERAPIA ENTERAL E PARENTERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- VL027 - RECONFECÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE ILEOTRANSVERSOANASTOMOSE POR OBSTRUÇÃO  
INTESTINAL**  
FABIO ALVES SOARES; LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES; ROSANA RODRIGUES GALLETI; PA-  
TRICIA MARIA BARROS CAVALCANTI; LEONARDO DA MOTA SEIXAS; CALIL ABUD NETO  
*HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- VL028 - TRREMS (TRANSANAL REPAIR OF RECTOCELE AND RECTAL MUCOSECTOMY WITH ONE CIRCULAR  
STAPLER)**  
JOSÉ JADER ARAUJO MENDONÇA; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; SHELIA MARIA MURAD-  
REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; ANA CECÍ-  
LIA NEIVA GONDIM; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; DAVID PESSOA MORANO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- VL029 - NEUROMODULAÇÃO SACRAL EM PACIENTE PORTADORA DE INCONTINÊNCIA FECAL**  
RODRIGO AMBAR PINTO; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE L.; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; SANZIO  
SANTOS AMARAL; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UNIVERSIDADE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL030 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: SEGUINDO OS PRINCÍPIOS ONCOLÓGICOS**  
VIVIAN SATI OBA BOURROUL; ALVARO JOSÉ FARIA DE SOUZA; AGEU DE LIMA VALVERDE; HERMÍNIO  
CABRAL DE REZENDE JUNIOR; GUILHERME MUNIZ BOURROUL; ROGÉRIO TADEU PALMA  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*
- VL031 - COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM RESSECÇÃO ALARGADA ASSOCIADO A LIGADURA  
DE VEIA GONADAL E SALPINGO-OOFORRECTOMIA DIREITA**  
SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; VICTOR EDMOND SEID; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL032 - COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO**  
RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; VINÍCIUS RODRIGUES TA-  
RANTO NUNES; RANIERE LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO  
HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- VL033 - CIRURGIA TRANSANAL MINIMAMENTE INVASIVA (TAMIS) USANDO DISPOSITIVO ETHICON® SINGLE SITE®**  
GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- VL034 - RECONSTRUÇÃO PERINEAL APÓS AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL CILÍNDRICA COM RES-  
SECÇÃO VAGINAL**  
RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA<sup>1</sup>; RENATO GOMES CAMPANATI<sup>2</sup>; BERNADO HANAN<sup>2</sup>; LEONARDO  
MACIEL FONSECA<sup>2</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>2</sup>; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ<sup>2</sup>; KELLY CRISTINE  
DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI<sup>2</sup>  
*1. GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DLGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA  
DO HC-UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2. GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO  
DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

- VL035 - CARACTERIZAÇÃO DA RESPOSTA CLÍNICA COMPLETA**  
ANGELITA HABR GAMA; PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; LORNA CASTRO; JOSÉ CARLOS BEDRAN;  
IGOR PROSCURSHIM; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; RODRIGO OLIVA PEREZ  
*INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL036 - RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO ASSOCIADO A LINFADENECTOMIA DA EMERGÊNCIA DA ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR COM PRESERVAÇÃO AUTÔNOMICA**  
SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; VICTOR EDMOND SEID; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL037 - VÍDEO: EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO E ANASTOMOSE ULTRABAIXA VÍDEOLAPAROSCÓPICA**  
THAIS RAQUEL SILVA; MAURO AUGUSTO MARCHIORI JR; ADRIANA BORGONNOVI CHRISTIANO; VALDIR  
TERCIOTI JR; THAIS NOGUEIRA SA GONCALVES; OSWALDO OLIVEIRA NETO; CAIO MATOS MALTEMPI  
*CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- VL038 - CIRURGIA COLORRETAL ROBÓTICA**  
LEANDRO SIQUEIRA CORRÊA  
*INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- VL039 - AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL ROBÓTICA**  
PEDRO BRIGGS FERNANDES  
*INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- VL040 - ENTERECTOMIA SEGMENTAR VIDEOLAPAROSCÓPICA E ANASTOMOSE INTRACAVITÁRIA NA DOENÇA DE CROHN**  
VIVIAN SATI OBA BOURROUL; ALVARO JOSÉ FARIA DE SOUZA; AGEU DE LIMA VALVERDE; GUILHERME MUNIZ  
BOURROUL; HERMÍNIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; ROGÉRIO TADEU PALMA; CARLOS ALBERTO UZUM  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*
- VL041 - TÉCNICAS DE ENTEROSCOPIA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**  
MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; ROLANDO TAVEIRA PINHO; EDUARDO SERRA OLIVEIRA  
*MANOPH - INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.*
- VL042 - VIDEOCIRURGIA NA DIVERTICULITE COMPLICADA**  
RUBENS VALARINI; GISELLE MALDONADO; TANIA BOURSCHIED; GUILHERME CANFIELD; HENRIQUE  
LUCKOW INVITTI  
*FACULDADE EVANGÉLICA DE MEDICINA, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- VL043 - RETOCELE - TRATAMENTO CIRÚRGICO COM SUTURA MECÂNICA**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM  
SIMOES NETO; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ  
ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- VL044 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLOACA TRAUMÁTICA**  
CHRISTIANO VARELLA ZANNIN; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA;  
ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; VANESSA FORESTO MACHADO; CAMILA PREAZZOLI; JOSÉ JOAQUIM  
RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRE-  
TO, SP, BRASIL.*
- VL045 - ESFINCTEROPLASTIA**  
JOSÉ JADER ARAUJO MENDONÇA; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; SHELIA MARIA MURAD-  
REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; LUSMAR VERAS RODRIGUES; JOSÉ ÁIR-  
TON GONÇALVES SIEBRA; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

- VL046 - ROTAÇÃO DO CÓLON DIREITO PARA RECONSTRUÇÃO INTESTINAL COM ASCENDENTE OU CECO-RETO ANASTOMOSE – PASSOS TÉCNICOS**  
ANGELITA HABR GAMA; PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; LORNA CASTRO; JOSÉ CARLOS BEDRAN; CHARLES SABBAGH; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; RODRIGO OLIVA PEREZ  
*INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL047 - VARIABILIDADE DOS ACHADOS ENDOSCÓPICOS NA DOENÇA DE CROHN: ASPECTOS PRÁTICOS**  
PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; RENATO VISMARA ROPELATO<sup>1</sup>; MARIA CRISTINA SARTOR<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA SO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- VL048 - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE LITÍASE EM COLOSTOMIA ÚMIDA DE PACIENTE SUBMETIDA À EXENTERAÇÃO PÉLVICA POR NEOPLASIA DE COLO UTERINO**  
MAIRO GROSSI MORATO; FERNANDA NUNES DE CASTRO; RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA; ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS; JOÃO BATISTA DE SOUSA; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- VL049 - COLECTOMIA DIREITA POR SINGLE PORT**  
FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; FABIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER; PAULO ROCHA FRANÇA NETO; BRUNO ALCANTARA CASTILHO; MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO; VINICIUS PIRES RODRIGUES  
*HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- VL050 - COLECTOMIA ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM PRESERVAÇÃO DA ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR POR ADENOMA DE FLEXURA ESPLÊNICA EM PACIENTE TRANSPLANTADA RENAL**  
RODRIGO AMBAR PINTO; THIAGO COSTA RIBEIRO; FLÁVIO HIROSHI ANANIAS MORITA; SÉRGIO CARLOS NAHAS; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL051 - SACROFIXAÇÃO TRANSANAL DO RETO COM DISPOSITIVO DE GRAMPEAMENTO**  
RUBENS HENRIQUE OLEQUES FERNANDES; EDSON BARON; TITO ARMANDO ROSSI  
*HOSPITAL UNIMED NERS, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL.*
- VL052 - COLECTOMIA ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR DOLICOMEGACÓLON IDIOPÁTICO**  
TALITA VILA MARTINS; CLEBER ALLEN NUNES; PALOMA FORELL FAMER; VITOR BINDA; JOSÉ VINICIUS CRUZ  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- VL053 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA**  
TALITA VILA MARTINS; CLEBER ALLEN NUNES; VITOR BINDA; PALOMA FORELL FAMER; JOSÉ VINICIUS CRUZ  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- VL054 - COMPLCAÇÕES DAS CIRURGIAS COLORRETAIS POR VIDEOLAPAROSCOPIA**  
LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; CARLOS ANDRÉ ANTUNES BARROS; SÉRGIO GONTSCHAROW; FELIPE GUERRERO PIETRO; RENATO BARRETTO FERREIRA DA SILVA  
*HOSPITAL SÃO LUIZ - ANÁLIA FRANCO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL055 - RESSECÇÃO MULTIORGÂNICA PARA O TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA INFILTRATIVA COM COMPROMETIMENTO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS PERITONEAIS.**  
RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA<sup>1</sup>; FREDERICO JOSÉ SILVA CORRÊA<sup>2</sup>; JOSENICE DE ARAÚJO SILVA GOMES<sup>2</sup>; LUCIANA FERREIRA POTIGUARA AMADOR DE SOUSA<sup>2</sup>; CLAUDIA ESTELA MACIEL DÁVALOS<sup>2</sup>  
*1.UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, TAGUATINGA, DF, BRASIL; 2.CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ENDOMETRIOSE, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*



- VL056 - APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA POR PORTAL ÚNICO**  
SILVIO GABOR<sup>1</sup>; RUY FRANCISCO PIMENTEL PEDROSO<sup>2</sup>; ALEXANDRE ZANCHENKO FOSENCA<sup>1</sup>; MURILLO LIMA FAVARO<sup>1</sup>; THIAGO BITTENCOURT HASSEGAWA<sup>1</sup>; STEPHANIE SANTIN<sup>1</sup>  
*1. UNIVERSIDADE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. CLÍNICA RUY PEDROSO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL057 - VÍDEO: TRATAMENTO VÍDEOLAPAROSCÓPICO DE FÍSTULA RETOVAGINAL ALTA**  
THAIS RAQUEL SILVA; MAURO AUGUSTO MARCHIORI JR; ADRIANA BORGONOVİ CHRISTIANO; VALDIR TERCİOTI JR; THAIS NOGUEIRA SA GONCALVES; OSWALDO OLIVEIRA NETO; CAIO MATOS MALTEMPI  
*CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- VL058 - TRANSVERSECTOMIA VÍDEOLAPAROSCÓPICA COM EPILECTOMIA POR ADENOCARCINOMA DE TRANSVERSO MÉDIO**  
RODRIGO AMBAR PINTO; JOSÉ LUIS LOURENÇÃO; RODRIGO MONTENEGRO LOURENÇÃO; CAIO SÉRGIO NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; MARCELO RODRIGUES BORBA; SÉRGIO CARLOS NAHAS  
*HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL059 - TEM, COMPLICAÇÕES E DESAFIOS TÉCNICOS**  
PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; LORNA CASTRO; JOSÉ CARLOS BEDRAN; IGOR PROSCURSHIM; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; RODRIGO OLIVA PEREZ; ANGELITA HABR GAMA  
*INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL060 - FÍSTULA ANORRETAL: TRATAMENTO VÍDEOLAPAROSCÓPICO. MELHOR ABORDAGEM?**  
PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; MIGUEL ANGELO PEDROSO; RENATO GANDOLFI MARTINS DE LIMA  
*INSTITUTO LUBECK, ITU, SP, BRASIL.*
- VL061 - PROCEDIMENTOS VÍDEO LAPAROSCÓPICOS NA DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA**  
LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; RENATO BARRETTO FERREIRA DA SILVA; CARLOS ANDRÉ ANTUNES BARROS; SÉRGIO GONTSCHAROW; FELIPE GUERRERO PIETRO; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE  
*HOSPITAL SÃO LUIZ - ITAIM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL062 - ANASTOMOSE PRIMÁRIA NA DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA**  
LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; CARLOS ANDRÉ ANTUNES BARROS; SÉRGIO GONTSCHAROW; FELIPE GUERRERO PIETRO; RENATO BARRETTO FERREIRA DA SILVA  
*HOSPITAL SÃO LUIZ - ANÁLIA FRANCO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL063 - RETOSSIGMOIDECTOMIA COM COLOSTOMIA A HARTMAN E A RECONSTRUÇÃO DO TRANSITO EM SEGUNDO TEMPO, NA DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA**  
LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; RENATO BARRETTO FERREIRA DA SILVA; SÉRGIO GONTSCHAROW; CARLOS ANDRÉ ANTUNES BARROS; FELIPE GUERRERO PIETRO; LAISSA ARRUDA PINTO  
*HOSPITAL SÃO LUIZ - ITAIM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

## TEMAS LIVRES

- TL001 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL POR COLOSTOMIA TERMINAL EM HOSPITAL TERCIÁRIO REFERÊNCIA DA ZONA LESTE DE SÃO PAULO.**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL002 - FATORES QUE INFLUENCIAM NO RESULTADO DO REPARO PRIMARIO DAS LESÕES PENETRANTES DE CÓLON**  
KAIO TOLEDO CARDOSO; GUILHERME BIAZOTTO; RAFAEL MEZZALIRA RUANO; THIAGO RODRIGUES CALDERAN; GUSTAVO PEREIRA FRAGA  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

- TL003 - SISTEMA COMPUTACIONAL PARA O GERENCIAMENTO DE DADOS E PARA A TRANSMISSÃO DE VÍDEOS DE EXAMES DE COLONOSCOPIA: ANÁLISE DE DESEMPENHO DE CLIENTES COM ACESSO A INTERNET VIA ADSL.**  
RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1</sup>; JOYLAN NUNES MACIEL<sup>2</sup>; RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>3</sup>; MOACIR FONTEQUE JÚNIOR<sup>1</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>4</sup>; JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>4</sup>; FENG CHUNG WU<sup>4</sup>  
*1.LABORATÓRIO DE BIOINFORMÁTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO LATINOAMERICANA (UNILA), FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 3.CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE FOZ DO IGUAÇU (CESUFOZ), FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 4.DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, PR, BRASIL.*
- TL004 - OPERAÇÃO TRANSANAL ENDOSCÓPICA COM RIBPROCTOSCÓPIO – EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS COM 125 OPERAÇÕES**  
JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; OMAR FÉRES  
*FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*
- TL005 - CAPSOCAM: UMA NOVA MODALIDADE DE VISUALIZAÇÃO DO INTESTINO DELGADO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA – RESULTADOS PRELIMINARES**  
MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; ROLANDO TAVEIRA PINHO; EDUARDO SERRA OLIVEIRA  
*MANOPH - INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.*
- TL006 - APPENDECTOMY IN OLD PATIENTS - 5 YEARS SINGLE CENTER EXPERIENCE**  
RUI SAAVEDRA MARINHO; RICARDO OLIVEIRA ROCHA; ANTONIO PEDRO GOMES; ANA RITA TOMÁS; CARLA FREITAS CARNEIRO; VITOR MANUEL NUNES  
*HOSPITAL PROF DR. FERNANDO FONSECA E.P.E., AMADORA, PORTUGAL.*
- TL007 - CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES OSTOMIZADOS ATENDIDOS EM CENTROS DE REFERÊNCIA**  
DANILLO OMENA DE ARAÚJO FERNANDES; EVELINE LEITE DIDONÉ; MANOEL ÁLVARO DE FREITAS LINS NETO  
*MACEIÓ, ALAGOAS, AL, BRASIL.*
- TL008 - AVALIAÇÃO DO ESTRESSE OXIDATIVO NA ISQUEMIA E REPERFUSÃO INTESTINAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS**  
HENRIQUE SARUBBI FILLMANN<sup>1</sup>; RENATA M HARTMANN<sup>2</sup>; FRANCIELLI LICKS<sup>2</sup>; ELIZÂNGELA SCHEMITT<sup>2</sup>; GILMARA PANDOLFO ZABOT<sup>1</sup>; NORMA POSSA MARRONI<sup>3</sup>  
*1.PUC-RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.UFRGS-ULBRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- TL009 - SISTEMA COMPUTACIONAL PARA AUTOMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE MAPEAMENTO DE LAUDOS MÉDICOS POR ONTOLOGIAS**  
HUEI DIANA LEE<sup>1</sup>; JEFFERSON TALES OLIVA<sup>1</sup>; ANDRÉ GUSTAVO MALETZKE<sup>1</sup>; RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>1</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>2</sup>; JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>2</sup>; FENG CHUNG WU<sup>1</sup>  
*1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL010 - LEIOMIOSSARCOMA DE FOSSA ISQUIORRETAL - RELATO DE CASO**  
MONIKA PEREIRA KIM; LEONARDO GUEDES; IGOR DIAZ YAMANE; RICARDO LIRA REIS; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO AGUIAR PUPO NETO  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL011 - PROTOCOLO MULTIMODAL DE RECUPERAÇÃO RÁPIDA EM PROCEDIMENTOS COLORRETAIS EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA**  
MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN; NILO LUIZ CERATO; VALÉRIO GARCIA; RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA; KARINE SABRINA BONAMIGO; KAREN MUNOZ; BRUNA BORBA VAILATI; ALESSANDRO GUARNIERI MIOZZO  
*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES (HED), PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

- TL012 - SEDAÇÃO E ANESTESIA LOCAL: MODIFICARAM A CIRURGIA AMBULATORIAL?**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL013 - AVALIAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E MORFOLÓGICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA ANAL COM LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT)- RESULTADOS DO SERVIÇO**  
JOSÉ JADER ARAUJO MENDONÇA; SHELIA MARIA MURAD-REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; JOSÉ AÍRTON GONÇALVES SIEBRA; ANA CECÍLIA NEIVA GONDIM; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- TL014 - DEARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL (THD)- EXPERIÊNCIA INICIAL**  
SIDNEY KLAJNER; RENATO CATOJO SAMPAIO; BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL015 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE FISTULECTOMIAS REALIZADAS EM 8 ANOS DE SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA ZONA SUL DE SÃO PAULO.**  
ORLANDO CONTRUCCI<sup>1</sup>; FELIPE PORTELLA<sup>1</sup>; GUILHERME AGUSTIN LOUZADA PEREDA<sup>2</sup>; CAROLINE MOTTA AGUIAR<sup>2</sup>; DEBORA AGOSTINI PESSOA DA COSTA<sup>2</sup>; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOUI<sup>2</sup>  
*1.HOSPITAL SANTA CASA DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL016 - RESULTADOS INICIAIS DA HEMORROIDECTOMIA ATRAVÉS DA DA DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA GUIADA POR DOPPLER (THD)**  
LUCIA CAMARA OLIVEIRA  
*SERVIÇO DE FISILOGIA ANORRETAL, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL017 - 2. TRATAMENTO DA FÍSTULA PERIANAL COMPLEXA PELA TÉCNICA LIFT: ASPECTOS TÉCNICOS E RESULTADOS INICIAIS EM 10 PACIENTES OPERADOS**  
JOSÉ AMERICO BACCHI HORA; CARLOS WALTER SOBRADO JR; LUCAS FARACO SOBRADO  
*IGOP – INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA, ONCOLOGIA E PROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL018 - 3. DESARTERIALIZAÇÃO TRANSANAL GUIADA POR DOPPLER ASSOCIADA A HEMORROIDOPEXIA – TÉCNICA DO THD: RESULTADOS DE 122 CASOS OPERADOS.**  
CARLOS WALTER SOBRADO JR; JOSÉ AMERICO BACCHI HORA; MARCOS ONOFRE FRUGIS; LUCAS FARACO SOBRADO  
*HOSPITAL 9 DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL019 - ADENOMAS SERRILHADOS - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E ENDOSCÓPICA**  
PRISCILA S.P. OLIVEIRA<sup>1</sup>; RITA BARBOSA DE CARVALHO<sup>2</sup>; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES<sup>2</sup>; MICHEL GARDERE CAMARGO<sup>2</sup>; RAQUEL FRANCO LEAL<sup>2</sup>; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO<sup>2</sup>; JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>2</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>2</sup>  
*1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL020 - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA COLORRETAL- EXPERIÊNCIA DO GASTROCENTRO UNICAMP**  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES; NELSON TOMIO MIYAJIMAA; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA; MICHEL GARDERE CAMARGO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

- TL021 - ENSAIO CLÍNICO ALEATÓRIO: PREPARO PARA COLONOSCOPIA COM REGIME DE BAIXO VOLUME - UMA COMPARAÇÃO ENTRE DUAS FORMULAÇÕES COM PEG (POLIETILENOGLICOL)**  
MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; MARTA DANIELA OLIVEIRA; EDUARDO SERRA OLIVEIRA  
*MANOPH - INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.*
- TL022 - ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA: CASUÍSTICA DO GASTROCENTRO/UNICAMP.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO; ALEXANDRE KHODR FURTADO; PABLO RODRIGO SIQUEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL023 - ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM TÉCNICA DE DUPLO-BALÃO: EXPERIÊNCIA DO HC/UNICAMP.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO; ALEXANDRE KHODR FURTADO; PABLO RODRIGO SIQUEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL024 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA RETITE ACTÍNICA HEMORRÁGICA COM PLASMA DE ARGÔNIO: EXPERIÊNCIA DO HC/UNICAMP.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL025 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR CÂNCER COLORRETAL COM STENTS METÁLICOS AUTOEXPANSÍVEIS: EXPERIÊNCIA INICIAL**  
ANTONIO VITAL NETO; LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL; VLADIMIR MONTEIRO SOARES MEIRELES FILHO; ADORISIO BONADIMAN; DANIEL PEREIRA COSTA; LUIZ HENRIQUE DE SOUZA FONTES; RENATO LUZ CARVALHO; ELI KAHAN FOIGEL  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL026 - PERFIL DIAGNÓSTICO DAS COLONOSCOPIAS DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO DE JANEIRO 2208 A JULHO DE 2013**  
ESTHER ANDRADE RODRIGUES; VIRGINIO CANDIDO TOSTA DE SOUZA; ELISIO MEIRELLES DE MIRANDA; CARLOS ROBERTO AMORIM; NÍCOLAS BIAGIONE TIBURZIO  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBANIO, POUSO-ALEGRE, MG, BRASIL.*
- TL027 - PRINCIPAIS ACHADOS DAS COLONOSCOPIAS ELETIVAS COM INDICAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO**  
ESTHER ANDRADE RODRIGUES; VIRGINIO CANDIDO TOSTA DE SOUZA; ELISIO MEIRELLES DE MIRANDA; CARLOS ROBERTO AMORIM; NÍCOLAS BIAGIONE TIBURZIO  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL.*
- TL028 - FATORES PROGNÓSTICOS DE SOBREVIDA EM PACIENTES PORTADORES DE ADENOCARCINOMA COLORRETAL ESTADIO IV**  
FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; KARINA DAGRE MAGRI; MARINEIDE PRUDÊNCIO DE CARVALHO; WILMAR ARTUR KLUG; PERETZ CAPELHUCHNIK; FANG CHIA BIN  
*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - DEPTO CIRURGIA, ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL029 - FATORES QUE DETERMINAM TEMPO LIVRE DE PROGRESSÃO DE DOENÇA EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL ESTADIO IV**  
FERNANDA BELLOTTI FORMIGA<sup>1</sup>; MARINEIDE PRUDÊNCIO DE CARVALHO<sup>2</sup>; WILMAR ARTUR KLUG<sup>1</sup>; FANG CHIA BIN<sup>1</sup>  
*1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - DEPTO CIRURGIA, ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SERVIÇO DE ONCOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- TL030 - EFEITOS DE DIETAS COM BAIXA RAZÃO ÔMEGA-6/ÔMEGA-3 E ALTA RAZÃO ÔMEGA-9/ÔMEGA-6 NO CANCER COLORRETAL**  
IDÁLIA MARIA BRASIL BURLAMAQUI<sup>1</sup>; LARA BURLAMAQUI VERAS<sup>2</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; CONCEIÇÃO APARECIDA DORNELAS<sup>1</sup>; LARA ALBUQUERQUE DE BRITO<sup>1</sup>; JOSÉ WILSON MEIRELES TRINDADE JÚNIOR<sup>1</sup>; PAULO ROBERTO LEITÃO VASCONCELOS<sup>1</sup>  
*1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- TL031 - CIRURGIA DE CÂNCER COLORRETAL. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI.**  
GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO MORAES; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; DECIO BERGAMINI VIERA  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL032 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS**  
CAROLINA GASTALDELLI; MARIANA SANO GAROTTI; MARCUS FABIO MAGALHÃES FONSECA; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIOPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL033 - RESSECÇÃO A R0 DETERMINADA POR ANATOMOPATOLOGIA CONVENCIONAL EM ADENOCARCINOMA DE CÓLON - PRESENTE E FUTURO**  
DENISE GONÇALVES PRIOLLI; JOSÉ AIRES PEREIRA; JOSÉ RICARDO SCALISE; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; NATÁLIA PERES MARTINEZ; CAMILA DE OLIVEIRA LOPES; JULIO CESAR VALDIVIA; IZILDA APARECIDA CARDINALI  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- TL034 - AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE E SOBREVIVÊNCIA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À OPERAÇÃO DE CITORREDUÇÃO E QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**  
RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA<sup>1</sup>; BERNADO HANAN<sup>1</sup>; LEONARDO MACIEL FONSECA<sup>1</sup>; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ<sup>1</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>1</sup>; PAULO ROBERTO SAVASSI ROCHA<sup>1</sup>; MONICA MARIA DEMAS ÁLVARES CABRAL<sup>2</sup>  
*1.GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- TL035 - ESTOMA DERIVATIVO NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TUMOR DE RETO: POR QUE DEMORAMOS PARA FECHAR?**  
SABRINA MIOTTO; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; ODILON VICTOR PORTO DENARDIM; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL036 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E MOLECULAR EM PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL ESPORÁDICO COM BASE NOS POLIMORFISMOS MSP1-CYP1A1 E EPHX1-TYR139ARG DE GENES DO METABOLISMO DE XENOBIÓTICOS.**  
GLAUCIA MARIA MENDONÇA FERNANDES<sup>1</sup>; MARCELA ALCANTARA PROENÇA<sup>2</sup>; ANELISE RUSSO<sup>1</sup>; ANA ELIZABETE SILVA<sup>2</sup>; GENI SATOMI CUNRATH<sup>1</sup>; JOÃO GOMES NETINHO<sup>1</sup>; ERIKA CRISTINA PAVARINO<sup>1</sup>; ENY MARIA GOLONI-BERTOLLO<sup>1</sup>  
*1.FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - IBILCE/UNESP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- TL037 - EXPRESSÃO DE HLA-G NO CÂNCER COLORRETAL DE ACORDO COM O PERFIL MUCO SECRETOR EM 22 PACIENTES OPERADOS PELO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE.**  
GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS<sup>1</sup>; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ<sup>1</sup>; RENATA TOSCANO SIMÕES<sup>2</sup>; JOSÉ DE SOUZA ANDRADE FILHO<sup>3</sup>; JOSÉ ROBERTO MONTEIRO CONSTANTINO<sup>1</sup>; SAMIR SALIM CARVALHO<sup>2</sup>; KÊNIA CRISTINA SOARES FONSECA MAGALHÃES<sup>2</sup>; MILLENA CAROLINA PEREIRA SILVA SOUZA<sup>2</sup>  
*1.GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

- TL038 - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA, HISTOLÓGICA, IMUNOHISTOQUÍMICA E MOLECULAR DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE SYNDROME DE LYNCH**  
ISABELLA NICACIO DE FREITAS<sup>1</sup>; FÁBIO GUILHERME CASERTA MARYSSAEL DE CAMPOS<sup>2</sup>; VENÂNCIO AVANCINI ALVES<sup>2</sup>; JULIANA MAGALHÃES CAVALCANTE<sup>2</sup>; DIRCE MARIA CARRARO<sup>3</sup>; RENATA DE ALMEIDA COUDRY<sup>4</sup>; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR<sup>4</sup>; SÉRGIO CARLOS NAHAS<sup>2</sup>  
*1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.HOSPITAL A. C. CAMARGO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL039 - POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL – RELATO DE CASO DE UM PACIENTE COM ADENOCARCINOMAS SINCRÔNICOS E METACRÔNICOS.**  
MAIRO GROSSI MORATO; FERNANDA NUNES DE CASTRO; RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA; ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS; JOÃO BATISTA DE SOUSA; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- TL040 - RISCO DE METÁSTASE LINFONODAL NO CÂNCER COLORRETAL**  
JULIA REZENDE SCHLINZ; MARLLUS BRAGA SOARES; MARIA CRISTINA DEFÁVERI FIGUEIRA; ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; PAULO CESAR DE CASTRO JUNIOR; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA; FRANCISCO LOPES PAULO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL041 - INVESTIGAÇÃO CLÍNICO/EPIDEMIOLÓGICA E MOLECULAR DE POLIMORFISMOS DO GENE CYP2E1 EM PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL ESPORÁDICO**  
GLAUCIA MARIA MENDONÇA FERNANDES<sup>1</sup>; MARCELA ALCANTARA PROENÇA<sup>2</sup>; ANELISE RUSSO<sup>1</sup>; ANA ELIZABETE SILVA<sup>2</sup>; GENI SATOMI CUNRATH<sup>1</sup>; JOÃO GOMES NETINHO<sup>1</sup>; ERIKA CRISTINA PAVARINO<sup>1</sup>; ENY MARIA GOLONI-BERTOLLO<sup>1</sup>  
*1.FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SAO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.IBILCE-UNESP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- TL042 - PERFIL DE EXPRESSÃO DO HLA-G EM 84 PACIENTES OPERADOS DE CÂNCER COLORRETAL PELO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE.**  
GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS<sup>1</sup>; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ<sup>1</sup>; RENATA TOSCANO SIMÕES<sup>2</sup>; JOSÉ DE SOUZA ANDRADE FILHO<sup>3</sup>; JOSÉ ROBERTO MONTEIRO CONSTANTINO<sup>1</sup>; PETERSON MARTINS NEVES<sup>1</sup>; ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR<sup>1</sup>; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA<sup>1</sup>  
*1.GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- TL043 - PREVENÇÃO E DIAGNOSTICO DE LESOES HPV INDUZIDAS E CARCINOMA ANAL EM MULHERES ATENDIDAS NA REDE BASICA DE SAUDE DA CIDADE DE BOTUCATU PELO METODO DE ESCOVADO DO CANA ANAL**  
RITA CÁSSIA LUSOLI; ROGÉRIO SAAD HOSSNE; SIDNEY ROBERTO NADAL; SUZANE ARAUJO NOGUEIRA  
*UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.*
- TL044 - PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS COM NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL ANAL (NIA) EM UMA COORTE DE HOMENS BRASILEIROS**  
CARINA MONTEIRO BARILLO<sup>1</sup>; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO<sup>1</sup>; RUTH FRIEDMAN<sup>1</sup>; VALDILEA VELOSO DOS SANTOS<sup>1</sup>; BEATRIZ GRINZTEJN<sup>1</sup>; CYNTHIA CUNHA<sup>1</sup>; JOSÉ EDUARDO LEVI<sup>2</sup>; LUCIANA WERNESBACH<sup>1</sup>  
*1.FIOCRUZ - IPEC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL045 - ESTUDO DE UMA SÉRIE DE PACIENTES SUBMETIDOS À ANUSCOPIA DE ALTA RESOLUÇÃO / COLPOSCOPIA ANAL**  
ALEXANDRE LOPES CARVALHO<sup>1</sup>; DARCY MURITIBA JUNIOR<sup>1</sup>; EDUARDO FONSECA FILHO<sup>2</sup>; PAULO FREDERICO COSTA<sup>2</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO SILVA BARRETO<sup>1</sup>  
*1.AOSID, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGUÊS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

- TL046 - CARGA VIRAL DO HPV ONCOGÊNICO NO SEGUIMENTO DOS CONDILOMAS ANAIS TRATADOS**  
LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL; RAPHAEL MARIANELLI; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; EDE-  
NILSON EDUARDO CALORE; CARMEN RUTH MANZIONE; SIDNEY ROBERTO NADAL  
*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL047 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO TECIDUAL DE MUCINAS ÁCIDAS NAS GLÂNDULAS DA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE  
TRÂNSITO INTESTINAL SUBMETIDA À INTERVENÇÃO COM SUCRALFATO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS**  
JOSÉ AIRES PEREIRA; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; PAULO PEDROSO SILVEIRA  
JUNIOR; ALICE MOREIRA DIAS; FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA; MARCOS GONÇALVES DE AL-  
MEIDA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- TL048 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DE SULFOMUCINAS E SIALOMUCINAS NA MUCOSA CÓLICA DESPRO-  
VIDA DE TRÂNSITO FECAL SUBMETIDA À INTERVENÇÃO COM SUCRALFATO**  
JOSÉ AIRES PEREIRA; DANIELA TIEMI SATO; ALICE MOREIRA DIAS; MURILO ROCHA RODRIGUES;  
PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; MARCOS GONÇALVES DE ALMEIDA; FERNANDO LORENZETTI DA  
CUNHA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- TL049 - ANÁLISE DEMOGRÁFICA E RESULTADOS DO TRATAMENTO PROPOSTO DE PACIENTES COM ADE-  
NOCARCINOMA DE RETO EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG**  
ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; RODRIGO BECKER  
PEREIRA; FILLIPE THIAGO XAVIER DE CAMPOS; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRI-  
GUES ISAAC; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*
- TL050 - NÍVEIS DO ANTÍGENO CARCINOEMBRIÔNICO (CEA) NO SANGUE VENOSO PERIFÉRICO E MESEN-  
TÉRICO EM DOENTES COM CARCINOMA RETAL**  
VIVIAN SATI OBA BOURROUL<sup>1</sup>; GUILHERME MUNIZ BOURROUL<sup>1</sup>; HERMÍNIO CABRAL DE REZENDE  
JUNIOR<sup>1</sup>; ROGÉRIO TADEU PALMA<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ<sup>2</sup>; JAQUES WAISBERG<sup>1</sup>  
*1. HOSPITAL DO SERVIDOR UBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SAO FRANCISCO,  
BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- TL051 - TERAPIA NEOADJUVANTE NO CÂNCER DE RETO INFERIOR - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA RADIO-  
TERAPIA PRÉ OPERATÓRIA NO PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE RETO INFERIOR**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM  
SIMOES NETO; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ  
ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL052 - PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE RETO SUBMETIDOS A NEOADJUVÂNCIA.**  
EDUARDO ROSETTI FILHO; FABRICIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; MARCUS FABIO MAGALHÃES FONSE-  
CA; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL053 - CIRURGIA PARA CÂNCER DE RETO MÉDIO E DISTAL. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI.**  
GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; RICARDO BOLZAM-NASCIMEN-  
TO; SANDRA PEDROSO MORAES; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE  
RIBEIRO; DECIO BERGAMINI VIERA  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL054 - DECÚBITO VENTRAL NOS PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DE RETO BAIXO TRATADOS COM  
AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL: EXPERIÊNCIA INICIAL**  
SUZANA LIMA TORRES; FANG CHIA BIN; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; MARCELLA GUILHERME  
CAROLINO SOUZA; THAIS YUKA TAKAHASHI; WILMAR ARTUR KLUG; PERETZ CAPELHUCHNIK; JOSÉ MANDIA NETO  
*SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- TL055 - AS COLOSTOMIAS TÊM ALGUM PAPEL NA PROFILAXIA DAS COMPLICAÇÕES EM OPERAÇÕES COLORRETAIS DE RESSECÇÕES E ANASTOMOSES?**  
JULIO CESAR MONTEIRO SANTOS JR  
SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ, GUARATINGUETA, SP, BRASIL.
- TL056 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO ELETIVO DA DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS E DO CÂNCER COLORRETAL, UMA ANÁLISE COMPARATIVA**  
MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO; VINICIUS PIRES RODRIGUES; BRUNO ALCANTARA CASTILHO; FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; FABIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER; VALDIVINO ALVES FILHO; ELIANE SANDER MANSUR  
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.
- TL057 - CASUÍSTICA DE 317 CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS DO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DE BELO HORIZONTE 2009-2013**  
MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; SINARA MONICA OLIVEIRA LEITE; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; JULIANA SOUSA ALCANTARA  
SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.
- TL058 - VANTAGENS IMUNITÁRIAS E INFLAMATÓRIAS PÓS OPERATÓRIAS DA COLECTOMIA ESQUERDA LAPAROSCÓPICA, EM RELAÇÃO A LAPAROTÔMICA, MODELO SUÍNO.**  
JULIANO ALVES FIGUEIREDO; ANDY PETROIANU; ANDRÉ ROSSETTI PORTELA; MARIA ANGELICA BARON MAGALHAES; VALENTIM ARABICANO GHELLER; OSCAR HENRIQUES ROCHA LADEIRA; CRISTIANA BUZELIN NUNES; LUCI MARIA SANT ANA DUSSE  
UFMG, BH, MG, BRASIL.
- TL059 - CIRURGIA COLORRETAL MINIMAMENTE INVASIVA NO HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN – AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA INICIAL.**  
JOSÉ VANIR MACHADO PEREIRA<sup>1</sup>; RODRIGO BECKER PEREIRA<sup>2</sup>; GUSTAVO BECKER PEREIRA<sup>1</sup>; ALESSANDRO ANDRADE SIMÕES<sup>1</sup>; BRUNO LORENZO SCOLARO<sup>1</sup>  
1.UNIVALI, ITAJAÍ-SC, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL.
- TL060 - MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL NOS TUMORES DO RETO: EXPERIÊNCIA EM 34 PACIENTES**  
CAMILA ROCHA CRUZ; MAURÍCIO JOSÉ MATOS SILVA; ALINE DAVID SILVA; LÍLIAN SOUZA ARAÚJO; CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA; JOSEANE CANTON; BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES  
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.
- TL061 - RADIOFREQUENCY(RF) SPHINCTER REMODELING-SECCA PROCEDURE- FOR THE TREATMENT OF FECAL INCONTINENCE(FI): EXPERIMENTAL AND CLÍNICAL STUDY**  
ROMAN MARIA HERMAN; M. NOWAKOWSKI; JANUSZ RYS; D WOJTYSIAK; T SCHWARZ; M MURAWSKI; R B HERMAN  
JAGIELLONIAN UNIVERSITY, KRAKOW, POLÔNIA.
- TL062 - INCIDÊNCIA DE DEFEITO NO MÚSCULO PUBOVISCERAL APÓS PARTO VAGINAL. HÁ CORRELAÇÃO COM INCONTINÊNCIA FECAL?**  
STHELA MARIA MURAD-REGADAS<sup>1</sup>; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES<sup>2</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS<sup>1</sup>; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO<sup>1</sup>; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ<sup>1</sup>  
1.UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.UFMA, SÃO LUIS, MA, BRASIL.
- TL063 - BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO CLÍNICO DA INCONTINÊNCIA FECAL**  
STHELA MARIA MURAD-REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA; ANA CÉLIA CAETANO; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO; VALÉRIA CRISTINA DUARTE BARRETO  
HUWC/UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.



- TL064 - AVALIAÇÃO DA VASCULARIZAÇÃO DA PAREDE RETAL E MESORRETO EM PACIENTES NORMAIS UTILIZANDO ULTRASSOM ENDORRETAL COM DOPPLER COLORIDO: PADRONIZAÇÃO DOS VALORES DE NORMALIDADE.**  
STHELA MARIA MURAD-REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; BENJAMIM RAMOS DE ANDRADE JUNIOR; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO  
*HUWC/UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- TL065 - INCIDÊNCIA DE HIPOTONIA ESFINCTERIANA EM PACIENTES JOVENS CONSTIPADOS**  
DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; MARIELI SCHUSTER<sup>3</sup>; KELLI RIZZARDI<sup>2</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>2</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>1</sup>; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA<sup>4</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>4</sup>  
*1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLÍNICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.GASTROCLÍNICA CASCAVEL, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.*
- TL066 - EFICÁCIA DA MANOMETRIA EM PACIENTES OBESOS COM INCONTINÊNCIA FECAL.**  
GUSTAVO KURACHI<sup>1</sup>; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>1</sup>; HELIN MINORU MATSUMOTO<sup>1</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>2</sup>; CARLOS ALBERTO DE CARVALHO<sup>3</sup>; TOMAZ MASSAYUKI TANAKA<sup>4</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>4</sup>  
*1.GASTROCLÍNICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.FAG, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.GASTROCLÍNICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.*
- TL067 - IMPACTO DA TERAPIA NEOADJUVANTE NA DIMINUIÇÃO DO ESTÁDIO NO ADENOCARCINOMA DE RETO DISTAL**  
KARINA DAGRE MAGRI; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; FANG CHIA BIN  
*FCMSCSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL068 - RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO VÍDEO-LAPAROSCÓPICO DO CÂNCER RETAL**  
ADRIANA BORGONNOVI CHRISTIANO; MAURO AUGUSTO MARCHIORI JR; VALDIR TERCIO TI JR; THAIS RAQUEL SILVA; THAIS NOGUEIRA SA GONCALVES; OSWALDO OLIVEIRA NETO  
*HOSPITAL CENTRO MEDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL069 - RESPOSTA CLÍNICA COMPLETA AO TRATAMENTO NEOADJUVANTE COM RADIOTERAPIA E CICLOS ADICIONAIS DE QUIMIOTERAPIA PARA O CÂNCER DE RETO: ESTAMOS CHEGANDO MAIS PERTO DOS RESULTADOS DO CÂNCER DE CANAL ANAL?**  
ANGELITA HABR GAMA; PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; JORGE SABBAGA; JOAQUIM JOSÉ GAMA-RODRIGUES; IGOR PROSCURSHIM; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; RODRIGO OLIVA PEREZ  
*INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL070 - QUIMIO RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE COM CAPECITABINA VS 5-FLUORACIL + LEUCOVORIN: ANÁLISE DA REMISSÃO PATOLÓGICA COMPLETA**  
MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; SUZANA LIMA TORRES; FANG CHIA BIN; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; THAIS YUKA TAKAHASHI; WILMAR ARTUR KLUG; PERETZ CAPELHUCHNIK; JOSÉ MANDIA NETO  
*SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL071 - É POSSÍVEL O RESGATE CIRÚRGICO DA RECIDIVA LOCAL APÓS WATCH & WAIT E RESPOSTA CLÍNICA COMPLETA?**  
ANGELITA HABR GAMA; PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; LORNA CASTRO; JOSÉ CARLOS BEDRAN; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; IGOR PROSCURSHIM; RODRIGO OLIVA PEREZ  
*INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL072 - ANÁLISE PRELIMINAR DE PACIENTES SUBMETIDOS À AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO E COLOSTOMIA PERINEAL.**  
BRENO AUGUSTO CARDOSO BARROSO<sup>1</sup>; DANIEL FERNANDES SILVA GALDINO<sup>1</sup>; BÁRBARA PINHEIRO DE FREITAS<sup>1</sup>; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO<sup>2</sup>; CAROLINA VANUCCI VASCONCELOS NOGUEIRA DIOGENES<sup>2</sup>; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR<sup>3</sup>; STHELA MARIA MURAD-REGADAS<sup>2</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>2</sup>  
*1.FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

- TL073 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO**  
MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO<sup>1</sup>; PAULO ROCHA FRANÇA NETO<sup>2</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>3</sup>; FABIO LOPES QUEIROZ<sup>1</sup>; BRUNO ALCANTARA CASTILHO<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO/ HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO/DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- TL074 - CONCORDÂNCIA ENTRE ULTRASSONOGRRAFIA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL, RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA E ANATOMOPATOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA DE RETO MÉDIO E DISTAL NÃO SUBMETIDOS À NEOADJUVÂNCIA**  
RODRIGO AMBAR PINTO; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; SÉRGIO CARLOS NAHAS; CAIO SÉRGIO NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; GUILHERME CUTAIT COTTI; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL075 - RESSECÇÃO LOCAL DE NEOPLASIA DE RETO PÓS RADIO E QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE.**  
SARHAN SYDNEY SAAD; LUIS CESAR FERNANDES; ELIZABETH DEAK; GABRIEL GARBATO  
*ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL076 - PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE CONSTIPAÇÃO E INCONTINÊNCIA FECAL EM MULHERES COM DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO. A ASSOCIAÇÃO DOS SINTOMAS PODE INTERFERIR NA QUALIDADE DE VIDA?**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; STHELA MARIA MURAD-REGADAS; LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA BEZERRA; JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO; SUYANNE MARIA ALBUQUERQUE XEREZ MARTINS; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; SARA ARCANJO LINO KARBAGE; CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS  
*UFC, SAO LUIS, MA, BRASIL.*
- TL077 - O EFEITO DA ASSOCIAÇÃO DE INCONTINÊNCIA FECAL EM MULHERES PORTADORAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; STHELA MARIA MURAD-REGADAS; SUYANNE MARIA ALBUQUERQUE XEREZ MARTINS; LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA BEZERRA; JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO; CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS; SARA ARCANJO LINO KARBAGE; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- TL078 - AVALIAÇÃO DA VASCULARIZAÇÃO DO CANAL ANAL COM ULTRASSOM ANORRETAL COM DOPPLER COLORIDO. PADRONIZAÇÃO DOS VALORES DE NORMALIDADE**  
STHELA MARIA MURAD-REGADAS<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; ÉRICO DE CARVALHO HOLANDA<sup>2</sup>; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS<sup>2</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO<sup>2</sup>; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR<sup>2</sup>; FABIO SANTIAGO RODRIGUES<sup>1</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- TL079 - CORRELAÇÃO DE PARÂMETROS DE MANOMETRIA ANORRETAL E ESCORE CLÍNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA INCONTINÊNCIA FECAL.**  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; GUSTAVO PEGOS RODRIGUES COY; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; UMBERTO MORELLI; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL080 - DIAGNÓSTICO DE EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA POR CONTRAÇÃO PARADOXAL DO M. PUBORRETAL (ANISMUS). CORRELAÇÃO DE ACHADOS MANOMÉTRICOS E DEFECOGRAMA**  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; UMBERTO MORELLI; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

- TL081 - NEUROMODULAÇÃO POR ELETROESTIMULAÇÃO DO NERVO TIBIAL POSTERIOR, ASSOCIADA A BIOFEEDBACK. UMA ARMA TERAPÊUTICA EFICAZ NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL ? RESULTADOS PRELIMINARES**  
MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; HELENA COELHO LIMA  
*MANOPH - INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.*
- TL082 - PAPEL DA ELETROMANOMETRIA ANORRETAL E DA ECODEFECOGRAFIA EM PACIENTES PORTADORAS DE DEFECACAO OBSTRUÍDA**  
DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; LARISSA SOKOL ROTTA<sup>1</sup>; DAYANNE ALBA CHIUMENTO<sup>1</sup>; MARCIELI SCHUSTER<sup>2</sup>; DANILO GALLETTO<sup>3</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>3</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>3</sup>  
*1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLÍNICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.*
- TL083 - COMPARAÇÃO DOS ACHADOS DA ELETROMANOMETRIA ANORRETAL E ECODEFECOGRAFIA ENTRE PACIENTES NORMAIS ASSINTOMÁTICAS E PACIENTES PORTADORAS DE EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA**  
DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; DAYANNE ALBA CHIUMENTO<sup>1</sup>; LARISSA SOKOL ROTTA<sup>1</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>1</sup>; HELIN MINORU MATSUMOTO<sup>2</sup>; MARCIELI SCHUSTER<sup>2</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>3</sup>  
*1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLÍNICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.*
- TL084 - ACHADOS MANOMÉTRICOS EM ADULTOS JOVENS COM QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA FECAL**  
DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; JORGE MANUEL RODRIGUES OLIVEIRA FILHO<sup>1</sup>; KARINA CORRÊA EBRAHIM<sup>1</sup>; KELLI RIZZARDI<sup>2</sup>; MARCIELI SCHUSTER<sup>2</sup>; CAROLYNE DONEDA SILVA SANTOS<sup>2</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>3</sup>  
*1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLÍNICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.*
- TL085 - ESTUDO ANATOMOFISIOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORAS DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL**  
DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS<sup>2</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>3</sup>; NAMIR CAVALLI<sup>4</sup>; KARINA CORRÊA EBRAHIM<sup>1</sup>; JORGE MANUEL RODRIGUES OLIVEIRA FILHO<sup>1</sup>; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA<sup>5</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>5</sup>  
*1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.HOSPITAL SAO CARLOS, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3.GASTROCLÍNICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4.CENTRO MEDICO HOSPITALAR GENESIS, CASCAVEL, PR, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.*
- TL086 - ACHADOS MANOMÉTRICOS EM PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**  
MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR<sup>1</sup>; WAGNER GUIARD THAUMATURGO JUNIOR<sup>1</sup>; VITOR GIBRAN LEMOS NUNES<sup>1</sup>; JULIANO AUGUSTO OLIVEIRA SOUZA<sup>1</sup>; NARA GUIMARÃES MONTAGNOLLI<sup>1</sup>; MAISA SATIE TAIUMI<sup>1</sup>; THAYS MICHELLE PINHO DA ROCHA<sup>1</sup>; JORGE ALBERTO ORTIZ<sup>2</sup>  
*1.UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL SÃO LUÍS GONZAGA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL087 - ANÁLISE DE VETOR VOLUME MANOMÉTRICO EM CRIANÇAS COM ENCOPRESE**  
MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR; REBECA HARA NAHIME; ANTONIO TOUFIC FRANCIS; ALEXANDRE HENRIQUE KALLAUR GRANGEIRO; RENAN PHILIP SERRA DE MELLO; SÉRGIO AUGUSTO YUKIO HISSAYASSU; LUISA PRESOTO TSUBONE; CIRO JOÃO BERTOLLI  
*UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL.*
- TL088 - USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**  
MARIANE FERREIRA DALLE PIAGGE; BRUNA SCHWAN GUERINI; THIAGO IBIAPINA; ANTONIO CARLOS BARAVIERA; THIAGO AGOSTINI BRAGA; ANDRÉ LUIS CORTEZ MINCHILLO; MARISTELA GOMES ALMEIDA; VINICIO FALLEIROS  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- TL089 - PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATORIA INTESTINAL EM ACOMPANHAMENTO REGULAR NO ANO DE 2013 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS**  
CAROLINA CHACON CONSENTINO; ROSANE LOUZADA; LEONARDO GUEDES; JOÃO AGUIAR PUPO NETO  
*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL090 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA APLICAÇÃO DE ENEMAS COM SUCRALFATO EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO**  
CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOSÉ AIRES PEREIRA; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; ALICE MOREIRA DIAS; RONALDO NONOSE  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- TL091 - DOENÇA DE CROHN E NEOPLASIA DE COLON. RELATO DE CASO**  
MARINA GABRIELLE EPSTEIN<sup>1</sup>; KARIME LUCAS<sup>2</sup>; LUIZ VAGNER SIPRIANI JUNIOR<sup>1</sup>; DIEGO FERREIRA ANDRADE GARCIA<sup>1</sup>; ORLANDO CONTRUCCI<sup>1</sup>; MURILLO LIMA FAVARO<sup>1</sup>; SARA VENOSO COSTA<sup>1</sup>; MARCELO AUGUSTO FONTENELLE RIBEIRO JUNIOR<sup>1</sup>  
*1.UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL092 - IMPACTO DO USO DO INFLIXIMABE NO TRATAMENTO DA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA**  
MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; RAQUEL FRANCO LEAL; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; MICHEL GARDERE CAMARGO; LÚCIA HELENA L. TOMIATO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL093 - INFLUÊNCIA DA PSICOTERAPIA BREVE TRANSPESSOAL EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN**  
ARLETE SILVA ACCIARI<sup>1</sup>; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO<sup>1</sup>; FREDERICO CAMELO LEAO<sup>2</sup>; RAQUEL FRANCO LEAL<sup>1</sup>; JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>1</sup>; PRISCILA S.P. OLIVEIRA<sup>1</sup>; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI<sup>1</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>1</sup>  
*1.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2.USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL094 - QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE RESERVATÓRIO ILEAL POR RETOCOLITE ULCERATIVA**  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; MARCELA GONÇALVES DE TILLO; UMBERTO MORELLI; LARISSA BERBET ARIAS; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL095 - INFLUÊNCIA DA TERAPIA BIOLÓGICA NAS TAXAS DE RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN: UM ESTUDO PILOTO, MULTICÊNTRICO E OBSERVACIONAL**  
RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; LEONARDO RIOS SANTANA<sup>1</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; IDBLAN ALBUQUERQUE DE CARVALHO<sup>2</sup>; FABIO VIEIRA TEIXEIRA<sup>3</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>4</sup>; ROGÉRIO SAAD HOSSNE<sup>5</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.HOSPITAL HELIOPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.GASTROSAUDE, MARÍLIA, SP, BRASIL; 4.SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DA FMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 5.DSCIPLINA DE BIOESTATISTICA, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- TL096 - FATORES DE RISCO PARA RECORRÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN: DADOS DE UM ESTUDO MULTICÊNTRICO**  
IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; FABIO VIEIRA TEIXEIRA<sup>2</sup>; ROGÉRIO SAAD HOSSNE<sup>3</sup>; IDBLAN ALBUQUERQUE DE CARVALHO<sup>4</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>5</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.GASTROSAUDE, MARÍLIA, SP, BRASIL; 3.SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - FMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4.HOSPITAL HELIOPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.DICIPLINA DE BIOESTATISTICA - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

- TL097 - MORTALIDADE EM PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO – RESULTADOS E UMA SÉRIE DE CASOS**  
RENATO VISMARA ROPELATO<sup>1</sup>; ILARIO FROEHNER JUNIOR<sup>1</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; ERON FABIO MIRANDA<sup>1</sup>; JULIANA FERREIRA MARTINS<sup>1</sup>; JULIANA GONÇALVES ROCHA<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA - HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- TL098 - COLITE INDETERMINADA EM JOVEM**  
JACQUELINE JÉSSICA DE MARCHI; MARDEM MACHADO DE SOUZA; NAW-ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D ALMEIDA; TALITA DE ANDRADE SANTOS MOLINA; MARIA MERCEDES AMAYA GUTIERREZ; MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES  
*HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO DE CUIABÁ, CUIABÁ, MT, BRASIL.*
- TL099 - TERAPIA BIOLÓGICA NA PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN: HÁ DIFERENÇAS ENTRE O INFLIXIMABE E O ADALIMUMABE?**  
PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; IDBLAN ALBUQUERQUE DE CARVALHO<sup>2</sup>; FABIO VIEIRA TEIXEIRA<sup>3</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>4</sup>; ROGÉRIO SAAD HOSSNE<sup>5</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*2.HOSPITAL HELIOPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL;*  
*3.GASTROSAUDE, MARÍLIA, SP, BRASIL;*  
*4.DISCIPLINA DE BIOESTATISTICA - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*5.SERVICO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - FMB/UNIFESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.*
- TL100 - USO DE AGENTES BIOLÓGICOS NA DOENÇA DE CROHN: QUAL A REAL PREFERÊNCIA DOS PACIENTES?**  
LEONARDO RIOS SANTANA<sup>1</sup>; RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; RENATO VISMARA ROPELATO<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>3</sup>; JULIANO COELHO LUDVIG<sup>4</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*3.DISCIPLINA DE BIOESTATISTICA - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*4.ESADI, BLUMENAU, SC, BRASIL.*
- TL101 - AUTO-APLICAÇÃO E ADERÊNCIA AO TRATAMENTO COM ADALIMUMABE NA DOENÇA DE CROHN**  
LEONARDO RIOS SANTANA<sup>1</sup>; LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; RENATO VISMARA ROPELATO<sup>1</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>2</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>3</sup>; JULIANO COELHO LUDVIG<sup>4</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*2.DISCIPLINA DE BIOESTATISTICA - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*3.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA - HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*4.ESADI, BLUMENAU, SC, BRASIL.*
- TL102 - EFICÁCIA DO ADALIMUMABE NA MANUTENÇÃO DA REMISSÃO CLÍNICA POR 12 MESES NA DOENÇA DE CROHN: UM ESTUDO OBSERVACIONAL**  
VINICIUS RESENDE ABOU-REJAILE<sup>1</sup>; LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; ERON FABIO MIRANDA<sup>1</sup>; MARIA CRISTINA SARTOR<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>3</sup>; ROGÉRIO SAAD HOSSNE<sup>4</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*3.DISCIPLINA DE BIOESTATISTICA - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*4.SERVICO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - FMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.*
- TL103 - EVENTOS ADVERSOS DO ADALIMUMABE NO MANEJO DA DOENÇA DE CROHN: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA**  
LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; LEONARDO RIOS SANTANA<sup>1</sup>; VINICIUS RESENDE ABOU-REJAILE<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*  
*2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

- TL104 - CIRURGIA DE ALTEMEIER PARA CORREÇÃO DE PROLAPSO RETAL: ANÁLISE DA CASUÍSTICA**  
LÍLIAN VITAL PINHEIRO; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; MICHEL GARDERE CAMARGO; RAQUEL FRANCO LEAL; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL105 - ESTUDO DO CANAL ANAL POR MEIO DA MANOMETRIA ANAL PRÉ E PÓS HEMORROIDECTOMIA PELA TÉCNICA ABERTA**  
MARIA AUXILIADORA PROLONGATTI CESAR<sup>1</sup>; FERNANDA PEREZ ADORNO DA SILVA<sup>2</sup>; RODRIGO CIOTOLLA BRUNO<sup>3</sup>  
*1.UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL AC CAMARGO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.HOSPITAL VIVALLE, TAUBATE, SP, BRASIL.*
- TL106 - PADRONIZAÇÃO DAS MEDIDAS ANATÔMICAS E FUNCIONAIS DO ASSOALHO PÉLVICO EM NULÍPARAS AVALIADAS POR ULTRASSONOGRRAFIA TRIDIMENSIONAL ENDOVAGINAL**  
STHELA MARIA MURAD-REGADAS; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA; LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA BEZERRA; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ  
*UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- TL107 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DA MANOMETRIA ANORRETAL EM PACIENTES PORTADORES DE FÍSTULA PERIANAL**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO<sup>1</sup>; RODRIGO AMBAR PINTO<sup>1</sup>; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE<sup>1</sup>; SANZIO SANTOS AMARAL<sup>1</sup>; ALEXANDER SA ROLIM<sup>2</sup>; LAERCIO ROBLES<sup>2</sup>; SÉRGIO CARLOS NAHAS<sup>1</sup>; IVAN CECONELLO<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL108 - A ACURÁCIA DO TOQUE RETAL NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DO ESFÍNCTER ANAL**  
RODRIGO AMBAR PINTO; ILARIO FROEHNER JUNIOR; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; SANZIO SANTOS AMARAL; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECONELLO  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL109 - AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE INCONTINÊNCIA FECAL E CORRELAÇÃO COM HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA DE 145 PACIENTES SUBMETIDOS À MANOMETRIA ANORRETAL**  
MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN; NILO LUIZ CERATO; VALÉRIO GARCIA; RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA; KARINE SABRINA BONAMIGO; BRUNA BORBA VAILATI; ALESSANDRO GUARNIERI MIOZZO  
*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES (HED), PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- TL110 - ÍNDICE DE FADIGA ESFINCTERIANO; CORRELAÇÃO COM MELHORA CLÍNICA APÓS BIOFEEDBACK**  
PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; ANGELITA HABR GAMA; JOAQUIM JOSÉ GAMA-RODRIGUES  
*INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL111 - RESULTADOS INICIAIS DO PROCINÉTICO PRUCALOPRIDA PARA O TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO REFRAATÁRIA.**  
LUCIA CAMARA OLIVEIRA  
*SERVIÇO DE FISILOGIA ANORRETAL, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL112 - INICIAIS DA INJEÇÃO DO AGENTE DE PREENCHIMENTO ACRILATO PARA O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL RELACIONADA À LESÃO DO ESFÍNCTER INTERNO.**  
LUCIA CAMARA OLIVEIRA  
*SERVIÇO DE FISILOGIA ANORRETAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

- TL113 - MANOMETRIA ANAL EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA FECAL**  
MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR; MARIANA BUTIÃO MACEDO; ISIS PORTO FERREIRA; DANIELE SEKKAS PÁDUA; WAGNER GUIARD THAUMATURGO JUNIOR; JULIANO AUGUSTO OLIVEIRA SOUZA; VITOR GIBRAN LEMOS NUNES  
*UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL.*
- TL114 - EXISTE NECESSIDADE DE MANOMETRIA ANAL NO DIAGNÓSTICO DE PACIENTES COM SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL**  
MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR<sup>1</sup>; THAYS MICHELLE PINHO DA ROCHA<sup>1</sup>; NARA GUIMARÃES MONTAGNOLLI<sup>1</sup>; MAISA SATIE TAIUMI<sup>1</sup>; ISIS PORTO FERREIRA<sup>1</sup>; DANIELE SEKKAS PÁDUA<sup>1</sup>; MARIANA BUTIÃO MACEDO<sup>1</sup>; JORGE ALBERTO ORTIZ<sup>2</sup>  
*1.UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL SÃO LUÍS GONZAGA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL115 - AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA TARDIA DO EMPREGO DO AGENTE DE PREENCHIMENTO NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; RODRIGO AMBAR PINTO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; SANZIO SANTOS AMARAL; ILARIO FROEHNER JUNIOR; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE L; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL116 - RETOCELE E ENTEROCELE: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS CIRÚRGICOS E FUNCIONAIS**  
VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANDRÉ GATTO; HENRIQUE SABOIA; GIANA CAROLINE STRACK NEVES; ANTONIO BALDIN JUNIOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; RENATO ARAUJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- TL117 - ALTERAÇÕES DE PRESSÕES ANAIS EM PACIENTES COM HEMORRÓIDAS**  
MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR; RENAN PHILIP SERRA DE MELLO; LUISA PRESOTO TSUBONE; SÉRGIO AUGUSTO YUKIO HISSAYASSU; ANTONIO TOUFIC FRANCIS; ALEXANDRE HENRIQUE KALLAUR GRANGEIRO; REBECA HARA NAHIME  
*UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL.*
- TL118 - TRREMS PROCEDURE NO TRATAMENTO DA RETOCELE. QUAIS OS FATORES QUE NÃO INTERFEREM NOS RESULTADOS?**  
FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; STHELA MARIA MURAD-REGADAS<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO<sup>1</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS<sup>1</sup>; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR<sup>2</sup>; DAVID PESSOA MORANO<sup>2</sup>; FELIPE PASTANO MANO<sup>2</sup>  
*1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- TL119 - QUAL A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO MANOMÉTRICA DOS PACIENTES PORTADORES DE FISSURA ANAL CRÔNICA?**  
CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; RODRIGO BECKER PEREIRA; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*
- TL120 - AVALIAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FÍSTULA PERIANAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE GOIÁS – UFG, NO PERÍODO DE 2009 A 2013**  
CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; RODRIGO BECKER PEREIRA; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*

- TL121 - CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS DA FÍSTULA ANAL AVALIADAS POR ULTRASSONOGRAFIA ENDOANAL 3D: HÁ CORRELAÇÃO COM A TEORIA DE GOODSALL-SALMON?**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; STHELA MARIA MURAD-REGADAS; IRIS DAIANA DEAL-CANFREITAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; JOSÉ JADER ARAUJO MENDONÇA; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- TL122 - ANÁLISE TRANSCRIPCIONAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN NÃO RESPONDEDORES A ANTI-TNFA IDENTIFICA IL-6 COMO UM GEN DEPENDENTE DE TNFA, CUJA DIMINUIÇÃO DA EXPRESSÃO NÃO É SUFICIENTE PARA INDUZIR REMISSÃO ENDOSCÓPICA.**  
RAQUEL FRANCO LEAL<sup>1</sup>; NÚRIA PLANELL<sup>2</sup>; JUAN JOSÉ LOZANO<sup>2</sup>; INGRID ORDÁS<sup>1</sup>; ISABELLA DOTTI<sup>1</sup>; MARIA CARMÉ MASAMUNT<sup>1</sup>; JULIÁN PANÉS<sup>1</sup>; AZUCENA SALAS<sup>1</sup>  
*1.DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA, IDIBAPS, HOSPITAL CLÍNICA, BARCELONA, ESPANHA; 2.PLATAFORMA DE BIOINFORMÁTICA, CIBEREHD, BARCELONA, ESPANHA.*
- TL123 - EXPRESSÃO DE FATORES DE TRANSCRIÇÃO NUCLEARES NA DOENÇA DE CROHN – SINAIS PARA ATIVAÇÃO DA INFLAMAÇÃO NO TECIDO INTESTINAL.**  
RAQUEL FRANCO LEAL<sup>1</sup>; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO<sup>2</sup>; MARCIANE MILANSKI<sup>3</sup>; NÚRIA PLANELL<sup>4</sup>; MARIANA PORTOVEDO<sup>3</sup>; CILENE BICCA DIAS<sup>1</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>2</sup>; LÍCIO AUGUSTO VELLOSO<sup>3</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, LABORATÓRIO DE SINALIZAÇÃO CELULAR, UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 3.LABORATÓRIO DE SINALIZAÇÃO CELULAR, DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 4.PLATAFORMA DE BIOINFORMÁTICA, CIBEREHD, BARCELONA, ESPANHA.*
- TL124 - CORRELAÇÃO ENTRE AVALIAÇÃO CLÍNICA FUNCIONAL DA FUNÇÃO ESFINCTERIANA E ACHADOS DA ULTRASSONOGRAFIA ENDOANAL EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN PERINEAL**  
UMBERTO MORELLI; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; MICHEL GARDERE CAMARGO; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; JOSÉ JOÃO FAGUNDES; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL125 - APOPTOSE E ANÁLISE MORFOMÉTRICA EM TECIDO MESENTERIAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN**  
CILENE BICCA DIAS; MARCIANE MILANSKI; MARIANA PORTOVEDO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; VIVIAN HORITA; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES; RAQUEL FRANCO LEAL  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL126 - INDICAÇÕES CIRÚRGICAS PARA RCUI – ANÁLISE DA CASUÍSTICA**  
LARISSA BERBET ARIAS; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; MICHEL GARDERE CAMARGO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL127 - COLORECTAL SURGICAL MORTALITY AND MORBIDITY IN ELDERLY PATIENTS: COMPARISON OF POSSUM, P-POSSUM, CR-POSSUM AND CR-BHOM**  
ANTÔNIO PEDRO GOMES; RUI SAAVEDRA MARINHO; RICARDO OLIVEIRA ROCHA; MARTA DAVID SOUSA; NUNO BRITO PIGNATELLI; CARLA FREITAS CARNEIRO; VITOR MANUEL NUNES  
*HOSPITAL FERNANDO FONSECA, AMADORA, PORTUGAL.*

## TRABALHOS SELECIONADOS

- PR001 - IMUNOEXPRESSÃO DA PROTEÍNA APC NOS TECIDOS DE ADENOMA E ADENOCARCINOMAS COLORRETAIS**  
VIVIAN SATI OBA BOURROUL<sup>1</sup>; GUILHERME MUNIZ BOURROUL<sup>2</sup>; ROGÉRIO TADEU PALMA<sup>1</sup>; JAQUES WAISBERG<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*



- PR002 - AVALIAÇÃO DE SÍNDROME DE DEFECAÇÃO OBSTRUÍDA UTILIZANDO ULTRASSOM DINÂMICO 3D: MULTIPARIDADE CORRELACIONA-SE COM ANORMALIDADES DO ASSOALHO PÉLVICO POSTERIOR?**  
STHELA MARIA MURAD-REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; VALÉRIA CRISTINA DUARTE BARRETO; MARIA EUGENIA DE CAMARGO JULIO; MARIA EUZANA MOURA COELHO  
*UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- PR003 - EVOLUÇÃO DOS PACIENTES COM COLPOSCOPIA ANAL NORMAL E CITOLOGIA ANAL ALTERADA APÓS TRATAMENTO DOS CONDILOMAS ANAIS.**  
RAPHAEL MARIANELLI; STENNIO PABLO GONÇALVES MACHADO; EDENILSON EDUARDO CALORE; SIDNEY ROBERTO NADAL  
*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PR004 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL UNICAMP- RESULTADOS 2012-2013**  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; ANDRÉ HENRIQUE MIYOSHI; TAMARA MARIA NIERI; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOÃO JOSÉ FAGUNDES  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PR005 - FOCOS DESCONTÍNUOS E INVASÃO INTRAMURAL NO CÂNCER DO RETO DISTAL SUBMETIDO AO TRATAMENTO NEOADJUVANTE COM QRT – COMO DETERMINAR A MARGEM IDEAL PARA OS CASOS DE TEM PARA OS TUMORES RESIDUAIS?**  
RODRIGO OLIVA PEREZ<sup>1</sup>; ANGELITA HABR GAMA<sup>2</sup>; PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN<sup>2</sup>; LORNA CASTRO<sup>2</sup>; JOSÉ CARLOS BEDRAN<sup>2</sup>; IGOR PROSCURSHIM<sup>2</sup>; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO<sup>2</sup>  
*1.DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA, DIVISÃO CIRURGIA COLORRETAL, FAC. DE MEDICINA, USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PR006 - RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA IMPLICA EM UM MENOR NÚMERO DE LINFONODOS OBTIDOS NO ESPÉCIME DE PACIENTES COM CÂNCER DE RETO SUBMETIDOS À NEOADJUVÂNCIA SEGUIDA DE EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO**  
CAIO SÉRGIO NAHAS; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE L; SÉRGIO CARLOS NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; GUILHERME CUTAIT COTTI; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; IVAN CECCONELLO  
*INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO. OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

## PÔSTERES

- PO001 - APENDICITE AGUDA NO PACIENTE IDOSO: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA**  
LUCIANA FREIRE GAVINO; LAIS ROBERTA GARCIA BERNARDINI; RENATO KATIPIAM GIRON; CAROLINE VON ABEL DE SOUSA; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*
- PO002 - RELATO DE CASO - RETOCOLITE ULCERATIVA IDIOPÁTICA E POLIPOSE FAMILIAR**  
RENATO KATIPIAM GIRON; LAIS ROBERTA GARCIA BERNARDINI; LUCIANA FREIRE GAVINO; CAROLINE VON ABEL DE SOUSA; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA; BARBARA FALCÃO URBANO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*
- PO003 - NEOPLASIA MUCINOSA DE APÊNDICE CECAL**  
RENATO KATIPIAM GIRON; LAIS ROBERTA GARCIA BERNARDINI; LUCIANA FREIRE GAVINO; CAROLINE VON ABEL DE SOUSA; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA; BARBARA FALCÃO URBANO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*
- PO004 - PACIENTE COM ABDOME AGUDO PERFURATIVO DEVIDO A DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**  
BENJAMIN RAMOS ANDRADE NETO; DARLAN ALVES ARAÚJO JÚNIOR; ROMMEL RENO PORCINO REINALDO; ANDRÉ LUIS PIERRE LIMA; OLAVO NAPOLEÃO ARAÚJO JÚNIOR; PAULO HENRIQUE DOURADO FIGUEIREDO; FRANCISCO ROMEL LIMA ARAÚJO; BRUNO AMARAL MEDEIROS  
*HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

- PO005 - AVALIAÇÃO DO ESQUEMA DE IMUNIZAÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**  
NIELCE MARIA DE PAIVA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; LARISSA BERBET ARIAS; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; RAQUEL FRANCO LEAL  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO006 - DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN PELO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO DO ESTADO DO MATO GROSSO.**  
NAW-ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D ALMEIDA; MARDEM MACHADO DE SOUZA; HELOÍSA RAMOS AGUIAR; BRUNA ELIZABET ENGEL ZILKI; RENATA GUIMARÃES SATO; LAURA CRISTINA BERALDI  
*UNIVERSIDADE DE CUIABÁ, CUIABÁ, MT, BRASIL.*
- PO007 - FARMACOBEOZAR INTESTINAL NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**  
STHELA MARIA MURAD-REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; JOSÉ AÍRTON GONÇALVES SIEBRA; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA; MADALENA MARIA SILVA COUTINHO; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO; FÁBIO SANTIAGO RODRIGUES  
*HUWC/UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- PO008 - AS EMOÇÕES E SUA INFLUÊNCIA NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS (DII).**  
DAISY MALDAUN; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; NIELCE MARIA DE PAIVA; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO009 - INTUSSUSCEPÇÃO EM PÓS OPERATÓRIO PRECOCE DE ENTERECTOMIA EM DOENÇA DE CROHN – RELATO DE CASO**  
CAROLINA CHACON CONSENTINO; ANDRÉ BARRETO SILVA; ROSANE LOUZADA; RICARDO LIRA REIS; IGOR DIAZ YAMANE; LEONARDO GUEDES; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO AGUIAR PUPO NETO  
*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO010 - PROTÓTIPO DE SISTEMA WEB PARA A AQUISIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS BIOMECÂNICOS**  
FELIPE CONRADO FERNANDES<sup>1</sup>; ANDRÉ GUSTAVO MALETZKE<sup>1</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1</sup>; RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>2</sup>; JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>; FENG CHUNG WU<sup>1</sup>  
*1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2.CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE FOZ DO IGUAÇU, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO011 - UMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA ANÁLISE DE DADOS BIMECÂNICOS PROVENIENTES DO ENSAIO ENERGIA TOTAL DE RUPTURA**  
LEANDRO BORGES DOS SANTOS<sup>1</sup>; ANDRÉ GUSTAVO MALETZKE<sup>1</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1</sup>; RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; JOYLAN NUNES MACIEL<sup>2</sup>; JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>; FENG CHUNG WU<sup>1</sup>  
*1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO012 - COLECTOMIA SUBTOTAL COM ILEODESCENDENTE ANASTOMOSE POR DOENÇA DE CROHN ESTENOSANTE**  
ISABELLA POLIMENO MAZZUCATTO; SANDRA DI FELICE BORATTO; DIOGO AMARO DOMIGUES DE OLIVEIRA; GREGORY BITTAR PESSOA; JAQUES WAISBERG  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*
- PO013 - DOIS CASOS DE PANCREATITE AGUDA INDUZIDA POR AZATIOPRINA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**  
GUSTAVO KURACHI<sup>1</sup>; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>2</sup>; DAYANNE ALBA CHIUMENTO<sup>2</sup>; KARINA CORRÊA EBRAHIM<sup>2</sup>; JORGE MANUEL RODRIGUES OLIVEIRA FILHO<sup>2</sup>; LARISSA SOKOL ROTTA<sup>2</sup>; CAROLYNE DONEDA SILVA SANTOS<sup>2</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>2</sup>  
*1.GASTROCLÍNICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.FAG, CASCAVEL, PR, BRASIL.*

- PO014 - TRATAMENTO AGRESSIVO E RESOLUTIVO DA DOENÇA DE CROHN PERINEAL GRAVE**  
SUZANA LIMA TORRES<sup>1</sup>; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA<sup>1</sup>; MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES<sup>1</sup>; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO<sup>1</sup>; ANDRÉA VIEIRA<sup>2</sup>; FANG CHIA BIN<sup>1</sup>  
*1.IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - DEPTO. DE CIRURGIA, ÁREA DE COLO-PROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO015 - APENDAGITE AGUDA SIMULANDO QUADRO DE APENDICITE AGUDA.**  
MURILO ROCHA RODRIGUES<sup>1</sup>; ROGÉRIO TADEU PALMA<sup>2</sup>; RENÊ CREPALDI FILHO<sup>3</sup>; HERMÍNIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR<sup>2</sup>; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR<sup>1</sup>; DANIELA TIEMI SATO<sup>1</sup>; ALICE MOREIRA DIAS<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ<sup>1</sup>  
*1.UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO016 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO E PADRÃO DE EXPRESSÃO DA PROTEÍNA CLAUDINA NA MUCOSA CÓLICA COM E SEM TRÂNSITO INTESTINAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.**  
JOSÉ AIRES PEREIRA; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; VIVIEL RODRIGO JOSÉ DE CARVALHO; CAROLINE DE CASTRO FERREIRA; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; ALICE MOREIRA DIAS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO017 - AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE EXPRESSÃO E CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA OCLUDINA NA MUCOSA CÓLICA DE RATOS COM E SEM TRÂNSITO INTESTINAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS**  
JOSÉ AIRES PEREIRA; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; CAROLINE DE CASTRO FERREIRA; VIVIEL RODRIGO JOSÉ DE CARVALHO; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; ALICE MOREIRA DIAS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO018 - CONTEÚDO TECIDUAL DE MUCINAS NEUTRAS NA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRÂNSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM SUCRALFATO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.**  
JOSÉ AIRES PEREIRA; MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO; ALICE MOREIRA DIAS; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; MARCOS GONÇALVES DE ALMEIDA; MAYARA FLEMING FRANCISCO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO019 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DA PROTEÍNA E-CADERINA APÓS A APLICAÇÃO PREVENTIVA DE ENEMAS COM SUCRALFATO EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO.**  
JOSÉ AIRES PEREIRA; ALICE MOREIRA DIAS; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; RAFAEL FERNANDES GAMA; MAYARA VIEIRA MURAD; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO020 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DA PROTEÍNA B-CATENINA APÓS A APLICAÇÃO PREVENTIVA DE ENEMAS COM SUCRALFATO EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO.**  
JOSÉ AIRES PEREIRA; ALICE MOREIRA DIAS; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; CELENE BENEDITI BRAGION; SARA JULIAN PELAQUIM; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO021 - PIODERMA GANGRENOSO - UM DESAFIO PARA O PROCTOLOGISTA**  
MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS; NUALA MAIA DA FONSECA; PAULA GUIMARÃES RODRIGUES; ANTONIO CARLOS MIRANDA; DINA MARTINS RODRIGUES; FABIO JOSÉ TELES; ADRIANA MARTINS RANGEL  
*HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

- PO022 - COLOSTOMIA PERINEAL CONTINENTE NA DOENÇA DE CROHN**  
CAMILA PREAZZOLI; ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; GUSTAVO BO-  
TEGA DE SOUZA; VANESSA FORESTO MACHADO; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO  
DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRE-  
TO, SP, BRASIL.*
- PO023 - AMILOIDOSE: UMA CAUSA RARA DE PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL**  
RENATO VISMARA ROPELATO<sup>1</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>;  
ERON FABIO MIRANDA<sup>1</sup>; FABIO HENRIQUE CARVALHO<sup>1</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;  
2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PO024 - DOENÇA DE CROHN PERINEAL GRAVE EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO COM ÊNFASE NA  
ABORDAGEM TERAPÊUTICA**  
FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA  
MEYER; DANIEL AMARAL ZANETTI; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; ALEXANDRE MARTINS DA  
COSTA EL-AOUAR; JOSÉ ROBERTO MONTEIRO CONSTANTINO; ILSON GERALDO DA SILVA; GERALDO  
MAGELA GOMES DA CRUZ  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO025 - UMA RARA ASSOCIAÇÃO: DOENÇA DE CROHN E TUMOR CARCINÓIDE**  
ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; FABIO GONTIJO RODRIGUES; MARCELLA BIASO BACHA  
GUERRA; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; DANIEL AMARAL ZANETTI; VICTOR LIMA DE  
MATOS; GUSTAVO SOARES CORRÊA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO026 - FÍSTULA ÊNTERO-CUTÂNEA - COMPLICAÇÃO DE RESERVATÓRIO ILEAL EM PACIENTES COM  
RCUI - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO**  
RENATO VALMASSONI PINHO<sup>1</sup>; CAROLINA GOMES GONÇALVES<sup>2</sup>; EDUARDO AIMORÉ BONIN<sup>3</sup>; FABIA-  
NA MARQUES FERNANDES<sup>1</sup>; JOÃO AUGUSTO NOCERA PAULIN<sup>1</sup>; GUILHERME LOVATO SANTOS<sup>1</sup>; RAUL  
MENDES MARTINS<sup>1</sup>; ANDRÉ GUBERT WEISS<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA POSITI-  
VO, CURITIBA, PR, BRASIL; 3.FACULDADE DE MEDICINA POSITIVO, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PO027 - NEUROPATIA DESMIELINIZANTE: UMA COMPLICAÇÃO CRÔNICA DO USO DA TERAPIA BIOLÓGI-  
CA - RELATO DE CASO.**  
FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; IDBLAN ALBUQUERQUE DE CARVALHO; SABRINA MIOTTO; GAL-  
DINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO028 - HIDROSADENITE DE NÁDEGAS – DESCRIÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA RESOLUÇÃO DE 2 CASOS.**  
ORLANDO CONTRUCCI<sup>1</sup>; FELIPE PORTELLA<sup>1</sup>; GUILHERME AGUSTIN LOUZADA PEREDA<sup>2</sup>; CAROLINE  
MOTTA AGUIAR<sup>2</sup>; DEBORA AGOSTINI PESSOA DA COSTA<sup>2</sup>; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOU<sup>2</sup>  
*1.HOSPITAL SANTA CASA DE SANTO AMARO, SP, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDA-  
DE DE SANTO AMARO, SP, SP, BRASIL.*
- PO029 - ESTENOSE DE TERCEIRA E QUARTA PORÇÃO DUODENAL NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**  
ISABELLA POLIMENO MAZZUCATTO; EDUARDO FERNANDES DA COSTA; SANDRA DI FELICE BORAT-  
TO; CARLOS EDUARDO RODANTE CORSI; JAQUES WAISBERG  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*
- PO030 - ESTOMA TERMINAL À HEBERT: TÉCNICA ALTERNATIVA PARA A DOENÇA DE CROHN**  
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; JOSÉ LUIZ ALVIM BORGES; SA-  
BRINA MIOTTO; EDUARDO ROSETTI FILHO; CAROLINA GASTALDELLI  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- PO031 - DOENÇA DE CROHN: TRATAMENTO CONSERVADOR EM PACIENTE COM MÚLTIPLAS ESTENOSES DE DELGADO E ABSCESSO INTERALÇAS**  
CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; RODRIGO BECKER PEREIRA; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*
- PO032 - DOENÇA DE CROHN E SÍNDROME DO INTESTINO CURTO - A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA NUTRICIONAL E DA RECONSTRUÇÃO PRECOCE DO TRÂNSITO INTESTINAL - RELATO DE CASO**  
NIVEA TERESA DE TOLEDO LINS; LILLIAN KELLY PEREIRA; PAULO HENRIQUE PEREIRA CONTE; ANDRÉA SOBRAL MENDES DOS SANTOS  
*HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DO GALEÃO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO033 - ABORDAGEM DO ABSCESSO DE PSOAS NA DOENÇA DE CROHN**  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA; ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES; GUSTAVO PIERRO POSTAL; RAFFAELA FEDERICO; LIVIA GONTIJO; ANA CARLA GARCIA DE OLIVEIRA; DANIELLA NUNES CAMARGO  
*PUC CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO034 - FÍSTULAS PERIANAIS COMPLEXAS EM PACIENTE COM DOENÇA DE CHRON- RELATO DE CASO**  
CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA; MAURÍLIO TOSCANO DE LUCENA; CAMILA ROCHA CRUZ; LÍLIAN SOUZA ARAÚJO  
*HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*
- PO035 - A SUPLEMENTAÇÃO ENTERAL COM GLICINA, NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO, MELHORA A RESISTÊNCIA DA ANASTOMOSE DE CÓLON A RUPTURA, MODELO EXPERIMENTAL**  
JULIANO ALVES FIGUEIREDO<sup>1</sup>; ANDY PETROIANU<sup>1</sup>; GUILHERME HENRIQUE GOMES MOREIRA CANÇADO<sup>2</sup>; CRISTIANA BUZELIN NUNES<sup>1</sup>; MARIA IZABEL TOULSON DAVISSON CORREIA<sup>1</sup>  
*1.UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL DA BALEIA, BH, MG, BRASIL.*
- PO036 - PROCTOCOLECTOMIA COM RESERVATÓRIO ILEAL EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA ASSOCIADA À COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA**  
LORENA REUTER MOTTA GAMA; MAGALY GEMIO TEIXEIRA; TAUANA FERRERIA GONÇALVES; JULIANA FORMENTI ZANCO; PAULA GABRIELA MELO MORAIS; ALEXANDRE MEDEIROS DO CARMO  
*BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO037 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DIAGNOSTICADA APÓS O USO DE ISOTRETINOÍNA. RELATO DE CASO**  
MARINA GABRIELLE EPSTEIN<sup>1</sup>; MARIA HELOÍSA CONTRUCCI<sup>2</sup>; FELIPE A PORTELLA<sup>3</sup>; FRANCINE PAIORDANOU<sup>4</sup>; MURILLO LIMA FAVARO<sup>1</sup>; SARA VENOSO COSTA<sup>1</sup>; ORLANDO CONTRUCCI<sup>5</sup>; MARCELO AUGUSTO FONTENELLE RIBEIRO JUNIOR<sup>1</sup>  
*1.UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.DERMATOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE SANTO AMARO/ UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO038 - REAÇÃO ECZEMATOSA POR USO DE ADALIMUMABE PARA DOENÇA DE CROHN – RELATO DE CASO**  
CARMEN RUTH MANZIONE; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; ELISANGELA PLAZAS MONTEIRO  
*CLÍNICA MANZIONE NADAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO039 - COLITE EOSINOFÍLICA – RELATO DE CASO**  
CARMEN RUTH MANZIONE; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE  
*CLÍNICA MANZIONE NADAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- PO040 - DOENÇA DE CROHN – UMA APRESENTAÇÃO GRAVE E COMPLICAÇÃO POUCO COMUM**  
FELIPE FAKHOURI; BIANCA DITLEF BERETA; SANDRA DI FELICE BORATTO; FABIO PIOVEZAN FONTE;  
JULIANA GIANGIARDI BATISTA  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SAO BERNARDO DO CAMPO, SP, BRASIL.*
- PO041 - FARMACOBEZOAR DE MESALAZINA EM DOENÇA DE CROHN**  
PATRÍCIA ZACHARIAS<sup>1</sup>; JOSÉ EMÍLIO MENEGATTI<sup>2</sup>; ANDRÉ PEREIRA WESTPHALEN<sup>2</sup>  
*1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.*
- PO042 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E GRAVIDEZ - RELATO DE 3 CASOS**  
ELISANGELA PLAZAS MONTEIRO; CARMEN RUTH MANZIONE  
*CLÍNICA MANZIONE NADAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO043 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TROMBOSE HEMORROIDÁRIA GANGRENADA: RELATO DE CASO**  
ISAAC JOSÉ FELIPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO044 - HEMORROIDOPEXIA PARCIAL POR GRAMPEAMENTO: PRIMEIRA IMPRESSÃO**  
MARIA CRISTINA DEFÁVERI FIGUEIRA; PAULO CESAR DE CASTRO JUNIOR; JULIA REZENDE SCHLINZ;  
MARLLUS BRAGA SOARES; ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; FRANCISCO LOPES PAULO; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO045 - PROCIDÊNCIA RETAL GIGANTE EM PACIENTE ADULTO DO SEXO MASCULINO: RELATO DE CASO**  
WILMAR ARAUJO; MARCO AURELIO FRANCA; MILTON CESAR OLIVEIRA; ALBANICE LIMA; TALITA OLIVEIRA  
*HOSPITAL GERAL DE GOIANIA, GOIANIA, GO, BRASIL.*
- PO046 - ENVOLVIMENTO ANAL NO PÊNFIGO VULGAR – RELATO DE CASO**  
ANDRÉ BARRETO SILVA; IGOR DIAZ YAMANE; RICARDO LIRA REIS; CAROLINA CHACON CONSENTINO;  
LUCIANA FLACH; CARLOS AUGUSTO FERREIRA; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO AGUIAR PUPO NETO  
*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO047 - COMPLICAÇÃO NÃO DESCRITA DO USO DO PLUG BIOLÓGICO PARA FÍSTULA RETOVAGINAL**  
FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; CARLOS DI TOMMASO  
*HOSPITAL DA LUZ - SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO048 - SÍNDROME DE FOURNIER E ABSCESSOS ANORETAIS EXTENSOS - TÉCNICA DE DESBRIDAMENTO**  
ULISSES CARDOSO MARQUES<sup>1</sup>; TASSIANE BONOTTO HORVATICH<sup>1</sup>; REGINALDO RODRIGUES PRADO<sup>1</sup>;  
FRANZ ANDREI PATRIARCHA<sup>1</sup>; GABRIEL SALIM CASSEB<sup>1</sup>; MEIBEL MELO SILVA<sup>2</sup>  
*1.UNAERP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 2.INSTITUTO CIRURGIA DE RIBEIRAO PRETO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO049 - HEMORROIDECTOMIA COM ENSEAL® - RELATO DE CASO**  
CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; MARIANA ANDRADE CARVALHO; GABRIEL DE CARVALHO CUNHA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO050 - MELANOMA ANORRETAL – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA COM ÊNFASE NO EXAME HISTOPATOLÓGICO E IMUNOHISTOQUÍMICO**  
ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; RENATA MAGALI SILLUZIO FERREIRA; GIL PATRUS; JOSÉ DE SOUZA ANDRADE FILHO; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

- PO051 - SÍNDROME DE FOURNIER PÓS HEMORROIDECTOMIA À FERGUSON - RELATO DE 3 CASOS**  
LUIZ GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; DECIO BERGAMINI VIERA; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; SANDRA PEDROSO MORAES  
*HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO052 - PERFIL DOS PACIENTES ASSITIDOS NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS ORIFICIAIS DO COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE - CAMPINAS- SP**  
LUIZ GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO<sup>1</sup>; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO<sup>1</sup>; BARBARA SCHIAVENIN<sup>2</sup>; DECIO BERGAMINI VIERA<sup>1</sup>; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO<sup>1</sup>; GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA<sup>1</sup>; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO<sup>1</sup>; SANDRA PEDROSO MORAES<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2.COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO053 - USO DE ANESTÉSICO TÓPICO NO MANEJO DA DOR NO PÓS OPERATÓRIO DE HEMORROIDECTOMIAS**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SÉRGIO OLIVA BANCI; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO054 - MACROLIGADURA ALTA**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SÉRGIO OLIVA BANCI; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO055 - RELATO DE CASO: MELANOMA DO CANAL ANAL**  
HENRIQUE SABOIA; VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANDRÉ GATTO; ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN; ANTONIO BALDIN JUNIOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; RENATO ARAUJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PO056 - TÉCNICA DE RETALHO CUTANEO PARA O TRATAMENTO DA FÍSTULA ANAL COMPLEXA**  
RINALDO PRATES PERIARD; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; MARCELO NEVES CARVALHO; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; RENATA ROCHA BARBI; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; JORGE BENJAMIN FAYAD; JOAQUIM TIAGO LELES DE JESUS  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO057 - EXPERIÊNCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LIGASURE PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDARIA GRADO III Y IV**  
LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE L; LEONARDO BUSTAMANTE; RICARDO ERNESTO RODRIGUEZ; MARIANNY NAZARETH SULBARAN; GUSTAVO ADOLFO BUSTAMANTE  
*UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA, MARACAIBO, VENEZUELA.*
- PO058 - HIDRADENITE PERIANAL GIGANTE – RELATO DE CASO**  
ALEXANDRE LOPES CARVALHO<sup>1</sup>; DARCY MURITIBA JUNIOR<sup>1</sup>; EDUARDO FONSECA FILHO<sup>2</sup>; PAULO FREDERICO COSTA<sup>2</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO SILVA BARRETO<sup>1</sup>  
*1.AOSID, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGUÊS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO059 - LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT): ANÁLISE INICIAL DE 03 CASOS.**  
ALEXANDRE LOPES CARVALHO<sup>1</sup>; DARCY MURITIBA JUNIOR<sup>1</sup>; EDUARDO FONSECA FILHO<sup>2</sup>; PAULO FREDERICO COSTA<sup>2</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO SILVA BARRETO<sup>1</sup>  
*1.AOSID, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGUES, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO060 - ESTUDO DE UMA SÉRIE DE PACIENTES SUBMETIDAS A CIRURGIA DE DELORME: ANÁLISE DEMOGRÁFICA E MORBIMORTALIDADE**  
ALEXANDRE LOPES CARVALHO<sup>1</sup>; DARCY MURITIBA JUNIOR<sup>1</sup>; EDUARDO FONSECA FILHO<sup>2</sup>; PAULO FREDERICO COSTA<sup>2</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO SILVA BARRETO<sup>1</sup>  
*1.AOSID, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGUES, SALVADOR, BA, BRASIL.*

- PO061 - USO DO HEMORPEX NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA**  
VANESSA LOUREIRO DUAILIBI  
*CONSULTÓRIO MÉDICO, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.*
- PO062 - COMPARAÇÃO ENTRE FECHAMENTO PRIMÁRIO E POR SEGUNDA INTENÇÃO APÓS EXÉRESE DE CISTO PILONIDAL**  
MARCELO BERMUDEZ; LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL; MARGARETH DA ROCHA FERNANDES;  
MARIA BEATRIZ ALVEZ DOS SANTOS; JOSÉ FRANCISCO DE MATTOS FARAH  
*UNICID, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO063 - A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO ECOGRÁFICA NAS FÍSTULAS PERIANAIS**  
VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES; RICARDO LUIZ DOS SANTOS GARCIA; PAULO HENRIQUE PISI; FELIPE ATTIE AKL; SABINA APARECIDA ALVAREZ PAIVA  
*SERVIÇO DE ULTRASSONOGRRAFIA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL - PROCTUS, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO064 - USO DE LASER DE CO2 NA MUCOSECTOMIA À DELORME, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROCIDÊNCIA DO RETO**  
JOSÉ HOMERO SOARES; ANA CRISTINA INAMINE  
*CONSULTÓRIO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO065 - RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL - ASPECTOS TÉCNICOS E RESULTADOS EM 11 PACIENTES**  
JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; CARLOS WALTER SOBRADO JR  
*IGOP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO066 - ANÁLISE DE DADOS MANOMÉTRICOS EM PORTADORES DE FÍSTULA PERIANAL**  
ISAAC JOSÉ FELIPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO067 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS RESULTADOS DE MANOMETRIA ANORRETAL REALIZADAS NO HOSPITAL SANTA MARCELINA, SP**  
ISAAC JOSÉ FELIPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO068 - PROCIDÊNCIA RETAL - RELATO DE CASO**  
ISABELLA POLIMENO MAZZUCATTO; DIOGO AMARO DOMIGUES DE OLIVEIRA; SÉRGIO HENRIQUE COUTO HORTA; ALEXANDRE CRUZ HENRIQUES; JAQUES WAISBERG; SILVIA KHARMANDAYAN  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*
- PO069 - BIOFEEDBACK PARA O TRATAMENTO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL POR ANISMUS**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO070 - MANOMETRIA ANORRETAL NA INVESTIGAÇÃO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO071 - ANÁLISE MANOMÉTRICA ANORRETAL DOS PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO CRÔNICA.**  
DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIANES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*



- PO072 - AVALIAÇÃO MANOMÉTRICA DOS PACIENTES COM FISSURA ANAL NO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS SALVADOR - BA**  
DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO073 - ANÁLISE MANOMÉTRICA DE PORTADORES DE OSTOMIA INTESTINAL EM PRÉ OPERATÓRIO PARA RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO DIGESTIVO**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; JORDANA BOTELHO CARVALHO; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO074 - REPARO TRANSANAL DE RETOCELE E MUCOSECTOMIA RETAL COM GRAMPEADOR CIRCULAR (TRREMS) – COMPLICAÇÕES PRECOSES E EFICÁCIA: SÉRIE INICIAL DE CASOS**  
MARIA CRISTINA SARTOR<sup>1</sup>; JULIANA FERREIRA MARTINS<sup>2</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>2</sup>; RENATO VISMARA ROPELATO<sup>2</sup>; JULIANA MARQUES FERREIRA<sup>1</sup>; VINICIUS RESENDE ABOU-REJAILE<sup>2</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>2</sup>  
*1.CLÍNICA LUCANO, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PO075 - MANOMETRIA ANORRETAL: ANÁLISE DE PACIENTES DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS COM QUEIXA DE DOR ANAL**  
ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; MARCUS VINICIUS CASTRO DE OLIVEIRA LOPES; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO076 - MANOMETRIA ANORRETAL: ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS COM INCONTINÊNCIA ANAL.**  
ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; ADIL JOSÉ DUARTE FILHO; JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO077 - PROLAPSO TOTAL DO RETO ASSOCIADO A ADENOMA VOLUMOSO**  
ANA CAROLINA PEREIRA DE SOUSA; ELISANGELA PLAZAS MONTEIRO  
*HOSPITAL CRUZ AZUL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO078 - EXPERIÊNCIA INICIAL COM A NEUROMODULAÇÃO SACRAL PARA O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL.**  
LUCIA CAMARA OLIVEIRA<sup>1</sup>; JOSÉ MARCIO JORGE<sup>2</sup>  
*1.SERVIÇO DE FISILOGIA ANORRETAL DO RIO DE JANEIRO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.PRIVADA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO079 - RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE POLIPOSE HIPERPLÁSICA**  
GABRIELA NOLASCO FARDIN; ADRIANA FREIRE SENA; THIAGO ALMEIDA FLAUZINO; LEONARDO REUTER MOTA GAMA; FLAVIA LEMOS MOURA RIBEIRO; GIOVANNI ZUCOLOTO LOUREIRO; LUCIANO NOGUEIRA GAMA; ROSSINI CIPRIANO GAMA  
*VITÓRIA APART HOSPITAL, VITÓRIA, ES, BRASIL.*
- PO080 - HÉRNIA INTERNA APÓS CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA (VLP) – RELATO DE CASO**  
TALITA VILA MARTINS; PALOMA FORELL FAMER; ANTONELLA FURQUIM CONTE; CLEBER ALLEN NUNES; KAREN MALLMANN; JOSÉ VINICIUS CRUZ  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

- PO081 - CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: EXPERIÊNCIA INICIAL**  
FÁBIO RAMOS TEIXEIRA<sup>1</sup>; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA<sup>2</sup>; JUVENAL ROCHA TORRES NETO<sup>1</sup>; ALEX RODRIGUES MOURA<sup>1</sup>  
*1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO, SE, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIÓ, AL, BRASIL.*
- PO082 - EXTRAÇÃO TRANSVAGINAL DO ESPÉCIME CIRÚRGICO EM VIDEOLAPAROSCOPIA COLORRETAL**  
FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; FABIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER; VALDIVINO ALVES FILHO; BRUNO ALCANTARA CASTILHO; MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO; VINICIUS PIRES RODRIGUES; RODRIGO ALMEIDA PAIVA  
*HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO083 - A ENDOMETRIOSE RETOSSIGMOIDEANA PODE SER CONSIDERADA UM FATOR DE RISCO PARA O ACOMETIMENTO DO APÊNDICE EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA?**  
RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA<sup>1</sup>; FREDERICO JOSÉ SILVA CORRÊA<sup>2</sup>; JOSENICE DE ARAÚJO SILVA GOMES<sup>2</sup>; LUCIANA FERREIRA POTIGUARA AMADOR DE SOUSA<sup>2</sup>; CLAUDIA ESTELA MACIEL DÁVALOS<sup>2</sup>  
*1.UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2.CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ENDOMETRIOSE, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- PO084 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR FITOBEZOAR APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE CASO**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; GLAUCO LEONEL PERTICARRARI OSORIO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO085 - PROCEDIMENTO DE ALTEMEIER – TRATAMENTO DE ESCOLHA PARA PROLAPSO DE RETO EM PACIENTES COM MÚLTIPLAS COMORBIDADES**  
IGOR DE SOUZA FERNANDES; YARA LIMA DE MENDONÇA; ANDRES PESSOA PANDELO; RONALDO HUGO PETROSEMOLO; VIVIANE CASTRO SOUZA PASSOS  
*HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO086 - CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE: MUCOCELE DO APÊNDICE.**  
ANDRÉ FIGUEIREDO ACCETTA; ITALO ACCETTA; PIETRO ACCETTA; EDUARDO CORTEZ VASSALO; MARCELO SA ARAUJO; RODRIGO MELLO FERREIRA; MEG DE CARVALHO SOARES  
*UFF, NITEROI, RJ, BRASIL.*
- PO087 - CARCINÓIDE DE RETO: RELATO DE DOIS CASOS**  
DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA; CATARINE ABDELNOUR HOEPPNER; HALLAN DOUGLAS BERTELLI  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO088 - GIST: RELATO DE DOIS CASOS**  
DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; DAYANE KARINA LAU DO PRADO; FELIPE SANTOS DO NASCIMENTO; JULIANA SANTOS VALENCIANO; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO089 - PARACOCCIDIOMICOSE COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO PERFURATIVO**  
DANILO TOSHIO KANNO; TIAGO CASTILHO MENDONÇA; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; ANA PAULA PIMENTEL SPADARI; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO090 - TUBERCULOSE INTESTINAL SEM ACOMETIMENTO PULMONAR: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; TIAGO CASTILHO MENDONÇA; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

- PO091 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO; DANIELA TIEMI SATO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; ANA PAULA PIMENTEL SPADARI; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO092 - VOLVO DE SIGMÓIDE E CARCINÓIDE DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO<sup>1</sup>; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA<sup>1</sup>; MAYARA VIEIRA MURAD<sup>2</sup>; PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA<sup>1</sup>; JULIANA SANTOS VALENCIANO<sup>1</sup>; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO<sup>1</sup>; RONALDO NONOSE<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO093 - SITUAÇÃO DA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO E HOSPITAL SÃO CARLOS, CEARÁ.**  
LUSMAR VERAS RODRIGUES; STHELA MARIA MURAD-REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO; MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA; FABIO SANTIAGO RODRIGUES; LARA BURLAMAQUI VERAS; BRENO AUGUSTO CARDOSO BARROSO  
*HUWC/UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- PO094 - GRANULOMA PIOGÊNICO DE RETO SIMULANDO NEOPLASIA MALIGNA**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES<sup>1</sup>; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO<sup>1</sup>; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO<sup>1</sup>; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES<sup>1</sup>; NIKOLAY COELHO MOTA<sup>1</sup>; FABIO GOMES TEIXEIRA<sup>1</sup>; BRUNO BARRETO FIGUEIREDO SOARES<sup>2</sup>; JESSICA MENDES PAZ<sup>2</sup>  
*1.UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2.UNICEUMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*
- PO095 - PNEUMATOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; THIAGO GONÇALVES SILVEIRA; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO096 - INTUSSUSCEPÇÃO EM ADULTO POR TUMOR CARCINÓIDE DE INTESTINO DELGADO - RELATO DE CASO**  
RAFAEL ALICEDA FERRAZ; GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM; MATEUS DE ALMEIDA MOREIRA DA SILVA; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA; CRISTIAN DE GUIDIO PERES; SILVIO LUIZ ALVES TEODORO; FERNANDA RIBEIRO DANZIERE  
*SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS, SP, BRASIL.*
- PO097 - GIST GÁSTRICO GIGANTE - RELATO DE UM CASO**  
RAFAEL ALICEDA FERRAZ; GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; MATEUS DE ALMEIDA MOREIRA DA SILVA; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA; HENRIQUE BERNARDES; DEBORAH TEIXEIRA ALMEIDA MINHONI; FERNANDA RIBEIRO DANZIERE  
*SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS, SP, BRASIL.*
- PO098 - INTUSSUSCEPÇÃO POR LEIOMIOMA DE INTESTINO DELGADO - RELATO DE CASO**  
RAFAEL ALICEDA FERRAZ; GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; MATEUS DE ALMEIDA MOREIRA DA SILVA; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA; CRISTIAN DE GUIDIO PERES; SILVIO LUIZ ALVES TEODORO; RICARDO ESTEFANI  
*SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS, SP, BRASIL.*
- PO099 - TUMOR DESMOPLÁSICO DE PEQUENAS CÉLULAS REDONDAS – RELATO DE CASO**  
DIEGO CEZAR DA SILVA PECHUTTI; ALEXANDRE BAKONYI NETO; CRISTIANO CLAUDINO OLIVEIRA  
*FMB - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.*

- PO100 - POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR - RELATO DE CASO**  
BRUNO ALCANTARA CASTILHO<sup>1</sup>; FABIO LOPES QUEIROZ<sup>1</sup>; PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER<sup>1</sup>;  
ANTONIO LACERDA FILHO<sup>2</sup>; RODRIGO ALMEIDA PAIVA<sup>1</sup>; FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; MARIA  
EMILIA CARVALHO CARVALHO<sup>1</sup>; VINICIUS PIRES RODRIGUES<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO/DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO101 - APENDICITE AGUDA DECORRENTE DA INGESTA DE CORPO ESTRANHO.**  
JOSÉ INACIO ALMEIDA NETO; BRUNA SCHWAN GUERINI; FELIPE FERNANDES NOGUEIRA DE  
ALMEIDA  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS RADAMÉS NARDINI, MAUÁ, SP, BRASIL.*
- PO102 - SÍNDROME DO PINÇAMENTO AORTO-MESENTÉRICO – RELATO DE CASO**  
TALITA VILA MARTINS; PALOMA FORELL FAMER; ANTONELLA FURQUIM CONTE; DANIEL DE BARCELLOS AZAMBUJA; KAREN MALLMANN; JOSÉ VINICIUS CRUZ  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- PO103 - TROMBOSE DE VEIA MESENTÉRICA: RELATO DE CASO**  
CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; MARCOS GONÇALVES DE ALMEIDA; ALICE MOREIRA DIAS; MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO104 - ADENOMA VILOSO GIGANTE DE RETO - RELATO DE CASO**  
MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS; NUALA MAIA DA FONSECA; PAULA GUIMARÃES RODRIGUES; ANTONIO CARLOS MIRANDA; FABIO JOSÉ TELES; DINA MARTINS RODRIGUES; ADRIANA MARTINS RANGEL  
*HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO105 - CORPO ESTRANHO NO RETO: RELATO DE DOIS CASOS**  
CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA; MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; ALICE MOREIRA DIAS; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO106 - ENDOMETRIOSE EM RETO: RELATO DE CASO NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - SALVADOR - BA**  
DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO107 - RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS**  
ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MARCUS VINICIUS CASTRO DE OLIVEIRA LOPES; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; INDIRA LIMA SERRA; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA; BRUNO FREIRE MARGOTTI  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO108 - HEMORRAGIA DISGESTIVA CAUSADA POR GIST DE JEJUNO – RELATO DE CASO**  
GUSTAVO URBANO; OMAR FÉRES; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; ROGÉRIO SERAFIM PARRA; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO; VIVIAN REGINA GUZELA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

- PO109 - TUMOR DESMÓIDE PARARRETAL EM POLIPOSE MÚLTIPLA**  
CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA; ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; CAMILA PREAZZOLI; VANESSA FORESTO MACHADO; GUSTAVO BOTEAGA DE SOUZA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO110 - PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL IDIOPÁTICA CRÔNICA**  
GUSTAVO BOTEAGA DE SOUZA; VANESSA FORESTO MACHADO; ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; CAMILA PREAZZOLI; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO111 - TUMOR RETRORETAL - RELATO DE DOIS CASOS**  
CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; MARIANA ANDRADE CARVALHO; GABRIEL DE CARVALHO CUNHA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO112 - CARCINOMA BASOCELULAR DE PELE PERIANAL: RELATO DE CASO.**  
MARIANA SANO GAROTTI; EDUARDO ROSETTI FILHO; JOÃO CARLOS MAGI; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO113 - TUMOR CARCINÓIDE DE ÍLEO TERMINAL: APRESENTAÇÕES DISTINTAS DE UM MESMO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO.**  
MARIANA SANO GAROTTI; CAROLINA GASTALDELLI; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; ANDRÉ LUIGI PINCINATO; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO114 - ENTEROSCOPIA ASSISTIDA POR “DEVICE” – CASUÍSTICA DOS PRIMEIROS 500 PROCEDIMENTOS NUM ÚNICO CENTRO**  
MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; ROLANDO TAVEIRA PINHO; EDUARDO SERRA OLIVEIRA  
*MANOPH - INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.*
- PO115 - ADENOCARCINOMA DE RETO INFERIOR ASSOCIADO A ONCOCITOMA RENAL: RELATO DE CASO.**  
ROBERTO CARLOS GUANDALINI JR.; EDUARDO ROSETTI FILHO; JOÃO CARLOS MAGI; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO116 - AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE PELO POSSUM E P-POSSUM COMO INDICADOR DE QUALIDADE EM CIRURGIAS COLORRETAIS**  
MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO; FABIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR CARVALHO LAMONIER; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA; MARCELO GIUSTI WERNECK CÔRTEZ; BRUNO ALCANTARA CASTILHO; FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; VINICIUS PIRES RODRIGUES  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO117 - REVISÃO DE 37 PACIENTES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO INTESTINAL NO HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI DE CAMPINAS NO PERÍODO DE 3 ANOS**  
GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; BRUNO PEREIRA NEVES; DECIO BERGAMINI VIERA; GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO MORAES  
*HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO118 - PROCIDÊNCIA DE RETO TRATADA PELA CIRURGIA DELORME**  
RENATO VALMASSONI PINHO<sup>1</sup>; CAROLINA GOMES GONÇALVES<sup>2</sup>; FABIANA MARQUES FERNANDES<sup>1</sup>; SILVANO SADOWSKI<sup>1</sup>; GIOVANNI BOSIO MAGGI<sup>1</sup>; MARCELO TORTELLI BAVARESCO<sup>1</sup>; LUCAS THA NASSIF<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.FACULDA DE MEDICINA POSITIVO, CURITIBA, PR, BRASIL.*

**PO119 - RELATO DE CASO: POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR**

ANDRÉ PANTAROTO<sup>1</sup>; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA<sup>1</sup>; MÁRIO PANTAROTO<sup>1</sup>; HELENA SOARES DE CAMARGO PANTAROTO<sup>2</sup>; MANOELA DOS SANTOS MEZZACAPPA<sup>1</sup>; MARCELA BRASIL FORTUNATO<sup>1</sup>; ALESSANDRA PRESOTTI CORREIA<sup>1</sup>

1.FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL; 2.NAPD NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.

**PO120 - VOLVO DE ÍLEO TERMINAL EM PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE CASO**

FABIO RAMOS TEIXEIRA<sup>1</sup>; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA<sup>2</sup>; JUVENAL ROCHA TORRES NETO<sup>1</sup>; ALEX RODRIGUES MOURA<sup>1</sup>

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO, SE, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIÓ, AL, BRASIL.

**PO121 - PROCIDÊNCIA DE RETO COM HÉRNIA DE EPÍPLON ASSOCIADA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

ISABELA DIAS MARQUES CRUZ<sup>1</sup>; FLAVIA RIBEIRO FIDELIS<sup>1</sup>; LINA MARIA GOES CODES<sup>1</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; ALINE LANDIM MANO<sup>1</sup>; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA<sup>1</sup>; EULER MEDEIROS AZARO<sup>1</sup>

1.HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO, SALVADOR, BA, BRASIL.

**PO122 - ENDOMETRIOSE PERIANAL – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

FLAVIA RIBEIRO FIDELIS; ISABELA DIAS MARQUES CRUZ; ALINE LANDIM MANO; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA; LINA MARIA GOES CODES; EULER MEDEIROS AZARO

HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

**PO123 - TÉCNICA DE CERCLAGEM ANAL COM USO DE TELA DE POLIPROPILENO COMO ALTERNATIVA PARA PACIENTES IDOSOS OU COM COMORBIDADES NO TRATAMENTO DO PROLAPSO RETAL – ANÁLISE DE 11 CASOS.**

ORLANDO CONTRUCCI<sup>1</sup>; FELIPE PORTELLA<sup>1</sup>; GUILHERME AGUSTIN LOUZADA PEREDA<sup>2</sup>; CAROLINE MOTTA AGUIAR<sup>2</sup>; DEBORA AGOSTINI PESSOA DA COSTA<sup>2</sup>; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOU<sup>2</sup>

1.SANTA CASA DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**PO124 - REPOSICIONAMENTO DE COLOSTOMIA SEM LAPAROTOMIA MEDIANA**

THAIS YUKA TAKAHASHI; FANG CHIA BIN; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; SUZANA LIMA TORRES; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; PERETZ CAPELHUCHNIK; WILMAR ARTUR KLUG

SANTA CASA DE MISERICORDIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**PO125 - RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA DE ENTEROBACTÉRIAS ISOLADAS NOS PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA GERAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE**

CAMILA ROCHA CRUZ; ÁLVARO BANDEIRA FERRAZ; CLAUDIA LACERDA VIDAL; ANA ALBERTINA ARAÚJO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS, RECIFE, PE, BRASIL.

**PO126 - COLITE ISQUÊMICA: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS E MANEJO NO PACIENTE GRAVE**

NAGAMASSA YAMAGUCHI; JOSÉ EDUARDO GONÇALVES; FABIO YORIAKI YAMAGUCHI; PRISCILA LARA NOGUEIRA; ADERSON ARAGÃO MOURA; JOÃO PAULO BARRETO DA CUNHA; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; DAYANNE DE LIMA VEIGA

IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**PO127 - LINFOMA PLASMOBLÁSTICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORAÇÃO PERINEAL**

PAULA GUIMARÃES RODRIGUES<sup>1</sup>; NUALA MAIA DA FONSECA<sup>1</sup>; MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS<sup>1</sup>; FABIO JOSÉ TELES<sup>1</sup>; HENRIQUE NUNES PECEGO<sup>2</sup>; ANTONIO CARLOS MIRANDA<sup>1</sup>; DINA MARTINS RODRIGUES<sup>1</sup>

1.HOSPITAL MUNICIPAL PIEDADE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.HOSPITAL ESTADUAL PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

- PO128 - BENEFÍCIO DA RESSECÇÃO PARCIAL DE TUMOR DESMÓIDE ABDOMINAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GARDNER**  
SUZANA LIMA TORRES; FANG CHIA BIN; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; THAIS YUKA TAKAHASHI; MARÍLIA DOS SANTOS FERNANDES; PERETZ CAPELHUCHNIK; ANTÔNIO JOSÉ GONÇALVES  
*SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO129 - PRESERVAÇÃO DOS OVÁRIOS E GRAVIDEZ APÓS CIRURGIA CITORREDUTORA E QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL NO PSEUDOMIXOMA PERITONEAL.**  
RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA; VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; ANA CAROLINA PARUSOLO ANDRÉ; RANIERE LEONARDO DE ANDRADE SANTOS; BERNADO HANAN; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO130 - APRESENTAÇÃO NÃO USUAL DE FÍSTULA APÓS FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA EM ALÇA – RELATO DE CASO**  
VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANDRÉ GATTO; HENRIQUE SABOIA; GIANA CAROLINE STRACK NEVES; ANTONIO BALDIN JUNIOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; RENATO ARAUJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PO131 - TUMOR DE ÍLEO INCIDENTAL-PÓLIPO FRIBRÓIDE INFLAMATÓRIO**  
JORGE BENJAMIN FAYAD; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; RENATA ROCHA BARBI; RINALDO PRATES PERIARD; MARCELO NEVES CARVALHO; PRICILA RIBEIRO BRISOLARA  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO132 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DISTÚRBIO ANATÔMICO DO ASSOALHO PÉLVICO.**  
RINALDO PRATES PERIARD; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; MARCELO NEVES CARVALHO; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; RENATA ROCHA BARBI; JORGE BENJAMIN FAYAD; PRICILA RIBEIRO BRISOLARA  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO133 - CIRURGIA DE ALTEMEIER NA EMERGÊNCIA**  
PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI<sup>1</sup>; WASHINGTON SÉRGIO GONÇALVES MILEZI<sup>2</sup>; JORGE BENJAMIN FAYAD<sup>1</sup>; RINALDO PRATES PERIARD<sup>1</sup>; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO<sup>1</sup>; RENATA ROCHA BARBI<sup>1</sup>; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO<sup>1</sup>; MARCELO NEVES CARVALHO<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO, TERESÓPOLIS, RJ, BRASIL.*
- PO134 - LIPOMA DE CÓLON TRANSVERSO SIMULANDO NEOPLASIA MALIGNA COLORRETAL**  
MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; FANG CHIA BIN; THAIS YUKA TAKAHASHI; PAULO DE AZEREDO CANDELÁRIA; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; KARINA DAGRE MAGRI  
*SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO135 - TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DO MESENTÉRIO**  
CAROLINE VILELA NASCIMENTO; GUSTAVO TRAVAGLIA SANTOS; EDUARDO GOMES SOUZA; OLÍMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA  
*HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- PO136 - ALTERAÇÕES TOMOGRÁFICAS NA ISQUEMIA MESENTÉRICA EM PACIENTE NO PÓS OPERATÓRIO DE CORREÇÃO DE ANEURISMA AORTOILIACO ROTO - RELATO DE CASO.**  
FÁBIO PIOVEZAN FONTE; ROGÉRIO TADEU PALMA; AGEU DE LIMA VALVERDE; PAULO MONTE ALEGRE DE OLIVEIRA; MARIANA CHRISTINA FREUA; AGENOR JOSÉ VASCONCELOS COSTA; MARTA OSÓRIO DE MORAES  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*

- PO137 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA DEVIDO A TUMOR GLÔMICO DE ILEO: RELATO DE CASO**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES<sup>1</sup>; FABIO GOMES TEIXEIRA<sup>1</sup>; JULIANA DE CARVALHO VASCONCELOS<sup>1</sup>; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO<sup>1</sup>; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO<sup>1</sup>; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES<sup>1</sup>; NIKOLAY COELHO MOTA<sup>1</sup>; BRUNO BARRETO FIGUEIREDO SOARES<sup>2</sup>  
*1.UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2.UNICEUMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*
- PO138 - SÍNDROME DE GARDNER ASSOCIADO A TUMOR DESMÓIDE**  
PAULO BOARINI; LUCAS RODRIGUES BOARINI; EDGARD MESQUITA LIMA; FABIO AFONSO P. C. MONTEIRO; PATRICIA DEL CORONA CAVALCANTI  
*HOSPITAL VITORIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO139 - CIRURGIA DE ALTEMEIER NO ENCARCERAMENTO RETAL**  
ANTONIO EDNARDO DE SOUZA; NADJA KAMILA DA SILVA RODRIGUES OLIVEIRA E SANTOS  
*HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU, IGUATU, CE, BRASIL.*
- PO140 - ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DA SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR DE ORIGEM GESTACIONAL**  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI; ARISTIDES MANOEL SANTOS BRAGHETO; ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA; ISADORA MATIAS DE BARROS BUENO; CAROLINA SIQUEIRA MARTINS; LILIANA HANA ICHINOHE; VICTOR CASEMIRO D'INCAO SANCHEZ  
*PUC CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO141 - INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-ILEAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS: RELATO DE CASO**  
MAIRO GROSSI MORATO; FERNANDA NUNES DE CASTRO; RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA; ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS; JOÃO BATISTA DE SOUSA; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- PO142 - ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR PERITONITE ENCAPSULANTE**  
VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES; SARAH LICHTI PAIVA; MURILO OLIVEIRA FERANDES; GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU  
*HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATE, SP, BRASIL.*
- PO143 - PNEUMATOS INTESTINAL ASSOCIADA A OBSTRUÇÃO INTESTINAL E DPOC**  
VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES; SARAH LICHTI PAIVA; GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU; MURILO OLIVEIRA FERANDES  
*HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATE, SP, BRASIL.*
- PO144 - ADENOCARCINOMA ANOPERINEAL : RELATO DE CASO**  
LÍLIAN SOUZA ARAÚJO; CLAUDIA ROSALI ESMERALDO; CAMILA ROCHA CRUZ; CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA; MAURÍCIO JOSÉ MATOS SILVA; ALINE DAVID SILVA; JOSEANE CANTON; BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES  
*HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*
- PO145 - INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCECAL EM ADULTO POR LESÃO POLIPÓIDE**  
ANTONIO EDNARDO DE SOUZA; NADJA KAMILA DA SILVA RODRIGUES OLIVEIRA E SANTOS  
*HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU, IGUATU, CE, BRASIL.*
- PO146 - EVISCERAÇÃO INTESTINAL POR ORÍFICIO DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO**  
VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES; MURILO OLIVEIRA FERANDES; SARAH LICHTI PAIVA; GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU  
*HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATE, SP, BRASIL.*



- PO147 - PROTÓTIPO DE UM SISTEMA MÓVEL PARA A EXTRAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS EM FRAGMENTOS DE IMAGEM DE TECIDO CÓLICO**  
HUEI DIANA LEE<sup>1</sup>; JEFFERSON TALES OLIVA<sup>1</sup>; ANDRÉ GUSTAVO MALETZKE<sup>1</sup>; RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>1</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>2</sup>; JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>2</sup>; FENG CHUNG WU<sup>1</sup>  
*1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO148 - RELATO DO CASO: INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL COLO-COLÔNICA POR PÓLIPO EM PACIENTE ADULTO**  
FRANCISCO ARAUJO DIAS; MARIO LUIZ QUINTAS  
*HOSPITAL ESTADUAL DA VILA ALPINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO149 - TUMOR DESMÓIDE EM POUCH ILEAL**  
PATRÍCIA ZACHARIAS<sup>1</sup>; PETERSON FASOLO BILHAR<sup>2</sup>; MYRIAN VELOSO WISNIEWSKI<sup>3</sup>; SUELIN PEREIRA<sup>3</sup>; JEAN CARLO BARBOSA<sup>3</sup>; JOSÉ EMÍLIO MENEGATTI<sup>1</sup>; ANDRÉ PEREIRA WESTPHALEN<sup>1</sup>  
*1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2. HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL.*
- PO150 - “TAIL GUT CYST”: RELATO DE CASO**  
GABRIEL GARBATO; LUIS CESAR FERNANDES; ELIZABETH DEAK; DELCIO MATOS; SARHAN SYDNEY SAAD; DANIEL MORAES DOMINGOS  
*ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO151 - APENDICITE AGUDA COMPLICADA POR ENDOMETRIOSE. RELATO DE CASO.**  
STEPHANIE SANTIN; MURILLO LIMA FAVARO; SILVIO GABOR; RENATA CHRISTINE ALVES OLIVEIRA; MARCELO AUGUSTO FONTENELLE RIBEIRO JUNIOR  
*UNIVERSIDADE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO152 - RELATO DE CASO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A MEGACÓLON CHAGÁSICO AVANÇADO**  
LAIS ROBERTA GARCIA BERNARDINI; LUCIANA FREIRE GAVINO; RENATO KATIPIAM GIRON; CAROLINE VON ABEL DE SOUSA; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*
- PO153 - COLITE HEMORRÁGICA POR CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**  
VANESSA FORESTO MACHADO; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; CAMILA PREAZZOLI; ROGÉRIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO154 - TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN COM IMPLANTES EM MÃOS E LÁBIOS**  
CASSIO ALFRED BRATTIG CANTÃO; BRUNO ZENE MOTTA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; CAMILA PREAZZOLI; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO155 - TRATAMENTO TÓPICO DE CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE DA MARGEM ANAL**  
JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; RINALDO PRATES PERIARD; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; RENATA ROCHA BARBI; JORGE BENJAMIN FAYAD; MARCELO NEVES CARVALHO; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; PRICILA RIBEIRO BRISOLARA  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

- PO156 - FÍSTULA ANORRETAL POR SCHISTOSSOMA MANSONI: RELATO DE CASO**  
SILVIA MAMPRIM PADOVESE; DÉBORA YURI SATO; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; MARIO ANTONIO FERRARI; MARIANA OKINO MITUO; LUIZ SÉRGIO RONCHI; JOÃO GOMES NETINHO  
*HOSPITAL DE BASE, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO157 - FÍSTULA DUODENO-COLÔNICA EM PACIENTE COM MUCORMICOSE APÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA - RELATO DE CASO**  
HENRIQUE SABOIA; VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANDRÉ GATTO; MARCO ANTONIO BITENCOURT; ANTONIO BALDIN JUNIOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; RENATO ARAUJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PO158 - GRANULOMA PARASITÁRIO: RELATO DE CASO**  
MARIANA OKINO MITUO<sup>1</sup>; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE<sup>1</sup>; MARIO ANTONIO FERRARI<sup>1</sup>; SILVIA MAMPRIM PADOVESE<sup>1</sup>; JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO<sup>1</sup>; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO<sup>2</sup>; JOÃO GOMES NETINHO<sup>1</sup>  
*1.FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL;*  
*2.HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO159 - ESQUISTOSSOMOSE PSEUDOTUMORAL DE RETO – RELATO DE CASO**  
ALEXANDRE LOPES CARVALHO<sup>1</sup>; DARCY MURITIBA JUNIOR<sup>1</sup>; EDUARDO FONSECA FILHO<sup>2</sup>; PAULO FREDERICO COSTA<sup>2</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO SILVA BARRETO<sup>1</sup>  
*1.AOSID, SALVADOR, BA, BRASIL;* *2.HOSPITAL PORTUGUÊS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO160 - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA LESÃO SIFILÍTICA EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDO**  
PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; JORGE BENJAMIN FAYAD; RINALDO PRATES PERIARD; RENATA ROCHA BARBI; CHRISTIAN SPALLA LEPESTEUR MOREIRA; JOAQUIM TIAGO LELES DE JESUS  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO161 - DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA CONCOMITANTE DO CÓLON**  
ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES; SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA; DANIELLA NUNES CAMARGO; DANILO ALVES ANDRADE; JONICE BLASIOLI COSTA; LARA ZANCANER UETA; WANESSA DE LOURDES PINTO  
*PUC CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO162 - RELATO DE CASO: HIDROADENITE SUPURATIVA**  
ESTHER ANDRADE RODRIGUES; VIRGINIO CANDIDO TOSTA DE SOUZA; ELISIO MEIRELLES DE MIRANDA; CARLOS ROBERTO AMORIM; NÍCOLAS BIAGIONE TIBURZIO  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBANIO, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL.*
- PO163 - INFECÇÃO POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS SIMULANDO RETITE ULCERATIVA INESPECÍFICA**  
CARMEN RUTH MANZIONE; SIDNEY ROBERTO NADAL; LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL  
*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO164 - CANCRO SIFILÍTICO SIMULANDO TUMOR DO RETO**  
CARMEN RUTH MANZIONE; SIDNEY ROBERTO NADAL; LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL  
*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO165 - TUMOR DE BUSCHKE – LÖWENSTEIN EM ASSOCIAÇÃO COM CARCINOMA ESPINOCELULAR. RELATO DE CASO**  
MARINA GABRIELLE EPSTEIN; LUIZ VAGNER SIPRIANI JUNIOR; BENJAMIN MARCELO HWANG; MAYTE SOARES; ARIADNE DUTRA OLIVEIRA; MURILLO LIMA FAVARO; LEANDRO TEIXEIRA ROCHA; MARCELO AUGUSTO FONTENELLE RIBEIRO JUNIOR  
*UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- PO166 - TRATAMENTO DO HPV ANAL E PERIANAL COM PLASMA DE ARGÔNIO**  
EDUARDO ANGELO BRAGA; TARCIZO AFONSO NUNEZ  
*UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO167 - ASSOCIAÇÃO ENTRE CÂNCER COLORRETAL E O TIPO SANGUÍNEO (SISTEMAS ABO E RH)**  
CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE<sup>1</sup>; JOÃO PAULO PRETTI FANTIN<sup>1</sup>; PEDRO HENRIQUE MORIGUCHI CAÇÃO<sup>2</sup>; JOÃO GOMES NETINHO<sup>1</sup>; MARIO ANTONIO FERRARI<sup>3</sup>; MARIANA OKINO MITUO<sup>3</sup>; SILVIA MAMPRIM PADOVESE<sup>3</sup>; JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO<sup>3</sup>  
*1.HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO168 - TUMOR ESTROMAL GASTRINTESTINAL DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASOS**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO169 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE PACIENTES OPERADOS POR ADENOCARCINOMA COLORRETAL COM INVASÃO DA PAREDE ATÉ A CAMADA MUSCULAR COM ACOMETIMENTO LINFONODAL**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO170 - TUMOR CARCINÓIDE DE APÊNDICE CECAL: INCIDÊNCIA NO ANO DE 2011 NO HOSPITAL SANTA MARCELINA**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; RAFAEL EDUARDO DOMINGUES MARQUES; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO171 - CÂNCER AVANÇADO: ESCOLHAS DIFÍCEIS**  
MARIA CRISTINA DEFÁVERI FIGUEIRA; PAULO CESAR DE CASTRO JUNIOR; JULIA REZENDE SCHLINZ; MARLLUS BRAGA SOARES; ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; FRANCISCO LOPES PAULO; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO172 - RELATO DE CASO: METÁSTASE ESPLÊNICA ISOLADA EM CÂNCER DO CÓLON**  
GABRIEL DE CARVALHO CUNHA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; MARIANA ANDRADE CARVALHO  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO173 - ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR NEOPLASIA DE CÓLON DIREITO EM PACIENTE COM DOENÇA DE CHRON: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; JULIANA SANTOS VALENCIANO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO174 - É POSSÍVEL PREVER SOBREVIVÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL ESTADIO IV?**  
FERNANDA BELLOTTI FORMIGA<sup>1</sup>; MARINEIDE PRUDÊNCIO DE CARVALHO<sup>2</sup>; WILMAR ARTUR KLUG<sup>1</sup>; FANG CHIA BIN<sup>1</sup>  
*1.IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - DEPTO CIRURGIA, ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SERVIÇO DE ONCOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- PO175 - LESÃO METASTÁTICA DE CÓLON ASSOCIADO A CARCINOMATOSE PERITONEAL ORIGINADA DE CARCINOMA PRIMÁRIO DE MAMA – RELATO DE CASO**  
ANDRÉ BARRETO SILVA; RICARDO LIRA REIS; IGOR DIAZ YAMANE; CAROLINA CHACON CONSENTINO; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO AGUIAR PUPO NETO  
*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO176 - NEOPLASIA DE CÓLON TRANSVERSO EM PACIENTE ABAIXO DE 40 ANOS: RELATO DE CASO**  
TIAGO CASTILHO MENDONÇA; DANIELA TIEMI SATO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO177 - A UTILIZAÇÃO DO FLAVONÓIDE QUERCETINA-3-GLUCOSÍDEO É SEGURA NA PREVENÇÃO DE CÂNCER DE CÓLON?**  
NATALIA PERES MARTINEZ<sup>1</sup>; A DELLA TORRE<sup>2</sup>; MARIA ELISA MELO DE ARAUJO<sup>1</sup>; ANA LUCIA GOIZ RUIZ<sup>2</sup>; PATRICIA DE OLIVEIRA CARVALHO<sup>1</sup>; DENISE GONÇALVES PRIOLLI<sup>1</sup>; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA<sup>1</sup>; MARIANA ALVES SOBREIRO<sup>2</sup>  
*1.USF, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO178 - PODERIA O DANO OXIDATIVO AO DNA ALTERAR A P53?**  
DENISE GONÇALVES PRIOLLI; JOSÉ RICARDO SCALISE; NATALIA PERES MARTINEZ; ANA LUCIA GOIZ RUIZ  
*USF, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO179 - CONTRIBUIÇÃO DA BIOLOGIA MOLECULAR DOS TUMORES: NECESSIDADE DE TERAPÊUTICA INDIVIDUALIZADA PARA OS ADENOCARCINOMAS DE COLON ESQUERDO E DIREITO.**  
DENISE GONÇALVES PRIOLLI<sup>1</sup>; NATALIA PERES MARTINEZ<sup>1</sup>; ANA MARGARIDA ABRANTES<sup>2</sup>; ANA CRISTINA GONÇALVES<sup>2</sup>; SILVIA NEVES<sup>2</sup>; ANA BELA SARMENTO<sup>2</sup>; JOSÉ AIRES PEREIRA<sup>1</sup>; MARIA FILOMENA BOTELHO<sup>2</sup>  
*1.USF, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DE COIMBRA, COIMBRA, PORTUGAL.*
- PO180 - ADENOCARCINOMA DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE 2 CASOS**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO181 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL ATENDIDOS NO HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO; MARIO ANTONIO FERRARI; SILVIA MAMPRIM PADOVESE; MARIANA OKINO MITUO; LUIZ SÉRGIO RONCHI; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOÃO GOMES NETINHO  
*FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO182 - LESÃO COLÔNICA METASTÁTICA DE SARCOMA MAMÁRIO NO SEXO MASCULINO**  
ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; CAMILA PREAZZOLI; GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; RICARDO LUIZ DOS SANTOS GARCIA; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; OMAR FÉRES; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO183 - PREVALÊNCIA DE ADENOMA EM COLONOSCOPIA PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL**  
BRUNA SCHWAN GUERINI; THIAGO IBIAPINA; MAYRA CRISTINE EMERICK NUNES; CARMEN RUTH MANZIONE; JULIANA MAGALHAES LOPES; MARISTELA GOMES ALMEIDA; VINICIO FALLEIROS; ANTONIO CARLOS BARAVIERA  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- PO184 - MORBIMORTALIDADE DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR NEOPLASIA COLORRETAL EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA – CEARÁ – BRASIL.**  
CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA; THIAGO ALBUQUERQUE MARTINS; RICARDO BEZERRA WALRAVEN; FRANCISCO DE ASSIS COSTA; OLAVO NAPOLEÃO ARAÚJO JÚNIOR; MARCELO LEITE VIEIRA COSTA  
*HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- PO185 - PERFIL DOS PACIENTES COM NEOPLASIA COLORRETAL OPERADOS ELETIVAMENTE EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA – CEARÁ – BRASIL.**  
CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA<sup>1</sup>; THIAGO ALBUQUERQUE MARTINS<sup>1</sup>; BRUNA ROCHA BEZERRA<sup>1</sup>; RICARDO BEZERRA WALRAVEN<sup>2</sup>; FRANCISCO DE ASSIS COSTA<sup>1</sup>; OLAVO NAPOLEÃO ARAÚJO JÚNIOR<sup>1</sup>; MARCELO LEITE VIEIRA COSTA<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.HOSPITAL WALTER CANTÍDEO, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- PO186 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR NEOPLASIA COLORRETAL: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA – CEARÁ – BRASIL.**  
CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA<sup>1</sup>; THIAGO ALBUQUERQUE MARTINS<sup>1</sup>; BRUNA ROCHA BEZERRA<sup>2</sup>; RICARDO BEZERRA WALRAVEN<sup>1</sup>; OLAVO NAPOLEÃO ARAÚJO JÚNIOR<sup>1</sup>; FRANCISCO DE ASSIS COSTA<sup>1</sup>; MARCELO LEITE VIEIRA COSTA<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.HOSPITAL WALTER CANTÍDEO, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- PO187 - EVISCERAÇÃO EM COLOSTOMIA**  
ANDRÉ PANTAROTO<sup>1</sup>; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA<sup>1</sup>; MÁRIO PANTAROTO<sup>1</sup>; HELENA SOARES DE CAMARGO PANTAROTO<sup>2</sup>; MANOELA DOS SANTOS MEZZACAPPA<sup>1</sup>; MARCELA BRASIL FORTUNATO<sup>1</sup>; GABRIEL AUGUSTO BIASI GEROMEL<sup>1</sup>; ALESSANDRA PRESOTTI CORREIA<sup>1</sup>  
*1.FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL; 2.NAPD NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*
- PO188 - IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL NO DIAGNÓSTICO PRECOCE: ANÁLISE RETROSPECTIVA**  
MAURÍLIO RAMOS PAIVA; MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS; LUCIANA MARIA PYRAMO DA COSTA  
*HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO189 - LINFOMA PRIMÁRIO DE CÓLON**  
NAGAMASSA YAMAGUCHI; JOSÉ EDUARDO GONÇALVES; FABIO YORIAKI YAMAGUCHI; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; JOÃO PAULO BARRETO DA CUNHA; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; MARIA EUGÊNIA MITI VALENTIM KIKUTA<sup>1</sup>; PATRICIA MIDORI MASAKAVA  
*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO190 - CAUSA INUSITADA DE DIARRÉIA: METAPLASIA INTESTINAL GÁSTRICA**  
DENISE GONÇALVES PRIOLLI; NATALIA PERES MARTINEZ; JULIO CESAR VALDIVIA  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO191 - MUCOCELE DE APÊNDICE: TRATAMENTO POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**  
ADERSON ARAGÃO MOURA; NAGAMASSA YAMAGUCHI; ROGÉRIO MACHADO CURY; JOSÉ EDUARDO GONÇALVES; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; PRISCILA LARA NOGUEIRA; THIAGO STOCCO AMARAL; DANIEL HENRIQUE MAURO PONTES  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO192 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR NEOPLASIA DE CÓLON DIREITO EM GESTANTE DO 3º TRIMESTRE**  
RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; RANIERE LEONARDO DE ANDRADE SANTOS; VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; ANTONIO LACERDA FILHO; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

- PO193 - PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL OPERADOS NA URGÊNCIA: ANÁLISE CRÍTICA DE RESULTADOS**  
ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; RODRIGO BECKER PEREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*
- PO194 - RELATO DE CASO: HNPCC - PACIENTE DE 22 ANOS COM CCR**  
ISABEL FERREIRA SAENGER; VALERIA CARDOSO PINTO; DANIEL A. DE S. RODRIGUES; NASSER BAH-JAT HAJJ; PEDRO RAFAEL V. CARVALHO  
*HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- PO195 - RELATO DE CASO: SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS EM PACIENTE JOVEM**  
ISABEL FERREIRA SAENGER; VALERIA CARDOSO PINTO; DANILO CESAR DE ARAÚJO; THYESSA NEIVA MARTINS; RODRIGO RODRIGUES ALVES; ISABELLA REGINA VILELLA ANDRADE D' ANGELIS; PAULA TOLENTINO ABDALA  
*HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- PO196 - TUMOR DE CÓLON COMO METÁSTESE DE CÂNCER DE PULMÃO**  
ROBERTA GUIMARÃES PUIG  
*HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO197 - A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE LYNCH – RELATO DE CASO**  
CAMILA ROCHA CRUZ; MAURÍCIO JOSÉ MATOS SILVA; JOSEANE CANTON; ALINE DAVID SILVA; LÍLIAN SOUZA ARAÚJO; CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA; BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES  
*HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*
- PO198 - INVAGINAÇÃO INTESTINAL COM TUMOR DE CÓLON EXTERIORIZADO PELO ÂNUS**  
THAIS YUKA TAKAHASHI; FANG CHIA BIN; WILMAR ARTUR KLUG; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; PERETZ CAPELHUCHNIK; PAULO DE AZEREDO CANDELÁRIA  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO199 - ADENOCARCINOMA SUBMUCOSO DE SIGMÓIDE - ESTADIO CLÍNICO IV**  
BRUNA SCHWAN GUERINI; DANILO DAUD; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER; JOÃO ASSAF SCARELI HADBA; GUILHERME CESAR BARBOSA ROSA; MARCOS PAULO HIPÓLITO SILVA  
*SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO200 - DIAGNÓSTICO DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR POR FERIMENTO POR ARMA DE FOGO**  
DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; ÍISIS VITORINO SPLETTSTOSER; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO201 - RELATO DE CASO: TUMOR DE CECO PERFURADO**  
NATÁLIA BARROS PINHEIRO; GERMANO ANDRIGHETTO DE LIMA; OCTAVIO POZZI LOVERSO; ARMANDO SÉRGIO VALÉRIO GARCIA; JOSÉ CIONGOLI; PAULO ROBERTO SQUINZARI  
*HOSPITAL MUNICIPAL DE URGÊNCIAS, GUARULHOS, SP, BRASIL.*
- PO202 - ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE: RELATO DE CASO**  
VINÍCIO MARQUES MARTINS; MYCHELLE RESENDE ASSIS; LARISSA BONATO DE ANDRADE; KARLA COSTA FERREIRA; LUCAS FERREIRA BOTELHO; SUHAYL SILVA PEREIRA JUNIOR  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.*

- PO203 - ADENOCARCINOMA POUCO DIFERENCIADO EM CÓLON COM FOCO PRIMÁRIO GINECOLÓGICO: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; DANIELA TIEMI SATO; JULIANA SANTOS VALENCIANO; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO204 - TUMOR EM PROLAPSO DE RETO: RELATO DE CASO**  
YARA LIMA DE MENDONÇA; IGOR DE SOUZA FERNANDES  
*HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO205 - MELANOMA DE CANAL ANAL - RELATO DE CASO**  
ISABELLA POLIMENO MAZZUCATTO; DIOGO AMARO DOMIGUES DE OLIVEIRA; SÉRGIO HENRIQUE COUTO HORTA; ALEXANDRE CRUZ HENRIQUES; JAQUES WAISBERG; FERNANDO BEANI MARGEOTTO  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*
- PO206 - GIST DE RETO**  
MARIA CLAUDIA LIMA SANTOS; ROBERTA GUIMARÃES PUIG; MARCELO ALVES CAMARA; IARA VASCONCELLOS SEIXAS; MARIANA CAVALCANTI DIAS; DANIELE FERREIRA NEVES; GILSON SOUZA SILVÉRIO  
*HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO207 - ADOLESCENTE COM CÂNCER DE RETO AVANÇADO**  
ROBERTA GUIMARÃES PUIG; MARIA CLAUDIA LIMA SANTOS; MARCELO ALVES CAMARA; IARA VASCONCELLOS SEIXAS; DIANICE GALLO D'ALMEIDA; GIOVANA COSTA ZIBETTI  
*HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO208 - RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA DE ADENOCARCINOMA DE RETO LOCALMENTE AVANÇADO APÓS TERAPIA NEOADJUVANTE – RELATO DE CASO**  
CAROLINA CHACON CONSENTINO; ANDRÉ BARRETO SILVA; RICARDO LIRA REIS; IGOR DIAZ YAMANE; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO AGUIAR PUPO NETO  
*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO209 - RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DE RETO COM FÍSTULA RETOVAGINAL E ABSCESSO RETAL**  
ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; RODRIGO BECKER PEREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; RANIERE RODRIGUES ISAAC; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.*
- PO210 - METÁSTASE HEPÁTICA GIGANTE SETE ANOS APÓS AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DE RETO – RELATO DE CASO**  
LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; SHELIA MARIA MURAD-REGADAS<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; WARYSON SILVA SURIMÃ<sup>1</sup>; FABIO SANTIAGO RODRIGUES<sup>1</sup>; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO<sup>1</sup>; RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS<sup>1</sup>; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS<sup>2</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- PO211 - TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE RETO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**  
ADRIANA FREIRE SENA; THIAGO ALMEIDA FLAUZINO; GABRIELA NOLASCO FARDIN; LUCIANO NOGUEIRA GAMA; ROSSINI CIPRIANO GAMA; GIOVANNI ZUCOLOTO LOUREIRO; LEONARDO REUTER MOTA GAMA; FLÁVIA LEMOS MOURA RIBEIRO  
*VITÓRIA APART HOSPITAL, SERRA, ES, BRASIL.*

- PO212 - MELANOMA ANORRETAL: RELATO DE CASO COM ÊNFASE NOS EXAMES HISTOPATOLÓGICO E IMUNOHISTOQUÍMICOS**  
DANIEL AMARAL ZANETTI; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; AUREA CASSIA GUALBERTO BRAGA; FLAVIA FONTES FARIA; JOSÉ DE SOUZA ANDRADE FILHO; GIL PATRUS; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO213 - TUMOR NEUROENDOCRINO ESTENOSANTE DE RETO - RELATO DE CASO**  
BRUNA SCHWAN GUERINI; JULIANA MAGALHAES LOPES; THIAGO IBIAPINA; CARMEN RUTH MANZIONE; VINICIO FALLEIROS; THIAGO AGOSTINI BRAGA; MARISTELA GOMES ALMEIDA; JOSÉ INACIO ALMEIDA NETO  
**HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.**
- PO214 - TRANSPOSIÇÃO TARDIA DE COLOSTOMIA ABDOMINAL PARA COLOSTOMIA PERINEAL**  
BRUNO ZENE MOTTA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTÃO; CHRISTIANO VARELLA ZANNIN; GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; VANESSA FORESTO MACHADO; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO215 - AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL PARA TUMOR NEUROENDÓCRINO DE RETO**  
NAGAMASSA YAMAGUCHI; CLAUDIO DE OLIVEIRA MATHEUS; MATHEUS SOUZA SANRRROMAO; PRISCILA LARA NOGUEIRA; JOÃO PAULO BARRETO DA CUNHA; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; VILBERTO DE SOUZA ALMEIDA JUNIOR  
*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO216 - COMPLICAÇÕES PRECOSES E RESULTADOS ONCOLÓGICOS NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE RETO POR VIA LAPAROSCÓPICA E CONVENCIONAL**  
IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; RENATO VISMARA ROPELATO; JULIANA FERREIRA MARTINS; JULIANA GONÇALVES ROCHA; FABIO HENRIQUE CARVALHO; PAULO GUSTAVO KOTZE; ERON FABIO MIRANDA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PO217 - RELATO DE CASO. DIAGNÓSTICO DE RECIDIVA DE CÂNCER DE RETO NA PET-CT NÃO CONFIRMADA NA PEÇA CIRÚRGICA.**  
GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO MORAES; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; DECIO BERGAMINI VIERA  
*HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO218 - CARCINOMA ESPINOCELULAR SINCRÔNICO DE RETO MÉDIO E CANAL ANAL – RELATO DE CASO**  
MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS; ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; DANIEL AMARAL ZANETTI; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; GUSTAVO SOARES CORRÊA SILVA  
*SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO219 - CIRURGIA TRANSANAL MINIMAMENTE INVASIVA (TAMIS) USANDO DISPOSITIVO ETHICON® SINGLE SITE®. EXPERIÊNCIA INICIAL.**  
GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO MORAES; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PO220 - TEO: EXPERIÊNCIA INICIAL EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**  
RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; RANIERE LEONARDO DE ANDRADE SANTOS; VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZZATTI  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*



- PO221 - RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULAS DE CHIARI**  
FABIO JOSÉ TELES; ANTONIO CARLOS MIRANDA; DINA MARTINS RODRIGUES; MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS; PAULA GUIMARÃES RODRIGUES; NUALA MAIA DA FONSECA; ADRIANA MARTINS RANGEL; THALES RICARDO DE PAULA  
*HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO222 - CÂNCER DE RETO COM METÁSTASE UNILATERAL ISOLADA PARA ADRENAL: RELATO DE CASO.**  
LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; PRICILA RIBEIRO BRISOLARA; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; RINALDO PRATES PERIARD; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; JORGE BENJAMIN FAYAD; RENATA ROCHA BARBI; MARCELO NEVES CARVALHO  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO223 - OCLUSÃO INTESTINAL POR BEZOAR EM ÁREA DE ESTENOSE NEOPLÁSICA DO RETO – RELATO DE CASO**  
VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANDRÉ GATTO; HENRIQUE SABOIA; GIANA CAROLINE STRACK NEVES; ANA MARIA GONZAGA TEIXEIRA CORSO; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; ANTONIO BALDIN JUNIOR; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PO224 - LINFOMA MALIGNO PRIMÁRIO DE RETO – RELATO DE CASO**  
CAMILA ROCHA CRUZ; MAURÍCIO JOSÉ MATOS SILVA; MAURÍLIO TOSCANO DE LUCENA; ALINE DAVID SILVA; JOSEANE CANTON; LÍLIAN SOUZA ARAÚJO; CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA; BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES  
*HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*
- PO225 - ACHADO DE TUMOR RETRORETAL CONCOMITANTE À DOENÇA HEMORROIDÁRIA – IMPORTÂNCIA DE UM EXAME COLOPROCTOLÓGICO COMPLETO**  
ORLANDO CONTRUCCI<sup>1</sup>; FELIPE PORTELLA<sup>1</sup>; GUILHERME AGUSTIN LOUZADA PEREDA<sup>2</sup>; CAROLINE MOTTA AGUIAR<sup>2</sup>; DEBORA AGOSTINI PESSOA DA COSTA<sup>2</sup>; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOU<sup>1</sup>  
1.HOSPITAL SANTA CASA DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.
- PO226 - INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITE – MSI E TP53 ASSOCIADA A RADIOTERAPIA E A QUIMIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CARCINOMA PT2N0 DE RETO BAIXO**  
GRAZIELE LOSSO MORAES; ROBERTO SILVEIRA MORAES; IARA MESIAS REASON  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PO227 - RECIDIVA PÉLVICA: RESULTADOS DE UMA SÉRIE DE CASOS DE CÂNCER RETO TRATADOS CIRURGICAMENTE NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PORTO ALEGRE - RS**  
LUCIANO PINTO CARVALHO; MONIQUE SOARES PAZ  
*HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- PO228 - CARCINOMA DE PEQUENAS CELULAS DE RETO - RELATO DE CASO**  
LEONARDO HUBER TAUIL  
*HOSPITAL FEDERAL DO SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PO229 - TUMOR DE KRUKENBERG, UM TUMOR RARO NA TERCEIRA DÉCADA DE VIDA. RELATO DE CASO.**  
BIANCA DITLEF BERETA; SANDRA DI FELICE BORATTO; FABIO PIOVEZAN FONTE; JULIANA GIANGIARDI BATISTA; BIANCA MARINELLI TEIXEIRA  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SAO BERNARDO DO CAMPO, SP, BRASIL.*
- PO230 - LINFADENECTOMIA RADICAL PARA NEOPLASIA DE CÓLON SIGMOIDE - RELATO DE UM CASO**  
ROBERTO DE SOUZA MENDONÇA<sup>1</sup>; MARCO ANTONIO BEZERRA RULIM<sup>1</sup>; CARLOS FREDERICO SANTANA REINALDO<sup>2</sup>  
1.CENTRO DE ONCOLOGIA DO CARIRI, BARBALHA, CE, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, BARBALHA, CE, BRASIL.
- PO231 - COMPARAÇÃO DE 3 MÉTODOS DE PREPARO DO COLON PARA COLONOSCOPIA**  
GILBERTO SAUTE<sup>1</sup>; LUCIANA FILCHTINER FIGUEIREDO<sup>2</sup>  
1.HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

- PO232 - EXISTE CORRELAÇÃO ENTRE PREVALÊNCIA ELEVADA DE PÓLIPOS EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS COM HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER COLORRETAL?**  
STHELA MARIA MURAD-REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; LUSMAR VERAS RODRIGUES; ANA CECÍLIA NEIVA GONDIM; CESAR AUGUSTO BARROS DE SOUSA; NATALIE DIAS; MARIA PAULA VIEIRA MARIZ; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO  
*HUWC/UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- PO233 - SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL POR BAROTRAUMA DURANTE RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL**  
MARIO ANTONIO FERRARI; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO; JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; MARIANA OKINO MITUO; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; SILVIA MAMPRIM PADOVESE; GENI SATOMI CUNRATH; JOÃO GOMES NETINHO  
*FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO234 - VARIZES COLÔNICAS EM PACIENTE SEM MAIORES COMORBIDADES – RELATO DE CASO**  
LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; STHELA MARIA MURAD-REGADAS<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; JOSÉ AÍRTON GONÇALVES SIEBRA<sup>1</sup>; FABIO SANTIAGO RODRIGUES<sup>1</sup>; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO<sup>1</sup>; MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR<sup>2</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- PO235 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERAS COLÔNICAS – RELATO DE CASO**  
TALITA VILA MARTINS; PALOMA FORELL FAMER; ANTONELLA FURQUIM CONTE; KAREN MALLMANN; JOSÉ VINICIUS CRUZ  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- PO236 - PERFURAÇÃO DE CÓLON PÓS RESSECÇÃO DE LST: RELATO DE CASO**  
MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO; FABIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER; CRISITANE KOIZIMI MARTOS FERNANDES; RODRIGO ALMEIDA PAIVA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; BRUNO ALCANTARA CASTILHO  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO237 - ABORDAGEM CONJUGADA, ENDOSCÓPICA E TRANSANAL EM TEMPOS DIFERENTES, PARA RESSECÇÃO DE TUMOR VILOSO EXTENSO DE RETO**  
RICARDO GUIMARÃES TEIXEIRA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; DANIEL AMARAL ZANETTI; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR  
*SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO238 - USO DA COLONOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE APENDICITE AGUDA COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA**  
VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES; GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU; MURILO OLIVEIRA FERANDES; SARAH LICHTI PAIVA  
*HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATE, SP, BRASIL.*
- PO239 - ABDOME AGUDO PERFURATIVO COMO COMPLICAÇÃO DE COLONOSCOPIA**  
VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES; SARAH LICHTI PAIVA; MURILO OLIVEIRA FERANDES; GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU  
*HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATE, SP, BRASIL.*
- PO240 - RELATO DE CASO: HEMANGIOMA CAVERNOSO DE RETO**  
DANILO DAUD; NATÁLIA BARROS PINHEIRO; GUILHERME CUTAIT COTTI; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER; CAIO COELHO NETO; JULIANA SANTOS VALENCIANO  
*HOSPITAL SIRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- PO241 - PREPARO DE CÓLON PARA COLONOSCOPIA COM SOLUÇÃO DE LACTULOSE E BISACODIL**  
THIAGO IBIAPINA; CARMEN RUTH MANZIONE; VINICIO FALLEIROS; JULIANA MAGALHAES LOPES; ANTONIO CARLOS BARAVIERA; THIAGO AGOSTINI BRAGA; MARISTELA GOMES ALMEIDA; BRUNA SCHWAN GUERINI  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO242 - DIVERTICULITE DE CECO - RELATO DE DOIS CASOS**  
RAFAEL ALICEDA FERRAZ; GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM; DEBORAH TEIXEIRA ALMEIDA MINHONI; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; CRISTIAN DE GUIDIO PERES; SILVIO LUIZ ALVES TEODORO; MATEUS DE ALMEIDA MOREIRA DA SILVA; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA  
*SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS, SP, BRASIL.*
- PO243 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR EM DIVERTÍCULO DE MECKEL**  
THIAGO ALMEIDA FLAUZINO; ADRIANA FREIRE SENA; GABRIELA NOLASCO FARDIN; LEONARDO REUTER MOTA GAMA; FLAVIA LEMOS MOURA RIBEIRO; GIOVANNI ZUCOLOTO LOUREIRO; LUCIANO NOGUEIRA GAMA; ROSSINI CIPRIANO GAMA  
*VITÓRIA APART HOSPITAL, VITÓRIA, ES, BRASIL.*
- PO244 - DIVERTÍCULO GIGANTE: RELATO DE CASO NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - SALVADOR - BA**  
DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PO245 - DOENÇA DIVERTICULAR COMPLICADA E PUNÇÃO PERCUTÂNEA GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: RELATO DE TRÊS CASOS**  
SILVIA MAMPRIM PADOVESE; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; MARIO ANTONIO FERRARI; MARIANA OKINO MITUO; LUIZ SÉRGIO RONCHI; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO; JOÃO GOMES NETINHO  
*HOSPITAL DE BASE, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PO246 - FÍSTULA COLOVESICAL APÓS PRIMEIRO EPISÓDIO DE DIVERTICULITE AGUDA EM PACIENTE ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO**  
WILMAR ARAUJO; MARCO AURELIO FRANCA; CARLUCIO CRISTINO PRIMO; SÉRGIO RODRIGO LIMA  
*HOSPITAL GERAL DE GOIANIA, GOIANIA, GO, BRASIL.*
- PO247 - OBSTRUÇÃO NA DIVERTICULITE AGUDA: RELATO DE CASO**  
CLAUDIO DE OLIVEIRA MATHEUS; FABIO YORIAKI YAMAGUCHI; GILMARA AGUIAR YAMAGUCHI; PRISCILA LARA NOGUEIRA; ADERSON ARAGÃO MOURA; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; VANESSA FRANCKEVICIUS MIRANDA  
*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PO248 - DIVERTÍCULO DE RETO: RELATO DE CASO**  
DANIELA TIEMI SATO; RODRIGO BAGATTINI CRUZ; DANILO TOSHIO KANNO; JULIANA SANTOS VALENCIANO; LUCIO ROSSINI; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PO249 - DIVERTICULITE EM DIVERTICULO ÚNICO CECO**  
AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR; LÍVIO BRUNO SANTOS CUNHA; MARCO ANTONIO GONÇALVES RODRIGUES; LORENNA PAULINELI BAHIA  
*UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PO250 - CIRURGIA ELETIVA PARA DIVERTICULITE, QUANDO RECONSTRUIR?**  
NATALIA BARROS PINHEIRO; JOSÉ JOAQUIM DE AZEVEDO BRAGA; FÁBIO PATRÍCIO GIANONI; FÁBIO CESAR RODRIGO BRUGUNOLI BENTO; ALINE CRISTINA KUSUMOTO; JOSÉ CIONGOLI  
*HOSPITAL MUNICIPAL DE URGÊNCIAS, GUARRULHOS, SP, BRASIL.*

## VÍDEOS LIVRES

**VL001 - RETOSSIGMOIDECTOMIA NA ENDOMETRIOSE INTESTINAL: DIFICULDADES TÉCNICAS**  
VIVIAN SATI OBA BOURROUL; ALVARO JOSÉ FARIA DE SOUZA; AGEU DE LIMA VALVERDE; HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; GUILHERME MUNIZ BOURROUL; ROGERIO TADEU PALMA  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*

Resumo: Jcm, 31 anos, feminino, natural e procedente de Santo André. Qp: dor pélvica crônica. Hpma: paciente encaminhada do ginecologista com quadro de endometriose abdominal acometendo sigmoide. Queixa de dor pelvica cronica, dificuldade de evacuacao e sangramento vivo nas fezes. Ap: g1p1a2c1. Sem outras comorbidades. Ressonância magnética de pelve: diversos focos de endometriose pelvica, incluindo vagina e sigmoide. Realizada abordagem laparoscopica em conjunto com o ginecologista, realizadas exereses de focos de endometriose pelvica com identificacao e preservacao de ureter. Realizada tambem reterosigmoidectomia com anastomose primaria extraperitoneal e ileostomia de protecao. Grande dificuldade tecnica, porem procedimento sem intercorrências. Paciente evoluiu estável, porem com subita distensao abdominal no 4 po, mesmo apos o funcionamento da ileostomia. Realizada videolaparoscopia com diagnostico de sangramento pelo portal do trocar de 5mm no hipocondrio direito decorrente do uso precoce de clexane. Realizado drenagem no hematoma. Alta no 10po bem, se queixas

**VL002 - EXCIÇÃO COMPLETA DO MESOCÓLON (ECM) E LIGADURA VASCULAR CENTRAL (LVC) NA COLECTOMIA DIREITA POR VÍDEO LAPAROSCOPIA**  
SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; ALEXANDRÉ BRUNO BERTONCINI; VÍCTOR EDMOND SEID; RENAN KAWANO MUNIZ; FÁBIO GUILHERME CASERTA MARYSSAEL DE CAMPOS; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A excisão completa do mesocólon (ECM) é um conceito concebido e descrito pela primeira vez por Hohenberger e cols. em 2009 na Alemanha, na qual há a transposição para o tratamento cirúrgico do câncer do cólon dos conceitos aplicados à excisão total do mesorreto praticadas desde a descrição por Heald há mais de 20 anos para o tratamento cirúrgico do câncer do reto. Tem por objetivo manter íntegro o revestimento peritoneal que envolve o cólon e o mesocólon e proceder de fato uma ligadura vascular central (LVC) tanto da artéria nutriz quanto da veia de drenagem em suas origens e inserção em seus troncos vasculares. O resultado é uma menor taxa de recidiva local e consequente ganho de sobrevida em 5 anos já que é possível através da técnica de ECM um maior número de espécimes ressecados sem violação do tumor e uma taxa de ressecção linfonodal maior. A técnica foi descrita baseada

em ressecções realizadas por laparotomia e preferencialmente para ressecções de tumores localizados no cólon direito. Os primeiros relatos na literatura desta abordagem realizada por laparoscopia são muito recentes e datam de 2012. Esses relatos limitam-se a estudar a aplicabilidade desta técnica por via laparoscópica e comparar seus Resultados àqueles obtidos por laparotomia. No entanto, ainda carecemos de estudos prospectivos e randomizados comparando os Resultados da técnica de ECM + LVC com a ressecção padrão para colectomias oncológicas a fim de que se estabeleça de fato esta abordagem como padrão-ouro no tratamento radical do câncer de cólon, apesar dos dados preliminares serem evidentemente favoráveis. Este vídeo tem por objetivo demonstrar a sistematização da técnica de colectomia laparoscópica direita empregando os conceitos de ECM e LVC como abordagem factível e segura no tratamento do câncer do cólon direito.

**VL003 - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL MICRO CIRÚRGICA DE ADENOMA DO RETO COM EMPREGO DE INSTRUMENTAL DE VÍDEOCIRURGIA CONVENCIONAL E PORTAL ÚNICO DESCARTÁVEL (SINGLE PORT TRANSANAL)**

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; ALEXANDRÉ BRUNO BERTONCINI; VÍCTOR EDMOND SEID; RENAN KAWANO MUNIZ; FÁBIO GUILHERME CASERTA MARYSSAEL DE CAMPOS; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Com o objetivo de evitar a morbidade e mortalidade associadas às operações de ressecção radical do adenocarcinoma do reto distal, o número de ressecções locais realizadas com intenção radical vem crescendo nos Estados Unidos e possivelmente também em nosso meio. A técnica da microcirurgia endoscópica transanal (TEM) foi desenvolvida por Ferhard Buess em 1984. Na medida em que representa abordagem TÉCNICAMENTE superior à da ressecção transanal convencional, vem sendo preferencialmente empregada para o manejo de lesões retais benignas, superficialmente malignas e também de lesões residuais pós quimio e radioterapia neoadjuvantes, quando as ressecções em peça única e com margem de segurança adequada são fundamentais ao sucesso do tratamento. No entanto, a aquisição do equipamento e o treinamento em uma plataforma especializada demandam investimento e estando assim associadas a custo. Além disso, a técnica empregada para a execução da TEM é laboriosa. As habilidades cirúrgicas e os princípios técnicos necessários à realização das operações abdominais por vídeo empregando acesso único por meio de portais permanentes ou descartáveis são semelhantes aos da TEM. Porém, é possível que o emprego de TEM com o auxílio de instrumental laparoscópico convencional e portal único descartável possam estar associados a menor curva de aprendizado e menor custo. No presente vídeo, demonstra-se

a ressecção feita com sucesso de adenoma do reto médio inadequado a tratamento colonoscópico por meio de abordagem microcirúrgica endoscópica transanal empregando portal único descartável e instrumental convencional de laparoscopia.

**VL004 - ACESSO VAGINAL ASSOCIADO À LAPAROSCOPIA NA CIRURGIA COLORRETAL (MANOS).**

UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>1</sup>; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>2</sup>; VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE<sup>3</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>2</sup>; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA<sup>2</sup>; CARLOS ALBERTO DE CARVALHO<sup>2</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>3</sup>

*1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2. GASTROCLÍNICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A necessidade de incisão abdominal para retirada do espécime cirúrgico ainda representa um fator de morbidade da videocirurgia colorretal. A retirada de espécime por orifício natural evitando incisões é uma opção nesses casos. Objetivo: Apresentar 2 casos de videocolectomia total com ileorretoanastomose por PAF com extração do espécime por via vaginal. Descrição do caso clínico: Paciente LCR (27 anos) e LCR (31 anos), irmãs, ambas portadoras de polipose intestinal há 10 e 12 anos, respectivamente, com várias ressecções endoscópicas anteriores e histopatologia de adenomas tubulares com focos de displasias. Foi decidido por realizar colectomia total por videolaparoscopia, há 1 mês e 36 meses, respectivamente. A extração da peça foi por via transvaginal e anastomose mecânica intracorpórea pela técnica de duplo grameamento, sem incisão abdominal e sem ostomia protetora. Os trocartes posicionados foram 5, de colectomia total laparoscópica e, para exérese da peça foi realizada um incisão transversal na cúpula vaginal. Posteriormente, foi realizada síntese dessa incisão. O tempo médio cirúrgico foi de 175 minutos; internação de 4 dias e o seguimento médio de 18,5 meses. Não houveram complicações intra e pós operatórias. Conclusão: A extração de espécimes de colectomias laparoscópicas por PAF pela via transvaginal evita a incisão da parede abdominal e suas complicações potenciais. É viável, segura e simples de executar, sem custos adicionais e proporciona excelentes Resultados cosméticos e funcionais.

**VL005 - LINFADENECTOMIA NA COLECTOMIA ESQUERDA PADRONIZAÇÃO TÉCNICA POR LAPAROSCOPIA**

CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; MICHEL GARDERE CAMARGO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSÉ FAGUNDES UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: a linfadenectomia no câncer colorretal associa-se a melhor prognóstico e estadiamento histopatológico mais preciso. Assim, pode-se estabelecer a melhor conduta

pós-operatória, particularmente com relação a indicação de quimioterapia. O achado de linfonodomegalia no pré ou intra-operatório justificaria a realização de procedimento com ressecção autônoma. Os autores demonstram a padronização técnica de linfadenectomia na colectomia esquerda laparoscópica padronizada pelo Grupo de Coloproctologia -UNICAMP

**VL006 - RETOPEXIA LAPAROSCÓPICA ASSOCIADA A COLPOPEXIA EXTRA-PERITONEAL COM TELA PHYSIOMESH™**

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; VICTOR EDMOND SEID; ALEXANDRÉ BRUNO BERTONCINI  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Diversas são as técnicas cirúrgicas descritas para o tratamento da procidência de parede total do reto, podendo ser a abordagem cirúrgica realizada quer por via abdominal, quer por via perineal, associadas ou não a procedimentos para melhorar a continência. A vídeo-laparoscopia apresenta-se como estratégia especialmente interessante para o acesso abdominal no tratamento desta patologia benigna já que reduz a morbidade operatória sem prejudicar o desfecho, levando a ganhos significativos no período peri-operatório para o paciente, que em sua maioria encontra-se na terceira idade, com todos os comemorativos desta fase da vida. Apesar do acesso perineal apresentar vantagens importantes como menor morbidade pela menor manipulação da cavidade abdominal como o previsto na cirurgia de Altemeier, esta via de acesso é limitada pelos seus índices de recidiva maiores que as técnicas por via abdominal e por limitar as cirurgias combinadas para o tratamento de eventuais prolapsos associados, principalmente o prolapso uterino e o vesical no caso das mulheres, prolapsos esses frequentemente associados à procidência do reto. Neste vídeo demonstramos uma cirurgia realizada em um paciente do sexo feminino, de 74 anos, com procidência de parede total do reto recidivada após uma retossigmoidectomia perineal (cirurgia de Altemeier), associado à prolapso vaginal (submetida à histerectomia por via vaginal previamente) e com incontinência fecal para fezes líquidas. O procedimento escolhido foi a retopexia laparoscópica sem ressecção (dado hábito intestinal, ressecção prévia e déficit de continência), associado à colpoexia extra-peritoneal com auxílio de prótese (tela Physiomesht<sup>TM</sup>), também por laparoscopia.

**VL007 - VÍDEO: RETOSIGMOIDECTOMIA ANTERIOR E LINFADENECTOMIA RADICAL VÍDEO-LAPAROSCÓPICA**

THAIS RAQUEL SILVA; MAURO AUGUSTO MARCHIORI JR; ADRIANA BORGONOVİ CHRISTIANO; VALDIR TERCİOTI JR; THAIS NOGUEIRA SA GONCALVES; OSWALDO OLIVEIRA NETO; CAIO MATOS MALTEMPI  
*CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Os autores apresentam em vídeo a utilização da técnica Videolaparoscópica para o tratamento cirúrgico de neoplasia maligna do retossigmoide localmente avançada. Enfa-

tizam os princípios oncológicos vigentes com opção para a linfadenectomia radical após ligadura “alta” dos vasos mesentéricos inferiores e dissecação ganglionar junto a fâscia pré aórtica até a divisão dos vasos ilíacos. Destacam a viabilidade de sua realização mesmo considerando o volume tumoral e justificam sua utilização apesar da suposta ausência de melhora na sobrevida frente à juventude da paciente e a presença de linfonodomegalia junto a emergência dos vasos mesentéricos inferiores e ao longo da cadeia regional hipogástrica. Por fim destacam os achados anátomo patológicos que comprovam invasão da gordura pericólica pela neoplasia e a presença de 27 gânglios linfáticos sem contaminação neoplásica, contendo hiperplasia linfóide somente e margens livres de neoplasia.

#### **VL008 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA DIVERTICULITE DE MECKEL.**

STEPHANIE SANTIN; RUY FRANCISCO PIMENTEL PEDROSO; THIAGO BITTENCOURT HASSEGAWA; ALEXANDRÉ ZANCHENKO FOSENCA; PAMELLA TUNG PEDROSO; SILVIO GABOR; MURILLO LIMA FAVARO  
*EQUIPE CIRURGIA GERAL HOSPITAL SANTA PAULA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato digestório, porém seu diagnóstico é difícil. A videolaparoscopia nos permite diagnosticar e tratar com maior precisão e menor agressão cirúrgica as complicações mais frequentes. Objetivo: Demonstrar o tratamento via laparoscópica da complicação do divertículo de Meckel. Método: Vídeo gravado com câmera 10 mm, de 30°, em paciente submetido à cirurgia de urgência com diagnóstico de abdome agudo inflamatório. Conclusão: A diverticulite aguda mimetiza por vezes o quadro de apendicite aguda e com o advento da videolaparoscopia o diagnóstico é firmado e o tratamento realizado seguramente.

#### **VL009 - LAPAROSCOPIA CURATIVA PARA NEOPLASIA DISTINTA DE SIGMOIDE E DE RIM ESQUERDO: SEGUIMENTO DE 2 ANOS**

JULIANO ALVES FIGUEIREDO  
*HOSPITAL LIFE CENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A operação laparoscópica é uma via de acesso alternativa à via laparotômica para o tratamento das neoplasias abdominais. Em casos especiais, com paciente em boas condições clínicas e com cirurgias laparoscópicas fora da curva de aprendizagem, é possível tratar neoplasias sincrônicas abdominais. Há raros relatos na literatura médica de tratamento de neoplasias em órgãos diferentes, tratados no mesmo ato operatório, por laparoscopia. Relato de Caso: Paciente de 77 anos, feminino, risco anestésico ASA 2, apresentou lesão circunferencial no sigmoide sugestiva de lesão vilosa, além de lesão neoplásica no polo superior de rim esquerdo. A tática operatória consistiu na abordagem da artéria e veia mesentérica inferior e no deslocamento medial do cólon para favorecer exposição do rim esquerdo. Efetuou-se a dissecação

da região posterior do rim esquerdo e a clampagem da artéria renal esquerda (17 minutos). Em seguida, realizou-se nefrectomia parcial de 3 cm no polo superior do rim e sutura com fio vicryl 1 e *hemoloc*. Finalmente, retirou-se a peça do rim pelo trocarte do umbigo, e posteriormente retiraram-se o reto e o sigmóide através de uma incisão supra púbica. A anastomose colorretal foi realizada por duplo grampeamento. A paciente apresentou boa evolução com alta no 4º DPO. O laudo anatomopatológico revelou neoplasia de células claras no rim e adenocarcinoma *in situ* no sigmóide sobre lesão vilosa de 50 mm. A paciente está há dois anos sem sinais de doença intestinal e de recidiva de doença renal. Conclusão: A laparoscopia pode tratar lesões neoplásicas de órgãos diferentes, desde que a tática operatória seja bem definida no pré operatório, o tempo operatório seja otimizado e o paciente ofereça condições clínicas para ser submetido a operação. A retossigmoidectomia laparoscópica combinada com nefrectomia parcial esquerda foi segura e factível, além de permitir reintrodução precoce da dieta oral e permanência hospitalar curta.

#### **VL010 - HEMORROIDECTOMIA HÍBRIDA**

HAROLDO ALFREDO SANTOS  
*PROCTOCLÍNICA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: O alto custo e a carência de leitos hospitalares associados à resistência dos pacientes à Hemorroidectomia Clássica, bem como o absenteísmo ao trabalho no pós-operatório da referida cirurgia, vêm sugerindo, ao longo dos anos, a necessidade de se buscar opções alternativas que possam minimizar estas restrições, e, no exercício da clínica diária, temos observado que, com raras exceções, as Hemorróidas Mistas são também totalmente passíveis de serem abordadas do ponto de vista terapêutico de forma menos invasiva e igualmente eficaz, com a racionalização e associação de técnicas e princípios disponíveis que permitam esta abordagem menos invasiva da Doença Hemorroidária, evitando-se a indicação da cirurgia ortodoxa, a Hemorroidectomia Clássica, bem como a internação hospitalar. Na verdade a “Doença Hemorroidária” é uma alteração anatômica e fisiopatológica e não uma “doença propriamente dita”, e caracteriza-se pelo aumento de volume e perda de elasticidade das estruturas dos coxins hemorroidários, com a turgescência, dilatação vascular e deslizamento das referidas estruturas e suas múltiplas consequências sintomatológicas. O que se busca no seu tratamento é a diminuição destes tecidos exuberantes seja pela sua destruição por meios químicos (Escleroterapia) ou físicos (IRC), ou pela sua ressecção (Ligadura Elástica ou Exérese Cirúrgica), e aqui aproveitamos esta classificação para fixar um conceito inequívoco: a LE é na verdade um Procedimento Cirúrgico, visto que é amputativo, com ressecção retardada do mamilo hemorroidário. Hoje já um consenso de que a Ligadura Elástica é o tratamento de escolha para o tratamento das Hemorróidas Internas, entretanto em relação às Hemorróidas Mistas, a Hemorroidectomia Clássica tem sido a opção mais indicada, e a necessidade de se adequar qualquer tratamento à doença a ser tratada nos leva a reflexões importantes no que se refere ao tratamento da Doen-

ça Hemorroidária: Não estariam as Hemorroidectomias Clássicas superdimensionadas em relação à patologia indicada? Convencidos dos benefícios da abordagem mini-invasiva da Ligadura Elástica e de seus bons Resultados idealizamos uma nova abordagem para o tratamento cirúrgico das Hemorróidas Mistas que consiste na associação de técnicas cirúrgicas múltiplas: a Ligadura Elástica dos Mamilos Internos associado à Ressecção Complementar dos Plicomas Externos, e a essa estratégia Cirúrgica convencionamos denominar Hemorroidectomia Híbrida.

#### VL011 - LIGADURA ELÁSTICA DAS HEMORRÓIDAS DE III E IV GRAUS

HAROLDO ALFREDO SANTOS

*PROCTOCLÍNICA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: A Proctologia vem exigindo procedimentos cada vez menos invasivos e mais eficazes para o tratamento das patologias orificiais, e em relação à Doença Hemorroidária que é, na verdade, muito mais uma alteração anatômico-fisiopatológica do que uma doença propriamente dita, a Ligadura Elástica (LE) já preenche os anseios de oligo-invasividade, tolerabilidade e eficácia, com um índice mínimo de absenteísmo ao trabalho. A restrição nas indicações e os Resultados muitas vezes parcialmente obtidos nos primórdios da utilização da técnica, quando se utilizava somente a LE por tração instrumental do mamilo, talvez tenha concorrido para a limitação de sua utilização em virtude das dificuldades na apreensão dos mamilos durante o ato operatório. Com o desenvolvimento do instrumental que utiliza a aspiração para a apreensão dos mamilos, algumas dificuldades foram superadas e o método ganhou maior credibilidade com Resultados totalmente satisfatórios e com a ampliação das indicações também às Hemorróidas de III e IV graus. A boa tolerabilidade e a baixa morbidade, aliadas à inexistência de complicações residuais, além da diminuição do absenteísmo ao trabalho, têm sido preponderantes na indicação da Ligadura Elástica como procedimento de escolha no tratamento das Hemorróidas Internas. É bom lembrar que, na cirurgia ano-retal, nós devemos sempre tratar uma patologia com o objetivo de curar seus sintomas evitando-se provocar outros (estenoses, incontínências, fistulas, fissuras residuais, etc.), sendo esta uma das vantagens da Ligadura Elástica. E julgamos importante também estabelecermos um conceito que nos parece totalmente inequívoco, a Ligadura Elástica é um procedimento verdadeiramente cirúrgico visto que é amputativo com a ressecção retardada do mamilo, diferente de outros métodos alternativos que usam meios químicos (Escleroterapia) ou físicos (IRC) para tratar as Hemorróidas Internas. A LE permite a ressecção dos tecidos exuberantes do coxim hemorroidário e a posterior fixação cicatricial dos tecidos submucosos adjacentes à ulceração resultante da queda do mamilo, e, portanto, corrige as alterações fisiopatológicas responsáveis pelos sintomas da Doença Hemorroidária. Desta forma, a identidade da técnica com a etiopatogenia da Doença Hemorroidária é tão intrínseca que nos permitiria um aforisma de reforço: "A Ligadura Elástica é uma Cirurgia Fisiológica".

#### VL012 - VAAFT - TRATAMENTO VÍDEO-ASSISTIDO PARA FÍSTULA ANORRETAL

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; MARIANA ANDRADE CARVALHO; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA

*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: VAAFT é uma nova técnica minimamente invasiva e com preservação esfíncteriana para tratamento de fistula anorretais complexas. O objetivo deste trabalho é descrever a técnica e apresentar o caso um paciente tratado com esta nova abordagem. Caso: Paciente MSCP, 35 anos, masculino, com queixa de saída de secreção purulenta perianal há 6 meses. Ao exame físico apresentava fistula anorretal complexa com orifício externo a 5cm da borda anal em quadrante posterior, não sendo possível a identificação do orifício interno. Indicado tratamento cirúrgico - VAAFT. Para o procedimento o paciente foi submetido a raqui anestesia e colocado em posição de litotomia. Utilizou-se o equipamento de vídeo da Karl Storz. O fistuloscópio foi introduzido pelo orifício externo, utilizando sistema de irrigação, com correta visualização do trajeto fistuloso e identificação do orifício interno. O trajeto fistuloso foi tratado com eletrocauterização e o orifício interno foi desbridado e fechado através de sutura. O paciente recebeu alta hospitalar no 1º dia de pós-operatório, em boas condições clínicas e sem queixas. Evoluiu sem complicações. Em acompanhamento ambulatorial e sem sinais de recidiva. Conclusão: O VAAFT é uma técnica nova que possibilita correta visualização do trajeto fistuloso e do orifício interno e que permite preservação esfíncteriana. Foi realizado com sucesso no caso apresentado, com excelente resultado pós-operatório.

#### VL013 - CIRURGIA DE DELORME NA CORREÇÃO DO PROLAPSO MUCOSO RETAL

JANDUÍ GOMES ABREU FILHO; ERIVALDO FERNANDES LIRA; AQUILES LEITE VIANA; FÁBIO ALVES SOARES; FERNANDA FERNANDES; FRANCIARA LETICIA MORAES DA CUNHA

*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA, DF, BRASIL.*

Resumo: O procedimento de Delorme tem sido empregado há décadas para correção de prolapsos mucosos e procidências retais menores, particularmente em idosos e pacientes com comorbidades que impedem ou restringem procedimentos mais extensos. Apesar de ter sido preterida em favor de procedimentos grampeados nos últimos anos, ainda tem lugar no arsenal terapêutico. Este vídeo visa demonstrar passo a passo um procedimento de Delorme para correção de prolapso mucoso sintomático em paciente do sexo feminino, idosa.

#### VL014 - DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA - 14 CASOS

FÁBIO ALVES SOARES<sup>1</sup>; AQUILES LEITE VIANA<sup>2</sup>; ERIVALDO FERNANDES LIRA<sup>2</sup>; PATRÍCIA MARIA BAR-

ROS CAVALCANTI<sup>1</sup>; FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA<sup>2</sup>; ROSANA RODRIGUES GALLETTI<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASILIA, DF, BRASIL; 2.HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA, DF, BRASIL.*

Resumo: O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária sintomática tem avançado com o uso de novas técnicas menos invasivas, propiciando menor dor no pós-operatório, bem como recuperação e retorno às atividades mais rápidos. As técnicas de desarterialização hemorroidária transanal com anopexia associada, guiadas por doppler surgiram recentemente como parte deste arsenal e alternativa aos procedimentos grampeados. Esta série de casos tem o intuito de apresentar a casuística inicial de 14 casos operados nas Unidades de Coloproctologia do Hospital de Base do Distrito Federal e do Hospital das Forças Armadas, no período de setembro de 2012 e junho de 2013.

**VL015 - THD - DESARTERIALIZAÇÃO TRANSANAL GUIADA POR DOPPLER ASSOCIADA A HEMORROIDOPEXIA. PASSOS TÉCNICOS IMPORTANTES – VÍDEO**  
CARLOS WALTER SOBRADO JR; JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; MARCOS ONOFRE FRUGIS; LUCAS FARACO SOBRADO

*HOSPITAL 9 DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A desarterialização hemorroidária guiada por Doppler, ou THD (Transanal hemorrhoidal dearterialization) foi descrita por Morinaga e col. em 1995 e veio apresentando modificações progressivas na técnica até o modelo atual. A técnica THD é um procedimento minimamente invasivo, sem cortes, que trata a doença hemorroidária de acordo com sua fisiopatologia, realizando desarterialização e pexia dos coxins hemorroidários. A operação dura de 20 a 40 minutos, dependendo da experiência do cirurgião, podendo ser realizada em regime ambulatorial sob anestesia geral, bloqueio ou geral. Neste vídeo editado, apresentamos a técnica do THD com especial enfoque aos passos técnicos necessários à sua execução.

**VL016 - VÍDEO - ASPECTOS TÉCNICOS DO TRATAMENTO DA FÍSTULA ANORRETAL COM PLUGUE DE COLÁGENO**

CARLOS WALTER SOBRADO JR; JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; MARCOS ONOFRE FRUGIS; LUCAS FARACO SOBRADO

*HOSPITAL 9 DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: O plugue anal foi introduzido como técnica alternativa para o tratamento das fistulas anais em 2004, sendo que os primeiros estudos clínicos foram publicados em 2006. O princípio básico é o fechamento do trajeto da fistula, objetivando-se a cura da doença com preservação esfínteriana e diminuição da deformidade anal pós-operatória. É constituído de uma matriz biológica acelular, um material com resistência inerente à infecção, que não produz reação de corpo estranho ou de células gigantes e que se torna repovoado com o tecido celular do hospedeiro durante um período de três meses. Na

operação, realizamos a limpeza cuidadosa do trajeto e a fixação do plugue no orifício interno, com fechamento mucoso associado. Neste vídeo, procuramos demonstrar nossa técnica para o tratamento da fistula anorretal com plugue de colágeno.

**VL017 - 6. PPH: ASPECTOS TÉCNICOS IMPORTANTES PARA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES**  
CARLOS WALTER SOBRADO JR; JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; MARCOS ONOFRE FRUGIS; LUCAS FARACO SOBRADO

*HOSPITAL 9 DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A técnica de anopexia mecânica (PPH) foi descrita em 1998 por Longo, e é baseada na ressecção de uma faixa de mucosa retal logo acima dos mamilos hemorroidários com posterior hemorroidopexia. Por não atuar diretamente nos coxins hemorroidários, e não alterar a anatomia do canal anal têm sido associada a menor índice de dor no PO, internações mais curtas e alto grau de satisfação. Entretanto, complicações sérias têm sido descritas em até 16% dos casos tais como: dor crônica, urgência fecal, estenose anal, sangramento profuso, perfuração retal, fistula reto-vaginal e sépsis pélvica. Acreditamos que a maioria destas complicações poderia ser evitada utilizando técnica cirúrgica adequada e após curva de experiência. Neste vídeo procuramos destacar os principais aspectos técnicos para prevenção destas graves complicações.

**VL018 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROCIDÊNCIA DO RETO PELA PROCTOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL COM GRAMPEADOR CIRCULAR (CIRURGIA DE ALTEMEIER MODIFICADA)**

ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; CAMILA PREZZOLI; GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; VANESSA FORESTO MACHADO; RICARDO LUIZ DOS SANTOS GARCIA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Procidência do reto é a protrusão de toda a espessura da parede retal através do esfíncter anal. São fatores predisponentes ou associados ao surgimento da procidência: constipação e distúrbios da evacuação, disfunção neurológica, pressão do esfíncter anal interno diminuída, defeitos e fraqueza do assoalho pélvico, gênero feminino, multiparidade, redundância do retossigmóide, fundo de saco de Douglas mais profundo. Nos pacientes mais idosos, a fraqueza do assoalho pélvico está comumente associada à incontinência, sugerindo que possa ser um fator inicial. Predomina no sexo feminino e em pacientes acima de 60 anos. A avaliação colonoscópica é importante para diagnosticar casos em que um pólipó ou até mesmo um carcinoma pode servir como ponto inicial de intussuscepção. Relato de Caso: Mulher, 86 anos, 4 partos normais prévios, antecedente de AVC isquêmico, com sequelas motoras. É hipertensa controlada. Relata “saída de bola” pelo ânus há cerca de 4 anos, inicialmente aos esforços evacuatórios, com



piora progressiva, mais recentemente chegando a exteriorizar segmento estimado em 10 cm mesmo aos mínimos esforços, como tossir ou permanecer em pé. À inspeção estática e dinâmica: procidência completa do reto, com cerca de 12 cm de exteriorização aos mínimos esforços. Ao toque, esfíncter hipotônico, mas a contração voluntária preservada. Sem lesões de mucosa ao toque. Colonoscopia normal. O vídeo demonstra a cirurgia de Altemeier: O prolapso exteriorizado é tracionado por pinças atraumáticas. Uma incisão circunferencial, por todas as camadas, é realizada a cerca de 1 cm da linha pectínea. A intussuscepção é desfeita e o segmento é tracionado até completa exteriorização do segmento redundante. O fundo se saca, quando profundo, deve ser aberto para acesso à cavidade peritoneal. O peritônio pode ser reparado para posterior fechamento. Pode-se fazer uma plicatura no músculo elevador do ânus como complementação (cirurgia modificada) e reparo do assoalho pélvico. Atualmente, com a facilidade proporcionada pelos gramepeadores circulares, pode-se fazer a anastomose com auxílio de um desses equipamentos. Faz-se uma sutura em bolsa e resseca-se o segmento excedente. Faz-se, então, a sutura em bolsa no segmento distal. Resultados: A retossigmoidectomia perineal para procidência retal é um tratamento relativamente seguro e eficaz, em particular, para pacientes de risco e doentes idosos. Possui baixa morbidade pós-operatória e taxa de recorrência aceitável.

#### VL019 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL POR PORTAL ÚNICO EM PACIENTE COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; PETERSON MARTINS NEVES; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; ALEXANDRÉ MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; DANIEL AMARAL ZANETTI  
*HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A cirurgia colorretal Videolaparoscópica já é rotina em grande parte das equipes de coloproctologia do país. Seus benefícios são também bem demonstrados pela literatura. Entretanto, o avanço tecnológico é constante e a cirurgia laparoscópica por portal único vem sendo realizada em centros de maior experiência. Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 18 anos, proveniente do interior de Minas Gerais, estudante. Sua mãe e seus tios foram acompanhados em nosso serviço, portadores de Polipose Adenomatosa Familiar. Apesar de sua colonoscopia ter sido indicada há longa data, a paciente teve dificuldades sociais para ser atendida em nossa unidade. Queixava-se de hematoquezia há alguns meses, realizada colonoscopia no final de 2012 que evidenciou polipose difusa do ceco ao reto baixo. Realizado a proctocolectomia total por portal único, via incisão de 2,5cm no umbigo, ótica de 5mm, pinça coaguladora e demais instrumentos articulados. O procedimento foi mais duradouro que a laparoscopia convencional porém factível e com excelente evolução pós-

-operatória. Conclusão: A cirurgia colorretal videolaparoscópica por portal único é possível e deve ser realizada em maior número para se obterem os Resultados comparativos em relação a laparoscopia convencional. Na nossa experiência, a colectomia direita por esse acesso deve ser rotina, uma vez que a incisão para retirar a peça se equivale a incisão para o procedimento e não há diferença no tempo cirúrgico.

#### VL020 - APENDICITE NÃO COMPLICADA SECUNDÁRIA A RETENÇÃO DE BÁRIO

CLÁUDIO DE OLIVEIRA MATHEUS; ROGERIO MACHADO CURY; HUMBERTO POZZI FAZOLIN; JOAO PAULO BARRETO DA CUNHA; PRISCILA LARA NOGUEIRA; IZABELLA CUNHA; VILBERTO DE SOUZA ALMEIDA JUNIOR; MATHEUS SOUZA SANRROMAO  
*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Paciente jovem em investigação por constipação intestinal crônica, admitida no hospital por dor abdominal em cólica, persistente, predominantemente em fossa ilíaca direita, insidiosa, com piora na última semana. Não apresentava toxemia ou sinais de peritonite ou outras alterações inportantes à história clínica ou ao exame físico. Em investigação inicial, foi evidenciada em raio x de abdome imagem metálica, circunscrita, fixa em fossa ilíaca direita, sem pneumoperitônio ou demais achados. Interrogou-se corpo estranho ingerido e natureza da lesão não foi caracterizada. paciente foi submetida a videolaparoscopia diagnóstica cujo achado foi de barioma em apêndice cecal. Realizada apendicectomia sem intercorrências intra ou pós-operatória. Discutiremos neste trabalho a raridade do barioma como fator etiológico nos casos de dor abdominal, os diagnósticos diferenciais na investigação da dor abdominal aguda e crônica, bem como aspectos relevantes na etiologia na apendicite induzida por bário, indicações de abordagem cirúrgica.

#### VL021 - CORREÇÃO DE HÉRNIA PERINEAL COM TELA POR VIA LAPAROSCÓPICA

MÔNICA VIEIRA PACHECO; MARCOS VINICIUS DENADAI; ARMANDO GERALDO MELANI; CARLOS AUGUSTO VÊO; JUNEIA OLIVEIRA CARIS; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; MARCEL AROUCA DOMENICONI  
*HOSPITAL DO CÂNCIER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A hérnia perineal é uma afecção rara, que pode ocorrer como complicação após a amputação abdomino-perineal do reto. Sua correção pode ser feita por acesso trans-abdominal, laparoscópico, perineal ou combinado. Não há consenso na literatura sobre a melhor via de acesso, ou método de correção. Objetivo: Apresentar caso clínico de paciente com hérnia perineal após amputação abdominoperineal do reto videolaparoscópica, que foi submetido à correção da hérnia via laparoscopia. Métodos: Apresentação do caso e demonstração do filme da cirurgia, com especial atenção aos aspectos técnicos. Resultados: JOS, masculino, 70 anos, com diagnóstico de hérnia perineal pós-operatória. Submetido à

amputação abdominoperineal do reto videolaparoscópica, por adenocarcinoma de reto distal, após tratamento radio e quimioterápico. Cirurgia ocorreu em 12 de novembro de 2012 sem intercorrência, estadiamento patológico ypT0 N0/9 M0. Realizou quimioterapia adjuvante devido ao estadiamento pré-operatório (estadio clínico inicial IIIB) e durante o tratamento, após três meses de pós-operatório, evoluiu com abaulamento em região perineal, com aumento progressivo de volume, sendo diagnosticado hérnia perineal. Após término da quimioterapia, foi programada correção da hérnia por videolaparoscopia. Realizada hernioplastia perineal, com colocação de tela Physio Mesh® em 11 de junho de 2013. Foram inseridos três trocateres: um de 11 mm na cicatriz umbilical e 2 de 5 mm a direita, em fossa ilíaca e ao nível da cicatriz umbilical. Fez-se necessário acesso perineal para liberar aderências de alças de delgado ao saco herniário e parede pélvica. Após redução do das alças para cavidade abdominal, a tela foi localizada na pequena pelve e fixada com grampeador próprio na região púbica, promontório sacral e lateral aos vasos ilíacos. Paciente recebeu alta no segundo pós-operatório e segue em acompanhamento ambulatorial, sem intercorrências até o momento. Conclusão: A correção da hérnia perineal é possível pelo acesso laparoscópico, com baixos índices de complicações relatados na literatura, além do menor tempo de recuperação pós-operatória. A utilização da tela diminui os riscos de recidiva.

**VL022 - RETOSSIGMOIDECTOMIA E CORREÇÃO DE HÉRNIA INGUINAL COM COLOCAÇÃO DE TELA POR VIA LAPAROSCÓPICA, EM TEMPO ÚNICO**  
MÔNICA VIEIRA PACHECO; MARCOS VINICIUS DENADAI; ARMANDO GERALDO MELANI; CARLOS AUGUSTO VÉO; JUNEIA OLIVEIRA CARIS; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; MARCEL AROUCA DOMENICONI  
*HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A retossigmoidectomia (RTS) e a hernioplastia inguinal por laparoscopia são procedimentos consagrados, factíveis e seguros desde que realizados por cirurgiões experientes em cirurgia videolaparoscópica. Apresentam menor tempo de recuperação pós-operatória, infecção de ferida, menores índices de complicações e retorno mais precoce as atividades diárias, além de melhores Resultados cosméticos. São poucos os relatos na literatura destes procedimentos combinados e realizadas exclusivamente pelo acesso laparoscópico. Objetivo: Apresentar caso clínico de um paciente com neoplasia do cólon sigmóide e hérnia inguinal esquerda submetido à RTS e hernioplastia com colocação de tela, por laparoscopia, em tempo único. Métodos: Apresentação do caso e demonstração do filme da cirurgia, com especial atenção aos aspectos técnicos e dificuldades do procedimento. Resultados: OP, masculino, 77 anos, com enterorragia e dor abdominal. Realizou colonoscopia que evidenciou adenocarcinoma de cólon sigmóide. Associado ao quadro apresentava volumosa hérnia inguino-escrotal esquerda. Indicada abordagem lapa-

ros cópica em 21 de janeiro de 2013. Ao inventário: tumoração em sigmóide médio, que apresentava-se redundante, com segmento da alça fazendo parte do conteúdo herniário. Realizada redução do conteúdo herniário, RTS com anastomose colorretal ao nível da reflexão peritoneal e hernioplastia inguinal esquerda, com colocação de tela ultra-pró sobre defeito em canal inguinal. A tela foi recoberta com peritônio. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no terceiro pós-operatório. Exame anatomo-patológico da peça confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, estágio patológico IIIa (pT3, N1/16, M0). Paciente em vigência de quimioterapia adjuvante, sem evidência de recidiva neoplásica ou recorrência da hérnia até o momento. Conclusão: Cirurgias combinadas por via laparoscópica podem ser realizadas com sucesso em casos selecionados, com iguais Resultados oncológicos que a técnica aberta convencional, sem aumento importante no tempo operatório, melhor resultado estético e recuperação pós-operatória mais rápida. Para tal êxito é importante que a equipe esteja apta a realizar os procedimentos e tenha disponível os equipamentos necessários.

**VL023 - ACESSO VAGINAL ASSOCIADO A LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES<sup>1</sup>; MARCOS AURELIO MARTINS TRAVESSA<sup>1</sup>; KLEBER CHAGAS<sup>2</sup>; MARIANA ANDRADE CARVALHO<sup>1</sup>; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA<sup>1</sup>; MEYLINE ANDRADE LIMA<sup>1</sup>; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA<sup>1</sup>

*1. HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL;*  
*2. CLINICA KLEBER CHAGAS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Endometriose é a implantação ectópica - fora da cavidade uterina - do tecido endometrial, podendo ser classificada em superficial e profunda. A incidência de endometriose profunda é de 5 a 27% na população feminina. O tratamento cirúrgico com ressecção completa da lesão tem se mostrado opção terapêutica de melhor eficácia quando bem indicado. O uso do acesso vaginal para a extração do espécime cirúrgico é considerado uma via alternativa, eficaz, com melhor resultado estético e menor trauma. Objetivo: Apresentar um vídeo de tratamento de endometriose profunda por videolaparoscopia utilizado a via vaginal para extração do espécime cirúrgico. Relato: Paciente, 43 anos, G1P1A0, sem desejo gestacional, com queixa de dor pélvica de forte intensidade (VAS>8) refratária a tratamentos clínicos. Relato de 4 anos ser submetida a laparotomia devido a dor pélvica onde foi evidenciado bloqueio pélvico secundário a endometriose. Procura nosso serviço multidisciplinar em endometriose, onde foi realizado USG TVG com doppler e preparo intestinal para pesquisa de endometriose profunda. Achados ultrassonográficos evidenciou lesão em retossigmoide medindo 3,0x1,3x2,0 envolvendo muscular interna e submucosa além de adenomiose, processo aderencial acentuado em região retrocervical bem como espessamento de trompas. Submetido a retossigmoidectomia + histerectomia com salpingectomia bilateral com exte-

riorização dos espécies pela vagina tornando o procedimento minimamente invasivo. Conclusão: O tratamento cirúrgico da endometriose profunda tem se demonstrado como opção terapêutica de extrema eficácia. O acesso vaginal juntamente a laparoscopia - cirurgia minimamente invasiva - resulta numa melhor recuperação pós operatória assim como melhores Resultados estéticos na população feminina jovem.

**VL024 - EXPERIÊNCIA COM 3 PACIENTES COM CÂNCER DE RETO BAIXO SUBMETIDOS A RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ABAIXAMENTO ENDOANAL E ANASTOMOSE RETARDADA**

UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>2</sup>; HELIN MINORU MATSUMOTO<sup>2</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>2</sup>; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA<sup>2</sup>; VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE<sup>3</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>2</sup>

*1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLINICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A vídeolaparoscopia associada a técnicas menos invasivas, como NOTES, são procedimentos modernos que quando associados a técnicas utilizadas no passado, como a retirada da peça via retal, abaixamento do cólon com anastomose retardada pode evitar a necessidade de ostomia de proteção, mini-incisão além de possibilidade obter margens cirúrgicas adequadas. Objetivos: Avaliar a retossigmoidectomia videolaparoscópica com abaixamento endoanal por neoplasia de reto baixo, com retirada de peça via anal com amputação tardia do coto colônico. Pacientes e Métodos: Foram selecionados 3 pacientes do sexo masculino que realizaram a retossigmoidectomia videolaparoscópica com abaixamento endoanal por tumor de reto baixo e maturação tardia do coto colônico. A cirurgia foi realizada com dissecação do reto e secção do mesmo na altura da linha pectínea com preservação parcial dos esfíncteres anais, evitando a necessidade de incisão abdominal e de ostomia de proteção. Após o abaixamento colônico os pacientes permaneceram com a colostomia perineal por 3 semanas. Após este período a amputação do coto foi realizada em regime ambulatorial com sedação e anestesia local com anastomose manual. Os pacientes foram submetidos a neoadjuvância (radio e quimioterapia) e exames de imagem (tomografia, ressonância magnética e/ou ecografia endoanal) para avaliar a distancia da lesão dos esfíncteres anais. Resultados: Os 3 pacientes eram do sexo masculino, com idade média de 63 anos. As lesões apresentavam-se a 1,2cm, 1cm e 0,8 cm do músculo puborretal. Em todos os casos as margens cirúrgicas da peça obtida foram livres de tumor e o tempo de segmento médio foi de 6 anos. Os Resultados funcionais foram avaliados clinicamente e com a manometria anorretal sem diferença com as anastomoses grampeadas ou manuais associada ou não a ostomias de proteção. Conclusão: A retossigmoidectomia Videolaparoscópica com abaixamento

endoanal é um método factível, seguro, com tempo cirúrgico menor, evitando a necessidade de uma segunda cirurgia para fechamento de ostomia de proteção o que reduz, assim, custos e riscos inerentes a este procedimento sem prejuízo funcional e oncológicos, favorecendo o retorno ao trabalho mais precocemente.

**VL025 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM LIGASURE 5 “BLUNT TIP”**

FÁBIO ALVES SOARES; ROSANA RODRIGUES GALLETI; PATRÍCIA MARIA BARROS CAVALCANTI  
*HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: As operações videolaparoscópicas colorretais têm tido emprego crescente nos últimos anos, indicadas para afecções benignas e malignas dos cólons e do reto. Por se tratar de abordagens de elevada complexidade - muitas vezes realizadas em todos os quadrantes do abdome e na pelve profunda, com íntima relação a estruturas retroperitoneais - o uso de fontes de energia de alta frequência é sumamente importante para possibilitar segurança nas disseções e hemostasia adequada. Este vídeo visa demonstrar o uso da tecnologia LigaSure numa retossigmoidectomia Videolaparoscópica para tratamento de neoplasia em paciente portadora de múltiplos episódios prévios de diverticulite aguda.

**VL026 - RESSECÇÃO ÍLEO-CÓLICA POR SINGLE PORT PARA DOENÇA DE CROHN**

LUIZ FELIPE DE CAMPOS-LOBATO<sup>1</sup>; FLÁVIA BERFORD<sup>2</sup>; ANA DE OLIVEIRA PARADA<sup>3</sup>; DANIELA MONICÍ<sup>2</sup>; JOÃO BATISTA DE SOUSA<sup>1</sup>; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>

*1.UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2.INSTITUTO DE COLOPROCTOLOGIA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 3.NÚCLEO DE TERAPIA ENTERAL E PARENTERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O tratamento cirúrgico minimamente invasivo da doença de Crohn pode representar grande desafio ao cirurgião devido às inerentes características inflamatórias dessa doença que tornam obscuros os planos de dissecação. Por outro lado, como esses pacientes podem necessitar de múltiplas intervenções ao longo de suas vidas a abordagem minimamente invasiva torna-se fundamental. Objetivo: Demonstrar uma ressecção íleo-cólica por single port em paciente com doença de Crohn. Método: Trata-se de paciente do sexo masculino com 12 anos portador de doença de Crohn refratária à tratamento clínico, em uso de biológicos, imunossupressores e corticóides, apresentado atraso na maturação sexual, desnutrição e queda no desempenho escolar. Foi submetido à ressecção íleo-cólica por single port com desvio de trânsito por ileostomia em alça. Resultado: O portal único foi introduzido no quadrante inferior esquerdo em local previamente marcado, por estomaterapêuta, para confecção da ileostomia. Durante a operação identificou-se grande massa inflamatória/fibrótica em quadrante inferior direito, impossibilitando a identificação dos vasos íleo-cólicos. Optou-se por realizar dissecação late-

ral - medial do cólon direito com posterior mobilização do cólon transversal proximal. O segmento íleo-cólico mobilizado foi exteriorizado pelo portal único com auxílio de um retrator de ferida. A ligadura do mesentério espessado assim como a anastomose mecânica íleo-cólica término lateral foram confeccionadas. As alças foram retornadas à cavidade, o pneumoperitônio foi refeito e o portal SILS reintroduzido para revisão da cavidade e hemostasia. O segmento ileal localizado o mais próximo possível da anastomose foi exteriorizado através do sítio de inserção do portal único e uma ileostomia em alça foi confeccionada. O paciente evoluiu sem complicações, a dieta foi iniciada no POI e a alta hospitalar concedida no 2DPO. No segundo mês PO o paciente apresentava ganho ponderal significativo, encontrava-se assintomático, com melhora da qualidade de vida e retorno à atividades escolares. O fechamento do estômago está programado para o 3 meses PO. Conclusão: O uso da técnica single port também pode ser aplicável à pacientes com doenças de Crohn e grandes massas inflamatórias.

#### **VL027 - RECONFEÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE ILEOTRANSVERSOANASTOMOSE POR OBSTRUÇÃO INTESTINAL**

FÁBIO ALVES SOARES; LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES; ROSANA RODRIGUES GALLETI; PATRÍCIA MARIA BARROS CAVALCANTI; LEONARDO DA MOTA SEIXAS; CALIL ABUD NETO  
*HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: O vídeo apresenta abordagem Videolaparoscópica para diagnóstico de obstrução intestinal no pós-operatório precoce de obstrução intestinal em nível de anastomose íleo-cólica, realizada por via extracorpórea, após hemicolectomia direita videolaparoscópica por neoplasia intestinal na mesma internação. Foi firmado o diagnóstico de torção anastomótica e optado por ressecção da anastomose e segmentos curtos terminal do íleo e proximal de transversal remanescentes, com reanastomose isoperistáltica intracorpórea látero-lateral grampeada, com fechamento manual do orifício realizado para introdução do endogrampeador, sem intercorrências intraoperatórias.

#### **VL028 - TRREMS (TRANSANAL REPAIR OF RECTOCELE AND RECTAL MUCOSECTOMY WITH ONE CIRCULAR STAPLER)**

JOSÉ JADER ARAUJO MENDONÇA; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; SHELIA MARIA MURAD-REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; ANA CECÍLIA NEIVA GONDIM; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; DAVID PESSOA MORANO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: O objetivo é demonstrar a técnica TRREMS (*Transanal Repair of Rectocele and rectal mucosectomy with one circular stapler*) na correção de retocele. Trata-se de uma paciente do sexo feminino, 39 anos, parda, procedente de For-

aleza-CE, com queixa principal de dificuldade para evacuar. Hábito intestinal variando entre 3-4 dias e associada a intensa disquesia e digitação e apresentando escore de constipação de Wexner 15. Não refere co-morbidades e procedimentos cirúrgicos prévios. Múltipara com três partos vaginais. O exame proctológico demonstrou a presença de plicoma posterior com retocele grau III ao toque retal. O exame eletromanométrico demonstrou pressões dos esfíncteres anais normais e presença de relaxamento da musculatura esfíncteriana ao esforço evacuatório. O ultrassom anorretal dinâmico (Ecodefecografia) demonstrou anoretocele grau III. Após a aplicação das medidas iniciais para tratamento clínico de constipação (orientações dietéticas e otimização de laxantes) e sem melhora do quadro clínico, foi indicado o tratamento cirúrgico através da técnica TRREMS. O procedimento foi realizado na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e o paciente obteve alta hospitalar após 24 horas e sem complicações pós-operatórias. Em Conclusão, a paciente melhorou do quadro de evacuação obstruída, apresentando redução do escore de constipação para 4.

#### **VL029 - NEUROMODULAÇÃO SACRAL EM PACIENTE PORTADORA DE INCONTINÊNCIA FECAL**

RODRIGO AMBAR PINTO; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE L; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; SANZIO SANTOS AMARAL; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS, UNIVERSIDADE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A incontinência fecal é caracterizada pela perda involuntária de flatos, fezes líquidas ou sólidas. Trata-se de uma condição degradante para os pacientes incontinentes, além de acarretar gastos e transtornos para a sociedade. A estimulação elétrica de nervos periféricos à musculatura estriada do canal anal ocorre através das raízes sacrais. Existem muitas pesquisas a respeito do assunto ao redor do mundo, principalmente em países europeus como Itália e Alemanha, de onde surge a maior parte das publicações em Neuromodulação Sacral (NMS). Objetivo: Apresentar um vídeo da técnica cirúrgica da fase teste e da fase definitiva da NMS e mostrar a evolução dos meses iniciais após sua aplicação. Apresentação do Caso: Paciente do sexo feminino, 51 anos, portadora de incontinência fecal há 5 anos índice de Cleveland Clinic Florida (IICCF) atual de 18. Antecedentes de 2 partos transvaginais com laceração perineal corrigida, POT há 12 anos de fistulotomia perianal em outro serviço e em 2010 realizou esfínteroplastia póstero-lateral esquerda, por defeito provocado pela fistulotomia. Após esse procedimento teve melhora parcial com IICCF caindo para 12, no entanto, em cerca de 1 ano voltou a piorar, retornando ao índice inicial. O ultrassom pré-operatório demonstrava aposição dos cabos musculares e a manometria anorretal apresentava hipotonia moderada dos esfíncteres anais interno e externo. O diário evacuatório mostrava perdas de gases, líquidas e sólidas mais de uma vez ao dia. Optado por aplicação do NMS com pa-

ciente em pronação aplicação da agulha de punção em região previamente marcada endereçando a raiz nervosa de S3. Uma vez atingido o ponto esperado e testado, segue-se a passagem do eletrodo definitivo a Seldinger, seguido de conexão do gerador teste. Após duas semanas da fase teste a paciente apresentou melhora significativa, tendo apenas uma perda líquida no período e IICCF de 3. Realizada a aplicação do gerador definitivo em nádega direita, em substituição ao teste temporário externo. Não houve complicações pós-operatórias. Em 3 meses de pós operatório a paciente apresenta ótima evolução, não apresentando qualquer perda fecal e completamente satisfeita. Conclusão: A NMS parece ser opção TÉCNICAMENTE simples, pouco invasiva e com Resultados satisfatórios para pacientes portadores de incontinência fecal grave.

#### VL030 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: SEGUINDO OS PRINCÍPIOS ONCOLÓGICOS

VIVIAN SATI OBA BOURROUL; ALVARO JOSÉ FARIA DE SOUZA; AGEU DE LIMA VALVERDE; HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; GUILHERME MUNIZ BOURROUL; ROGERIO TADEU PALMA  
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

Resumo: Mcr, 46 anos, feminino, natural de bragança paulista, procedente de São Paulo. Qp: diarreia há 30 dias. Hpma: paciente apresentou quadro de diarreia há 30 dias após viagem ao exterior, permaneceu sintomática durante 7 dias. Episódios de cólicas esporádicas anteriormente. Nega perda ponderal. Af: pai pólipos em cólon. Avó materna neoplasia de cólon ao 80 anos. Ef: massa palpável em hipocondrio esquerdo sem dor, mal delimitada. Colonoscopia: lesão intransponível em sigmóide proximal. Ap: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Colonoscopia virtual: sem outras lesões em cólon ou metástases a distância. Submetida a retossigmoidectomia Videolaparoscópica sem intercorrência seguindo os princípios oncológicos: linfadenectomia, ligadura dos vasos na base, preservação de nervos hipogástricos, identificação de ureter e vasos gonadais (todas as estruturas bem visibilizadas no vídeo). Estadiamento patológico t3n0 de 20 linfonodos. Alta no 6 po sem intercorrências, segue em acompanhamento, não necessitou de quimioterapia

#### VL031 - COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM RESSECÇÃO ALARGADA ASSOCIADO A LIGADURA DE VEIA GONADAL E SALPINGO-OOFORRECTOMIA DIREITA

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; VICTOR EDMOND SEID; ALEXANDRÉ BRUNO BERTONCINI  
HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O tratamento cirúrgico laparoscópico das neoplasias do cólon e reto já passou pelo crivo do método científico e é comprovadamente tão seguro e radical quanto os procedimentos por laparotomia, com superior resultado peri-operatório do método laparoscópico em relação a tempo de internação, perda

sanguínea, tempo de duração do íleo pós-operatório entre outras vantagens, sendo assim o método de escolha para o tratamento dessas patologias. Um preceito oncológico que deve sempre ser seguido nos tumores com invasão de órgãos e estruturas adjacentes (classificados como T4b) é a ressecção em monobloco, ou seja, evitar que essas aderências sejam desfeitas a fim de reduzir o índice de fraturas dos tumores e disseminação local da doença. Essa abordagem se faz especialmente desafiadora no acesso laparoscópico a depender do volume de doença local, órgãos acometidos e mobilidade do tumor na cavidade abdominal. Este vídeo tem por objetivo demonstrar uma colectomia direita ampliada, com ressecção radial alargada, associada a ligadura da veia gonadal direita e salpingo-ooforectomia direita, respeitando o preceito oncológico de ressecção em monobloco, como abordagem factível e de escolha para essa forma de apresentação, com o intuito de associar à ressecção cirúrgica alargada os benefícios do método laparoscópico.

#### VL032 - COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO

RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; RANIERE LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: A cirurgia colorretal minimamente invasiva têm sido demonstrada como tratamento cirúrgico seguro e eficaz para condições benignas e malignas do cólon. A cirurgia colorretal laparoscópica é a terapia de escolha para uma grande variedade de doenças colônicas. Vários estudos randomizados evidenciaram benefícios comparando-a com a cirurgia aberta. A colectomia laparoscópica por portal único é descrita desde 2008, e desde então estudos demonstram que é uma técnica factível e apresenta vantagens como menor tempo de recuperação pós-operatória e menor dor pós-operatória. Objetivo: Descrever um caso da equipe de Coloproctologia do Hospital das clínicas da UFMG na realização da colectomia direita laparoscópica por portal único. Método: O vídeo mostra um caso de paciente com LST em cólon ângulo hepático que foi submetido a colectomia direita laparoscópica por portal único, utilizando-se o trocar único Gelpoint. O vídeo mostra didaticamente os tempos operatório da colectomia direita por portal único. Conclusão: A colectomia direita laparoscópica é uma técnica reprodutível e segura, quando realizada por cirurgião laparoscópico experiente. Introdução: A cirurgia colorretal minimamente invasiva têm sido demonstrada como tratamento cirúrgico seguro e eficaz para condições benignas e malignas do cólon. A cirurgia colorretal laparoscópica é a terapia de escolha para uma grande variedade de doenças colônicas. Vários estudos randomizados evidenciaram benefícios comparando-a com a cirurgia aberta. A colectomia laparoscópica por portal único é descrita desde 2008, e desde então estudos demonstram que é uma técnica factível e apresenta vantagens como menor tempo de recuperação pós-

-operatória e menor dor pós-operatória. Objetivo: Descrever um caso da equipe de Coloproctologia do Hospital das clínicas da UFMG na realização da colectomia direita laparoscópica por portal único. Método: O vídeo mostra um caso de paciente com LST em cólon ângulo hepático que foi submetido a colectomia direita laparoscópica por portal único, utilizando-se o trocar único Gelpoint. O vídeo mostra didaticamente os tempos operatório da colectomia direita por portal único. Conclusão: A colectomia direita laparoscópica é uma técnica reproduzível e segura, quando realizada por cirurgião laparoscópico experiente.

**VL033 - CIRURGIA TRANSANAL MINIMAMENTE INVASIVA (TAMIS) USANDO DISPOSITIVO ETHICON® SINGLE SITE®**

GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Apesar de recentes avanços nas técnicas endoscópicas, o manejo atual dos tumores de reto é cada vez mais variado e complexo, devido principalmente a novas condutas e abordagens, com múltiplas terapias e refinamentos das técnicas cirúrgicas. O tratamento do tumor do reto por ressecção local é descrito há séculos. Modificações foram realizadas ao longo do tempo, e no entanto as ressecções perineais continuavam a apresentar Resultados com índices inaceitáveis de incontinência, recorrência e mortalidade. Com o decorrer das décadas, as técnicas foram se aprimorando e surgindo vários tipos de ressecções locais, desde a colonoscopia com mucosectomia, a convencional excisão transanal, microcirurgia transanal endoscópica (TEM), a cirurgia minimamente invasiva transanal (TAMIS) e o acesso cirúrgico posterior. A técnica apresentada é um híbrido entre a laparoscopia com portal único (single port) e a técnica de TEM, mostrando a ressecção local transanal de um tumor viloso de reto baixo usando como alternativa técnica um dispositivo descartável de custo relativamente baixo em relação aos equipamentos de ressecção transanal, que traz facilidade técnica e exposição de grande qualidade para ressecção de tumores de reto médio e baixo, além de possibilidade de uso de matérias convencionais de laparoscopia, sem necessidade de instrumentos cirúrgicos específicos.

**VL034 - RECONSTRUÇÃO PERINEAL APÓS AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL CILÍNDRICA COM RESSECÇÃO VAGINAL**

RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA<sup>1</sup>; RENATO GOMES CAMPANATI<sup>2</sup>; BERNADO HANAN<sup>2</sup>; LEONARDO MACIEL FONSECA<sup>2</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>2</sup>; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ<sup>2</sup>; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI<sup>2</sup>

*1.GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A ressecção alargada no nível do músculo tem sido enfatizada para se evitar a “cintura” da peça cirúrgica nos casos de amputação abominoperineal do reto. Isso resulta em defeitos perineais maiores e difíceis de lidar, especialmente se a vagina for ressecada em monobloco. Objetivos: Mostrar vídeo no qual a amputação abdominoperineal cilíndrica foi associada a ressecção vaginal. Método: Vídeo de reconstrução perineal. Resultados: O vídeo mostra a ressecção perineal alargada com excisão extraelevadores e ressecção em monobloco das paredes posterior e laterais da vagina. A reconstrução da vagina foi feita com retalho de pele e subcutâneo e o defeito perineal foi corrigido com retalho de músculo glúteo máximo. Conclusão: O cirurgião colorretal deve conhecer técnicas para reconstrução do assoalho pélvico após ressecções alargadas perineais. A técnica mostrada neste vídeo é segura e evita a hérnia perineal.

**VL035 - CARACTERIZAÇÃO DA RESPOSTA CLÍNICA COMPLETA**

ANGELITA HABR GAMA; PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; LORNA CASTRO; JOSÉ CARLOS BEDRAN; IGOR PROSCURSHIM; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; RODRIGO OLIVA PEREZ  
*INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A quimiorradioterapia neoadjuvante associa-se a diferentes graus de regressão tumoral. Às vezes, esta regressão é tão intensa que o tumor desaparece, fenômeno que é conhecido como Resposta Clínica Completa (RCC). Nos últimos anos, uma abordagem alternativa sem cirurgia radical imediata (“Watch & Wait”) tem sido proposta para estes pacientes. No entanto, a identificação precisa de pacientes com resposta clínica completa é crucial para o sucesso desta estratégia. Objetivo: O objetivo deste vídeo é apresentar os achados endoscópicos e radiológicos presentes nos pacientes com RCC, assim como aqueles achados que não são compatíveis com a mesma e devem ser indicação de tratamento cirúrgico imediato. Método: Neste vídeo são apresentadas imagens de retossigmoidoscopia assim como estudos radiológicos caracterizando os achados compatíveis com resposta clínica completa ou persistência da doença. Conclusão: A caracterização e padronização dos achados de RCC pode facilitar a identificação destes pacientes que podem se beneficiar de tratamentos alternativos à cirurgia radical, além disso, permitir a difusão desta estratégia para futuros estudos multicêntricos.

**VL036 - RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO ASSOCIADO A LINFADENECTOMIA DA EMERGÊNCIA DA ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR COM PRESERVAÇÃO AUTÔNOMICA**

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; VICTOR EDMOND SEID; ALEXANDRÉ BRUNO BERTONCINI  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: O tratamento cirúrgico laparoscópico das neoplasias do cólon e reto já passou pelo crivo do método científico e é comprovadamente tão seguro e radical quanto os procedimentos por laparotomia, com superior resultado peri-operatório do método laparoscópico em relação a tempo de internação, perda sanguínea, tempo de duração do íleo pós-operatório entre outras vantagens, sendo assim o método de escolha para o tratamento dessas patologias. A sistematização da cirurgia laparoscópica sobre o reto no contexto de lesões neoplásicas já está publicada pelo nosso grupo e tem por objetivo otimizar o tempo cirúrgico e reduzir o risco de lesões associadas. No entanto, é na face anterior da dissecação do reto extraperitoneal onde encontra-se a maior dificuldade de dissecação, quer seja em uma pelve irradiada previamente como parte de um programa de tratamento neoadjuvante, quer seja em uma pelve virgem de tratamento. Essa dificuldade se dá principalmente nos pacientes do sexo masculino onde a ressecção deve preservar íntegro o reto e mesorreto com sua fâscia mesorretal, sem causar lesões às vesículas seminais e próstata, ao mesmo tempo que não compromete a margem radial oncológica. Já nos pacientes do sexo feminino, a parede posterior da vagina é estrutura mais facilmente dissecada ou reparada em caso de lesões inadvertidas. Como fator essencial para o tratamento sistêmico temos a necessidade de uma linfadenectomia adequada. Por outro lado, é advogado que a linfadenectomia deve restringir-se a 1cm a partir da emergência da artéria mesentérica inferior a partir da aorta a fim de preservar o plexo hipogástrico superior e evitar o comprometimento autonômico caracterizados por bexiga neurogênica e impotência sexual. Neste vídeo, demonstramos a padronização da técnica de excisão total do mesorreto por laparoscopia, associado à ressecção da reflexão peritoneal anterior como artifício facilitador para atingir com segurança o plano anterior de dissecação oncológica, além de linfadenectomia da emergência da artéria mesentérica inferior com a devida preservação autonômica, a fim de aumentar a radicalidade oncológica do procedimento.

**VL037 - VÍDEO: EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO E ANASTOMOSE ULTRABAIXA VÍDEOLAPAROSCÓPICA**  
THAIS RAQUEL SILVA; MAURO AUGUSTO MARCHIORI JR; ADRIANA BORGONOVICH CHRISTIANO; VALDIR TERCIO TI JR; THAIS NOGUEIRA SA GONCALVES; OSWALDO OLIVEIRA NETO; CAIO MATOS MALTEMPI  
*CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Os autores apresentam em vídeo a realização de Retossigmoidectomia Anterior com Excisão Total do Mesorreto e anastomose mecânica pela técnica do duplo grampeamento a 2 cm do canal anal em paciente portadora de GIST do reto baixo com metástase para 3 linfonodos perirretais identificados no estadiamento pré operatório e com confirmação anátomo patológica e imunoistoquímica. Destacam a minuciosa técnica operatória em atenção aos princípios oncológicos vigentes com ênfase às ligaduras vasculares, preservação da inervação do plexo hipogástrico, excisão total do mesoreto e, principalmente a viabilidade de realizar uma anastomose co-

lorretal ultra baixa junto aos músculos elevadores pela técnica do duplo grampeamento, preservando a função esfinteriana. Demonstram tratar-se de procedimento exequível e TÉCNICAMENTE idêntico ao realizado pela laparotomia incluindo a realização de “ileostomia de proteção” exceto pelas vantagens oferecidas pela laparoscopia. Os autores apresentam em vídeo a realização de Retossigmoidectomia Anterior com Excisão Total do Mesorreto e anastomose mecânica pela técnica do duplo grampeamento a 2 cm do canal anal em paciente portadora de GIST do reto baixo com metástase para 3 linfonodos perirretais identificados no estadiamento pré operatório e com confirmação anátomo patológica e imunoistoquímica. Destacam a minuciosa técnica operatória em atenção aos princípios oncológicos vigentes com ênfase às ligaduras vasculares, preservação da inervação do plexo hipogástrico, excisão total do mesoreto e, principalmente a viabilidade de realizar uma anastomose colorretal ultra baixa junto aos músculos elevadores pela técnica do duplo grampeamento, preservando a função esfinteriana. Demonstram tratar-se de procedimento exequível e TÉCNICAMENTE idêntico ao realizado pela laparotomia incluindo a realização de “ileostomia de proteção” exceto pelas vantagens oferecidas pela laparoscopia.

**VL038 - CIRURGIA COLORRETAL ROBÓTICA**

LEANDRO SIQUEIRA CORREA

*INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Neste Vídeo Livre mostramos parte da nossa experiência em cirurgia colorretal auxiliada por robô, focando principalmente a abordagem do mesorreto. Vantagens e desvantagens, auxílio de Laparoscopia convencional, docking. Nessa apresentação ilustramos esse contexto em uma excisão mesorretal total robótica.

**VL039 - AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL ROBÓTICA**

PEDRO BRIGGS FERNANDES

*INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Nesta apresentação mostraremos o procedimento da amputação abdominoperineal, com tempo abdominal, focando a excisão mesorretal total com o auxílio da robótica, e o tempo perineal com o paciente em posição pronada, abordando as vantagens e desvantagens desta posição, em relação a de litotomia.

**VL040 - ENTERECTOMIA SEGMENTAR VÍDEO-LAPAROSCÓPICA E ANASTOMOSE INTRACAVITÁRIA NA DOENÇA DE CROHN**

VIVIAN SATI OBA BOURROUL; ALVARO JOSÉ FARIA DE SOUZA; AGEU DE LIMA VALVERDE; GUILHERME MUNIZ BOURROUL; HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; ROGERIO TADEU PALMA; CARLOS ALBERTO UZUM

*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*

Resumo: DHN, masculino, 55 anos. Portador de doença de crohn há mais de 10 anos em uso de terapia biológica com infliximabe a cada 2 meses, apresentando quadros de suboclusão intestinais tratados clinicamente, porém com recidivas.

Em exames de imagem apresentava estenoses de íleo terminal. Optado por abordagem cirúrgica a despeito da não resposta ao tratamento clínico. Realizada vídeolaparoscopia diagnóstica que mostrou a presença de estenoses e doença ativa em íleo terminal distando aproximadamente 30-40cm da válvula ileocecal. Decidido por enterectomia segmentar de íleo distal e anastomose intracavitária grampeada sem intercorrências. Paciente evoluiu bem, recebeu alta no 5º po. Atualmente, assintomático, mantivemos a imunossupressão com terapia biológica.

#### VL041 - TÉCNICAS DE ENTEROSCOPIA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; ROLANDO TA-  
VEIRA PINHO; EDUARDO SERRA OLIVEIRA  
*MANOPH - INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.*

Resumo: Nos últimos 10 anos, os métodos de exploração endoscópica do intestino delgado registaram avanços radicais. As técnicas de enteroscopia podem constituir uma arma importante no diagnóstico e seguimento dos doentes com doença inflamatória intestinal (DII). Actualmente a enteroscopia por cápsula é o método de eleição para a visualização integral da mucosa do intestino delgado. Contudo na suspeita ou diagnóstico estabelecido de doença de Crohn estenosante, esta está contra-indicada, devido ao risco de retenção da cápsula. Nos casos de suspeita de DII do delgado, uma enteroscopia por cápsula negativa tem um elevado valor preditivo para a exclusão desta possibilidade. As técnicas de enteroscopia profunda com auxílio de “device” constituem a alternativa à cápsula e representam também um método complementar a esta, permitindo a abordagem a segmentos específicos do delgado. Existem 3 tipos de técnicas: - enteroscopia de duplo-balão, enteroscopia com balão e enteroscopia espiral. Permitem a obtenção de amostras para histologia, retirada de cápsulas retidas e dilatação de estenoses, em casos seleccionados. Com base na sua experiência do seu centro em 2250 enteroscopias por cápsula e 500 enteroscopias profundas, os autores apresentam um vídeo ilustrativo das principais aplicações das técnicas de enteroscopia na doença inflamatória intestinal.

VL042 - VÍDEOCIRURGIA NA DIVERTICULITE COMPLICADA  
RUBENS VALARINI; GISELLE MALDONADO; TANIA  
BOURSCHEID; GUILHERME CANFIELD; HENRIQUE  
LUCKOW INVITTI

*FACULDADE EVANGÉLICA DE MEDICINA, CURITIBA,  
PR, BRASIL.*

Resumo: Paciente de 53 anos, apresentou vários episódios de diverticulite que foram tratados clinicamente. Há aproximadamente 1 ano vem apresentando episódios repetidos de infecção urinária e pneumatúria. Foi solicitado ressonância magnética que mostrou doença diverticular complicada do cólon sigmóide com fistula para a bexiga. Foi indicado tratamento cirúrgico por vídeolaparoscopia. A cirurgia realizada foi retossigmoidectomia por vídeolaparoscopia com rafia da bexiga. Não houve intercorrências no transoperatório e a evolução foi satisfatória no pós-operatório. O paciente obteve alta no 3º dia de pós-operatório com a sonda vesical.

#### VL043 - RETOCELE - TRATAMENTO CIRÚRGICO COM SUTURA MECÂNICA

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SERGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: A retocele é definida como uma herniação da parede retal e é uma das principais causas de bloqueio defecatório, principalmente no sexo feminino, determinando incapacidade de esvaziamento retal satisfatório e constipação intestinal. O tratamento clínico com biofeedback e dieta é indicado antes do tratamento cirúrgico, porém é improvável o sucesso desta terapêutica para retoceles volumosas. Sendo assim, para estes casos o tratamento cirúrgico representa a melhor opção. A utilização de sutura mecânica na obliteração da parede retal anterior é uma alternativa que propicia excelentes Resultados com baixo índice de complicações. O vídeo mostra a técnica cirúrgica utilizada para a reconstrução do tabique reto-vaginal por via endoanal.

#### VL044 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLOACA TRAUMÁTICA

CHRISTIANO VARELLA ZANNIN; ANA CAROLINA  
CHIORATO PARRA; GUSTAVO BOTECA DE SOUZA;  
ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; VANESSA FORESTO  
MACHADO; CAMILA PREAZZOLI; JOSÉ JOAQUIM RI-  
BEIRO DA ROCHA; OMAR FÊRES

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRUR-  
GIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: A causa mais comum de cloaca é o trauma obstétrica. Resulta de uma laceração de III e IV graus com lesão dos esfíncteres anais interno e externo e do corpo perineal. Apresenta incidência de 0,003% dos partos vaginais, sendo mais comum em primigestas e mais prevalente na presença de episiotomia mediana, fórceps e em partos com recém-nascidos de alto peso. As pacientes submetidas à reconstrução perineal são internadas na véspera da cirurgia, recebem preparo intestinal anterógrado ou retrógrado, antibioticoterapia e hidratação. No pós-operatório permanecem em jejum até apresentarem função intestinal, o que é prorrogado por alguns dias com agentes constipantes, promovendo “colostomia clínica”. Os autores apresentam um vídeo de cirurgia reconstrutiva de paciente de 43 anos, com antecedente de 3 partos vaginais, que apresentava cloaca há vários anos. A técnica reconstrutiva da cloaca inclui plástica do corpo perineal e do septo reto-vaginal utilizando o músculo puborretal e o esfíncter anal externo.

#### VL045 - ESFINCTEROPLASTIA

JOSÉ JADER ARAUJO MENDONÇA; FRANCISCO SER-  
GIO PINHEIRO REGADAS; STHELA MARIA MURAD-  
-REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGA-  
DAS FILHO; LUSMAR VERAS RODRIGUES; JOSÉ AIR-  
TON GONÇALVES SIEBRA; IRIS DAIANA DEALCAN-  
FREITAS; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR



*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: O objetivo deste vídeo é demonstrar a técnica Esfincteroplastia no tratamento da incontinência fecal adquirida. Trata-se de uma paciente do sexo feminino, 36 anos, procedente de Fortaleza-CE e com queixa principal de incontinência para gases e fezes, com escore de incontinência de Wexner 16. Não apresenta co-morbidades e submeteu-se a um parto vaginal. Ao exame proctológico, foi evidenciado laceração perineal completa e destruição do corpo perineal. O exame eletromanométrico demonstra pressão de repouso do canal anal de 30mmHg e pressão voluntária máxima de 11mmHg. O ultrassom anal demonstra laceração extensa no quadrante anterior, com lesão completa dos esfíncteres anais interno e externo associado a lesão do músculo pubovisceral bilateral. O procedimento cirúrgico consistiu na dissecação dos côtos musculares e sutura com sobre-posição muscular, utilizando fio inabsorvível com pontos em "U". Não houve complicação pós-operatória. Apresentou resultado funcional satisfatório, com redução do escore de incontinência para 5.

**VL046 - ROTAÇÃO DO CÓLON DIREITO PARA RECONSTRUÇÃO INTESTINAL COM ASCENDENTE OU CECO-RETO ANASTOMOSE – PASSOS TÉCNICOS**

ANGELITA HABR GAMA; PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; LORNA CASTRO; JOSÉ CARLOS BEDRAN; CHARLES SABBAGH; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; RODRIGO OLIVA PEREZ  
INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Uma dificuldade freqüente na cirurgia colorretal ocorre durante a ressecção do retossigmóide quando não há a possibilidade de utilizar o colon transversal distal para a reconstrução através de colon-reto anastomose. Esta dificuldade pode ocorrer em decorrência da vascularização ou irrigação insuficiente do colon transversal ou por dificuldade do colon transversal atingir a pelve (seja por ressecção prévia do colon esquerdo ou por necessidade de ressecção ampliada do colon transversal distal). Nestas condições, uma alternativa seria o emprego da colectomia subtotal com ileorreto anastomose. No entanto, a presença de coto retal curto pode determinar Resultados funcionais inadequados. Neste contexto, a rotação do colon direito permite a realização de ceco ou ascendente-reto anastomose que permite atingir o reto nas suas porções mais distais com Resultados funcionais superiores à ileorreto anastomose. Assim sendo, o procedimento de Deloyer (rotação do cólon direito no sentido anti-horário) é uma alternativa pouco difundida e de grande utilidade nestes casos. Objetivo: O objetivo deste vídeo é apresentar dois casos clínicos onde foi utilizado o procedimento de Deloyer para atingir o reto distal em função da impossibilidade de utilização do colon transversal distal e descendente. Método: Neste vídeo são apresentados os passos técnicos do procedimento de Deloyer. O procedimento é apresentado passo a passo em dois casos clínicos. Conclusão: O procedimento de Deloyer é uma alter-

nativa útil para aqueles casos onde o cólon transversal deve ser anastomosado ao reto. Trata-se de um procedimento que merece ser conhecido por todo especialista

**VL047 - VARIABILIDADE DOS ACHADOS ENDOSCÓPICOS NA DOENÇA DE CROHN: ASPECTOS PRÁTICOS**  
PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; RENATO VISMARA ROPELATO<sup>1</sup>; MARIA CRISTINA SARTOR<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>

1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;  
2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: o diagnóstico da doença de Crohn (DC) é baseado em achados clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos. Há muitas causas de inflamações no intestino que fazem parte do diagnóstico endoscópico diferencial da DC. Entretanto, algumas características endoscópicas são peculiares da doença, independentemente da localização. O objetivo deste vídeo é apresentar as principais características endoscópicas da DC em exames de colonoscopia, discutindo suas correlações clínicas. Método e Resultados: demonstração de um vídeo editado contendo vários trechos de diferentes exames colonoscópicos em portadores de DC, em diversas localizações, do íleo terminal ao reto. São demonstradas ulcerações aftóides, lineares, superficiais e profundas, além de estenoses e anastomoses com recorrência da doença, nas suas mais diversas formas de apresentação. Conclusões: os achados colonoscópicos da DC apresentam características próprias e bastante variadas. É de fundamental importância que os profissionais que realizam colonoscopias tenham conhecimento dessas formas de apresentação endoscópica, para aprimorar o diagnóstico e o seguimento dos pacientes. Os trechos desse vídeo, que resumem uma ampla experiência de um centro de referência no manejo das doenças inflamatórias intestinais, corroboram com o aprimoramento da divulgação desses achados.

**VL048 - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE LITÍASE EM COLOSTOMIA ÚMIDA DE PACIENTE SUBMETIDA À EXENTERAÇÃO PÉLVICA POR NEOPLASIA DE COLO UTERINO**  
MAIRO GROSSI MORATO; FERNANDA NUNES DE CASTRO; RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA; ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS; JOÃO BATISTA DE SOUSA; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Resumo: O câncer do colo do útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina no Brasil. Por ano, faz 4.800 vítimas fatais e apresenta mais de 18.000 novos casos. Na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram de doença invasiva, porém, atualmente 44% dos casos são de lesões precursoras do câncer, chamadas *in situ*. Por vezes, nos casos mais agressivos localmente há a necessidade de ressecções de órgãos adjacentes como a bexiga, por exemplo, e a confecção de novo reservatório urinário. O objetivo deste vídeo é mostrar

a extração endoscópica de cálculo urinário em colostomia úmida de paciente submetida à exenteração pélvica por neoplasia uterina. Método: Apresentação do caso e demonstração em vídeo de extração endoscópica de cálculo urinário em colostomia úmida. Resultados: Trata-se de paciente de 40 anos, submetida à quimioterapia, radioterapia e braquiterapia em 2006/2007 devido a neoplasia de colo uterino, estadiamento IIa. Em junho de 2007 realizou tomografia computadorizada (TC) de controle que evidenciou recidiva pélvica e retroperitoneal sendo realizado novo esquema de quimioterapia. Em 2008 foi submetida à exenteração pélvica total com derivação colônica e urinária com confecção de colostomia úmida. Em 2009 apresentou à TC lesão tumoral em pelve e dilatação de ureter e sistema pielocalicial direitos sendo submetida a reimplante ureteral à direita e reconstrução pélvica com prótese (tela). Desde então, evoluía satisfatoriamente, porém, nova TC, em 2013, evidenciou cálculo de 3,3 cm na colostomia úmida. Foi indicada endoscopia com Introdução do colonoscópio pela boca da derivação urinária até o fundo cego onde foram visualizadas múltiplas pequenas concreções esbranquiçadas e uma maior endurecida com diâmetro de aproximadamente 3 cm. Realizada extração da concreção com auxílio de alça em cesta. O exame pela derivação fecal foi normal. Conclusão: O vídeo demonstra uma situação pouco frequente e a técnica utilizada para extração de cálculo urinário em colostomia úmida.

**VL049 - COLECTOMIA DIREITA POR SINGLE PORT**  
FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; FÁBIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER; PAULO ROCHA FRANÇA NETO; BRUNO ALCANTARA CASTILHO; MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO; VINICIUS PIRES RODRIGUES  
*HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A cirurgia Videolaparoscópica além de promover menor resposta endócrino metabólica ao trauma apresenta menores taxas de complicações pós-operatórias, menor tempo de internação e melhores Resultados estéticos, O acesso por single port valoriza ainda mais esses benefícios, mas exige maior aperfeiçoamento técnico e habilidade por parte dos cirurgiões. O objetivo desse vídeo livre é demonstrar um caso em que foi realizada colectomia direita com utilização de single port. Caso: Paciente, 77 anos, sexo feminino, viúva, do lar, com história de sangramento oculto nas fezes. Realizou colonoscopia que evidenciou lesão vegetante, de superfície avermelhada e irregular no ceco. Anatomia patológica revelou adenocarcinoma colônico. Paciente portadora de HAS controlada, sem cirurgias abdominais prévias. Estadiamento pré-operatório não revelou metástases a distancia ou linfonodos acometidos. Foi indicada colectomia direita por videolaparoscopia com utilização de single port. Paciente encaminhada ao bloco cirúrgico, sob anestesia geral e condições ideais de assepsia. Realizada incisão transumbilical longitudinal de três cm, posicionado portal único e realizado pneumoperitoneo. Identificação, dissecação e ligadura dos vasos ileocólicos. Identificação do duodeno e acesso ao

retroperitoneo. Identificação e preservação de ureter direito. Descolamento do cólon direito de medial para lateral. Retirada da peça da peça da cavidade abdominal. Realizada anastomose ileo-cólica latero-lateral com grampeador linear cortante e uma carga extra. Fechamento por planos. Curativo. Paciente foi conduzida no pós-operatório seguindo-se conceitos fast-track. Evoluiu sem intercorrências. Recebeu alta no 3º DPO. Conclusão: A cirurgia laparoscópica com utilização de single port contribuiu para diminuir as complicações pós-operatórias, diminui o tempo de internação, além de melhor resultado estético.

**VL050 - COLECTOMIA ESQUERDA VÍDEOLAPAROSCÓPICA COM PRESERVAÇÃO DA ARTÉRIA MESENTÉRICAS INFERIOR POR ADENOMA DE FLEXURA ESPLÊNICA EM PACIENTE TRANSPLANTADA RENAL**  
RODRIGO AMBAR PINTO; THIAGO COSTA RIBEIRO; FLÁVIO HIROSHI ANANIAS MORITA; SÉRGIO CARLOS NAHAS; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; IVAN CECCONELLO  
*HSOPITAL DAS CLÍNICAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A colectomia esquerda Videolaparoscópica é procedimento padronizado para o tratamento de lesões suspeitas do cólon descendente e sigmóide. No entanto, em pacientes de maior risco, contendo abaulamento peritoneal da FIE, com a lesão localizada em transversal distal, pode obrigar o cirurgião a buscar alternativas que tornam o procedimento diferenciado. Objetivo: Apresentar um vídeo de colectomia esquerda com preservação da artéria mesentérica inferior (AMI) em paciente transplantada de rim esquerdo com lesão suspeita em flexura esplênica. Caso: 63 anos, feminina, hipertensa e diabética, transplantada renal por doença policística, constatou presença de sangue oculto nas fezes em exame de rotina. Colonoscopia evidenciou em cólon descendente lesão vegetante, multilobular, friável, de aproximadamente 5 cm e base de implantação larga. Realizadas biópsias e tatuagem proximal e distal com tinta Nanquim. O resultado da biópsia mostrou adenoma tubular com displasia de alto grau. O estadiamento com tomografia computadorizada de tórax e abdome não revelou lesões à distância e antígeno carcinoembrionário de 2,5. A proposta inicial foi colectomia esquerda Videolaparoscópica. Durante o procedimento, observou-se que a lesão localizava-se em flexura esplênica e que o rim esquerdo ocupava a FIE, dificultando a visualização adequada do reto. A dissecação do cólon esquerdo procedeu de maneira sistematizada, com ligadura da veia mesentérica inferior, liberação médio-lateral das estruturas retro peritoneais e liberação da flexura esplênica. Durante a abordagem da pelve observada margem distal da lesão satisfatória, mesmo com preservação do sigmóide, e que a drenagem linfática da lesão era mais proximal. Optado nesse momento por preservação da artéria mesentérica inferior e ligadura da artéria cólica esquerda, mantendo a irrigação arterial do sigmóide. Para tal e devido a presença do rim transplantado em fossa ilíaca esquerda, foi necessário posicionar um trocar de 5mm no hipogástrio ai invés da FIE, opção na maior parte dos casos. A peça foi re-

tirada por ampliação da incisão mediana umbilical, seguida de transverso-sigmóide anastomose látero-lateral. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 6º pós-operatório. O exame anátomo patológico macroscópico mostrou peça de 15 cm de comprimento contendo lesão de 6 cm de extensão e margem distal de 7 cm. A microscopia revelou adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo a alto grau, sem acometimento linfonodal.

#### VL051 - SACROFIXAÇÃO TRANSANAL DO RETO COM DISPOSITIVO DE GRAMPEAMENTO

RUBENS HENRIQUE OLEQUES FERNANDES; EDSON BARON; TITO ARMANDO ROSSI

*HOSPITAL UNIMED NERS, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Demonstrar a técnica da sacrofixação transanal com uso de grampeadores e mostrar as vantagens que estes dispositivos apresentam em relação à técnica suturada já publicada. Métodos: Foram operados 06 (seis) pacientes com procidência de reto. Os dois tipos de grampeadores existentes para este uso foram testados. Três pacientes foram operados com aparelho de grampo tipo garra e três pacientes com aparelho de grampo tipo saca-rolha. Resultados: Em todos os casos o uso de grampeadores reduziu o tempo cirúrgico. Em um paciente houve a necessidade de complementação com sutura manual. Os grampeadores com grampo tipo saca-rolha fixaram melhor o mesorreto ao sacro e não houve a necessidade de complementação com sutura manual. Os pacientes foram acompanhados por um período de 3 meses a dois anos e não houve recidivas. Conclusão: O uso de dispositivos de grampeamento acrescenta vantagens na cirurgia transanal e poderá influenciar nos índices de recidiva do prolapso de reto.

#### VL052 - COLECTOMIA ESQUERDA VÍDEOLAPAROSCÓPICA POR DOLICOMEGACÓLON IDIOPÁTICO

TALITA VILA MARTINS; CLEBER ALLEN NUNES; PALOMA FORELL FAMER; VITOR BINDA; JOSÉ VINICIUS CRUZ *SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução e Objetivo: A abordagem laparoscópica para o tratamento do megacólon é uma excelente alternativa. Entretanto, é TÉCNICAMENTE difícil pelo grau de dilatação cólica. O objetivo deste vídeo é demonstrar o tratamento cirúrgico laparoscópico de um caso de megacólon esquerdo idiopático. Método: vídeo editado de colectomia esquerda e anastomose colorretal por vídeolaparoscopia em paciente com megacólon esquerdo idiopático. Resultado: a cirurgia foi realizada em paciente feminina, 32 anos. Apresentava constipação crônica e episódio recente de volvulo de cólon sigmóide. À colonoscopia identificou-se alteração da estrutura da morfologia do colon esquerdo com dilatação e tortuosidade. O vídeo demonstra dolicomegacólon sigmóide com importante limitação do campo laparoscópico. Realizada ressecção do cólon sigmóide com ligadura do meso junto ao cólon e anastomose colo-retal por duplo grampeamento. Teve alta no 4º dia de pós-operatório, sem intercorrências. Conclusão: A abordagem laparoscópica do megacólon é segura e factível.

#### VL053 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL VÍDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA

TALITA VILA MARTINS; CLEBER ALLEN NUNES; VITOR BINDA; PALOMA FORELL FAMER; JOSÉ VINICIUS CRUZ *SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A endometriose é definida como a presença de tecido endometrial heterotópico que responde às ações cíclicas dos hormônios ovarianos. O envolvimento intestinal não é raro (3% a 37%) e no intestino grosso, o sigmóide, e o reto são as regiões mais frequentemente comprometidas. Objetivo: técnica cirúrgica da retossigmoidectomia Videolaparoscópica (VLP) de uma paciente portadora de endometriose com envolvimento de reto médio-superior. Materiais e métodos: Paciente de 28 anos com endometriose profunda com acometimento do septo retovaginal, diagnosticadas por eco tranvaginal e ressonância magnética de pelve. As técnica cirúrgica realizada foi a retossigmoidectomia abdominal com anastomose colo-retal baixa. A paciente recebeu dieta no primeiro dia pós-cirúrgico e recebeu alta no 5 dia pós-operatório, sem intercorrências. Conclusão: a retossigmoidectomia VLP é uma opção para o tratamento da endometriose profunda com acometimento do reto médio.

#### VL054 - COMPLCAÇÕES DAS CIRURGIAS COLORRETAIS POR VÍDEOLAPAROSCOPIA

LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; CARLOS ANDRÉ ANTUNES BARROS; SERGIO GONTSCHAROW; FELIPE GUERRERO PIETRO; RENATO BARRETTO FERREIRA DA SILVA

*HOSPITAL SÃO LUIZ - ANÁLIA FRANCO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Em 8 anos de realizações de cirurgia Vídeo Laparoscópica Colorretal, com mais de 180 cirurgias, os autores apresentam as suas complicações: uma lesão de ureter, uma fistula de retossigmoidectomia e fistula de Colectomia direita, todas reparadas por vídeo Laparoscopia.

#### VL055 - RESSECÇÃO MULTIORGÂNICA PARA O TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA INFILTRATIVA COM COMPROMETIMENTO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS PERITONEAIS.

RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA<sup>1</sup>; FREDERICO JOSÉ SILVA CORRÊA<sup>2</sup>; JOSÉNICE DE ARAÚJO SILVA GOMES<sup>2</sup>; LUCIANA FERREIRA POTIGUARA AMADOR DE SOUSA<sup>2</sup>; CLAUDIA ESTELA MACIEL DÁVALOS<sup>2</sup>

*1. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, TAGUATINGA, DF, BRASIL; 2. CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ENDOMETRIOSE, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A endometriose é doença prevalente na população geral acometendo aproximadamente 10% das mulheres em idade fértil, dessas 3 a 37% possuem doença profunda e infiltrativa com comprometimento do trato digestório, em alguns casos sendo necessárias intervenções cirúrgicas com

ressecções de nesse trato. Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com endometriose profunda infiltrativa (EPI) com comprometimento de múltiplos sítios do trato digestório com necessidade de ressecção múltipla. Resultados: Trata-se de paciente de 32 anos, com quadro de dor pélvica crônica, cíclica há uma no e com piora há três meses. Apresentava disquezia. Foi submetida a ressonância magnética e ultrassom transvaginal com preparo intestinal com o achado de endometriomas de ovário, endometriose de sigmoide, de bexiga e dos ligamentos útero-sacros. A paciente foi submetida a vídeolaparoscopia com achado das lesões descritas nos exames auxiliares, além de duas lesões localizadas no íleo terminal, uma no ceco e outra no apêndice. Foi realizado tratamento das lesões ováricas, peritônio vesical, peritônio pélvico, ligamentos útero-sacros, além de ressecção segmentar do retossigmóide com anastomose colorretal grampeada e íleo-colectomia segmentar com anastomose látero-lateral íleo-ascendente grampeada. A paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta o 5º DPO para acompanhamento ambulatorial. Conclusões: A criteriosa avaliação dos órgãos pélvicos deve ser indispensável no tratamento da EPI para a adequada condução do caso.

#### VL056 - APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA POR PORTAL ÚNICO

SILVIO GABOR<sup>1</sup>; RUY FRANCISCO PIMENTEL PEDROSO<sup>2</sup>; ALEXANDRÉ ZANCHENKO FOSENCA<sup>1</sup>; MURILLO LIMA FAVARO<sup>1</sup>; THIAGO BITTENCOURT HASSEGAWA<sup>1</sup>; STEPHANIE SANTIN<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. CLINICA RUY PEDROSO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Os autores apresentam vídeo mostrando apendicectomia laparoscópica realizada por portal único pela cicatriz umbilical. Mostram que as dissecações, as manobras de tração e contração, ligaduras e grampeamentos são perfeitamente factíveis por esse portal. Essa técnica requer uma adaptação da equipe quanto ao seu posicionamento, manuseio da vídeo câmera e das pinças de cirurgia laparoscópica, distância e centralização da imagem. O procedimento foi realizado em tempo semelhante ao da laparoscopia de múltiplos portais (cerca de 20 minutos) e não houve complicações como contaminação da cavidade ou da cicatriz umbilical ou formação de hérnia umbilical. A dor no pós operatório foi contralada com analgesia habitual, sendo também semelhante a da laparoscopia tradicional. Concluem ser essa uma opção viável, de excelente aspecto estético sem comprometimento da segurança dos pacientes.

#### VL057 - VÍDEO: TRATAMENTO VÍDEOLAPAROSCÓPICO DE FÍSTULA RETOVAGINAL ALTA

THAIS RAQUEL SILVA; MAURO AUGUSTO MARCHIORI JR; ADRIANA BORGONOVÍ CHRISTIANO; VALDIR TERCÍOTI JR; THAIS NOGUEIRA SA GONCALVES; OSWALDO OLIVEIRA NETO; CAIO MATOS MALTEMPI CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Os autores apresentam em vídeo o uso da vídeolaparoscopia como opção para o tratamento cirúrgico de paciente

que apresentava fistula retovaginal alta junto ao colo uterino após retosigmoidectomia anterior e insucesso na tentativa de cicatrização com a utilização de ileostomia em fossa ilíaca direita. Demonstram a viabilidade da dissecação pélvica e da identificação da linha de sutura anteriormente realizada. Utilizam a histerectomia como opção técnica facilitadora e a utilização da via vaginal para a retirada da peça cirúrgica. Por fim destacam a utilização de sutura manual com fio gastrointestinal absorvível para o fechamento dos orifícios vaginal e retal e interposição de gordura epiplóica, demonstrando que o tratamento por vídeolaparoscopia é exequível e os Resultados obtidos satisfatórios.

#### VL058 - TRANSVERSECTOMIA VÍDEOLAPAROSCÓPICA COM EPIPECTOMIA POR ADENOCARCINOMA DE TRANSVERSO MÉDIO

RODRIGO AMBAR PINTO; JOSÉ LUIS LOURENÇÃO; RODRIGO MONTENEGRO LOURENÇÃO; CAIO SÉRGIO NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; MARCELO RODRIGUES BORBA; SÉRGIO CARLOS NAHAS

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A abordagem do cólon transverso por vídeolaparoscopia apresenta um desafio para o cirurgião, mesmo com os avanços da cirurgia colorretal laparoscópica nas últimas décadas. Objetivo: Apresentar um vídeo de transversectomia videolaparoscópica em paciente jovem portadora de adenocarcinoma de transverso médio. Caso: Paciente de 45 anos, sexo feminino, sem comorbidades, diagnosticada há 2 anos com lesão plano-elevada em cólon transverso. Por opção própria ficou em observação e a lesão apresentou crescimento, com biópsia positiva para adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Os exames de estadiamento não mostravam lesões à distância e CEA 3,5. Optado por marcação da lesão com tinta Nanquim proximal e distal para localização durante o procedimento cirúrgico e abordagem por vídeolaparoscopia. Passados os trocáteres em cicatriz umbilical, flancos direito e esquerdo e fossas ilíacas direita e esquerda e localizada a lesão em transverso médio. Optado por transversectomia com epiplectomia associada, tracionando-se inferiormente o cólon transverso e acessada a retrocavidade dos epíplons externamente à arcada da grande curvatura. Prosseguido com liberação das flexuras hepática e esplênica auxiliada por pinça bipolar, para obter as margens necessárias e garantir ausência de tensão na anastomose. Realizada a ligadura da artéria cólica média na sua origem, seguido de abertura de incisão auxiliar trans umbilical mediana de 5 cm. Retirada a peça com proteção e realização de transverso-transverso anastomose látero-lateral mecânica linear. A paciente evoluiu muito bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar no 4º PO. O anatomo-patológico definiu como T1N0 e margens livres de neoplasia. Conclusão: A transversectomia Videolaparoscópica com epiplectomia é uma opção viável para a abordagem do adenocarcinoma de transverso médio, apesar do mito existente entre os cirurgiões de dificuldade extrema em sua abordagem.

**VL059 - TEM, COMPLICAÇÕES E DESAFIOS TÉCNICOS**  
PATRÍCIO BERNARDO LYNN LYNN; LORNA CASTRO;  
JOSÉ CARLOS BEDRAN; IGOR PROSCURSHIM; GUI-  
LHERME PAGIN SÃO JULIÃO; RODRIGO OLIVA PE-  
REZ; ANGELITA HABR GAMA  
*INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO,  
SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A cirurgia Transanal Endoscópica Mi-  
crocirúrgica (TEM), é uma ferramenta cada vez mais popular  
no tratamento de lesões retais benignas e malignas. Como  
toda cirurgia pode apresentar complicações, algumas pró-  
prias do método. Objetivo: O objetivo deste vídeo é apre-  
sentar três situações TÉCNICAMENTE difíceis que foram  
resolvidas com diferentes estratégias. Método: Neste vídeo  
são apresentadas três situações, um sangramento, uma abe-  
ertura de peritônio e uma ressecção de uma lesão de grande  
tamanho que implicou a ressecção circunferencial com fe-  
chamento do defeito criado. Conclusão: A cirurgia transanal  
endoscópica microcirúrgica não está isenta de complicações  
intraoperatórias. A experiência acumulada com o método  
pode auxiliar na resolução de dificuldades intraoperatórias  
com bons Resultados.

**VL060 - FÍSTULA ANORRETAL: TRATAMENTO VI-  
DEOLAPAROSCÓPICO. MELHOR ABORDAGEM?**  
PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; MIGUEL  
ANGELO PEDROSO; RENATO GANDOLFI MAR-  
TINS DE LIMA  
*INSTITUTO LUBECK, ITU, SP, BRASIL.*

Resumo: Paciente, 84 anos, sexo feminino, com história  
crônica de abscesso anorretal em região glútea esquerda,  
foi submetida à ressonância nuclear magnética (RNM) e  
diagnosticada com fistula sigmoideana. Foi realizada retos-  
sigmoidectomia convencional, porém 8 meses após a ci-  
rurgia, continuou apresentando os mesmos sintomas. Novo  
exame de ressonância nuclear magnética foi realizado,  
identificando novamente a fistula. Dessa vez, foi abordada  
por vídeolaparoscopia, indentificando a presença de trajeto  
fistuloso do reto para o assoalho pélvico e região glútea  
esquerda, sendo então, corrigida com grampeador linear  
cortante.

**VL061 - PROCEDIMENTOS VÍDEO LAPAROSCOPI-  
COS NA DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA**  
LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; RENATO BAR-  
RETTO FERREIRA DA SILVA; CARLOS ANDRÉ ANTU-  
NES BARROS; SERGIO GONTSCHAROW; FELIPE GUER-  
RERO PIETRO; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE  
*HOSPITAL SÃO LUIZ - ITAIM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: - Retossigmoidectomia vídeo laparoscópica com  
anastomose primária. - Retossigmoidectomia vídeo laparos-  
cópica com colostomia a hartman. - Laparoscopia com lava-  
gem da cavidade abdominal. Os autores demonstram a reali-  
zação destes procedimentos, com detalhes das técnicas e as  
vantagens de cada procedimento e a sua indicação.

**VL062 - ANASTOMOSE PRIMÁRIA NA DIVERTICU-  
LITE AGUDA COMPLICADA**  
LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; CARLOS ANDRÉ AN-  
TUNES BARROS; SERGIO GONTSCHAROW; FELIPE GUER-  
RERO PIETRO; RENATO BARRETTO FERREIRA DA SILVA  
*HOSPITAL SÃO LUIZ - ANÁLIA FRANCO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*  
Resumo: Os autores demonstram que em casos selecionados  
é possível a realização da cirurgia em 1 tempo na diverticulite  
aguda complicada, com a realização da retossigmoidectomia  
vídeo laparoscópica, evitando a colostomia

**VL063 - RETOSSIGMOIDECTOMIA COM COLOSTO-  
MIA A HARTMAN E A RECONSTRUÇÃO DO TRAN-  
SITO EM SEGUNDO TEMPO, NA DIVERTICULITE  
AGUDA COMPLICADA**  
LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; RENATO BAR-  
RETTO FERREIRA DA SILVA; SERGIO GONTSCHA-  
ROW; CARLOS ANDRÉ ANTUNES BARROS; FELIPE  
GUERRERO PIETRO; LAISSA ARRUDA PINTO  
*HOSPITAL SÃO LUIZ - ITAIM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Os autores apresentam vídeo demonstrando uma pa-  
dronização que desenvolveram da retossig moidectomia vídeo  
laparoscópica com colostomia a hartman na diverticulite agu-  
da complicada tornando o tempo cirúrgico menor, com bene-  
fícios aos pacientes que geralmente estão em estado crítico e  
a sua reconstrução do transito com portais múltiplos ou single  
port, com liberação primeiro da colostomia.

## TEMAS LIVRES

**TL001 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL POR COLOSTOMIA TERMINAL EM HOSPITAL TERCIÁRIO REFERÊNCIA DA ZONA LESTE DE SÃO PAULO.**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES

*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A morbi-mortalidade de pacientes submetidos a reconstrução de trânsito intestinal alcança valores significativos e, por isso e outros fatores, talvez se explique o fato que de 30 a 60% dos portadores de ostomia intestinal terminal passam a possuí-la de maneira definitiva, apesar de, maior parte das vezes, ser realizada como procedimento provisório com argumento de aumento da segurança do paciente. Objetivo: Analisar de forma retrospectiva os dados de prontuário de pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal com ostomia terminal em um dos hospitais referência do SUS na cidade de São Paulo no período de outubro de 2008 a dezembro de 2011. Resultados: No período do presente estudo, entre outubro de 2008 e dezembro de 2011, o serviço de residência médica de coloproctologia do Hospital Santa Marcelina, São Paulo, realizou 264 operações colorretais eletivas, compreendendo 100 reconstruções de trânsito intestinal (37,8%). Desses 49% apresentavam colostomia terminal. A média de idade dos pacientes foi de 54,5 anos (15-81 anos) e 51% pertenciam ao sexo feminino. Com relação à presença de comorbidades, essas estiveram presentes em 59% dos pacientes e foram marcadas principalmente pela hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo e doença de Chagas. A indicação da confecção da ostomia inicial decorreu de doença maligna em 67,4% e o tempo médio de permanência com o estoma foi de 15,2 meses. Com relação a classificação do risco anestésico (ASA), 23,8% eram ASA I, 61,9% classe II e 14,3% ASA III. No presente estudo, ocorreram intercorrências no procedimento cirúrgico em 3% dos pacientes e, destes nenhum evoluiu à óbito. No que se refere a taxa de mortalidade, verificou-se essa ocorrência em 8% dos pacientes submetidos a reconstrução de trânsito intestinal e 75% desses haviam sido reoperados por deiscência de anastomose com peritonite fecal. Quando se verifica o tempo de internação, esse período foi em média 6,77 com variação de 3 a 36 dias. Entretanto, quando se analisa especificamente o tempo de internação entre os pacientes em que ocorreram complicações clínicas ou cirúrgicas e que não evoluíram a óbito, esse período foi em média de 14,22 dias. Conclusão: Embora a reconstrução de trânsito intestinal seja um procedimento bastante desejado pelos pacientes, sua indicação deve ser bastante criteriosa com consentimento adequado por parte do paciente.

**TL002 - FATORES QUE INFLUENCIAM NO RESULTADO DO REPARO PRIMÁRIO DAS LESÕES PENETRANTES DE CÓLON**

KAIO TOLEDO CARDOSO; GUILHERME BIAZOTTO; RAFAEL MEZZALIRA RUANO; THIAGO RODRIGUES CALDERAN; GUSTAVO PEREIRA FRAGA  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: O cólon é o segundo órgão mais acometido no trauma abdominal penetrante e estas lesões continuam sendo um desafio para os cirurgiões, uma vez que estão relacionados com a elevada ocorrência de complicações. O objetivo deste estudo é avaliar os fatores que influenciam na morbidade e mortalidade de pacientes com lesões de cólon tratadas com reparo primário. Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo de 235 pacientes com lesões traumáticas penetrantes de cólon que realizaram o reparo primário das lesões em um hospital universitário entre 1990 e 2010. Resultados: A principal causa de lesão foi ferimento por arma de fogo 79,6% dos casos. O intervalo entre a lesão e o tratamento cirúrgico foi de menos de duas horas em 71,9% dos casos. Sutura primária foi realizada em 88,5% dos pacientes e ressecção com anastomose em 11,5%, sem nenhum efeito sobre o resultado. As taxas de morbidade e mortalidade foram de 32,3% e 6,8%, respectivamente. Sendo os preditores de morbidade Revised Trauma Score (RTS) < 7,84, presença de choque hemorrágico na admissão (pressão arterial sistólica < 90 mmHg), o grau da lesão no cólon > grau III, hemorragia intraperitoneal > 500ml, necessidade de hemotransfusão (> 6 unidades concentrado de hemácias), outras lesões abdominais associadas, grau de contaminação da cavidade peritoneal e Injury Severity Score (ISS) > 25. A maioria dos pacientes que morreram apresentaram choque hemorrágico na admissão, alteração no Revised Trauma Score (RTS), hemorragia intra abdominal, infecção da cavidade peritoneal, necessidade de hemotransfusão, coagulopatia, re-exploração cirúrgica, Injury Severity Score > 25 (ISS), Penetrating Abdominal Trauma Index > 25 (PATI). Conclusões: Múltiplos fatores influenciam e são preditores de morbidade e mortalidade em pacientes com lesões penetrantes de cólon, como, o quadro hemodinâmico do paciente na admissão, grau da lesão, hemorragia intraperitoneal, contaminação da cavidade abdominal e a necessidade de hemotransfusão. A derivação do trânsito intestinal ao invés do reparo primário deve ser considerado em pacientes com múltiplos fatores associados.

**TL003 - SISTEMA COMPUTACIONAL PARA O GERENCIAMENTO DE DADOS E PARA A TRANSMISSÃO DE VÍDEOS DE EXAMES DE COLONOSCOPIA: ANÁLISE DE DESEMPENHO DE CLIENTES COM ACESSO A INTERNET VIA ADSL.**

RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1</sup>; JOYLAN NUNES MACIEL<sup>2</sup>; RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>3</sup>; MOACIR FONTEQUE JÚNIOR<sup>1</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>4</sup>; JOAO JOSÉ FAGUNDES<sup>4</sup>; FENG CHUNG WU<sup>4</sup>

1.LABORATÓRIO DE BIOINFORMÁTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO LATINOAMERICANA (UNILA), FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 3.CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE FOZ DO IGUAÇU (CESU-FOZ), FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 4.DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: As inovações tecnológicas aliadas à expansão da Internet propiciam o desenvolvimento de soluções multidisciplinares para a resolução de problemas da área médica, tais como os Sistemas de Arquivamento e Comunicação de Imagens (PACS). Todavia há grande carência por aplicações que permitam o acompanhamento e interação remota entre profissionais da área de saúde. Objetivo: Desenvolvimento e avaliação experimental de um PACS para o gerenciamento de dados de exames de colonoscopia e para o acompanhamento remoto dos mesmos. Materiais e Métodos: Fase 1: definição dos requisitos por meio de reuniões com especialistas da área médica: gerenciamento de dados sobre exames de videocolonosopia e acompanhamento remoto, em tempo real, de tais procedimentos por meio vídeos oriundos dos exames. Fase 2: Construção do sistema aplicando-se as linguagens de programação Java e Flex e o servidor de *streamings* Red5. Fase 3: Aferição da solução por meio da transmissão de vídeos com resolução 480x360pixels, 25 Quadros por segundo (QPS), *bitrate* de 6Mbps e sem compactação. O ambiente foi composto por dois computadores: um deles (Emissor) transmitia o vídeo por meio de uma conexão Internet de 100Mbps; e o segundo (Cliente) recebia o vídeo por intermédio de uma conexão *Asymmetric Digital Subscriber Line* (ADSL) de 15Mbps. Cada experimento de transmissão/recepção teve duração de 30 minutos, sendo os mesmos realizados durante 5 dias úteis de uma semana nos seguintes horários: às 10h, 11h, 14h e 15h. Os valores de QPS foram coletados e avaliados estatisticamente com nível de significância de 5%. Resultados e Discussão: O modelo computacional contribuiu para a realização e acompanhamento remoto de exames de colonoscopia por meio da Internet. Obteve-se QPS médio de 23,9 e Desvio Padrão (DP) de 0,6 no Emissor; QPS médio de 14,3 e DP de 6,3 para o Cliente, determinando a existência de diferença de desempenho estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ). Contudo, mesmo realizando os experimentos nos horários de maior carga da Internet, foi possível manter a qualidade máxima das imagens transmitidas, o que é primordial para a discussão dos exames pelos especialistas e para a feitura de diagnósticos. Conclusão: O método proposto é inédito e pode ser utilizado para o acompanhamento remoto de exames de videocolonosopia por meio de conexões ADSL, contribuindo para disseminar a medicina especializada para regiões menores, bem como para melhorar a precisão na realização de diagnósticos.

**TL004 - OPERAÇÃO TRANSANAL ENDOSCÓPICA COM RIBPROCTOSCÓPIO – EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS COM 125 OPERAÇÕES**

**JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; OMAR FÉRES**  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: A excisão local dos tumores retais já está bem estabelecida como método cirúrgico. É um procedimento menos invasivo e dentro dos critérios de sua indicação, traz benefícios quanto às alterações funcionais do reto e canal anal, evita dissecação e lesões em nervos pélvicos, dispensa a colostomia, diminui infecções e complicações em anastomoses e suturas, reduz a morbimortalidade e o custo operacional. Desde 2003 idealizamos um proctoscópio cirúrgico na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – com o qual já realizamos 125 operações transanais endoscópicas. Devido a existência de vários proctoscópios para operações endoscópicas, com diversas nomenclaturas, em homenagem a Ribeirão Preto, denominamos este aparelho de Ribproctoscópio. Foram realizados 125 cirurgias em 116 pacientes, além das indicações clássicas para adenomas e adenocarcinomas selecionados, em outras situações ela também foi útil como: carcinóide, endometriose, hamartoma, estenose, perfuração e úlcera retais e empalação anal erótica. São 45 adenomas e 59 adenocarcinomas operados sendo a taxa de recorrência de 13% para os adenomas e de 6,5% para os adenocarcinomas (taxa global). Dos 59 adenocarcinomas, 26 receberam QRT neoadjuvante e oito fizeram QRT após a excisão transanal. Houve indicação com condições paliativas em onze pacientes idosos com morbidades relevantes, alto risco cirúrgico ou que recusaram a cirurgia radical e/ou estoma. A qualidade de vida de todos esses pacientes, a maioria próxima dos 70 anos, foi muito superior à daqueles que são operados por cirurgias radicais. O tempo de seguimento foi expressivo, com média de 59 meses (1-117), houve avaliações periódicas com exames clínicos, laboratoriais e de imagens na grande maioria dos doentes. Esta experiência clínica e cirúrgica foi extremamente animadora, com bons Resultados que nos entusiasma em investir na técnica proposta e aprimorá-la.

**TL005 - CAPSOCAM: UMA NOVA MODALIDADE DE VISUALIZAÇÃO DO INTESTINO DELGADO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA – RESULTADOS PRELIMINARES**

**MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; ROLANDO TA-VEIRA PINHO; EDUARDO SERRA OLIVEIRA**  
MANOPH - INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.

Resumo: Introdução: A tecnologia de endoscopia por cápsula tem tido desenvolvimentos sucessivos, que resultaram numa melhor qualidade de imagem, aumento do ângulo de visão, e do número de imagens obtidas por segundo. Estes melhoramentos contribuem para uma melhor possibilidade de detecção de lesões por esta técnica, que tem, actualmente, como principal indicação o estudo do intestino delgado. Recentemente surgiu um novo modelo de cápsula endoscópica, que difere radicalmente das precedentes pelo facto de que a visão é obtida lateralmente (em oposição à visão axial das cáps-

sulas “clássicas”), através de 4 camaras, o que permite uma avaliação de 360°. – “CapsoCam”. Objectivo: Comparar os Resultados da enteroscopia por cápsula efectuada, em simultâneo no mesmo doente, com a cápsula “clássica” e cápsula “CapsoCam”. Material e Métodos: 10 doentes. Enteroscopias efectuadas no mesmo dia, com ingestão separada de 1 hora, com a cápsula “Given” PillCam SB2 e a Capsocam. Resultados: Enteroscopia completa em todos os doentes. Falência técnica da CapsoCam em 2 casos. Diferenças nas taxa de visualização da papila, com vantagem para a CapsoCam. Sem diferenças significativas nos diagnósticos obtidos e números de lesões detectadas, mas, no confronto caso-a-caso, vantagem para a CapsoCam. Tempo de leitura consideravelmente superior para a CapsoCam. Conclusões: A CapsoCam representa uma alternativa viável na enteroscopia por cápsula. No entanto, vários aspectos ainda limitam a sua utilização em grande escala.

#### TL006 - APPENDECTOMY IN OLD PATIENTS - 5 YEARS SINGLE CENTER EXPERIENCE

RUI SAAVEDRA MARINHO; RICARDO OLIVEIRA ROCHA; ANTONIO PEDRO GOMES; ANA RITA TOMÁS; CARLA FREITAS CARNEIRO; VITOR MANUEL NUNES *HOSPITAL PROF DR. FERNANDO FONSECA E.P.E., AMADORA, PORTUGAL.*

Resumo: Introduction: Old patients are a singular group. They are associated with major comorbidities and may have a higher surgical risk. In this study our objective is to evaluate the surgical outcome of these patients and to compare two groups: those with 65 to 75 years and those above 75. Material and methods: Longitudinal retrospective study. Demographic and clinical data were collected from the clinical files of 99 patients with 65 years or more in which appendectomy was performed for acute appendicitis between 2008 and 2011 (total of 1159 patients operated for the same pathology). Two groups were formed: those with 65 to 75 years (n=65) and those above 75 years (n=34). Results: Median age was  $72,9 \pm 7,3$  years (minimum: 65, maximum: 100). 38 patients were women and 61 were men; the distribution was homogenous. Concerning comorbidities 18% patients had diabetes, 29% had cardiac disease, 7% pulmonary obstructive disease (surgery) and 8% chronic renal disease; there were no differences between the groups. At admission 20% of patients had sepsis, being the proportion superior in the youngest group and this difference had statistical significance ( $\chi^2$  com pearson  $\times 2 = 4,16$ ;  $df=1$ ;  $p<0,05$ ). The median hospital stay was 6,47 days (minimum: 1 and maximum: 38), no differences found in the two groups. 54% of patients had a laparoscopic approach, 32% had a McBurney incision and 13% a median laparotomy; the distribution was homogenous. No mortality was registered (POSSUM: 4,7%). Medical morbidity was 8% and surgical morbidity 11% (POSSUM: 60%); morbidity had no relation to age or surgical approach. Histology showed 36% phlegmonous appendicitis, 50% gangrenous, 2% without pathologic changes and 1% appendicular neoplasms; the two groups were

homogenous. Conclusions: There are no statistically differences between the two groups concerning morbidity, surgical approach, hospital stay, morbidity, mortality and stage of the disease. Sepsis was more frequent at admission in the younger group with a statistically significant difference. In this study the two age groups concerned showed a similar outcome when submitted to appendectomy for acute appendicitis.

#### TL007 - CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES OSTOMIZADOS ATENDIDOS EM CENTROS DE REFERÊNCIA

DANILLO OMENA DE ARAÚJO FERNANDES; EVELINE LEITE DIDONÉ; MANOEL ÁLVARO DE FREITAS LINS NETO

*MACEIÓ, ALAGOAS, AL, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Diversas condições clínicas implicam na realização de uma ostomia intestinal como tratamento. Entretanto, a presença de um estoma é um importante limitador da qualidade de vida da pessoa ostomizada. Objectivo: Definir o perfil epidemiológico de pacientes cadastrados no Programa de Ostomizados de dois serviços de referência quanto a sexo, idade, classificação em definitiva ou temporária, tipo de ostomia quanto ao segmento intestinal utilizado e causas. Método: Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, cujos dados foram obtidos de fichas cadastrais de pacientes ativos em Programas de Ostomizados no mês de maio de 2013. Os dados foram organizados em planilhas pelo programa Excel e apresentados em forma de gráficos e tabelas. Resultados: Dos 216 pacientes incluídos no estudo, 50,5% eram do sexo feminino e 49,5% do sexo masculino. A média de idade foi de 51,3 anos e a faixa etária de maior prevalência em ambos os sexos foi entre 60 a 69 anos (23,6%). Em relação ao segmento intestinal utilizado, 89,4% eram colostomias e 10,6% eram ileostomias. De acordo com a permanência do estoma, 43,0% eram definitivas e 57,0% temporárias. Quanto à causa que levou à confecção do estoma, a mais prevalente foi o câncer colorretal (40,7%), seguido dos traumatismos (18,1%), abdome agudo (12,0%), neoplasias ginecológicas (9,3%), doenças congênitas (4,6%), doenças inflamatórias intestinais (3,7%) e megacólon chagásico (3,2%). Conclusão: O estudo apresenta dados relevantes que podem ser utilizados como subsídio para ações de prevenção e estratégias de melhoria da saúde da população ostomizada.

#### TL008 - AVALIAÇÃO DO ESTRESSE OXIDATIVO NA ISQUEMIA E REPERFUSÃO INTESTINAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS

HENRIQUE SARUBBI FILLMANN<sup>1</sup>; RENATA M HARTMANN<sup>2</sup>; FRANCIELLI LICKS<sup>2</sup>; ELIZÂNGELA SCHEMITT<sup>2</sup>; GILMARA PANDOLFO ZABOT<sup>1</sup>; NORMA POSSA MARRONI<sup>3</sup> *1.PUC-RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.UFRGS-ULBRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A lesão de isquemia e reperfusão intestinal (I/R-i) pode causar danos teciduais e celulares ao tecido e em órgãos distantes gerando um processo inflamatório em



órgãos à distância como: fígado e pulmão, promovendo uma inflamação sistêmica. Na I/R-i alguns agentes agressores estão envolvidos nas lesões como a geração exacerbada de radicais livres. Sendo assim, o entendimento dos mecanismos envolvidos na I/R-i é extremamente importante para a descoberta de estratégias terapêuticas para minimizar seus danos. Objetivo: Avaliar o envolvimento do estresse oxidativo na I/R-i em ratos, avaliando a lipoperoxidação e a atividade da enzima glutatona peroxidase no intestino e em órgãos situados à distância da lesão inicial como pulmão e fígado. Métodos: Foram utilizados 12 ratos machos Wistar, 250 g, divididos em grupos: 1: Sham operated (SO), 2: Isquemia e reperfusão intestinal (I/R-i). Os animais foram anestesiados e após foi realizada laparotomia mediana e identificação da artéria mesentérica superior. A artéria foi clampeada por 30 minutos utilizando-se uma pinça vascular de microcirurgia. Após o tempo de isquemia intestinal, os animais foram mantidos por mais 15 minutos em reperfusão intestinal. Foi realizada a avaliação da lipoperoxidação (LPO) através da técnica das substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS) e a atividade da enzima antioxidante glutatona peroxidase (GPx). Resultados: A análise estatística utilizada foi ANOVA seguido do teste Student-Newman-Keuls (média±EP). Na avaliação da LPO por TBARS (nmoles/mgProt) nos órgãos houve um aumento significativo no grupo I/R-i em relação ao grupo SO, intestino (SO: 1,7±0,6; I/R-i: 4,6±0,6), pulmão (SO: 1,2±0,8; I/R-i: 3,6±0,7) e fígado (SO: 0,13±0,02; I/R-i: 1,27±0,19). A atividade da enzima GPx apresentou uma diminuição significativa no grupo I/R-i em relação ao grupo SO: intestino (SO: 10,66±0,8; I/R-i: 2,14±0,2), pulmão (SO: 4,51±1,1; I/R-i: 2,72±0,5) e fígado (SO: 1,59±0,09; I/R-i: 0,48±0,08). Conclusão: Este estudo foi elaborado para análise dos fatores relativos ao estresse oxidativo que ocorrem nos primeiros momentos após a reperfusão intestinal. Sendo assim, nossos Resultados sugerem que o estresse oxidativo está associado à lesão gerada pela I/R intestinal, devido ao aumento na lipoperoxidação e diminuição da atividade da GPx, tanto no órgão primário quanto nos outros órgãos.

#### TL009 - SISTEMA COMPUTACIONAL PARA AUTOMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE MAPEAMENTO DE LAUDOS MÉDICOS POR ONTOLOGIAS

HUEI DIANA LEE<sup>1</sup>; JEFFERSON TALES OLIVA<sup>1</sup>; ANDRÉ GUSTAVO MALETZKE<sup>1</sup>; RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>1</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>2</sup>; JOAO JOSÉ FAGUNDES<sup>2</sup>; FENG CHUNG WU<sup>1</sup>

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: o grande volume de dados registrados na área médica, como imagens, áudio e laudos, tem motivado o desenvolvimento de processos computacionais com a finalidade de auxiliar na análise desses dados. Entre esses processos destaca-se o de Mineração de Dados (MD) apoiado por técnicas de Inteligência Artificial. No entanto, para a aplicação da MD, é necessário que os dados estejam representados em formato estruturado, como as bases de dados computacionais. Assim, torna-se necessário o desenvolvimento de métodos que viabilizem a transformação desses dados para esses formatos. Objetivo: apresentar um sistema computacional (SC) para automatizar o processo de mapeamento de laudos médicos por ontologias mediante a integração dos métodos de processamento de laudos textuais e ontologias. Materiais e Métodos: o SC foi construído utilizando o modelo de desenvolvimento por prototipagem constituído de cinco etapas: comunicação; plano rápido; modelagem; construção do protótipo; e avaliação e *feedback*. Os principais recursos computacionais utilizados foram: linguagens de programação Java, Ruby, Perl, Javascript; linguagens de marcação HTML e XML; linguagem de estilo CSS; ferramentas de apoio Ruby on Rails e JRuby e ambiente de desenvolvimento de sistemas complexos Netbeans. Resultados: o SC foi estruturado em dois cenários: (1) funcionalidades para gerenciamento e pré-processamento de laudos, construção de arquivos de padronização e especificação de atributos e (2) funcionalidades para configuração de parâmetros e execução do mapeamento de laudos. Para prover a interação ampla, amigável e eficiente entre o SC e o usuário final, foi desenvolvida uma interface web, possibilitando o uso do SC remotamente, por meio da internet. Assim, o SC desenvolvido pode ser utilizado sem a necessidade de instalação e de configuração de um ambiente computacional específico, bastando o acesso à internet e a existência de um navegador de internet instalado. A aplicação do processo de mapeamento de laudos médicos em conjunto de dados artificiais permitiu obter taxas de mapeamento entre 82 a 100%. Conclusão: o SC possibilitou o ganho na eficiência, bem como a padronização das informações transcritas para a base de dados, quando comparado ao mapeamento manual. Com a utilização do SC apresentados estudos mais completos e detalhados em laudos textuais poderão ser realizados não somente por profissionais da área médica, mas também por profissionais de outras áreas do conhecimento.

nicas de Inteligência Artificial. No entanto, para a aplicação da MD, é necessário que os dados estejam representados em formato estruturado, como as bases de dados computacionais. Assim, torna-se necessário o desenvolvimento de métodos que viabilizem a transformação desses dados para esses formatos. Objetivo: apresentar um sistema computacional (SC) para automatizar o processo de mapeamento de laudos médicos por ontologias mediante a integração dos métodos de processamento de laudos textuais e ontologias. Materiais e Métodos: o SC foi construído utilizando o modelo de desenvolvimento por prototipagem constituído de cinco etapas: comunicação; plano rápido; modelagem; construção do protótipo; e avaliação e *feedback*. Os principais recursos computacionais utilizados foram: linguagens de programação Java, Ruby, Perl, Javascript; linguagens de marcação HTML e XML; linguagem de estilo CSS; ferramentas de apoio Ruby on Rails e JRuby e ambiente de desenvolvimento de sistemas complexos Netbeans. Resultados: o SC foi estruturado em dois cenários: (1) funcionalidades para gerenciamento e pré-processamento de laudos, construção de arquivos de padronização e especificação de atributos e (2) funcionalidades para configuração de parâmetros e execução do mapeamento de laudos. Para prover a interação ampla, amigável e eficiente entre o SC e o usuário final, foi desenvolvida uma interface web, possibilitando o uso do SC remotamente, por meio da internet. Assim, o SC desenvolvido pode ser utilizado sem a necessidade de instalação e de configuração de um ambiente computacional específico, bastando o acesso à internet e a existência de um navegador de internet instalado. A aplicação do processo de mapeamento de laudos médicos em conjunto de dados artificiais permitiu obter taxas de mapeamento entre 82 a 100%. Conclusão: o SC possibilitou o ganho na eficiência, bem como a padronização das informações transcritas para a base de dados, quando comparado ao mapeamento manual. Com a utilização do SC apresentados estudos mais completos e detalhados em laudos textuais poderão ser realizados não somente por profissionais da área médica, mas também por profissionais de outras áreas do conhecimento.

#### TL010 - LEIOMIOSSARCOMA DE FOSSA ISQUIORRETAL - RELATO DE CASO

MONIKA PEREIRA KIM; LEONARDO GUEDES; IGOR DIAZ YAMANE; RICARDO LIRA REIS; EDNA DELABIO FERRAZ; JOAO AGUIAR PUPO NETO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Introdução: O leiomiossarcoma (LMS) é um tumor mesenquimal raro, responsável por apenas 0,7% de todas as neoplasias dos adultos. A localização na fossa isquiorretal é incomum e a falta de dados específicos torna difícil o diagnóstico definitivo e o consenso ao tratamento ideal. OBJETIVO: Relatar a experiência clínica frente a um caso de LMS de fossa isquiorretal e os correlacionar com a literatura. Relato do Caso: Mulher, 60 anos, negra, com relato de dor nádega direita ao sentar, irradiada para coxa, com início há 6 meses. TC e

RNM evidenciaram formação expansiva de partes moles em fossa ísquio-anal medindo 7,3 x 4,3cm com íntimo contato ao esfínter externo do ânus, de limites bem definidos. Exame físico: discreto abaulamento perineal à direita; palpação dolorosa; consistência fibroelástica. Realizada biópsia da lesão a céu aberto. Histopatológico: leiomiossarcoma. Submetida à remoção cirúrgica total da lesão, clips para marcação. Quimioterapia (gentacibina + docetaxel); internada por toxicidade ao 2º ciclo; TC revelou imagens sugestivas de metástases em tórax e em adrenal direita. Discussão: O tema apresenta relevância devido à insuficiência de dados na literatura. A experiência com o caso levanta dúvida se a excisão da massa poderia ter sido realizada de imediato. A radioterapia pré-operatória, nesse caso, é uma questão ainda sem consenso. A suspeita diagnóstica e as propostas terapêuticas (cirúrgica, quimioterápica e radioterápica) apoiam-se em evidências científicas limitadas de LMS de outra origem, comprometendo a região anal e retal, o que torna difícil a tomada de decisão ao conduzir o problema com a presente peculiaridade. Conclusão: A escolha da excisão local da lesão foi decidida por tratar-se de lesão bem delimitada e sem invasão esfínteriana e de estruturas vasculares, ao estudo imageológico. Apesar disso, a paciente evoluiu de forma inesperada e apresenta-se em quimioterapia paliativa por apresentar metástases pulmonar e adrenal.

**TL011 - PROTOCOLO MULTIMODAL DE RECUPERAÇÃO RÁPIDA EM PROCEDIMENTOS COLORRETAIS EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA**

MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN; NILO LUIZ CERATO; VALÉRIO GARCIA; RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA; KARINE SABRINA BONAMIGO; KAREN MUNOZ; BRUNA BORBA VAILATI; ALESSANDRO GUARNIERI MIOZZO  
*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES (HED), PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Protocolos de recuperação precoce são baseados em evidências científicas. Diminuem o stress fisiológico e disfunções dos órgãos no pós-operatório (PO) através do aprimoramento dos cuidados no peri-operatório, permitindo altas precoces, taxas de complicações menores, diminuição da resposta metabólica e custos. Objetivos: Avaliar o uso de medidas de um programa de recuperação rápida em cirurgias colorretais durante a implantação do mesmo. Métodos: Revisão de prontuários de internação hospitalar dos pacientes submetidos a cirurgias colorretais eletivas por neoplasia durante o desenvolvimento e implantação de protocolo. No período de julho de 2012 a julho de 2013, 32 pacientes preencheram os critérios de inclusão. Resultados: Dos 32 procedimentos colorretais abdominais por neoplasia, a média de idade dos pacientes foi de 72 anos ( $\pm 13$ ), 22 do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Destes, 25 tinham comorbidades associadas. Todos realizaram avaliação anestésica, nutrológica, acompanhamento da fisioterapia e 6 acompanhamento psicológico. Apresentaram neoplasia de cólon 22 pacientes e 10 de reto ou canal anal. Foram realizados 12 (37,5%) procedimentos por

vídeolaparoscopia (VLP) e 20 (62,5%) por via aberta. Todos receberam antibioticoprofilaxia e 18 necessitaram antibiotioterapia. Das cirurgias de reto/canal anal, 7 foram drenadas pela cavidade abdominal, com tempo de permanência do dreno, em média, de 5 dias. Nas cirurgias por VLP, 1(8,3%) paciente apresentou complicação maior (íleo adinâmico) e 3 (25%) complicações menores (de ferida operatória). Nas cirurgias abertas ocorreram 6 (30%) complicações maiores (abscessos, complicações clínicas e dois casos de deiscência de anastomose) e 3(15%) complicações menores. O tempo médio de internação nos procedimentos abertos foi de 11,4 dias nos pacientes com complicações no PO e de 7,8 dias nos pacientes sem complicações. Nas cirurgias VLP o tempo de internação foi de 11,69 dias nos pacientes com complicações e de 6 dias nos demais. A abreviação de jejum foi realizada em 25 casos (78,1%). A dieta foi ofertada no PO imediato ou no 1ºPO, em 25 pacientes (78,1%) e foi bem tolerada em 68% dos casos. Conclusão: As medidas instituídas nos programas de recuperação rápida tem suas vantagens estabelecidas e já são utilizadas, mas é importante a padronização de protocolos na rotina diária para uniformização de condutas no PO, aprimorando os cuidados médicos e permitindo uma recuperação mais rápida e menos complicações.

**TL012 - SEDAÇÃO E ANESTESIA LOCAL: MODIFICARAM A CIRURGIA AMBULATORIAL?**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SERGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A cirurgia ambulatorial é definida como procedimento terapêutico realizado sob anestesia geral, locorregional ou combinada, em que o paciente permanece em cuidados médicos até a plena recuperação de suas funções físicas e psíquicas, tendo alta para casa sem pernoitar no hospital. O procedimento ambulatorial permite breve retorno ao lar, propiciando uma recuperação mais confortável e com maior privacidade. Entre outras vantagens, traz também menor risco de infecção hospitalar e tem menor custo, graças ao menor tempo de internação e consequentemente maior rotatividade de leitos. Objetivo: Demonstrar a experiência e estatística da equipe na realização de cirurgias ambulatoriais com anestesia local combinada a sedação, bem como o baixo índice de complicações anestésicas. Materiais e Métodos: Realizada revisão de prontuários e fichas anestésicas de todos os pacientes operados com sedação e anestesia local na Clínica Reis Neto no período de 06 de novembro de 2003 a 28 de junho de 2013.

Resultados: Foram realizados no período supracitado 4934 cirurgias ambulatoriais com sedação e anestesia local. Destes pacientes, a faixa etária variou de 21 a 89 anos de idade. Foram tratadas 3717 (75,3%) doenças hemorroidárias, 578 (11,7%) fissuras anais, 236 (4,8%) fistulas anais, 89 (1,8%) cistos pilonidais, 63 (1,3%) estenoses anais, 59 (1,2%) abces-

sos anais e 192 (3,9%) lesões anais. As doenças hemorroidárias foram tratadas em 52,2% dos casos com ressecção combinada a macroligadura e em 47,7% dos casos com macroligadura. Do total de 3717 pacientes, 306 casos apresentavam trombose hemorroidária. Em relação ao tratamento da fissura anal, a esfincterotomia foi a técnica de escolha em 92,7% dos casos, sendo os demais pacientes tratados com crioterapia. Os pacientes com lesões anais foram submetidos a ressecção ou biópsia. Quando avaliadas as complicações anestésicas, foram encontrados quatro relatos, sendo duas retenções urinárias e duas reações alérgicas ao propofol usado na sedação, reversíveis com uso de corticoide endovenoso. Este número representa uma incidência de 0,08%. Conclusões: A anestesia local combinada a sedação é um método utilizado rotineiramente na Clínica Reis Neto, trazendo múltiplos benefícios ao paciente, com risco mínimo de complicações.

**TL013 - AVALIAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E MORFOLÓGICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA ANAL COM LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT)- RESULTADOS DO SERVIÇO**

**JOSÉ JADER ARAUJO MENDONÇA; SHELIA MARIA MURAD-REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA; ANA CECÍLIA NEIVA GONDIM; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES**

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: Introdução: a fístula perianal é uma afecção comum na prática proctológica, causando dor e drenagem de secreção piossanguinolenta de forma intermitente ou contínua, proporcionando desconforto e má qualidade de vida ao doente. Se caracterizada por três componentes básicos: orifício interno (OI), trajeto fistuloso e orifício externo (OE). O tratamento é cirúrgico tendo com opções técnicas operatória com secção da musculatura esfinteriana e aquelas com preservação do esfínter. O sucesso da cirurgia depende da taxa de cicatrização-recidiva e danos na continência fecal. Em 2007, Rojanasakul et al. publicou uma nova técnica para o tratamento de fístula com baixas taxas de recidiva e sem alteração na continência fecal, sendo chamada de LIFT (ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso). Método: Pacientes portadores de fístula anal transesfinctérica foram submetidos a avaliação Manométrica e Ultrassonografia anorretal 3D no pré e pós operatório e submetidos a tratamento cirúrgico LIFT. Foram avaliados quanto aos Resultados cirúrgico (complicações operatória, tempo de cicatrização e recidiva), a continência fecal utilizando o escore de incontinência de Wexner, função esfinteriana e morfologia do canal. Resultados: Foram operados 13 pacientes sendo 6 do sexo feminino e 7 do masculino com idade variando entre 21 e 67 anos. Quantidade de músculo esfinteriano acometido varia entre 30-100%, tendo como complicações um caso de deiscência da sutura do trajeto, sendo considerado

como não tratamento e dois casos de recidiva. A cicatrização ocorreu entre 35 e 60 dias, tendo como taxa de cicatrização 76 % e não houve nenhum caso de incontinência. Discussão: Os Resultados do nosso serviço encontram-se de acordo com os Resultados apresentados na literatura, já que nestes a taxa de cicatrização varia entre 57 e 94%, sem nenhum caso de incontinência. Conclusão: A nova técnica de cirurgia para fístula perianal tem como objetivo preservação total da função esfinteriana com bons Resultados em estudos recentes. Este procedimento é relativamente fácil e seguro. São necessários estudos randomizados para incluir o LIFT como opção para tratamento de fístulas perianais.

**TL014 - DEARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL (THD)- EXPERIÊNCIA INICIAL**

**SIDNEY KLAJNER; RENATO CATOJO SAMPAIO; BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO**

*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução e Objetivo: A doença hemorroidária tem alta prevalência na população mundial. Sangramento às evacuações e prolapso mucoso são os principais sintomas. O surgimento de técnicas não excisionais para o tratamento da doença hemorroidária reflete a necessidade de procedimentos com menor dor e menos complicações pós-operatórias, com eficácia semelhante à da técnica excisional. Nesse contexto, a dearterialização hemorroidária transanal (THD) representa uma técnica inovadora. O objetivo de nosso trabalho é relatar a experiência inicial com pacientes submetidos à técnica de THD. Métodos e Pacientes: De Junho de 2010 a Junho de 2013, 112 pacientes consecutivos foram submetidos à técnica de THD. As queixas principais no pré-operatório eram sangramento às evacuações e prolapso hemorroidário. Foram submetidos ao procedimento pacientes com doença hemorroidária graus II, III e IV. Utilizou-se um anuscópio especialmente criado para esse fim, que permite a identificação do pulso das artérias hemorroidárias e a ligadura seletiva das mesmas, seguido da mucopexia do reto, promovendo um lifting mucoso para tratamento do prolapso. O seguimento foi realizado pelo próprio cirurgião, com acompanhamento no pós operatório imediato, 7 dias, e 1 mês de cirurgia. Resultados: 112 pacientes foram submetidos ao procedimento, sendo 29 do sexo feminino e 83 do sexo masculino. A idade média dos pacientes foi de 50,7 anos (26 - 89). A doença hemorroidária grau III foi a mais prevalente (58,9%), seguida das de grau II (26,8) e grau IV (14,3%). A média de dias de internação para o procedimento foi de 1,1 dias. 91,07% (102/112) dos pacientes apresentaram melhora total dos sinais e sintomas, com 8 pacientes apresentando recidiva de prolapso e 2 pacientes com recidiva de sangramento. Nenhum paciente apresentou complicação pós-operatória grave. Discussão: A dearterialização hemorroidária transanal é baseada na interrupção do fluxo arterial do plexo hemorroidário, levando a um encolhimento dos coxins hemorroidários. A pexia mucosa no reto promove a melhora do prolapso. A técnica evita a sensível anoderme abaixo da linha pectínea,

minimizando a dor pós-operatória e acelerando o tempo de recuperação. Conclusão: A técnica de THD consiste em mecanismo inovador para o tratamento da doença hemorroidária de graus II, III e IV e em nossos casos mostrou-se segura e eficaz.

**TL015 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE FISTULECTOMIAS REALIZADAS EM 8 ANOS DE SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA ZONA SUL DE SÃO PAULO.**

ORLANDO CONTRUCCI<sup>1</sup>; FELIPE PORTELLA<sup>1</sup>; GUILHERME AGUSTIN LOUZADA PEREDA<sup>2</sup>; CAROLINE MOTTA AGUIAR<sup>2</sup>; DEBORA AGOSTINI PESSOA DA COSTA<sup>2</sup>; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOU<sup>1</sup>

1.HOSPITAL SANTA CASA DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A fistula anal é uma condição benigna muito comum na prática cirúrgica diária. Ela é definida como um trajeto epiteliado anormal que conecta duas superfícies, geralmente a mucosa retal e a pele da região perianal. O objetivo desse trabalho é evidenciar, através de análise retrospectiva, o local mais comum de ocorrência das fistulas anorretais, auxiliando na composição de casuística epidemiológica regional e geral. Foi realizada análise retrospectiva de 131 pacientes com fistula anorretal operada em serviço hospitalar da região sul de São Paulo nos anos de 2002, 2003, 2004, 2006, 2010, 2011, 2012 e 2013. Os dados coletados foram: sexo, idade, etnia e localização da fistula (anterior direita, anterior esquerda, lateral direita, lateral esquerda, posterior direita, posterior esquerda, mediana anterior e mediana posterior). (Deve-se admitir lateral como eixo transversal, e mediana como eixo mediano, utilizando como referência a visão anal de um paciente em posição de litotomia). Dos 131 pacientes foram constatados que 93 eram homens (70,9%) e 38 eram mulheres (29,1%), a idade variou entre 22 a 67 anos com média de 41,38 anos. A análise parcial de 77 pacientes revelou que a etnia parda correspondeu a 28 pacientes (36,4%) e a etnia branca a 49 pacientes (63,6%). A análise parcial ainda revelou que a forma mais comum de apresentação é a fistula anterior esquerda com 20 casos registrados ou 25,9%, em 2º lugar a posterior mediana com 14 casos (18,1%), em 3º lugar a lateral direita com 13 casos (16,8%), em 4º lugar lateral esquerda com 10 casos (12,9%), em 5º lugar anterior mediana com 8 casos, em 6º lugar a posterior direita com 7 casos (9%), em 7º lugar anteriores direitas com 3 casos (3,8%) e em último, 8º e mais rara prevalência tem a localização posterior esquerda com 2 casos (2,5%). A partir da análise parcial a localização fistular com maior prevalência no sexo masculino foi a posterior esquerda; no sexo feminino, a posterior direita. Quanto à etnia, em brancos, a localização fistular mais comum foi a lateral esquerda. Em pardos, ocorreu um empate estatístico entre as fistulas anterior esquerda e posterior esquerda. Jovens tiveram maior prevalência da localização fistular anterior mediana. Nas pessoas mais velhas, a maior prevalência foi da fistula posterior esquerda. Foi possível compor uma casuística da prevalência das fistulas anorretais e fistulectomias a fim de traçar perfil regional do paciente para auxílio de futuros atendimentos e composição de referência epidemiológica.

**TL016 - RESULTADOS INICIAIS DA HEMORROIDECTOMIA ATRAVÉS DA DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA GUIADA POR DOPPLER (THD)**

LUCIA CAMARA OLIVEIRA

SERVIÇO DE FISILOGIA ANORRETAL, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Avaliar prospectivamente, os Resultados iniciais da Hemorroidectomia através da desarterialização hemorroidária guiada por doppler (THD). Métodos: Pacientes portadores de hemorroidas mistas sintomáticas Grau III/IV foram operados em posição de litotomia. A avaliação pós-operatória foi realizada após 1 semana, 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia. Os parâmetros avaliados foram: dor, tenesmo, necessidade de analgésicos venosos, sangramento, dor na primeira evacuação, dificuldade evacuatória, retorno às atividades, tempo de hospitalização. Resultados: 10 pacientes (5 sexo feminino) foram submetidos a Hemorroidectomia com técnica de THD desde julho de 2012. O tempo médio cirúrgico da anopexia foi de 30 minutos. O tempo médio de hospitalização foi de 1 dia. Eliminação de coágulos até o segundo dia foi apresentado em 2 pacientes, sem necessidade de revisão cirúrgica. Todos os pacientes apresentaram tenesmo nos primeiros 3 dias de pós-operatório. Laxantes no pós-operatório não foram necessários, porém todos os pacientes foram medicados com fibra desde o primeiro dia de pós-operatório. Analgesia venosa com derivado morfínico foi necessária em apenas 1 paciente. A primeira evacuação foi bem tolerada em 8/10 pacientes (80%). O tempo médio de retorno às atividades profissionais foi de 5 dias. O grau médio de satisfação pelos pacientes após a cirurgia numa escala de 0-10 foi de 7 após 1 semana, 9 após 1 mês e 9 após 6 meses. O tempo médio de seguimento foi de 4 meses. Recorrência necessitando algum tipo de intervenção não ocorreu. Conclusão: Os Resultados iniciais da hemorroidectomia através de desarterialização hemorroidária foram satisfatórios e esta técnica parece ser uma opção segura e eficaz. Entretanto, Resultados com um maior número de pacientes e com maior tempo de seguimento são necessários. A grande vantagem da técnica é o retorno rápido às atividades profissionais.

**TL017 - 2. TRATAMENTO DA FÍSTULA PERIANAL COMPLEXA PELA TÉCNICA LIFT: ASPECTOS TÉCNICOS E RESULTADOS INICIAIS EM 10 PACIENTES OPERADOS**

JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; CARLOS WALTER SOBRADO JR; LUCAS FARACO SOBRADO

IGOP – INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA, ONCOLOGIA E PROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Afecção clássica na coloproctologia e estudada desde a era hipocrática, a fistula perianal ainda está distante de seu tratamento ideal. Casos simples com trajeto submucoso ou mesmo interesfincteriano parecem mais bem conduzidos através da fistulotomia, mas os casos ditos complexos permanecem como um desafio para os cirurgiões. A busca por uma técnica que una alta taxa de cura e baixa taxa de

recorrência a uma incidência aceitável de complicações ainda persiste, apesar de todo o desenvolvimento tecnológico das últimas décadas. A escolha entre a possibilidade maior de permanecer com a doença ou a de desenvolver incontinência anal, tem se mostrado tendenciosa à primeira, mesmo que sejam necessários vários tempos cirúrgicos. A técnica de LIFT (ligation of the intersphincteric fistula tract), proposta em 2007 parece ter Resultados promissores na literatura e não envolve materiais especiais ou aumento do custo operatório, com relação às técnicas convencionais. Por isso, nos aparece bastante atraente. Objetivo: Discutir os aspectos técnicos da operação e apresentar nossa experiência inicial com 10 casos de fístulas complexas. Método: Análise retrospectiva dos 10 primeiros casos operados (4 homens e seis mulheres). O tempo de seguimento foi entre 4 e 30 meses. Será realizada também exposição dos passos técnicos com fotos de operações realizadas e desenhos esquemáticos. Resultados: Dos 11 pacientes operados, dois apresentaram falha no tratamento da fístula. 1 foi reoperado com uso de sedenho e desenvolveu fissura anal crônica; outro aguarda reoperação. Todos os demais tiveram cicatrização da fístula. Nenhum paciente teve incontinência fecal, abscesso ou outra complicação perioperatória. Conclusão: A técnica LIFT nos parece ser promissora e apresentou bons Resultados iniciais. Entretanto, é TÉCNICAMENTE trabalhosa e ainda necessita do crivo do tempo para sabermos se ela se estabelecerá na lista dos procedimentos coloproctológicos corriqueiros.

### TL018 - 3. DESARTERIALIZAÇÃO TRANSANA GUIADA POR DOPPLER ASSOCIADA A HEMORROIDOPEXIA – TÉCNICA DO THD: RESULTADOS DE 122 CASOS OPERADOS.

CARLOS WALTER SOBRADO JR; JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; MARCOS ONOFRE FRUGIS; LUCAS FARACO SOBRADO

HOSPITAL 9 DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A desarterialização hemorroidária guiada por Doppler, ou THD (Transanal hemorroidal dearterialization) foi descrita por Morinaga e col. em 1995 e veio apresentando modificações progressivas na técnica até o modelo atual. A técnica THD é um procedimento minimamente invasivo, sem cortes, que trata a doença hemorroidária de acordo com sua fisiopatologia, realizando desarterialização e pexia dos coxins hemorroidários. A operação dura de 20 a 40 minutos, dependendo da experiência do cirurgião, podendo ser realizada em regime ambulatorial sob anestesia geral, bloqueio ou geral. Objetivo: Discutir nossos Resultados no que se refere à persistência da doença, complicações perioperatórias, dor, recidiva e retorno ao trabalho. Método: Análise prospectiva dos casos operados. Resultados: Entre fevereiro de 2011 e abril de 2013 foram operados 122 pacientes, com faixa etária entre 23 e 72, com hemorroidas de grau 2 a 4 pela classificação de Goligher. A ressecção associada de plicomas foi feita em 20 pacientes. As complicações foram tenesmo em 34 casos, plicomas residuais em 10, prolapso em 5, trombose em 5, sangramento em 3 (1 reoperação no 7º PO), fecaloma em 5, retenção

urinária em 2 e cefaleia pós-raqui em 1. Os pacientes costumam apresentar um aumento na frequência das dejeções nas primeiras semanas. Geralmente permaneceram internados por 1 dia, sendo que 5 permaneceram 2 dias, um por 3 (analgesia) e 1 por 5 dias (cefaleia pós-raqui). Retornam ao trabalho precocemente. Conclusão: A técnica do THD tem mostrado bons Resultados iniciais. Por ser uma técnica cirúrgica que respeita a anatomia, age diretamente sobre a fisiopatologia da afecção e corrige suas principais consequências, nos parece bastante promissora. Sua aplicação inicial pode ser nos pacientes com doença hemorroidária de II grau, que tenham indicação de tratamento cirúrgico, e de III e IV graus, nestes últimos, podendo ser associada à ressecção de plicomas.

### TL019 - ADENOMAS SERRILHADOS - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E ENDOSCÓPICA

PRISCILA S.P. OLIVEIRA<sup>1</sup>; RITA BARBOSA DE CARVALHO<sup>2</sup>; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES<sup>2</sup>; MICHEL GARDE-RE CAMARGO<sup>2</sup>; RAQUEL FRANCO LEAL<sup>2</sup>; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO<sup>2</sup>; JOAO JOSÉ FAGUNDES<sup>2</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>2</sup>

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Estima-se que 35% dos carcinomas colorretais tem como origem a via CIMP+ em suas lesões precursoras: adenoma serrilhado séssil e adenoma serrilhado tradicional ou polipóide. Essas tem como características difícil identificação endoscópica, predomínio em cólon direito e transformação maligna mais rápida. Objetivo: Identificar os aspectos endoscópicos mais frequentes dos adenomas serrilhados em série consecutiva de colonoscopias. Material e métodos: análise retrospectiva dos 4.421 exames realizados no Serviço de Endoscopia Digestiva do Gastrocentro -UNICAMP, no período compreendido entre 2009 e 2013. Foram avaliados os seguintes parâmetros: tamanho, localização, aspecto morfológico segundo a classificação de Paris e indicações mais frequentes. Resultados: Foram identificadas 42 lesões em 40 pacientes, com predomínio no sexo feminino (52,5%) e idade média de 62,5 (33-85) anos. Em 37 exames as lesões eram únicas, em 4 concomitantes com adenocarcinoma colorretal, sendo um intramucoso e em um exame foram identificadas duas lesões serrilhadas. Com relação à localização, 18 (42,8%) lesões encontravam-se no ceco/colón ascendente, 12 (28,6%) no reto, 8 (19,0%) no transversal e 4 (9,5%) em colons descendente e sigmóide. O aspecto morfológico mais frequente foi IIa (92,8%) e 47,6% (n=20) das lesões mediram entre 5 mm e 10 mm e em 7,1% (n=3) das lesões o tamanho foi superior a 20 mm. As indicações mais frequentes foram acompanhamento pós-polipectomia (50%), exame preventivo para carcinoma colorretal (10%) e pesquisa de sangue oculto nas fezes (7,5%). Conclusão: Os achados são comuns aos da literatura, particularmente em relação à maior incidência no colón direito. A maioria das lesões foram encontradas em pacientes assintomáticos denotando a importância deste achado em exames preventivos.

**TL020 - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA COLORRETAL - EXPERIÊNCIA DO GASTROCENTRO UNICAMP**

CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES; NELSON TOMIO MIYAJIMAA; NATALIA PRANZETTI VIEIRA; MICHEL GARDERE CAMARGO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSÉ FAGUNDES UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A dissecação endoscópica submucosa possibilita ressecção em bloco de lesões com baixa taxa de recorrência quando comparada com a mucosectomia, além de possibilitar melhor avaliação histopatológica. Objetivos: Relatar a experiência do Gastrocentro - Unicamp abordando exequibilidade e complicações no tratamento de lesões neoplásicas colorretais por ressecção endoscópica submucosa. Materiais e métodos: Foram considerados aptos a ressecções endoscópicas portadores de lesões de crescimento lateral, maiores do que 20 mm, com diagnóstico histológico de adenoma ou lesão hiperplásica e padrões de cripta tipo II, III e IV (classificação de Kudo). Foram excluídos pacientes com sinais endoscópicos de invasão submucosa (padrão de cripta tipo V, convergência de pregas ou ausência de elevação da lesão após infiltração submucosa com solução salina) ou diagnóstico de adenocarcinoma com invasão submucosa. Padronizou-se para fins de acompanhamento a realização de colonoscopias após 30, 90 e 180 dias. Resultados: No período compreendido entre setembro de 2010 a abril de 2013, 24 pacientes, com idade média de 57,1 (45-85) anos, sendo 17 do sexo feminino, foram submetidos ao procedimento. O tamanho médio das lesões foi de 34,3 (20-70) mm, sendo que 12 encontravam-se no reto, uma em sigmoide, duas em descendente, cinco em transversa, duas em colon ascendente e duas em ceco. A duração média foi de 144 min (60 a 420 min), sendo que 21 lesões (87,5%) foram ressecadas em monobloco e uma não foi ressecada por dificuldades técnicas. Ocorreram duas complicações (8,3%), tratadas durante os procedimentos com colocação de cliques endoscópicos, sendo um caso de sangramento e outro de perfuração, ambos com boa evolução. O diagnóstico histológico evidenciou adenoma com áreas de carcinoma intra-epitelial em seis, adenocarcinoma com invasão de submucosa em três e adenoma em 15. Em três casos (12,5%) constatou-se margem lateral comprometida, sendo um (4,2%) com recidiva no acompanhamento. Conclusão: A dissecação submucosa possibilitou adequada avaliação histológica dos espécimes, e baixo índice de recidiva e complicações.

**TL021 - ENSAIO CLINICO ALEATÓRIO: PREPARO PARA COLONOSCOPIA COM REGIME DE BAIXO VOLUME- UMA COMPARAÇÃO ENTRE DUAS FORMULAÇÕES COM PEG (POLIETILENOGLICOL)**

MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; MARTA DANIELA OLIVEIRA; EDUARDO SERRA OLIVEIRA MANOPH - INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.

Resumo: Introdução: Os preparos intestinais de baixo volume com Polietilenoglicol (PEG) associado a outros agentes

têm Demonstrado ter uma eficácia de limpeza semelhante aos preparos de 4 litros de PEG isolado. Existem várias alternativas para se efectuar a associação de outros agentes ao PEG na formulação do preparo intestinal, que permitem melhorar a sua eficácia e tolerância, reduzindo a quantidade ingerida deste produto. Objetivo: Comparar a qualidade do preparo intestinal, em doentes adultos submetidos a colonoscopia, para duas formulações compostas, de baixo volume: (1) PEG-Ascorbato (PEG-ASC) + Bisacodilo versus (2) PEG associado a Óxido de Magnésio+Ácido Citrico+Picossulfato de Sódio(O-C-P). Métodos: Estudo randomizado, com ocultação para o observador, de dois grupos paralelos de doentes em regime ambulatorio submetidos a colonoscopia em dois centros de endoscopia. Ambos os preparos foram ingeridos em regime de doses fracionadas("Split-doses"). Regime 1(B-A-P): Os doentes tomaram 15mg de Bisacodilo uma hora antes da ingestão de PEG-ASC a que se seguiu a ingestão de um litro de líquidos; passadas 6 horas re-ingestão de PEG-ASC. Regime 2(O-C-P-P): os doentes ingeriram 30cl de O-C-P uma hora antes da ingestão de 1litro de solução de PEG; esta ingestão foi repetida 6 horas depois. A avaliação da qualidade do preparo foi efectuada de acordo com a escala de preparo intestinal de Boston (um score  $\geq 6$  considerado como "sucesso clinico"). Considerou-se "visibilidade aceitável" no cólon direito um score segmentar de 2 ou 3. Foi avaliada a tolerabilidade do preparo. Resultados: 518 doentes aleatoriamente alocados a regime 1 (B-AP)(n=226, Masc =46,9%, Idade média= 54,7) ou a regime 2 (O-C-P-P) (n= 291, Masc = 54,6%, Idade média = 55,5). Na análise dos Resultados a taxa de preparo com sucesso foi 92,5% para o regime 1 e 94,9% para o regime 2(ns). A taxa de visibilidade aceitável para cólon direito foi 94,2% para regime 1 e 96,6% para regime 2(ns). A tolerabilidade foi de 98,2% dos doentes do regime 1 e 98,3% dos doentes do regime 2 toleraram bem a preparo. Dos doentes do regime 1 não ocorreram diferenças na percentagem de preparos com sucesso entre os exames realizados de manhã (91,6%) e os de tarde (93,7%); dos doentes do regime 2, existiram diferenças (M=91,6%, T=98, 0 P<0,05). Conclusão: Ambos os regimes mostraram ótimas taxas de preparo com sucesso. Não ocorreram diferenças nos dois regimes no que diz respeito a qualidade de de preparo, eficácia e tolerabilidade.

**TL022 - ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA: CASUÍSTICA DO GASTROCENTRO/UNICAMP.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO; ALEXANDRE KHODR FURTADO; PABLO RODRIGO SIQUEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSÉ FAGUNDES; CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A cápsula endoscópica surgiu há cerca de 10 anos e tornou-se o padrão-ouro para avaliação de doenças do intestino delgado. Suas principais indicações, dentre outras, são o sangramento digestivo obscuro, a pesquisa

de doença de Crohn e de neoplasias. Objetivos: Avaliar as indicações, os Resultados e as complicações dos exames de enteroscopia do intestino delgado por cápsula endoscópica no GASTROCENTRO/UNICAMP. Pacientes e Métodos: Em um estudo retrospectivo do período de março de 2010 a maio de 2013, foram analisados 83 exames de cápsula endoscópica para avaliação do intestino delgado no Gastrocentro/UNICAMP. Foram utilizadas cápsulas PillCam SB2 (Given Imaging®) e Mirocam (Intromedic®). Resultados: Dos pacientes, 27 eram homens e 56 eram mulheres. A idade média dos pacientes foi de 53,11 anos completos (variando entre 19 e 83). As principais indicações para o exame foram: investigação de sangramento digestivo obscuro (37 exames), dor abdominal (18 exames), diarreia crônica (16 exames), poliposes intestinais (5 exames), doença celíaca (4 exames), doenças inflamatórias intestinais (3 exames). Todos os pacientes deglutiram a cápsula. O tempo médio de permanência da cápsula no estômago foi de 29,18 minutos (variando entre 5 e 132). Por sua vez, o tempo de exame no intestino delgado foi de 278,8 minutos (variando entre 119 e 494). Os principais achados foram: lesões vasculares (48 pacientes), erosões (25 pacientes), pólipos (15 pacientes), doença de Crohn (17 pacientes), doença celíaca (2 pacientes) e neoplasia (1 paciente). O exame realizou diagnóstico significativo e/ou mudou a conduta em 25 casos (30% do total). Em relação a complicações, houve dois casos de retenção assintomática, sendo uma paciente com carcinomatose peritoneal e outro em doença de Crohn. Conclusão: Em concordância com a literatura, a enteroscopia do intestino delgado com cápsula endoscópica em nosso serviço mostrou-se segura e eficaz, com baixo índice de complicações e alto valor diagnóstico.

#### **TL023 - ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM TÉCNICA DE DUPLO-BALÃO: EXPERIÊNCIA DO HC/UNICAMP.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO; ALEXANDRÉ KHODR FURTADO; PABLO RODRIGO SIQUEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSÉ FAGUNDES; CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY *UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A enteroscopia do intestino delgado com técnica de duplo-balão surgiu no Japão em 2001. Baseia-se no uso conjunto de um enteroscópio contendo um balão na sua extremidade e de um overtube com um segundo balão. As principais indicações para o exame são a hemorragia digestiva obscura, a pesquisa de tumores do intestino delgado e da doença de Crohn. Possui também a capacidade de realizar procedimentos, como biópsias, dilatações e técnicas de hemostasia. Objetivos: Avaliar as indicações, os achados e as complicações dos exames de enteroscopia do intestino delgado com técnica de duplo-balão no HC/UNICAMP. Pacientes e Métodos: Em um estudo retrospectivo do período de agosto de 2008 a abril de 2013, foram analisados 102 procedimentos de enteroscopia do intestino delgado com técnica de duplo-balão

no HC/UNICAMP. Resultados: Em relação aos pacientes, 41 eram homens e 61 eram mulheres. A idade média dos pacientes foi de 47,79 anos completos (variando entre 18 e 89). As principais indicações para o exame foram: investigação de sangramento digestivo obscuro (42 exames), poliposes intestinais (35 exames), pesquisa de microbiota intestinal (15 exames), dor abdominal (5 exames), doenças inflamatórias intestinais (5 exames). O tempo médio de exame foi de 85,7 minutos (variando entre 42 e 129). A extensão média de intestino delgado percorrido pela via anterógrada foi de 220cm (variando entre 80 e 350), e pela via retrógrada 110 (variando entre 30 e 250). Os principais achados foram: lesões vasculares (15 pacientes), pólipos (20 pacientes) e erosões (13 pacientes). O exame realizou diagnóstico significativo e/ou mudou a conduta em 30 casos (30% do total). Em relação a complicações, houve dois casos de sangramento pós-polipectomia, que foram controlados endoscopicamente. Conclusão: A enteroscopia do intestino delgado com técnica de duplo-balão, em nossa casuística, apresentou-se factível e com baixo índice de complicações.

#### **TL024 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA RETITE ACTÍNICA HEMORRÁGICA COM PLASMA DE ARGÔNIO: EXPERIÊNCIA DO HC/UNICAMP.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSÉ FAGUNDES; CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY *UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A retite actínica é uma complicação da radioterapia para o tratamento de neoplasias malignas pélvicas. O sangramento da retite actínica pode ser de difícil controle clínico, levando a anemia e transfusões sanguíneas. Objetivo: Avaliar os Resultados da aplicação endoscópica de plasma de argônio para o tratamento da retite actínica hemorrágica. Pacientes e Métodos: De fevereiro de 2008 a maio de 2013, foi realizado estudo prospectivo que incluiu 67 pacientes portadores de retite actínica, sendo 32 homens e 35 mulheres. A idade média dos pacientes foi de 62,49 anos completos (variando entre 42 e 85). Quanto à neoplasia de base, todos os homens eram portadores de câncer de próstata. Por sua vez, 21 mulheres eram portadoras de câncer de colo uterino, 12 de neoplasia de endométrio e 2 de câncer de bexiga. Todos os pacientes apresentavam sangramento intermitente ou diário, sendo que 18 deles haviam necessitado de transfusões sanguíneas. O início dos sintomas ocorreu, em média, após 17,29 meses de radioterapia (variando entre 6 e 50 meses). A dose radioterápica prévia foi média de 76,19Gy (variando entre 60 e 87,2). Foi utilizada a classificação endoscópica de Chi (graus 0 a 3), sendo que 20 pacientes eram portadores de retite actínica grau 1, 21 pacientes de grau 2, e 26 pacientes de grau 3. O tratamento foi realizado com periodicidade mensal, utilizando fluxo de 2l/min, potência de 40W e pulso de 0,5s. Resultados: Todos os pacientes melhoraram com o tratamento, sendo que em três deles foi necessária a complementação com

aplicação tópica de formalina. Uma média de 2,12 sessões foi necessária para o alívio de sintomas, variando de 1 a 5. Após o término do tratamento, 28 pacientes não apresentaram mais sangramento, enquanto 39 mantiveram ocasionais ou raros sangramentos. Nenhum paciente necessitou de transfusões sanguíneas adicionais após o tratamento. Para duas pacientes, foi indicada retossigmoidectomia devido a estenose sintomática de sigmóide, prévias ao tratamento endoscópico. O tempo de seguimento médio foi de 27,68 meses (variando entre 2 e 56). O procedimento foi bem tolerado pelos pacientes, sem complicações significativas. Conclusão: A aplicação endoscópica de plasma de argônio para o tratamento da retite actínica hemorrágica é um método seguro, bem-tolerado e eficaz.

**TL025 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR CÂNCER COLORRETAL COM STENTS METÁLICOS AUTOEXPANSÍVEIS: EXPERIÊNCIA INICIAL**

ANTÔNIO VITAL NETO; LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL; VLADIMIR MONTEIRO SOARES MEIRELES FILHO; ADORISIO BONADIMAN; DANIEL PEREIRA COSTA; LUIZ HENRIQUE DE SOUZA FONTES; RENATO LUZ CARVALHO; ELI KAHAN FOIGEL  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O Câncer Colorretal (CCR) apresenta alta prevalência no nosso meio. Cerca de 10 até 27% dos pacientes com CCR podem evoluir para obstrução ou suboclusão intestinal. O tratamento na urgência é normalmente a ressecção cirúrgica da lesão com colostomia terminal, com altas taxas de morbimortalidade. Os *stents* metálicos auto-expansíveis (SEMS) surgiram nos últimos anos como alternativas minimamente invasivas de tratamento paliativo ou ponte para um tratamento cirúrgico em tempo único, de maneira eletiva, com anastomose primária e estudo prévio de todo o restante do cólon. Objetivo: Apresentar a experiência inicial do nosso serviço na desobstrução intestinal pelo CCR usando SEMS não revestidos. Método: Acompanhamos, prospectivamente, entre novembro de 2011 e julho de 2013, 11 pacientes submetidos a desobstrução colônica com SEMS, sendo 6 homens e 5 mulheres. Todos os SEMS foram aplicados no centro cirúrgico sob supervisão anestésica através da técnica combinada endoscópica e radiológica. Após o procedimento, realizamos radiografia simples de abdome em 48 e colonoscopia transprótese com preparo intestinal anterógrado entre 10 e 14 dias. Resultados: A descompressão colônica foi alcançada em todos os casos, sem complicações imediatas. Pacientes incluídos em ponte para cirurgia foram operados entre 14 e 20 dias, sendo um deles por laparotomia e dois por vídeolaparoscopia. Os cinco dos que receberam a prótese como palição definitiva evoluíram sem sintomas em 30 dias. Houve duas complicações precoces sendo a primeira uma perfuração intestinal no sexto dia pós colocação do SEMS e a segunda uma obstrução da prótese por fecaloma. Um dos pacientes tardiamente apresentou evacuação espontânea da prótese.

Conclusão: A utilização de SEMS no tratamento da obstrução colorretal de etiologia neoplásica, apesar de não isenta de complicações, apresenta-se com uma boa alternativa minimamente invasiva principalmente em um grupo de pacientes com alto risco cirúrgico.

**TL026 - PERFIL DIAGNÓSTICO DAS COLONOSCOPIAS DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLINICAS SAMUEL LIBÂNIO DE JANEIRO 2008 A JULHO DE 2013**

ESTHER ANDRADE RODRIGUES; VIRGINIO CANDIDO TOSTA DE SOUZA; ELISIO MEIRELLES DE MIRANDA; CARLOS ROBERTO AMORIM; NÍCOLAS BIAGIONE TIBURZIO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS SAMUEL LIBANIO, POUZO ALEGRE, MG, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: avaliar os Resultados das colonoscopias realizadas no período de 05 anos, no serviço de coloproctologia do Hospital das Clinicas Samuel Libanio. Materiais e métodos: Foram avaliados 2.694 pacientes submetidos a colonoscopias de janeiro de 2008 a julho de 2013. Foram avaliados as seguintes variáveis: sexo, idade, indicação e achados diagnósticos. Resultados: Nesta casuística 55,65% (n= 1499) eram do sexo feminino e 44,35% (n=1195) eram do sexo masculino. A idade média foi de 53,19 anos, sendo que 157(5,8%) pacientes não tiveram a idade anotada. A indicação mais prevalente foi de hemorragia digestiva 15,85% (n= 427) seguido de dor abdominal 12,95% (n= 349), controle de pólipos 9,8% (n= 264), PSOF + 8,83% (n=238) historia familiar câncer 8,72% (n= 235), seguimento de câncer colorectal 8,24% (n=222), diarreia 7,79% (n=210), alteração do habito intestinal 5,86% (n=158), diagnostico de neoplasia 5,71% (n= 154), doença inflamatória intestinal 3,22% (n= 87), anemia 3,11% (n= 84), constipação intestinal 1,55% (n= 30), historia familiar de polipose 0,89% (n=24), doença diverticular 0,81% (n=22), mucorreia 0,81% (n=22), proctalgia 0,59% (n=16), massa abdominal 0,51% (n= 14), aumento do CEA 0,51% (n= 14), dor em FID 0,48% (n= 13), reconstrução de transito intestinal 0,48% (n= 13), dor em FIE 0,29% (n= 8), transplante renal 0,11% (n= 3), adenocarcinoma gástrico 0,074% (n= 2), secreção perianal 0,074% (n= 2), outras queixas 0,037% (n=1). Em 82 colonos não foram anotadas as indicações. Conclusão: Concluímos que a idade media para a solicitação da colonoscopia neste serviço foi de 53,19 anos; sendo a principal indicação hemorragia digestiva, indo de encontro com os achados mais prevalentes que foram: polipos 21,25% (n= 548), doença diverticular dos colons 17,45% (n=450), neoplasia 6,9% (n= 178). Este estudo objetiva elaborar dados para a obtenção do perfil da população submetida ao exame neste serviço e da incidência de tais patologias sobre a população local.

**TL027 - PRINCIPAIS ACHADOS DAS COLONOSCOPIAS ELETIVAS COM INDICAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLINICAS SAMUEL LIBÂNIO**



ESTHER ANDRADE RODRIGUES; VIRGINIO CANDIDO TOSTA DE SOUZA; ELISIO MEIRELLES DE MIRANDA; CARLOS ROBERTO AMORIM; NÍCOLAS BIAGIONE TIBURZIO

*HOSPITAL DAS CLINICAS SAMUEL LIBÂNIO, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Avaliar as colonoscopias realizadas no período de janeiro de 2008 a julho de 2013 que tinham como indicação a hemorragia digestiva. Materiais e métodos: avaliação de 427 colonoscopias realizadas no período referido frente a queixa de melena, enterrorragia, hematoquezia. Conclusão: Nesta casuística 170 (39,81%) pacientes tiveram colonoscopia dentro da normalidade, sendo que 84 eram mulheres e 86 homens, e a idade média foi 46,05 anos. Em 221 colonos foram encontrados alterações, sendo que 118 eram mulheres e 103 homens, e a idade média foi 67,18 anos; nestas foram encontradas 185 (38,46%) pólipos, 76 (34,38%) molestia diverticular, 23 (10,40%) retite, 22 (9,95%) tumor, 11 (4,97%) angiodisplasia, 2 (0,90%) ulcera, 2 (0,90%) doença hemorroidária. Deste total de pacientes 9 (2,10%) tiveram o preparo inadequado não sendo possível realizar o procedimento e 27 (6,32%) não tiveram o resultado anotado. Este estudo objetiva obter o perfil da população com a queixa de hemorragia digestiva, submetida a colonoscopia, apontando pacientes com maior potencial de apresentar os agravos expostos acima.

#### **TL028 - FATORES PROGNÓSTICOS DE SOBREVIDA EM PACIENTES PORTADORES DE ADENOCARCINOMA COLORRETAL ESTADIO IV**

FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; KARINA DAGRE MAGRI; MARINEIDE PRUDÊNCIO DE CARVALHO; WILMAR ARTUR KLUG; PERETZ CAPELHUCHNIK; FANG CHIA BIN

*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - DEPTO CIRURGIA, ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O sítio metastático mais comum do câncer colorretal (CCR) é o fígado. Até 70% das metástases sincrônicas não são elegíveis para extirpação cirúrgica com intenção curativa. Com isso, o tratamento do tumor disseminado é controverso e os fatores prognósticos de sobrevida desses pacientes podem ajudar na decisão terapêutica. Objetivo: Identificar fatores prognósticos que interferem na sobrevida global em pacientes com CCR metastático no momento do diagnóstico. Método: Estudo de Coorte realizado com 81 variáveis (relacionadas ao doente, ao tumor e ao tratamento) em 149 pacientes diagnosticados com CCR estadio IV, entre 2000 e 2010. Cada variável foi comparada ao desfecho pelos testes não paramétricos *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* e teste de *Spearman*. Para as variáveis  $p < 0,05$ , foi realizada regressão Cox. Resultados: A média de idade foi 58,5 anos. Tumor de cólon esquerdo (49%) e reto extra-peritoneal (32,9%) predominaram na amostra. Dos pacientes cujo tumor foi retirado, 72,8% foi pT3 e 39,8% pN2. Fígado (81,2%), peritônio (19,5%) e pulmão (18,8%) foram os sítios metastáticos mais

comuns, com 30% dos pacientes apresentando mais de um sítio. Cirurgia foi realizada em 87,9% dos pacientes, com extirpação do tumor primário em 69,1% e derivação em 14,8%. A morbidade pós-operatória foi 33,5% e a mortalidade, 9,9%. A sobrevida global média foi 17,4 meses com sobrevida em 2 e 5 anos de 28,2% e 2,7%, respectivamente. As variáveis independentes de mau prognóstico foram coagulograma alterado ( $AP \leq 70\%$  6,6 vs 20,4 meses  $AP > 70\%$ ), bilirrubina total elevada ( $BT \geq 2\text{md/dL}$  3,5 vs 19,4 meses  $< 2\text{md/dL}$ ), carcinomatose (7,9 vs 21,6 meses), margem (comprometida 12,8 vs 25,4 meses livre), reoperação (9,9 vs 21,9 meses) e sepse pós-operatória (1,0 vs 21,2 meses). Além disso, fazer quimioterapia (25,4 vs 6,3 meses), antiangiogênico (38,5 vs 16,9 meses) e tratar metástase (32,6 vs 12,8 meses) se relacionaram a melhor sobrevida. Conclusões: Há influência positiva do uso da quimioterapia, do antiangiogênico e do tratamento das metástases para a sobrevida dos pacientes com CCR. Sinais de insuficiência hepática (coagulograma alterado e bilirrubina total elevada), presença de carcinomatose peritoneal, extirpação tumoral com margem comprometida e pacientes com sepse pós-operatória e reoperação tem pior sobrevida. Tal avaliação sugere que o tratamento extirpativo do tumor primário em pacientes com CCR estadio IV assintomáticos e estes fatores de pior sobrevida não é bem indicado.

#### **TL029 - FATORES QUE DETERMINAM TEMPO LIVRE DE PROGRESSÃO DE DOENÇA EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL ESTADIO IV**

FERNANDA BELLOTTI FORMIGA<sup>1</sup>; MARINEIDE PRUDÊNCIO DE CARVALHO<sup>2</sup>; WILMAR ARTUR KLUG<sup>3</sup>; FANG CHIA BIN<sup>1</sup>

*1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - DEPTO CIRURGIA, ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SERVIÇO DE ONCOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: *Introdução:* A cura de pacientes com câncer colorretal (CCR) estadio IV é realidade de poucos, mas com o incremento da sobrevida devido recursos terapêuticos diversos, surge a preocupação em manter a doença estável suficientemente para prolongar sobrevida. Assim, o tempo livre de progressão de doença é o período sem evidência de progressão clínica, laboratorial e radiológica da doença. *Objetivo:* Identificar fatores que interferem no tempo livre de progressão de doença em pacientes com CCR metastático no momento do diagnóstico. *Método:* Estudo de Coorte realizado com 81 variáveis (relacionadas ao doente, ao tumor e ao tratamento) em 149 pacientes diagnosticados com CCR estadio IV, entre 2000 e 2010. Cada variável foi comparada ao desfecho pelos testes não paramétricos *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* e teste de *Spearman*. Para as variáveis  $p < 0,05$  na análise univariada, foi realizada regressão Cox (análise multivariada). *Resultados:* A média de idade foi 58,5 anos. Tumor de cólon esquerdo (49%) e reto extra-peritoneal (32,9%) predominaram na amostra. Dos pacientes cujo tumor foi retirado, 72,8% foi pT3 e 39,8%

pN2. Fígado (81,2%), peritônio (19,5%) e pulmão (18,8%) foram os sítios metastáticos mais comuns, com 30% dos pacientes apresentando mais de um sítio. Cirurgia foi realizada em 87,9% dos pacientes, com extirpação do tumor primário em 69,1% e derivação em 14,8%. A morbidade pós-operatória foi 33,5% e a mortalidade, 9,9%. A sobrevida global média foi 17,4 meses e o tempo livre de progressão de doença foi 9,1 meses. As variáveis independentes que interferiram no tempo livre de progressão de doença foram albumina da admissão ( $\geq 3,5$ mg/dL 13,9 vs 4,6 meses  $< 3,5$ mg/dL, IC 1,59 [1,07-2,35]), carcinomatose peritoneal (3,0 vs 13,3 meses, IC 2,18 [1,38-3,44]), usar agente antiangiogênico (10,2 vs 17,0 meses, IC 0,39 [0,20-0,77]) e tratar metástase (23,5 vs 5,7 meses, IC 0,45 [0,29-0,69]). *Conclusões:* Há influência positiva do uso de agente antiangiogênico e do tratamento das metástases para o tempo livre de progressão de doença nos pacientes com CCR estadiado IV. Albumina e presença de carcinomatose peritoneal determinam menor tempo livre de progressão de doença.

#### TL030 - EFEITOS DE DIETAS COM BAIXA RAZÃO ÔMEGA-6/ÔMEGA-3 E ALTA RAZÃO ÔMEGA-9/ÔMEGA-6 NO CÂNCER COLORRETAL

IDÁLIA MARIA BRASIL BURLAMAQUI<sup>1</sup>; LARA BURLAMAQUI VERAS<sup>2</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; CONCEIÇÃO APARECIDA DORNELAS<sup>1</sup>; LARA ALBUQUERQUE DE BRITO<sup>1</sup>; JOSÉ WILSON MEIRELES TRINDADE JÚNIOR<sup>1</sup>; PAULO ROBERTO LEITÃO VASCONCELOS<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: O câncer colorretal (CCR) é o terceiro câncer mais diagnosticado no sexo masculino e o segundo no feminino. A etiologia do CCR é resultado de uma complexa interação de variáveis externas, como agentes ambientais e dietéticos e de fatores internos de natureza somática ou hereditária. O modelo de Bird promove a carcinogênese por 1,2 dimetilhidrazina ou azoximetano (AOM) e avalia a formação de criptas aberrantes em mucosa cólica de roedores, favorecendo o estudo de vários fatores relacionados ao CCR, principalmente a ação de determinadas dietas. OBJETIVO: Verificar a ação de dietas com diferentes concentrações de lipídios, com baixa razão w-6:w-3 e alta razão w-9:w-6 na carcinogênese colorretal induzida por azoximetano em ratos Wistar. MÉTODO: Foram utilizados 60 ratos machos com 3 semanas de vida, distribuídos em 5 grupos de dietas específicas contendo 12 animais em cada: GI (controle)- Dieta padrão e sem exposição ao AOM; GII (controle)- Dieta padrão e exposição ao AOM; GIII (estudo)- Dieta hiperlipídica e exposição ao AOM; GIV (estudo)- Dieta normolipídica e exposição ao AOM; GV (estudo)- Dieta hipolipídica e exposição ao AOM. Eutanásia ocorreu na 36ª semana, quando foram submetidos à laparotomia com proctocolectomia. Este seguimento foi avaliado quanto à presença de tumores macroscópicos e, conforme o método de Bird, foram contabilizados os focos de criptas

aberrantes (FCA) e, posteriormente, realizado estudo anatomo-patológico. Resultados: O número de FCA com 5 ou  $> 5$  criptas se mostrou significante na comparação entre GI com GII e GIII e entre GII com GIV e GV. A incidência de CCR nos grupos foi significante somente quando comparado GII com GV ( $p = 0,0272$ ). Em relação à invasão tumoral foi evidenciada significância quando comparados o GII com GIII ( $p = 0,0386$ ), GIV (0,0157) e GV (0,0047). Conclusão: A dieta hipolipídica com razão baixa de w-6:w-3 e alta de w-9:w-6 apresentou efeito protetor na carcinogênese cólica.

#### TL031 - CIRURGIA DE CÂNCER COLORRETAL. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI.

GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO MORAES; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; DECIO BERGAMINI VIERA

GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.

**Resumo:** O câncer colorretal tem incidência em evolução nos últimos anos, por motivos variados. Resultado disso é o aumento da procura de serviços de atendimento à doença nos serviços públicos e privados. Este estudo tem por objetivo mostrar a epidemiologia dos pacientes atendidos no Serviço Privado e no Serviço de Coloproctologia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti de Campinas, referencia em atendimento ao câncer colorretal. Foram avaliados todos os 350 pacientes atendidos entre 2003 e 2013. Foram 188 (53,7%) mulheres e 162 (46,3%) homens. Desse total, 284 foram submetidos a cirurgia e 10 (3,52%) evoluíram a óbito decorrente da cirurgia. A incidência de complicações. De acordo com o local da lesão primária, sigmoide e reto juntos respondem por 69,01% das lesões, enquanto polipose foi responsável por 3,8% das cirurgias. A intenção curativa ocorreu em apenas 88,4% das cirurgias. Foram 59 (20,8%) cirurgias vídeo-assistidas, das quais 5 foram convertidas para aberta. O tempo de acompanhamento médio é de 21,5 meses, variando de 1 a 95,6 meses. Concluímos que a epidemiologia apresentada está de acordo com as referências mundiais, e que a cirurgia laparoscópica vem ganhando mais espaço no arsenal terapêutico do câncer colorretal, até mesmo nos serviços públicos, com as suas dificuldades inerentes.

#### TL032 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS

CAROLINA GASTALDELLI; MARIANA SANO GAROTTI; MARCUS FÁBIO MAGALHÃES FONSECA; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: o câncer colorretal (CCR) ocupa a terceira posição mundial entre os tumores malignos e a segunda

nos países desenvolvidos. A idade é o fator mais importante de risco no CCR esporádico. Seu diagnóstico é raro antes dos 40 anos e sua incidência começa a aumentar principalmente entre os 40 e 50 anos. A distribuição nos cólons varia na literatura, mas em geral 75% localizam-se no cólon e 35% no reto ou transição retossigmóide. O estadiamento anatomopatológico preciso é fundamental para definições de prognóstico e planejamento terapêutico adjuvante. Objetivo: analisar o perfil dos pacientes em acompanhamento ambulatorial por CCR no Hospital Heliópolis. Método: foram analisados retrospectivamente prontuários de pacientes em acompanhamento ambulatorial, no período de 2003 a 2012, os seguintes dados: gênero, idade, localização tumoral, CEA pré-operatório, cirurgia, estadiamento TNM, diferenciação celular, linfonodos dissecados, seguimento e recidiva. Resultados: no total foram 559 pacientes diagnosticados com CCR, destes 551 por adenocarcinoma. A média da idade foi de 61 anos, sendo que a maioria (51%) era do sexo masculino. A localização mais frequente foi em reto inferior (20%) e sigmóide (20%), e o moderadamente diferenciado foi predominante em 73% dos casos. O CEA pré-operatório foi avaliado em 63,6% dos casos. A cirurgia mais realizada foi a retossigmoidectomia anterior em 207 dos casos, seguida da amputação abdômino perineal (102 casos). No momento do diagnóstico 44 pacientes apresentavam metástase à distância (8%) e os estadiamentos mais comum foi 2A (33%) e I (19%). Na análise das peças a média de linfonodos dissecados foi de 15,7. O seguimento ambulatorial foi na média de 37 meses e 54 pacientes evoluíram com metástases à distância (10%) e entre os tumores de reto a recidiva foi de 6% (16 casos). Conclusão: podemos concluir que em nosso meio o CCR tem alta prevalência, com predominância do gênero masculino, acima da quinta década e de localização distal. A maioria dos tumores diagnosticados e tratados estava em estadiamento inicial, reforçando a importância de exames de rastreamento para diagnóstico e tratamento precoce.

**TL033 - RESSECÇÃO A R0 DETERMINADA POR ANATOMOPATOLOGIA CONVENCIONAL EM ADENOCARCINOMA DE CÓLON - PRESENTE E FUTURO**

DENISE GONÇALVES PRIOLLI; JOSÉ AIRES PEREIRA; JOSÉ RICARDO SCALISE; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; NATÁLIA PERES MARTINEZ; CAMILA DE OLIVEIRA LOPES; JULIO CESAR VALDIVIA; IZILDA APARECIDA CARDINALI

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Pacientes submetidos a ressecções neoplásicas malignas ou benignas são considerados livres de doença residual (R0) quando margens da lesão ressecada se encontram sem indícios do tumor. Avaliação é feita por coloração simples, hematoxilina-eosina (HE) e não baseada em imunohistoquímica específica. O tecido é considerado normal pela avaliação anatomopatológica convencional, macro e microscopicamente. Entretanto, a possibilidade de detectar mutação por meio de imunohistoquímica no tecido considerado normal, determinaria

ampliação da margem cirúrgica, para afirmar o critério R0. Caso a mutação fosse comprovada, dever-se-ia adotar como critério de ressecção, agora sim, completa e/ou cura da doença. Atualmente margem cirúrgica proximal segura não foi estabelecida, sendo a margem distal muitas vezes considerada como suficiente quando se estende por 1,5cm a 2,0 cm. Objetivo: Analisar a margem cirúrgica baseada na “cancerização” do tecido “normal” adjacente à neoplasia por meio da expressão quantitativa da proteína p53. Método: Executadas 153 colonoscopias e biópsias de cólon em 56 pacientes, 7 de tecido cólico de voluntários saudáveis, 49 de tumores colorretais (22 adenomas e 27 adenocarcinomas). Tecido dos pacientes com tumores foi colhido da lesão e 5 cm proximal à lesão, cuja área foi considerada normal à macroscopia e confirmada a microscopia. Todos os espécimes foram submetidos à análise histopatológica (HE) e imunohistoquímica para p53. Determinou-se a quantidade de p53 por processamento de imagem assistido por computador. Resultados: Houve diferença significativa entre a quantidade de p53 no tecido normal quando comparados adenomas (p=0,006) ou com adenocarcinomas (p=0,03). Houve diferença na quantidade de p53 no tecido cólico normal adjacente à lesão e em adenomas (p=0,02). Não houve diferença significativa entre a quantidade de p53 no tecido considerado normal, adjacente ao adenocarcinoma, e o adenocarcinoma (p=0,06). Conclusão: Há mutação da proteína p53 à 5 cm proximal ao adenocarcinoma, tecido este considerado normal quando avaliado exclusivamente pela macroscopia e microscopia convencional (HE). Margem cirúrgica baseada em tecido “normal” adjacente à neoplasia, quando analisado exclusivamente por HE, é insuficiente para indicar ressecção R0, já que a margem apresenta mutação da p53. Faz-se necessário estudo prospectivo tipo coorte para confirmar se há diferença na sobrevida daqueles pacientes que respeitaram ou não a margem determinada pela imunohistoquímica.

**TL034 - AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE E SOBREVIVÊNCIA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À OPERAÇÃO DE CITORREDUÇÃO E QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA<sup>1</sup>; BERNADO HANAN<sup>1</sup>; LEONARDO MACIEL FONSECA<sup>1</sup>; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ<sup>1</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>1</sup>; PAULO ROBERTO SAVASSI ROCHA<sup>1</sup>; MONICA MARIA DEMAS ÁLVARES CABRAL<sup>2</sup>

1.GRUPPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: Carcinomatose peritoneal (CP) tem sido tratada com operação citorredutora (OCR) e a quimioterapia intraperitoneal (QTIP) para CP de câncer colorretal (CACR), pseudomixoma (PMP) e mesotelioma (MST). Objetivo: O objetivo do estudo foi avaliar as complicações e a mortalidade relacionadas ao tratamento, além dos Resultados de sobrevida

de candidatos à OCR e QTIP em Hospital Universitário. Resultados: Foram incluídos 73 pacientes com CP de CACR (38/52,1%), PMP (30/41,1%) e MST (5/6,8%) tratados no Hospital das Clínicas da UFMG, no período de 2002 a 2011. Foram 41 (56,2%) mulheres e a idade mediana foi de 50 anos (variação:20-80 anos). Trinta e nove pacientes (53,4%) foram submetidos à OCR completa e QTIP, 18 pacientes (24,7%) operação paliativa e 16 (21,9%) foram submetidos ao procedimento de *open-and-close*. Todos os pacientes submetidos à citorredução completa receberam quimioterapia intraperitoneal com mitomicina C e, deles, 16/39 (41%) hipertérmica (41-42°C). O tempo cirúrgico mediano foi de 360 minutos (min) (variação:60-840min), o índice de carcinomatose peritoneal (ICP) mediano foi de 25 (variação:3-39) e 21 pacientes (28,8%) necessitaram de hemotransusão. A taxa de morbidade global foi de 23,3%, as complicações classe II e III / IV representaram 11% e 12,3%, respectivamente, sendo a mais freqüente a fistula anastomótica (4,4%). No grupo submetido ao *open-and-close* não houve complicações. A taxa global de mortalidade foi de 5,5%. A análise univariada mostrou que foram fatores significativos para a ocorrência de complicações pós-operatórias a OCR associada à QTIP (p=0,029), a transfusão de sangue (p=0,002) e o tempo operatório(p=0,001). Pacientes com CP decorrente de CACR submetidos ao tratamento combinado entre à OCR completa e QTIP versus citorredução incompleta tiveram taxas de sobrevida global, em 1, 3 e 5 anos, de 81,3%, 12,5% e 12,5% versus 45%, 0 e 0, respectivamente (p <0,05). Pacientes com CP decorrente de PMP que submetidos à OCR completa e QTIP versus citorredução incompleta tiveram taxas de sobrevida global, no ano 1, 3 e 5 anos, de 84,2%, 77,7% e 77,7% versus 72,7%, 39% e 0, respectivamente. Conclusão: Concluímos que a OCR completa associada à QTIP, quando possível, aumenta as taxas de sobrevida para pacientes com CP decorrentes do CACR e PMP. O ganho de sobrevida foi obtido às custas de altas taxas de morbidade e mortalidade, que são comparáveis com a literatura.

#### TL035 - ESTOMA DERIVATIVO NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TUMOR DE RETO: POR QUE DEMORAMOS PARA FECHAR?

SABRINA MIOTTO; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; ODILON VICTOR PORTO DENARDIM; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA

HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O estoma derivativo ainda tem seu papel em cirurgias oncológicas de adenocarcinoma de reto. De um lado, ele reduz a morbidade da retossigmoidectomia anterior com anastomose baixa (RAB), enquanto de outro, ele adiciona morbidade pela necessidade de procedimento subsequente. O fechamento do estoma deve ser, idealmente, realizado entre seis e 12 semanas, porém, alguns fatores podem retardar tal fechamento. Objetivo: Determinar os fatores preditivos de demora no fechamento do estoma desfuncionalizante na RAB para tratamento do adenocarcinoma de reto. Método: Estudo de Coorte com análise de prontuários médicos de pacientes

submetidos à RAB com estoma derivativo por adenocarcinoma de reto, entre janeiro de 2004 e dezembro de 2012. Foram incluídos os pacientes que realizaram fechamento do mesmo e tinham todos os dados bem documentados. O grupo A incluiu os pacientes que fecharam o estoma derivativo até o sexto mês após exérese do tumor, já o grupo B incluiu os pacientes que o fecharam após seis meses. As variáveis analisadas relacionaram-se ao doente, ao tumor, ao tratamento e às complicações do tratamento e do estoma. Os testes estatísticos utilizados foram o Qui-quadrado e o teste exato de Fisher. A análise estatística foi realizada pelo programa SPSS versão 19.0 e o p foi considerado significativo quando menor que 0,05. Resultados: Foram estudados 67 pacientes (grupo A com 23 e grupo B com 44). A média de idade foi de 61±12 anos, com predomínio de mulheres (56,7%). Tumor de reto médio (65,7%), pT3 (59,7%) e pN0 (76,1%) foram os mais freqüentes. Quanto à tática cirúrgica, RAB com anastomose mecânica (59,7%) e transversostomia em alça (80,6%) foi a mais realizada. Os fatores relacionados à demora no fechamento foram pT2-3 (p=0,001), pN1-2 (p=0,024) e realização de quimioterapia adjuvante (p=0,032). Conclusão: Os fatores preditores da demora do fechamento do estoma derivativo no tratamento do tumor de reto são tumor avançado e realização de quimioterapia adjuvante.

#### TL036 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E MOLECULAR EM PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL ESPORÁDICO COM BASE NOS POLIMORFISMOS MSP1-CYP1A1 E EPHX1-TYR139ARG DE GENES DO METABOLISMO DE XENOBIÓTICOS.

GLAUCIA MARIA MENDONÇA FERNANDES<sup>1</sup>; MARCELA ALCANTARA PROENÇA<sup>2</sup>; ANELISE RUSSO<sup>1</sup>; ANA ELIZABETE SILVA<sup>2</sup>; GENI SATOMI CUNRATH<sup>1</sup>; JOÃO GOMES NETINHO<sup>1</sup>; ERIKA CRISTINA PAVARINO<sup>1</sup>; ENY MARIA GOLONI-BERTOLLO<sup>1</sup>

1.FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - IBILCE/UNESP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O câncer colorretal (CCR) é neoplasia maligna que ocorre no intestino grosso (cólon) e reto e apresenta alta incidência na casuística brasileira, é o terceiro tipo que mais acomete homens e quarto em mulheres. Idade acima de 60 anos e hábitos de vida (tabagista e etilista), histórico familiar de câncer, doença inflamatória crônica do intestino e fatores dietéticos, são fatores bem estabelecidos para a etiologia do CCR, assim como polimorfismos genéticos que podem influenciar no metabolismo de carcinógenos e no risco aumentado para CCR. Objetivos: Analisar a frequência dos polimorfismos MspI-CYP1A1 e EPHX1-Tyr139Arg e comparar com indivíduos controles, verificar a associação entre estes polimorfismos e as características clínico-epidemiológicas dos pacientes com câncer apenas nas regiões do cólon. Materiais: O estudo incluiu um total de 392 indivíduos (90 pacientes do Serviço de Coloproctologia do Hospital de Base-FAMERP e

302 controles do Hemocentro do Hospital de Base-FAMERP). As variáveis analisadas foram gênero, idade, hábito tabagista, e hábito etilista. A análise molecular foi realizada por PCR-RFLP e PCR em Tempo Real. Para a análise estatística foi usado teste de regressão logística múltipla. Resultados: A análise de regressão logística múltipla mostrou que houve diferença estatisticamente significativa entre pacientes e controles em relação ao gênero masculino ( $p = 0,001$ ; OR = 7,93; IC 95% = 4,34-14,50), idade avançada ( $p = 0,05$ ; OR = 0,53; IC 95% = 0,27-1,03), hábito tabagista ( $p = 0,003$ ; OR = 2,54; IC 95% = 1,36-4,75) e do hábito etilista ( $p = 0,002$ ; OR = 2,94; IC 95% = 1,46-5,90). Os Resultados também revelaram associação dos polimorfismos MspI-CYP1A1 ( $p = 0,003$ ; OR = 3,10; IC 95% = 1,47-6,54) e o EPHX1-Tyr139Arg ( $p = 0,001$ ; OR = 6,15; IC 95% = 2,83-13,36) com a susceptibilidade de CCR. Conclusão: Neste estudo foram associados os alelos polimórficos CC-MspI-CYP1A1 e GG-EPHX1-Tyr139Arg, assim como as variáveis, gênero, idade e hábito tabagista e hábito etilista com risco para o desenvolvimento do câncer colorretal. Os Resultados deste estudo sugerem que estes polimorfismos podem ser usados como marcadores genéticos para rastreio no futuro, o que é um bom indício, pois essa é uma doença de bom prognóstico se diagnosticada em estádios iniciais. Porém novas investigações com grupos de estudo maiores são necessários para elucidar plenamente o papel desses polimorfismos no desenvolvimento de CCR. Suporte: FAPESP; CAPES; CNPq; FAMERP.

#### TL037 - EXPRESSÃO DE HLA-G NO CÂNCER COLORRETAL DE ACORDO COM O PERFIL MUCO SECRETOR EM 22 PACIENTES OPERADOS PELO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE.

GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS<sup>1</sup>; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ<sup>1</sup>; RENATA TOSCANO SIMÕES<sup>2</sup>; JOSÉ DE SOUZA ANDRADE FILHO<sup>3</sup>; JOSÉ ROBERTO MONTEIRO CONSTANTINO<sup>1</sup>; SAMIR SALIM CARVALHO<sup>2</sup>; KÊNIA CRISTINA SOARES FONSECA MAGALHÃES<sup>2</sup>; MILLENA CAROLINA PEREIRA SILVA SOUZA<sup>2</sup>

1.GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: a expressão do antígeno leucocitário humano solúvel (sHLA-G), já foram descritas em vários tipos tumorais, inclusive no câncer colorretal (CCR), e está relacionada a uma diminuição da resposta imune contra células tumorais. Sua dosagem está sendo proposta para a identificação de CCR mais agressivos. O adenocarcinoma mucíparo tem como característica o aumento da adesão celular e menor tendência à metástases. Objetivos: o foco deste projeto é comparar os níveis de expressão do sHLA-G com CCR mucíparo

e não mucíparo em pacientes submetidos à cirurgia. Métodos: a concentração de HLA-G solúvel foi medida por ELISA com auxílio do kit sHLA-G ELISA (EXBIO Antibodies, Praga) em amostras de plasma de 22 pacientes com CCR estratificados de acordo com seu perfil muco-secretor: 10 pacientes com CCR mucíparo e 12 com CCR não mucíparo. Resultados: foi encontrada uma maior expressão de sHLA-G em CCR mucíparos ( $p=0,01$ ) com uma média de expressão de  $65 \pm 5,442$  U/mL, estatisticamente acima dos CCR não mucíparos (com  $40,7 \pm 7,095$  U/mL). Conclusão: os achados indicam que a alta produção de muco pelas células tumorais poderia estar interferindo na expressão de HLA-G nos CCR mucíparos. A maior de expressão proteica do HLA-G em CCR não mucíparos poderia estar relacionada ao prognóstico pior.

#### TL038 - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA, HISTOLÓGICA, IMUNOHISTOQUÍMICA E MOLECULAR DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE SYNDROME DE LYNCH ISABELLA NICACIO DE FREITAS<sup>1</sup>; FÁBIO GUILHERME CASERTA MARYSSAEL DE CAMPOS<sup>2</sup>; VENÂNCIO AVANCINI ALVES<sup>2</sup>; JULIANA MAGALHÃES CAVALCANTE<sup>2</sup>; DIRCE MARIA CARRARO<sup>3</sup>; RENATA DE ALMEIDA COUDRY<sup>4</sup>; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR<sup>4</sup>; SÉRGIO CARLOS NAHAS<sup>2</sup>

1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.HOSPITAL A. C. CAMARGO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A SL é uma doença autossômica dominante e os principais genes envolvidos são hMSH2, hMLH1, hPMS2 e hMSH6. A incidência de instabilidade de microssatélites (MSI) e imunohistoquímica (IHQ) é irregular, variando de 12-30% para MSI e de 8,8-23% para detecção IHQ. Objetivos: Caracterização clínica e molecular dos pacientes com suspeita de SL através da comparação dos critérios clínicos, com os histopatológicos, IHQ e de MSI. Pacientes e Métodos: Estudaram-se 458 casos de câncer colorretal (CCR), do Serviço de Colo-proctologia do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas -FMUSP, de janeiro de 2005 a dezembro de 2008. História familiar (HF) positiva para CCR ocorreu em 118 pacientes. Promoveu-se a revisão das lâminas para critérios histológicos de MSI (diretrizes de Bethesda), avaliação IHQ para as proteínas MLH1, MSH2, MSH6, PMS2- através do complexo avidina-biotina-peroxidase, e MSI (BAT-25, BAT-26, NR-21, NR-24 E MONO-27). Resultados: Dos 118 pacientes com HF, 61 (51,69%) preencheram pelo menos um dos critérios de Bethesda modificados. 36 eram do sexo feminino (59%), média de idade de 53,2 anos. Nove (14,7%) pacientes apresentaram todos os critérios de Amsterdam I; 52 tumores localizaram-se no cólon esquerdo. Os componentes histológicos de MSI incluíram: linfócitos intra-tumoral (47,5%), característica expansiva do tumor (29,5%) e o componente

mucinoso (27,8%) (componentes histológicos de MSI instável em 44 (72%). A IHQ estava alterada em oito (13%) e o MSI em 12 pacientes (20%). Houve associação entre os critérios de Amsterdam I e MSI, e na IHQ com o MLH1 e PMS2. Houve associação entre os critérios de Bethesda Modificados com o sexo, na histologia com o componente mucinoso e a reação Crohn like, com a MSI, e na IHQ com o MLH1 e PMS2. Os indivíduos que apresentaram o critério 4 de Bethesda Modificado (CCR ou câncer associado a SL diagnosticado em um ou mais parentes de primeiro grau, desde que uma das neoplasias tenha ocorrido antes dos 50 anos de idade), tiveram chance de 12,7 vezes de apresentar MSI positivo. Conclusões: O critério 4 de Bethesda modificado associou-se fortemente à presença de MSI neste estudo. A caracterização IHQ e molecular, seguindo algoritmo pode indicar fortemente o diagnóstico da SL.

#### TL039 - POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL – RELATO DE CASO DE UM PACIENTE COM ADENOCARCINOMAS SINCRÔNICOS E METACRÔNICOS.

MAIRO GROSSI MORATO; FERNANDA NUNES DE CASTRO; RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA; ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS; JOÃO BATISTA DE SOUSA; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante caracterizada pela presença de numerosos pólipos adenomatosos nos cólons e reto. O tratamento cirúrgico é o padrão-ouro para a profilaxia do câncer colorretal nesses pacientes, embora cerca de 25% dos pacientes acometidos já terá câncer colorretal no momento do diagnóstico. O objetivo desta apresentação é descrever o caso de paciente com adenocarcinomas sincrônicos e metacrônicos, sendo em 1998 de cólon, em 2000 de reto e em 2006 de jejuno e de íleo. Método - Relato de Caso de paciente portador de PAF diagnosticado aos 12 anos de idade, em 1995, e acompanhado em nosso serviço. Resultados: em 1995, aos 12 anos de idade, apresentou episódios de hematoquezia, submetido a endoscopia digestiva baixa (EBD) e diagnosticado PAF. Seu pai falecera de câncer colorretal aos 46 anos de idade. Em 1998 apresentou episódios de diarreia, anemia e perda ponderal e foi submetido à colectomia subtotal com anastomose ileorretal; o exame anatomopatológico (EAP) mostrou tratar-se de adenocarcinoma no cólon. Em 2000 foi identificada lesão úlcero-vegetante no reto o EAP mostrou tratar-se de adenocarcinoma no reto. Foi realizada proctectomia, mucosectomia, bolsa ileal em J com ileostomia de proteção. Em 2006, apresentou hematoquezia intermitente e nova EBD evidenciou pólipos sessil em alça proximal à bolsa ileal cuja biopsia mostrou tratar-se de adenocarcinoma. O trânsito de delgado revelou outra lesão polipóide de 1,5cm, a 08 cm distal ao ângulo duodeno-jejunal. Foi submetido à ressecção da bolsa ileal, enterectomia segmentar do jejuno e confecção de nova bolsa ileal e ileostomia de proteção e o EAP mostrou tratar-se de

adenocarcinomas no íleo e no jejuno. Em 2013, apresentou-se com queixa de incontinência fecal (15 evacuações diárias, dermatite e dor perianal intensa) e nova EDB mostrou múltiplos pólipos sessis na bolsa ileal. Foi realizada ressecção da bolsa ileal e confecção de ileostomia definitiva. Conclusão: Pacientes operados por PAF podem evoluir com o surgimento de adenocarcinomas em outros sítios, seja nos segmento retal remanescente, seja na bolsa ileal quanto em outros pontos do tubo digestivo. Em vista disso, a vigilância estrita deverá ser seguida, independentemente do tipo de operação realizada.

#### TL040 - RISCO DE METÁSTASE LINFONODAL NO CÂNCER COLORRETAL

JÚLIA REZENDE SCHLINZ; MARLLUS BRAGA SOARES; MARIA CRISTINA DEFÁVERI FIGUEIRA; ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; PAULO CESAR DE CASTRO JUNIOR; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA; FRANCISCO LOPES PAULO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Avaliar os fatores associados a presença de linfonodos metastáticos no câncer colorretal. Métodos: Estudo retrospectivo incluindo pacientes consecutivos operados de adenocarcinoma colorretal no período de Janeiro de 2000 até março de 2013. Os pacientes foram identificados através de banco de dados prospectivo. Foram excluídos pacientes submetidos a terapia neoadjuvante. As variáveis analisadas foram idade, sexo, estágio T, presença de metástase a distância, localização do tumor, tamanho do tumor, grau de diferenciação, classificação mucinosa, presença de invasão linfovascular e perineural, e total de linfonodos isolados. A análise estatística foi realizada utilizando o teste exato de Fisher e Qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste de Wilcoxon-rank sum para as variáveis numéricas. A análise multivariável foi realizada incluindo na regressão logística as variáveis com  $P < 0,1$ . O valor  $P < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Resultados: Foram incluídos 267 pacientes, 141 (53%) homens e a idade mediana foi de 65 (26-94) anos. A media de linfonodos isolados nas espécimes cirúrgicas foi de 14. Os fatores associados a positividade linfonodal foram: estágio T (T1=8%, T2=15%, T3=48%, T4=53%,  $P < 0,0001$ ), invasão linfovascular (65%,  $P < 0,0001$ ), invasão perineural (72%,  $P < 0,01$ ) e numero de linfonodos isolados  $\geq 12$  (50%,  $P < 0,01$ ). O tamanho e a localização do tumor não foram associados a presença de linfonodos metastáticos ( $P > 0,05$ ). Na análise multivariável, apenas o estágio T, invasão linfovascular e  $\geq 12$  linfonodos isolados foram fatores independentes associados a presença de linfonodos positivos. Conclusão: O estagio T, a invasão linfovascular e o numero de linfonodos isolados foram independentemente associados a presença de metástase linfonodal no câncer colorretal. Esses achados podem auxiliar na decisão de condutas em pacientes com alto risco para cirurgia abdominal de grande porte e auxiliar na indicação de terapia adjuvante.

**TL041 - INVESTIGAÇÃO CLÍNICO/EPIDEMIOLÓGICA E MOLECULAR DE POLIMORFISMOS DO GENE CYP2E1 EM PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL ESPORÁDICO**

GLAUCIA MARIA MENDONÇA FERNANDES<sup>1</sup>; MARCELA ALCANTARA PROENÇA<sup>2</sup>; ANELISE RUSSO<sup>1</sup>; ANA ELIZABETE SILVA<sup>2</sup>; GENI SATOMI CUNRATH<sup>1</sup>; JOÃO GOMES NETINHO<sup>1</sup>; ERIKA CRISTINA PAVARINO<sup>1</sup>; ENY MARIA GOLONI-BERTOLLO<sup>1</sup>

*1.FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SAO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.IBILCE-UNESP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal é o quinto mais frequente no Brasil e que acomete a regiões do cólon (intestino grosso) e o reto. Os principais fatores de riscos são idade acima de 60 anos, história familiar da neoplasia, fatores dietéticos, hábitos de vida, doenças inflamatórias crônicas intestinais, condições hereditárias e alterações genéticas. Tem sido descrita a associação entre essa neoplasia e polimorfismos genéticos, como o *CYP2E1\*5B* e *CYP2E1\*6* do gene *CYP2E1*. Objetivos: Analisar as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes associando com a frequência do polimorfismo. Materiais: O estudo incluiu um total de 398 indivíduos (98 pacientes do Serviço de Coloproctologia do Hospital de Base-FAMERP e 300 controles do Hemocentro do Hospital de Base-FAMERP). As variáveis analisadas foram gênero, idade, hábito tabagista, e hábito etilista. A análise molecular foi realizada por PCR-RFLP. Para a análise estatística foi usado teste de regressão logística múltipla. Resultados: A análise de regressão logística múltipla mostrou diferença estatisticamente significativa entre pacientes e controles em relação ao hábito tabagista ( $p=0.018$  O.R.=0.33 I.C.95%=0.13- 0.82) e influência do DraI-CYP2E1\*6 ( $p=0.000$  O.R.= 8.91 I.C. 95% = 3.47-22.87). Conclusão: Neste estudo foram associados os alelos polimórficos DraI-CYP2E1\*6 hábito tabagista e hábito etilista com risco para o desenvolvimento do câncer colorretal. Os Resultados deste estudo sugerem que estes polimorfismos podem ser usados como marcadores genéticos para rastreamento no futuro, o que é um bom indicio, pois essa é uma doença de bom prognóstico se diagnosticada em estádios iniciais. Porém novas investigações com grupos de estudo maiores são necessários para elucidar plenamente o papel desses polimorfismos no desenvolvimento de CCR. Suporte Financeiro: FAPESP; CAPES; CNPq; FAMERP/FUNFARME.

**TL042 - PERFIL DE EXPRESSÃO DO HLA-G EM 84 PACIENTES OPERADOS DE CÂNCER COLORRETAL PELO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE.**

GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS<sup>1</sup>; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ<sup>1</sup>; RENATA TOSCANO SIMÕES<sup>2</sup>; JOSÉ DE SOUZA ANDRADE FILHO<sup>3</sup>; JOSÉ ROBERTO MONTEIRO CONSTANTINO<sup>1</sup>; PETERSON MARTINS NEVES<sup>1</sup>; ALEXANDRÉ MARTINS DA COSTA EL-AOUAR<sup>1</sup>; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA<sup>1</sup>

*1.GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: no Brasil o câncer colorretal (CCR) é o terceiro em incidência em homens e mulheres. A expressão do antígeno leucocitário humano solúvel (sHLA-G) está relacionada a uma diminuição da resposta imune contra células tumorais, pois o mesmo dificulta a entrada de células NK para dentro de uma célula. Sua dosagem está sendo proposta para a identificação de tumores colorretais mais agressivos. Objetivos: comparar os níveis de expressão do sHLA-G com os dados clínicos e patológicos de pacientes com CCR. Métodos: foram colhidas amostras de sangue com e sem EDTA, de mucosa normal e de tumor de 84 pacientes operados de CCR. Exames histopatológicos foram feitos pelo mesmo patologista; a concentração de HLA-G solúvel foi medida por ELISA e os Resultados foram cruzados com dados da histopatologia e das fichas clínicas de cada paciente. Este projeto foi aprovado pelo CEP e o TCLE foi assinado pelos pacientes. Resultados: dos 84 pacientes, 32 apresentavam metástases (15 apenas linfonodal, 16 linfonodal e à distância e um apenas à distância); 18 (56,3%) dos 32 pacientes com metástase tiveram alta expressão do HLA-G; dos 10 maiores valores da expressão do HLA-G, seis (60%) tinham metástases linfonodal e à distância. Dos 17 pacientes com câncer retal baixo, 16 (94,1%) receberam QT e RT neoadjuvantes; sete (43,8%) dos 16 pacientes submetidos à QT e RT tinham alta expressão protéica do HLA-G. Conclusão: pacientes com metástases apresentaram maior expressão protéica de sHLA-G. A RT/QT neoadjuvantes diminuiu a expressão protéica do sHLA-G. Há sinalização de que o HLA-G poderia ser usado visando traçar prognóstico de pacientes com CCR.

**TL043 - PREVENCAO E DIAGNOSTICO DE LESOES HPV INDUZIDAS E CARCINOMA ANAL EM MULHERES ATENDIDAS NA REDE BASICA DE SAUDE DA CIDADE DE BOTUCATU PELO METODO DE ESCOVADO DO CANA ANAL**

RITA CÁSSIA LUSOLI; ROGÉRIO SAAD HOSSNE; SIDNEY ROBERTO NADAL; SUZANE ARAUJO NOGUEIRA UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

Resumo: As pesquisas sobre as lesões HPV (Papiloma Vírus Humano) anal induzidas em mulheres são escassas, o que reforça a necessidade de mais estudos, bem como uma maior divulgação e realização da prevenção do carcinoma anal através de métodos pré-invasivos como a citologia do escovado do canal anal. Esfregaços anais (citologia) são utilizados para realizar o rastreamento das lesões anais precursoras do câncer do canal anal, sendo a citologia anal utilizada como rotina no seguimento de doentes tratados por condilomas anais, esta técnica tem sido muito bem aceita pelos pacientes. O presente estudo teve como objetivo analisar a ocorrência de lesões

HPV induzidas do canal anal em pacientes do sexo feminino com ou sem história prévia ou atual de infecção genital pelo vírus HPV e correlacionar estes achados com dados comportamentais e sociais, assim como realizar prevenção e tratamento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas do canal anal. Nesse estudo utilizou-se uma análise estatística descritiva envolvendo distribuição de frequência em uma população de mulheres atendidas na rede pública de saúde. As mulheres que preencheram os critérios de inclusão foram submetidas à coleta do citológico anal pelo método do escovado, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta foi feita através da abertura das nádegas, visualização do ânus, e Introdução da escova com movimento de rotação em 360° não havendo queixas quanto ao procedimento. As amostras foram enviadas para análise dos Resultados. Foram incluídas neste estudo, 228 mulheres adultas encaminhadas para realização de citológico cervical (exame de Papanicolau) de rotina, com ou sem história prévia de infecção pelo vírus HPV. As lâminas foram avaliadas segundo os critérios do Sistema Bethesda 2001. O tempo estimado para a Conclusão do estudo foi de 12 meses. Nos Resultados obtidos, houve a ocorrência da lesão em 11 mulheres, sendo 03 LSIL (Lesão intra epitelial anal de baixo grau) e 08 ASCUS (Células escamosas atípicas de significado indeterminado). A ocorrência de lesão HPV induzida no estudo em mulheres foi de 5% com a apresentação de lesão celular no resultado do exame citológico por meio do escovado do canal anal com a presença de ASCUS (1%) LSIL (4%). Na rede básica de saúde do município de Botucatu houve baixa ocorrência de lesão HPV induzida, havendo correlação das mesmas com estado civil, baixa escolaridade, prática do sexo não seguro e sem correlação com a prática do sexo anal.

#### TL044 - PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS COM NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL ANAL (NIA) EM UMA COORTE DE HOMENS BRASILEIROS

CARINA MONTEIRO BARILLO<sup>1</sup>; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO<sup>1</sup>; RUTH FRIEDMAN<sup>1</sup>; VALDILEA VELOSO DOS SANTOS<sup>1</sup>; BEATRIZ GRINZTEJN<sup>1</sup>; CYNTHIA CUNHA<sup>1</sup>; JOSÉ EDUARDO LEVI<sup>2</sup>; LUCIANA WERNESBACH<sup>1</sup>

1.FIOCRUZ - IPEC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Histórico: Está sendo observado uma incidência aumentada de câncer de ânus em homens que fazem sexo com homens (HSH). Nós investigamos a prevalência de NIA e seus fatores associados. Métodos: Foi realizada uma análise seccional da coorte de homens do IPEC/Fiocruz. Homens sexualmente ativos a partir dos 18 anos de idade sem história pregressa de câncer de ânus foram avaliados quanto a neoplasia intra-epitelial anal (NIA) através da anuscopia de alta resolução com biópsias. Modelos de regressão de Poisson foram utilizados para análise de fatores associados com NIA. Resultados: Entre agosto de 2010 e junho de 2012 452 homens foram incluídos na coorte, 358 HIV-positivos (287 HSH e 71 HIV-heterossexuais) e 94 HIV-negativos HSH. Ida-

de média (IQR) foi de 42.0 (33.0-48.0), 46.0 (38.0-51.0) and 33.0 (27.0-41.0), respectivamente. Infecção retal por clamídia e gonococo foi detectada em 9.4% and 1.4%, 0% and 0%, and 3.3% and 4.3% de cada subgrupo, respectivamente. Nadir de CD4 < 200 cel/mm<sup>3</sup> e carga viral indetectável foi observado em 55% e 65% dos HIV+HSH, e 66.2% e 74.6% dos HIV+heterossexuais, respectivamente; 80.4% dos HIV+HSH and 91.5% dos HIV+Heterossexuais estavam em terapia antiretroviral combinada. Dos HIV+HSH, HIV+Heterossexuais e HIV-HSH, respectivamente, 29,6%, 4,2% e 14,9% tiveram condilomas; 13,9%, 7,0% and 7,4% tiveram NIA1 e 10,8%, 0% e 2,1% tiveram AIN2/3; invasivo carcinoma foi observado em 2 (0,7%) HIV+HSH. Entre HSH, fatores independentes associados com NIA foram aumento crescente do número de parceiros sexuais durante a vida [Prevalence Ratio (PR):1.0012;95% Intervalo de Confidência (CI):1.0001-1.0022], HIV-infecção (PR:1.59; 95%CI:1.05-2.40), infecção retal por Clamídia (PR:1.70; 95% CI:1.20-2.39), infecção pelo HPV 6/11/16/18 (PR: 2.16; 95%CI: 1.56-2.99) e por ambas infecções pelo HPV de baixo-risco e alto-risco (PR:1.57; 95%CI: 1.15-2.15). Entre HIV+HSH, os últimos três fatores continuam associados com este resultado independentemente do número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses (PR:1.04; 95%CI:1.02-1.06), sexo anal receptivo nos últimos 3 meses (PR:1.4; 95%CI:1.04-1.89) e carga viral acima de 50 cópias/mL (PR:1.48;95%CI:1.15-1.91). Conclusão: A prevalência de lesões histológicas detectadas foi maior entre HIV+HSH. Screening sistemático de lesões precursoras de câncer de ânus entre HSH e HIV+HSH em particular é necessária e pode reduzir a incidência do mesmo.

#### TL045 - ESTUDO DE UMA SÉRIE DE PACIENTES SUBMETIDOS À ANUSCOPIA DE ALTA RESOLUÇÃO / COLPOSCOPIA ANAL

ALEXANDRÉ LOPES CARVALHO<sup>1</sup>; DARCY MURITIBA JUNIOR<sup>1</sup>; EDUARDO FONSECA FILHO<sup>2</sup>; PAULO FREDERICO COSTA<sup>2</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO SILVA BARRETO<sup>1</sup>

1.AOSID, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGUES, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A incidência do HPV tem aumentado ao longo dos anos e também a sua crescente associação com as neoplasias intra-epiteliais anais (NIAs) e o câncer espinocelular (CEC) do ânus. O diagnóstico e tratamento das NIAs têm sido proposto com o objetivo de prevenir o desenvolvimento do CEC de ânus. Objetivo: Avaliar retrospectivamente uma série de pacientes submetidos a rotina diagnóstica do HPV anal e suas formas subclínicas: Coleta de citologia anal, Genotipagem de HPV, Perineoscopia e Anuscopia de alta resolução. Material e métodos: Trinta e oito pacientes, submetidos a 41 exames entre maio de 2011 e abril de 2013 foram avaliados através da análise dos dados clínicos, de anatomia patológica e de biologia molecular. Foram excluídos 07 exames por falta de dados completos. Resultados: Dos 32 pacientes incluídos, vinte e quatro foram do sexo masculino (75%). A idade média



foi de de 37,3 anos (20 - 70 anos). As principais indicações para realização do exame foram a presença de verrugas anais e história de sexo anorreceptivo. As citologias foram na sua maioria através da técnica em meio líquido (65%) e esfregaço (Papanicolau) em 35%. Foram negativas em 24 casos e insuficiente em 02. Quatro pacientes apresentaram LSIL, 01 apresentou HSIL e houveram 02 casos de ASCUS. Com relação aos achados da perineoscopia e anoscopia de alta resolução, o mais frequente foi de lesão papilomatosa acetobranca, seguido de lesão plana acetobranca. As biópsias foram negativas em 8 exames, presença de NIA-B em 21 casos e NIA-A em 02 casos. A genotipagem de HPV através do Papilochek foi positiva em 24 pacientes (70%). Em 10 foram isolados apenas HPV de baixo risco (na maioria o HPV 06). Nove apresentaram infecções múltiplas. Os vírus de alto risco mais frequentemente encontrados foram os tipo 16 e 18. Discussão: Foram encontradas taxas elevadas de NIA de baixo e alto grau na população estudada, compatíveis com a literatura. A citologia mostrou-se fraco preditor de pesquisa de NIA uma vez que a maioria foi negativa, corroborando desta forma a importância da Anuscopia de alta resolução em populações de risco. Conclusão: O estudo de populações de risco para desenvolvimento de NIA através de propedêutica adequada têm sido capaz de detectar o HPV no anorreto desde as suas formas clínicas até as subclínicas e latentes, permitindo o diagnóstico adequado das NIAs, precursores do CEC de ânus.

**TL046 - CARGA VIRAL DO HPV ONCOGÊNICO NO SEGUIMENTO DOS CONDILOMAS ANAIS TRATADOS**  
LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL; RAPHAEL MARIANELLI; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; EDENILSON EDUARDO CALORE; CARMEN RUTH MANZIONE; SIDNEY ROBERTO NADAL  
*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Averiguar a correlação da carga viral dos HPV de alto risco com os achados colposcópicos e citológicos dos exames de seguimento de indivíduos tratados de lesões anais induzidas pelo HPV, comparando doentes HIV-positivo e soronegativos. Método: Analisamos 402 avaliações de seguimento. Eram 306 em soropositivos (286 homens e 20 mulheres) e 96 em soronegativos (54 homens e 42 mulheres) para o HIV. Entre os HIV-positivo, 236 apresentavam T CD4+ acima de 350/mm<sup>3</sup>. Realizamos colposcopia anal e coleta de material, com escova, sendo duas amostras para citologia anal e outra para captura híbrida II, em até 30 dias após erradicação das lesões anais visíveis. Comparamos as cargas virais do HPV de alto risco entre doentes soronegativos e positivos para o HIV, entre os que tinham citologias com lesões HSIL ou não, e a influência da carga viral do HIV e da contagem dos linfócitos TCD4+ na carga viral do HPV. Os Resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados: A colposcopia anal não revelou lesões em 192 (62,7%) doentes HIV-positivo e em 64 (66,7%) dos soronegativos(chi-quadrado, p = 0,212), enquanto mostrou comprometimento do canal anal

em 64 e 14, na margem anal em 30 e 12 e em ambos em 20 e seis doentes HIV-positivo e HIV-negativo, respectivamente (chi -quadrado, p = 0,726). A HCII revelou HPV de alto risco em 259 exames, sendo 212 (69,3%) HIV-positivo e 47 (48,9%) soronegativos (chi-quadrado p = 0,00001). Quando comparadas as cargas virais do HPV oncogênico à presença ou não de lesões do canal anal detectadas pelo colposcópico, não houve diferença nos doentes HIV-negativo (Teste não paramétrico de Kruskall Wallis, p = 0,628) ou nos HIV-positivo (Kruskall Wallis, p = 0,801). A citologia anal mostrou lesão de alto grau (HSIL) em 59 exames, sendo 15 em soronegativos e 44 em soropositivos para o HIV, sem diferença estatística no agrupamento em HIV-positivo com cargas virais do HIV acima e abaixo de 350/mm<sup>3</sup> e os HIV-negativo (chi-quadrado, p = 0,565). Conclusão: A presença dos HPV de alto risco foi maior nos doentes HIV-positivo, não dependendo da contagem dos linfócitos T CD4+, entretanto, a contagem da carga viral dos HPV de alto risco não teve correlação com os achados diagnósticos da citologia ou da colposcopia anal, independentemente da situação sorológica ou da imunidade sistêmica. É necessário estudo com seguimento desses pacientes para avaliar a utilidade da HCII na previsão de recidiva das lesões HPV-induzidas.

**TL047 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO TECIDUAL DE MUCINAS ÁCIDAS NAS GLÂNDULAS DA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRÂNSITO INTESTINAL SUBMETIDA À INTERVENÇÃO COM SUCRALFATO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS**  
JOSÉ AIRES PEREIRA; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; ALICE MOREIRA DIAS; FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA; MARCOS GONÇALVES DE ALMEIDA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Redução no conteúdo de mucinas ácidas no epitélio cólico constitui-se num dos elementos mais importantes no espectro histológico da colite de exclusão (CE). Objetivo: Quantificar a expressão de mucinas ácidas na mucosa cólica sem trânsito intestinal submetida a aplicação de enemas diários de sucralfato e relacioná-la ao tempo de intervenção. Método. Trinta ratos Wistar machos foram submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo pela confecção de colostomia proximal e fistula mucosa distal. Os animais foram divididos em três grupos experimentais segundo a intervenção feita com solução fisiológica 0,9% (SF), sucralfato nas concentrações de 1,0 g/kg/dia (SCF1) ou 2,0 g/kg/dia (SCF2). Cada grupo experimental por sua vez foi dividido em dois subgrupos de 5 animais cada segundo a intervenção ter sido realizada por 2 ou 4 semanas. A expressão de mucinas ácidas totais na mucosa cólica foi identificada pela técnica histoquímica do Azul de Alcian (AB). O conteúdo tecidual foi mensurado utilizando-se morfometria computadorizada. Para comparação dos Resultados utilizou-se o teste de Mann-Whitney e para análise de

variância o teste ANOVA, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: A intervenção com SCF reduz o escore inflamatório com o aumento da concentração e tempo de intervenção ( $p < 0,05$ ). O conteúdo de mucinas ácidas nos animais irrigados com SF por 2 e 4 semanas foram de  $15,91 \pm 0,86$  e  $15,53 \pm 1,03$  respectivamente. O conteúdo tecidual de mucinas ácidas nos animais do grupo SCF1, após 2 e 4 semanas de intervenção foram de  $20,36 \pm 0,63$  e  $21,33 \pm 0,91$ , enquanto nos animais do grupo SCF2 de  $28,99 \pm 1,30$  e  $29,06 \pm 1,65$ , respectivamente. Os Resultados mostraram que a intervenção com SCF na concentração de 1,0 g/kg/dia e 2,0 g/kg/dia aumenta significativamente o conteúdo tecidual de mucinas ácidas ( $p < 0,001$ ). Quando se comparam as duas concentrações utilizadas de SCF verifica-se que a maior concentração da substância aumenta o conteúdo tecidual de mucinas ácidas o que relaciona-se a melhora do escore inflamatório, mas não varia com o tempo de intervenção. Conclusão: A aplicação de enemas com sucralfato aumenta o conteúdo tecidual de mucinas ácida e melhora o grau de inflamação tecidual. O aumento na concentração tecidual de mucinas ácidas é dose-dependente, mas não se modifica com o tempo de intervenção. Esses achados sugerem que a aplicação de enemas com sucralfato o possa ser eficaz no tratamento da CE, por estimular a produção de mucinas ácidas.

#### TL048 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DE SULFOMUCINAS E SIALOMUCINAS NA MUCOSA CÓLICA DESPROVIDA DE TRÂNSITO FECAL SUBMETIDA À INTERVENÇÃO COM SUCRALFATO

JOSÉ AIRES PEREIRA; DANIELA TIEMI SATO; ALICE MOREIRA DIAS; MURILO ROCHA RODRIGUES; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; MARCOS GONÇALVES DE ALMEIDA; FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: A aplicação de enemas com sucralfato vem se mostrando eficaz no tratamento de diferentes formas de colite. Objetivo: Quantificar a intensidade de expressão de sulfomucinas e sialomucinas na mucosa cólica, após a aplicação de enemas com sucralfato em segmentos sem trânsito relacionando-a ao tempo de exclusão de intervenção. Métodos: Trinta ratos Wistar machos foram submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo pela confecção de colostomia proximal e fistula mucosa distal. Os animais foram divididos equitativamente em três grupos experimentais segundo a intervenção ser feita com solução fisiológica 0,9% (SF), sucralfato nas concentrações de 1,0 g/kg/dia (SCF1) ou 2,0 g/kg/dia (SCF2). Cada grupo experimental por sua vez foi dividido em dois subgrupos de 5 animais cada segundo a intervenção ter sido realizada por 2 ou 4 semanas. O diagnóstico de colite foi estabelecido por análise histológica. A diferenciação dos subtipos de mucinas ácidas, sulfomucinas e sialomucinas, na mucosa cólica foi realizada pela técnica da diamina de ferro alto alcian-blue (HID-AB). A quantificação da expressão tecidual foi por morfometria

computadorizada. Na comparação entre a expressão dos dois subtipos de mucinas nos segmentos com e sem trânsito fecal utilizou-se o teste t de Student. Para análise de variância segundo o tempo de exclusão utilizou-se o teste de ANOVA com o pós-teste de Newmann-Keuls, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: Quando comparado com os animais do grupo controle houve aumento no conteúdo tecidual de sulfomucinas independente da concentração utilizada de sucralfato no cólon desprovido de trânsito fecal, após duas semanas de intervenção, estabilizando-se a partir de então ( $p < 0,001$ ). De modo semelhante encontrou-se aumento no conteúdo tecidual de sialomucinas nos segmentos sem trânsito fecal, principalmente quando se utilizou concentrações maiores de sucralfato ( $p < 0,0001$ ). O aumento do conteúdo de sulfomucinas não variou com o tempo de intervenção independente da concentração utilizada. O conteúdo de sialomucinas aumentou com o tempo de intervenção com ambas as concentrações de sucralfato empregadas. Conclusões: A intervenção com sucralfato aumenta o conteúdo tecidual de sulfomucinas e sialomucinas nos segmentos desprovidos de trânsito fecal. O aumento da concentração de sialomucinas encontra-se relacionada a concentração utilizada e ao tempo de intervenção.

#### TL049 - ANÁLISE DEMOGRÁFICA E Resultados DO TRATAMENTO PROPOSTO DE PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DE RETO EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG

ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; RODRIGO BECKER PEREIRA; FILLIPE THIAGO XAVIER DE CAMPOS; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; LEONEL REIS LOUSA  
HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.

Resumo: Introdução: O câncer colorretal (CCR) é a quarta neoplasia maligna mais comum no Brasil, com um pico de incidência na 6ª década de vida. Estimativa de casos novos em 2012 foi de 30.140, sendo 14.180 homens e 15.960 mulheres. MÉTODOS: Avaliados retrospectivamente os dados de pacientes com Adenocarcinoma de reto em seguimento ambulatorial no serviço de Coloproctologia do HC-UFGO no período de 1975 até 2013. Foram excluídos pacientes com carcinoma espinocelular e com dados incompletos. Feitas análises quanto ao sexo, idade, localização do tumor, estadiamento pré-operatório TNM, tipo de cirurgia taxa, de recidiva, neoadjuvância, e mortalidade. Resultados: Identificados 123 pacientes com adenocarcinoma de reto, com uma média de idade de 55,63 anos (19-84 anos), sendo 60,2% do sexo feminino; 15,4% acometendo pacientes com menos de 40 anos. 23,3% das lesões encontravam-se em reto alto, 30% em reto médio e 46,7% em reto inferior. O estadiamento pré-operatório evidenciou que 14,5% eram estadio I, 34,5% estadio II, 32,8% estadio III e 18,2% estadio IV. A mediana do CEA pré-operatório 3,1. 38,8% dos pacientes submeteram a cirurgia de Miles, 56%

Retossigmoidectomia, 3,5% Colectomia total e 1,7% cirurgia paliativa; 7 casos não foram submetidos a nenhum procedimento cirúrgico, sendo 2 que realizaram somente QT/RT com resposta completa. O tratamento neoadjuvante foi realizado em 67 pacientes (54,5%). A mediana de seguimento foi de 3 anos (0-32anos). Relatado óbito em 26% dos pacientes, com média de idade de 49,96 anos (19-81), sendo que 28,1% eram menores que 40 anos. Desses pacientes, 69% tinham invasão tumoral T3-T4, 44,8% tinham linfonodos acometidos e 20,7% tinham metástase a distância já no seu diagnóstico. Recidiva local ocorreu em 9% dos casos. Conclusão: Diferente do que encontramos descrito em publicações internacionais, houve nessa amostragem uma maior número de pacientes do sexo feminino. A incidência de pessoas com idade inferior a 40 anos foi de 15,4%. Evidenciamos que ainda temos um problema importante de rastreamento populacional do câncer colorretal, devido a alta incidência de tumores diagnosticados em estádios avançados. A despeito da alta incidência de lesões avançadas, o índice de recidiva local foi baixo e as taxas de sobrevida compatíveis com o estágio inicial da doença.

**TL050 - NÍVEIS DO ANTÍGENO CARCINOEMBRIÔNICO (CEA) NO SANGUE VENOSO PERIFÉRICO E MÉSSENTÉRICO EM DOENTES COM CARCINOMA RETAL**  
VIVIAN SATI OBA BOURROUL<sup>1</sup>; GUILHERME MUNIZ BOURROUL<sup>1</sup>; HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR<sup>1</sup>; ROGERIO TADEU PALMA<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ<sup>2</sup>; JAQUES WAISBERG<sup>1</sup>

*1.HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE SAO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As diferentes vias de drenagem venosa do reto sugerem que o nível do CEA periférico e mesentérico nos tumores retais podem ser diferentes, na dependência da localização da neoplasia no segmento retal. OBJETIVO: Avaliar em doentes operados curativamente de carcinoma do reto, a relação entre o nível venoso periférico e mesentérico do CEA e a associação desses níveis com a localização da neoplasia no reto. MÉTODO: Trinta e dois doentes operados por carcinoma retal foram divididos em doentes com tumores situados no reto alto (N=11) e no reto baixo (N=21). A análise dos valores de CEA foi determinada por imunoensaio de eletroquimioluminescência. As dosagens do CEA sérico e mesentérico foram associadas aos aspectos anatomopatológicos da neoplasia:(localização da neoplasia, tipo histológico, grau de diferenciação celular, profundidade de invasão na parede retal, invasão angiolinfática), estadiamento TNM e ao índice do CEA ( $\leq 1,0$  ou  $\geq 1,0$  ng/ml). Resultados: A análise dos valores de CEA com os parâmetros clínicos e anatomopatológicos não revelou associação significativa com a localização do tumor, tipo histológico, grau de diferenciação celular, nível de profundidade de invasão na parede intestinal e estadiamento TNM. Os valores dos níveis mesentéricos do CEA apresentaram associação significativa com a localização do tumor (Odds ratio 3,99;  $p=0,010$ ; IC 95%: 1,26 a 12,65). Observou-se diferença significativa entre os valores do CEA no sangue venoso mesen-

térico e a presença de invasão angio-linfática (Odds ratio 2,99;  $p=0,047$ ; IC 95%: 1,01 a 8,87). Encontrou-se relação significativa entre o valor do índice de CEA e a localização do tumor no reto (Odds ratio 0,10;  $p=0,0001$ ; IC 95%: 0,02 a 0,37). Conclusão: Os níveis do CEA na veia mesentérica foram mais elevados quando comparados aos localizados no reto inferior nos tumores situados no reto superior e na presença de invasão angiolinfática.

**TL051 - TERAPIA NEOADJUVANTE NO CÂNCER DE RETO INFERIOR - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA RADIOTERAPIA PRÉ OPERATÓRIA NO PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE RETO INFERIOR**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SERGIO OLIVA BANCI; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O prognóstico no tratamento do câncer de reto não mudou os últimos cinquenta anos. As taxas de sobrevida de 50 a 55% parecem imutáveis nas várias séries publicadas. A principal causa para estes Resultados é a alta incidência de recorrência, seja ela local ou generalizada. A recorrência local está diretamente relacionada ao número de células indiferenciadas e ao grau de invasão da parede, enquanto a recorrência generalizada depende especificamente da disseminação linfática e vascular. Sendo assim, todo tipo de tratamento que diminuísse o número de células indiferenciadas e o tamanho do tumor ou a sua penetração na parede, sem dúvida reduziria a taxa de recorrência local, aumentando o intervalo livre de câncer, e talvez, modificando a sobrevida a longo prazo. Entre 1978 e 2009, um total de 538 pacientes com adenocarcinoma de reto inferior (da linha pectínea até 10 centímetros acima dela) foram tratados com radioterapia pré operatória. Métodos: O mesmo protocolo foi utilizado em todos os pacientes - 400 cGy, 200 cGy/dia, durante 4 semanas consecutivas (campos pélvicos anterior e posterior) por meio de um Acelerador Linear de Megavoltagem (25MeV). A cirurgia foi realizada 2 meses após término da radioterapia. Resultados: A análise estatística de todo o grupo mostrou que a radioterapia pré operatória reduz a frequência de células indiferenciadas. Ainda, a incidência de recorrência diminuiu após a radiação. A radioterapia pré operatória reduz o volume do tumor e a sua invasão da parede, assim como a taxa de mortalidade devido a recorrência local (2,6 - 3,4%) e altera a sobrevida a longo prazo (80,1%). Conclusão: A radioterapia pré operatória é realmente efetiva para reduzir o número de células indiferenciadas e para diminuir o tamanho do tumor e a infiltração carcinomatosa da parede retal.

**TL052 - PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE RETO SUBMETIDOS A NEOADJUVÂNCIA.**  
EDUARDO ROSETTI FILHO; FABRICIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; MARCUS FÁBIO MAGALHÃES FONSECA; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer de cólon e reto (CCR) é uma doença grave, com cerca de um milhão de novos casos anualmente em todo o mundo. Os tumores distribuem-se no tubo colorretal na proporção de 75% no cólon e 35% no reto ou junção retossigmóide. O tratamento cirúrgico permanece como a melhor modalidade de tratamento, mas tumores de reto baixo estágio II ou mais são beneficiados com a quimiorradioterapia (QRT) neoadjuvante. A resposta tumoral após QRT neoadjuvante é variável, sendo que em alguns casos essa pode ser completa. Objetivo: Analisar a resposta clínica e histológica dos pacientes submetidos à QRT neoadjuvante. Método: Pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de reto baixo submetidos à QRT neoadjuvante seguido de cirurgia radical de 2010 a 2013. Foi analisada resposta subjetiva quanto à melhora de sintomas e objetiva quanto ao exame proctológico. A análise histológica dos espécimes cirúrgicos definiu a resposta patológica completa com ausência de neoplasia no espécime. Resultados: Total de 46 pacientes, com média de idade de 59,7 anos, realizaram QRT neoadjuvante com melhora subjetiva parcial em 65,2% e melhora objetiva em 30,4%, sendo que em 13% houve progressão da doença. Predomínio do sexo masculino (60,8%), tumores do reto inferior (91,3%) e o procedimento cirúrgico mais realizado foi a amputação abdomino-perineal do reto (89,2%). Quanto ao estágio clínico e histopatológico, 50% eram estágio I, 8,7% estágio II, 17,4% estágio III, 8,7% estágio IV no momento da cirurgia e 15,2% obtiveram resposta patológica completa. Conclusão: A resposta clínica e histológica dos pacientes à neoadjuvância é similar à literatura, sendo que a melhora subjetiva é maior que a objetiva.

**TL053 - CIRURGIA PARA CÂNCER DE RETO MÉDIO E DISTAL. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI.**

GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO MORAES; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; DECIO BERGAMINI VIERA

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: O tratamento do câncer de reto médio e distal continua desafiador e inclui tratamentos multidisciplinares e técnicas cirúrgicas de indicação difícil e execução delicada entre suas possibilidades. Uma sequência de pacientes portadores de tumores de reto até 12 cm da margem anal que foram operados pelo grupo de coloproctologia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti de Campinas foi avaliado retrospectivamente. O propósito foi de avaliar a cirurgia realizada e os padrões de recorrência da doença. Foram avaliados 95 pacientes operados entre março de 2003 e junho de 2013 com intenção curativa, que foram submetidos à excisão total do mesorreto. Os pacientes foram agrupados por procedimento. Dados de de-

mografia, patologia, recorrência e sobrevida foram analisados. A neoadjuvância completa foi realizada em 73 pacientes, 2 tiveram efeito adversos importantes da quimioterapia e foram submetidos apenas à radioterapia. As cirurgias realizadas foram amputação abdomino-perineal do reto (AAPR), em 24 pacientes, sendo 3 por via laparoscópica, retossigmoidectomia anterior em 42 pacientes (16 por laparoscopia, 1 conversão para cirurgia aberta), sendo 21 com anastomose colo-anal com bolsa colônica. Houve 11 (15,6%) pacientes com estadiamento pós-operatório T0, sugerindo resposta completa da neoadjuvância. Estadiamento pós-operatório Tis correspondeu a 3,2%, T1 a 3,2%, T2 a 20%, T3 a 38,9% e T4 a 6,3%. O tempo médio de acompanhamento desses pacientes foi de 23 meses (1 a 83 meses). As recorrências de 11 pacientes (11,6%) apareceram em média aos 20,3 meses após a cirurgia, sendo que 4 foram locais (pelve e anastomose) e 7 na forma de metástase à distância. Nenhuma delas ocorreu após cirurgia laparoscópica. Concluímos que boa taxa de recorrência local pode ser conseguida após tratamento de câncer de reto médio e distal, especialmente após cirurgia laparoscópica. Preservação esfinteriana pode ser conseguida com segurança mesmo com distâncias entre o tumor e a linha pectínea menores que 2 cm em tumores mais distais.

**TL054 - DECÚBITO VENTRAL NOS PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DE RETO BAIXO TRATADOS COM AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL: EXPERIÊNCIA INICIAL**

SUZANA LIMA TORRES; FANG CHIA BIN; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; THAIS YUKA TAKAHASHI; WILMAR ARTUR KLUG; PERETZ CAPELHUCHNIK; JOSÉ MANDIA NETO

*SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*  
Resumo: Introdução: A técnica da amputação abdominoperineal do reto foi inicialmente descrita por Miles e passou por inúmeras modificações ao longo dos anos. O maior impacto na sobrevida foi obtida pela modificação da tática cirúrgica para posição de litotomia por permitir realização simultânea dos tempos abdominal e perineal, associada à melhora da anestesia e uso de antibióticos. Sabe-se que o posicionamento ventral apresenta como vantagens menores taxas de margem circunferencial comprometida, menos complicações com a ferida operatória, menor sangramento perioperatório e menor perfuração do reto no tumor. Métodos: Estudo prospectivo e descritivo realizado desde dezembro de 2012 com pacientes com adenocarcinoma de reto baixo tratados com cirurgia de amputação do reto após neoadjuvância com radio e quimioterapia. Resultados: Foram operados seis pacientes em posição ventral neste período. A média de idade foi 60 anos, variando entre 45 e 70 anos. Três eram do sexo masculino e três do sexo feminino, em quatro pacientes o tempo abdominal foi realizado por videolaparoscopia e estes tiveram um tempo cirúrgico total quando comparado com os pacientes com tempo abdominal aberto (média 6:40h x 4:15h), porém o tempo pe-

rineal foi semelhante com média 132 minutos. Foi observado tempo de posicionamento médio de 15 minutos, sangramento pós-operatório médio de 311 ml, queda de 2,9g/dl de hemoglobina no perioperatório e nenhuma complicação de posicionamento ou necessidade de transfusão foi observada. Apenas um dos pacientes teve margem microscópica comprometida. Um paciente complicou no pós-operatório com abscesso pélvico resolvido com punção e antibióticos. A dose de radioterapia neoadjuvante variou entre 4500 e 5040 cGy. Em um dos pacientes foi evidenciado remissão patológica completa, os demais pacientes tinham estadiamento avançado, 50% T3 e 33% T4b, apenas um destes pacientes não tinha gânglios acometidos. Conclusão: Pode-se afirmar que a tática cirúrgica de posição ventral para execução do tempo perineal é exequível e segura. Foi observado pelos cirurgiões melhor exposição do campo operatório facilitando dissecação do tumor e hemostasia, sangramento peri-operatório moderado e ausência de complicações de posicionamento. O tempo de posicionamento do paciente não constituiu obstáculo à execução da cirurgia.

#### **TL055 - AS COLOSTOMIAS TÊM ALGUM PAPEL NA PROFILAXIA DAS COMPLICAÇÕES EM OPERAÇÕES COLORRETAIS DE RESSECÇÕES E ANASTOMOSES?**

JÚLIO CESAR MONTEIRO SANTOS JR

*SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ, GUARATINGUETA, SP, BRASIL.*

Resumo: As derivações – ileostomias e colostomias - na profilaxia das complicações de cirurgias colorretais estão em desuso, sobretudo pelos implementos desenvolvidos nos últimos 50 anos e avanços técnicos introduzido no armamentário dos cirurgiões. No trauma é que temos encontrado contribuições relevantes com as reconstruções primárias das lesões do intestino grosso, independente da gravidade de lesões de outros órgãos, pondo em questão, portanto, a validade das colostomias. Objetivo - Analisar os Resultados de operações colorretais eletivas de ressecção e anastomoses em paciente sem preparo mecânico prévio nos quais foram feitas anastomoses baixa ou coloanais sem a proteção derivativa. Material e Método - Num grupo de 447 pacientes operados, sem o preparo intestinal mecânico, foram destacados 190 (42,5%) deles em que as anastomoses foram colorretais baixas ou cólon-anaís. Esse grupo, com idade média de 53.9 anos, era formado por 96 (50,5%) mulheres e 94 (49,5%) homens e as principais doenças que motivou a cirurgia foram o câncer (107 – 56%) e o megacolon (45 – 23,7%). Resultados - Vários agravantes foram observados em 109 (57,4%) pacientes: 61 (36%) tinham uma doença associada; 38 (22%) tinham duas e 10 (5,0%) tinham três; 43 pacientes (22,6%), na mesma intervenção, sofreram duas cirurgias. A taxa de infecção superficial e profunda foi 10,5%. Houve 18 (9,5%) deiscências de anastomoses e 2 (1%) óbitos. Entre as 96 mulheres, a incidência de infecção foi 5,2%, a deiscência de anastomose foi 6,3% e houve 1 óbito (1%). Entre os homens, houve 15 infecção (16%), 12 deiscências de anastomose (12,8%) e 1 óbito (1%). A diferença de inci-

dência global de complicações entre homens e mulheres foi estatisticamente significativa ( $P < 0,002$ ), sobretudo por causa da infecção. Entre os 188 pacientes; 177 (94%) receberam alta bem e 11(5,8%), regular. Treze (6,8%) pacientes (8 mulheres e 5 homens) saíram de sala com derivações (7 colostomias e 6 ileostomias). Nesse grupo a incidência de infecção foi de 7,7% e a deiscência de anastomose de 14,3%; todos receberam alta bem. Conclusão - A incidência de complicações nessas operações é alta, certamente pela concorrência de fatores de riscos associados e por aspectos anatômicos. Nesse estudo, no entanto, o que foi relevante em relação a infecção foi o sexo do paciente. A colostomia presente ou ausente não foi um fator de considerável efeito, pois não evitou as complicações e nem minorou sua gravidade, quando ela existiu.

#### **TL056 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO ELETIVO DA DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS E DO CÂNCER COLORRETAL, UMA ANÁLISE COMPARATIVA**

MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO; VINICIUS PIRES RODRIGUES; BRUNO ALCANTARA CASTILHO; FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; FÁBIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER; VALDIVINO ALVES FILHO; ELIANE SANDER MANSUR  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: A Doença Diverticular dos Cólon (DDC) é uma condição comum que afeta a maior parte da população acima dos 60 anos, e quase a sua totalidade após os 80 anos. Ela é o produto de alterações anatômicas e fisiológicas que resultam na formação dos divertículos. Tais divertículos podem apresentar processo inflamatório agudo e, desta forma, trazer ao portador da doença diversos tipos de sintomas e algumas vezes complicações severas. Do mesmo modo, o Câncer colorretal (CaCR) é a terceira forma de câncer mais prevalente no mundo e, como a maioria dos cânceres, tem sua incidência aumentada com a idade, sendo o responsável por mais de 639 mil mortes por ano. O objetivo do presente estudo foi o de comparar o tratamento cirúrgico videolaparoscópico realizado em caráter eletivo nos pacientes portadores de DDC e CaCR, analisando a técnica empregada e as complicações resultantes de ambos. Foram selecionados pacientes submetidos a tratamento eletivo das patologias em questão, levando-se em conta a idade, comorbidades e o tipo de cirurgia realizada. Diante disso, avaliou-se o tempo de permanência hospitalar, o tipo e a prevalência das complicações em ambos os grupos. Os pacientes portadores de DDC estudados (36 no total) apresentavam média de idade de 57,75 anos, com predomínio do sexo masculino, sendo 23 homens e 13 mulheres, variando de 35 a 83 anos. Enquanto o grupo de pacientes portadores de CaCR selecionado (27 no total) apresentou média de idade de 57,37 anos, com predomínio do sexo feminino, sendo 8 homens e 19 mulheres, variando de 38 a 78 anos. A comorbidade mais comumente encontrada foi a Hipertensão arterial sistêmica, com prevalência de 25,92% nos pacientes portadores de CaCR ver-

sus 47,22% nos pacientes portadores de DDC. O tratamento cirúrgico eletivo variou pouco e em função da área acometida pela doença, sendo a técnica cirúrgica da Retossigmoidectomia por vídeolaparoscopia a mais utilizada em ambos os grupos estudados: 44,44% nos pacientes CaCR e 55,55% nos pacientes com DDC. A maior parte dos pacientes selecionados evoluiu sem complicações no pós-operatório, com média de permanência hospitalar de 5,03 dias para os pacientes com CaCR e 6,19 dias nos portadores de DDC. Diante dos dados analisados, concluímos que o tratamento vídeolaparoscópico eletivo para as doenças que acometem os cólons apresenta técnica e Resultados semelhantes tanto para DDC quanto para CaCR ainda que exista diferença significativa na indicação, propedêutica e seguimento de ambas.

#### TL057 - CASUÍSTICA DE 317 CIRURGIAS VÍDEOLAPAROSCÓPICAS DO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DE BELO HORIZONTE 2009-2013

MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; SINARA MONICA OLIVEIRA LEITE; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; ALEXANDRÉ MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; JULIANA SOUSA ALCANTARA

SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: A cirurgia colorretal Videolaparoscópica (CCRVL) já se consolidou nos maiores centros de coloproctologia e de cirurgia geral do mundo. Suas indicações e inovações em termos de equipamentos e técnicas se ampliam continuamente. Métodos: O Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte realiza CCRVL desde 2009, tendo, até 2013, realizado 317 cirurgias a maioria do gênero feminino (61,5%), com média etária de 58 anos, com extremos de 18 e 93 anos. No tocante às co-morbidades, 45,7% dos pacientes se enquadravam em ASA-1, e a doença associada mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica (29,6%). Dentre as várias doenças colorretais abordadas pela vídeolaparoscopia destacaram-se: os tumores colorretais – adenocarcinomas - (248 casos, 78,3%), seguidos, de longe, pela doença diverticular (14 casos, 4,4%) e pólipos e poliposes (18 casos, 5,7%). Dentre os adenocarcinomas colorretais, os mais comuns localizavam-se no reto (108 casos, 43,5%), no sigmoide (52 casos, 21,4%), no cólon ascendente (37 casos, 14,9%), no ceco (20 casos, 8,1%) e cólon descendente (15 casos, 6,0%). Dentre as cirurgias, a mais realizada foi a retossigmoidectomia alta (135 casos, 42,4%), a hemicolectomia direita (78 casos, 24,7%), a retossigmoidectomia baixa (51 casos, 16,1%) e a amputação abdominoperineal (12 casos, 3,8%). Houve 288 anastomoses, das quais 227 foram mecânicas ((78,8%) e 61 manuais (21,2%). O bisturi usado foi monopolar em 207 casos (65,3%) e coagulador em 110 casos (34,7%). Foram realizados 74 estomas (23,3%), sendo o mais comum o protetor (45 casos, 14,2%). A maioria dos pacientes recebeu preparos intestinais pré-operatórios (65,6%), a maioria com lactulose (144 casos, 19,2%). Houve 27 conversões para laparotomia (8,5%). Somente ocor-

reram quatro complicações cirúrgicas (1,3%). Conclusão: A CCRVL é uma cirurgia que oferece benefícios inquestionáveis ao paciente, sendo muito segura, com baixíssimos índices de complicações e de conversões, devendo ser estimulada. O registro da presente casuística é muito importante, tanto para comparações com outros serviços, como para estimular a prática da mesma.

#### TL058 - VANTAGENS IMUNITÁRIAS E INFLAMATÓRIAS PÓS OPERATÓRIAS DA COLECTOMIA ESQUERDA LAPAROSCÓPICA, EM RELAÇÃO A LAPAROTÔMICA, MODELO SUÍNO.

JULIANO ALVES FIGUEIREDO; ANDY PETROIANU; ANDRÉ ROSSETTI PORTELA; MARIA ANGELICA BARON MAGALHAES; VALENTIM ARABICANO GHELLER; OSCAR HENRIQUES ROCHA LADEIRA; CRISTIANA BUZELIN NUNES; LUCI MARIA SANT ANA DUSSE UFMG, BH, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: Procedimentos operatórios no intestino por via laparoscópica podem ter alguns aspectos inflamatórios e imunitários compreendidos com o uso de animais. A maioria dos estudos em humanos não padronizou a incisão para retirada de colon esquerdo, o que dificultou a comparação entre grupos. Estudos em animais podem favorecer este entendimento. Além disso, ainda não foram estudados reagentes de fase aguda e fagocitose dos macrófagos do sistema mononuclear fagocitário, comparando colectomia por laparotomia ou por laparoscopia. Objetivo: Avaliar a resposta inflamatória pós-operatória em suínos, submetidos a colectomia esquerda por laparoscopia, com incisão padronizada para retirada da peça operatória, em comparação com essa operação em suínos, por via laparotômica. Metodologia: Realizou-se um estudo prospectivo comparativo com cinco grupos. Foram utilizados cinco grupos de 5 suínos. Grupo A - não houve intervenção operatória, Grupo B - colectomia esquerda por laparotomia, Grupo C - laparotomia somente, Grupo D - colectomia esquerda por laparoscopia e Grupo E – laparoscopia somente. Para avaliação da atividade inflamatória e imunitária foram avaliados os seguintes parâmetros sanguíneos: pH sanguíneo, leucócitos totais, percentual de monócitos, albumina, fibrinogênio séricos, ferro sérico, capacidade total de ligação do ferro e interleucina-6 plasmática. A fagocitose dos macrófagos em baço, pulmão e fígado foi avaliada por histologia. Essas variáveis foram analisadas antes da operação, duas horas após esse procedimento e no terceiro dia pós-operatório. Resultados: O peso médio dos animais foi 16kg. Somente a colectomia esquerda por laparotomia associou-se a queda no percentual de monócitos no sangue periférico(p=0,049), além disso aumentou o fibrinogênio(p=0,01) , LDH (p=0,032), leucócitos totais(p=0,037), creatinina (P=0,037) e capacidade total de ligação do ferro(p=0,002) após a operação. Os Resultados mostraram que a colectomia laparoscópica não alterou a homeostase acidobásica. A porcentagem de fagocitose de fígado, baço e pulmão não foi diferente entre as duas vias de acesso. Os valores de interleucina-6 também não diferiram

entre os grupos. Conclusão: Há indícios laboratoriais de que a colectomia laparoscópica com incisão padronizada, para retirada de espécime cirúrgico, apresenta vantagens sob o aspecto inflamatório e imunitário, em comparação com a colectomia laparotômica.

**TL059 - CIRURGIA COLORRETAL MINIMAMENTE INVASIVA NO HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN – AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA INICIAL.**

JOSÉ VANIR MACHADO PEREIRA<sup>1</sup>; RODRIGO BECKER PEREIRA<sup>2</sup>; GUSTAVO BECKER PEREIRA<sup>1</sup>; ALESSANDRO ANDRADE SIMÕES<sup>1</sup>; BRUNO LORENZO SCOLARO<sup>1</sup>  
1.UNIVALI, ITAJAÍ-SC, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLINICAS UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Resumo: Introdução: O desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas é um dos mais importantes avanços da cirurgia colorretal. A videocirurgia colorretal (VCCR) exige melhor aprimoramento técnico do cirurgião em comparação à cirurgia aberta. Objetivos: Apresentar a experiência na utilização do acesso vídeolaparoscópico para o tratamento de afecções colorretais em 32 pacientes operados no período de Março de 2011 a Dezembro de 2012 por uma equipe de coloproctologistas do Hospital e Maternidade Marieta Konder Borhausen. Material e Métodos: Realizou-se pesquisa através de formulário específico, avaliando-se dados de identificação do paciente, antropométricos, da internação, anestésicos, da patologia, do transoperatório e pós-operatório. Resultados: Dos 32 pacientes submetidos à cirurgia com acesso videolaparoscópico, 17 (53%) eram do sexo feminino e 15 (47%) do sexo masculino, com idade média de 61,4 anos e a média do IMC foi de 25,6. Os pacientes foram operados para o tratamento de câncer em 23 casos (71,8%), doença diverticular em 4 casos (12,5%), adenomas colônicos em 3 casos (9,4%), endometriose em 2 casos (6,3%). O diagnóstico mais comum foi o câncer colorretal e em terceiro lugar pólipos colônicos, totalizando 26 casos (81,2%). Destes, 11 localizavam-se no cólon direito (6 no ceco, 4 no cólon ascendente e 1 no cólon transversal proximal) e 15 no cólon esquerdo (7 no reto, 5 no retossigmoides, 2 no cólon descendente e 1 no cólon transversal distal). O tempo cirúrgico médio da casuística foi de 200 minutos (3,3 horas) e o de internação foi de 4,2 dias, sendo os extremos de 2 e 7 dias. No presente estudo a dieta oral foi iniciada após 24 horas do procedimento em 27 pacientes (84,3%) e após 12 horas em 5 pacientes (15,7%). Conclusão: Além de relatar a experiência, o estudo incentiva o serviço a manter registros atualizados e completos das cirurgias laparoscópicas para facilitar a realização de pesquisas e acompanhamentos dos Resultados cirúrgicos.

**TL060 - MICROCIURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL NOS TUMORES DO RETO: EXPERIÊNCIA EM 34 PACIENTES**

CAMILA ROCHA CRUZ; MAURÍCIO JOSÉ MATOS SILVA; ALINE DAVID SILVA; LÍLIAN SOUZA ARAÚJO; CA-

MILO BARROS DE SOUZA CÂMARA; JOSÉANE CANTON; BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES  
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.

Resumo: Introdução: A microcirurgia endoscópica transanal (TEM) é um procedimento alternativo minimamente invasivo ao tratamento cirúrgico radical para excisão de tumores benignos e malignos do reto, oferecendo possibilidade operatória aos procedimentos cirúrgicos convencionais (resseção anterior baixa ou amputações abdominoperineais). Para se indicar o tratamento local de um carcinoma retal, deve-se considerar uma avaliação histológica minuciosa, seguimento rigoroso e a advertência ao paciente da possível necessidade de ressecção radical curativa adicional. Objetivo: Avaliar os Resultados da microcirurgia endoscópica transanal em 34 pacientes. Métodos: De setembro de 2009 a novembro de 2012, 34 pacientes com tumores de reto foram submetidos a microcirurgia endoscópica transanal, rigorosamente selecionados por suas características clínicas e histopatológicas. Os critérios de inclusão foram: adenomas sesséis maiores do que 3 cm e menores do que 8 cm não-circunferenciais; neoplasia intra-epitelial de alto grau e baixo grau; carcinoma retal pT1, e em casos excepcionais pT2. Os pacientes foram submetidos à polipectomia por mucosectomia ou excisão com espessura total e sutura, variando de acordo com o tamanho da lesão. Resultados: O resultado histopatológico cirúrgico revelou 1 adenoma, 14 neoplasias intra-epiteliais de alto grau, 4 de baixo grau, 12 carcinomas (10 pT1 e 2 pT2), 1 carcinóide e 2 pólipos juvenis. A idade variou 23 a 92 anos. Quanto às complicações imediatas (2): um enfisema subcutâneo e de bolsa escrotal; e uma perfuração de reto intraperitoneal em um paciente de 92 anos, que teve cirurgia convertida para laparotomia com colostomia em alça. Não houve nenhuma morte relacionada ao método. Quanto às complicações tardias (6): 1 paciente apresentou hemorragia no 7º dia de pós-operatório, tratada conservadoramente; 2 deiscência de ferida operatória; 2 urgência fecal e 1 incontinência fecal. Quanto ao seguimento, houve recidiva tumoral em 1 adenocarcinoma pT1 e 2 pT2, sendo sido indicado amputação abdominoperineal. A taxa de complicação imediata foi de 5.8% e tardia 17.6%. Conclusão: A TEM é a técnica de escolha para o tratamento de adenomas sesséis, neoplasias intra-epiteliais de alto grau e carcinoma retal pT1 de baixo risco, apresentando benefícios com Resultados oncológicos comparáveis aos das operações radicais convencionais.

**TL061 - RADIOFREQUENCY (RF) SPHINCTER REMODELING-SECCA PROCEDURE- FOR THE TREATMENT OF FECAL INCONTINENCE(FI): EXPERIMENTAL AND CLINICAL STUDY**

ROMAN MARIA HERMAN; M. NOWAKOWSKI; JANUSZ RYS; D WOJTYSIK; T SCHWARZ; M MURAWSKI; R B HERMAN  
JAGIELLONIAN UNIVERSITY, KRAKOW, POLÓLIA.

Resumo: RF sphincter remodeling appeared as safe and effective treatment of FI, although its physiological background has not been elucidated .Aim: To investigate anal sphincters

morphology after RF and its impact on anorectal physiology and symptoms improvement Ten FI pigs(experimental model) underwent SECCA procedure. Ten weeks after, anal tissues were excised for pathology (conventional +immunohistochemistry).IAS/EAS structure and composition, SM/CT ratio, collagen I /III ratio , EAS fibers types composition were evaluated. In prospective, single center, cohort study covered 36 FI patients underwent SECCA . Study end points(0 up to 36 mos): CCF FI,and FIQoL;anorectal manometry,barostat, s-EMG RESULTS: IAS revealed circular muscle bundles separated by connective tissue septae.IAS architecture was maintained following RF.SM layer thickness, fibers diameter and density increased. Collagen I/III ratio increased after RF .Type I EAS fibers increased after RF. CLINICAL: Therapy was safe, there were no intra-procedure complications. Comparison 0 vs 36 mos FIQoL and CCF-FI improved 14,1- 6,8 . All anorectal physiology parameters increased: RAP 30,0vs43,4;SAP 73,0vs96,2 ;HPZL:1,9vs2,5. Rectal compliance and MTV was reduced . CONCLUSION: Secca procedure significantly influences internal and external anal sphincter structure and composition . The increase of the smooth muscle fibers diameter, its density , collagen I/III and EAS fibers I typ are responsible for sphincters remodeling. In clinical study Secca appeared safe and effective method of FI treatment improving anorectal function and anorectal physiologic parameter.

#### TL062 - INCIDÊNCIA DE DEFEITO NO MÚSCULO PUBOVISCERAL APÓS PARTO VAGINAL. HÁ CORRELAÇÃO COM INCONTINÊNCIA FECAL?

STHELA MARIA MURAD-REGADAS<sup>1</sup>; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES<sup>2</sup>; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS<sup>1</sup>; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA<sup>1</sup>; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO<sup>1</sup>; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ<sup>1</sup> 1.UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.UFMA, SÃO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A incontinência fecal é uma queixa comum em pacientes submetidas a parto vaginal lhes alterando a qualidade de vida.Objetivo: Avaliar o defeito do músculo elevador do ânus (EA) de mulheres incontinentes com parto vaginal prévio e correlacionar os achados anatômicos com os sintomas de incontinência fecal usando o ultrassom tridimensional(US3D) anorretal e transvaginal.Método: 52 mulheres com parto vaginal prévio e incontinência fecal foram avaliadas, prospectivamente, com o escore de incontinência de Wexner e US3D anorretal e transvaginal. A seguir, foram distribuídas de acordo com a presença ou não de defeito no elevador do ânus. Um escore ultrassonográfico foi utilizado para descrever os defeitos do comprimento dos esfínteres anais externos(EAE) e interno(EAI), e dos elevadores do ânus. O índice biométrico do hiato dos elevadores(HE), a posição da junção anorretal e a posição do colo da bexiga também foram avaliados. Os achados ultrassonográficos e os escores foram

correlacionados.O teste t de Student, Spearman e o coeficiente de correlação intraclasse foram utilizados.Resultados: 14 pacientes (idade média: 56 anos) possuíam defeitos no elevador do ânus, 10 unilaterais e 4 bilaterais ou completamente danificados. Seis possuíam EAE e EAI intactos, 6 tinham defeitos tanto no EAE quanto no EAI e 2 somente no EAE. 38 (idade média: 57 anos) possuíam o elevador do ânus intacto, 17 não tinham defeitos no EAE e EAI, 16 possuíam defeito no EAE e 5 defeitos no EAE e EAI. O escore de incontinência, escore ultrassonográfico, diâmetro latero-lateral e área do HE foram significativamente maiores no grupo com defeito no elevador do ânus. Houve correlação significativa entre o escore de incontinência e o ultrassonográfico, mas não houve entre os escores e a área do HE. No grupo com defeitos no EA, houve correlação entre o volume do defeito e a área do HE. Nas pacientes sem lesão dos elevadores, houve correlação entre o comprimento do EAE anterior e o escore de incontinência mas não houve correlação entre o comprimento do EAI anterior e o escore de incontinência.Conclusão: Os defeitos nos EA são identificados em 27% das mulheres incontinentes com parto vaginal prévio e há uma correlação direta o escore de incontinência e o escore ultrassonográfico incluindo lesões nos esfínteres e do EA. Além disso, o parto vaginal, independente de lesões nos EA, resulta em aumento do HE e em uma posição da junção anorretal e do colo vesical mais baixas.

#### TL063 - BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO CLÍNICO DA INCONTINÊNCIA FECAL

STHELA MARIA MURAD-REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA; ANA CÉLIA CAETANO; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO; VALÉRIA CRISTINA DUARTE BARRETO HUWC/UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Avaliar a eficácia do *biofeedback* e analisar fatores que interferem nos Resultados do tratamento da incontinência fecal. Métodos: Análise prospectiva dos dados de pacientes com diagnóstico de incontinência fecal submetidos ao *biofeedback*. Foram excluídos aqueles com lesão esfinteriana com indicação cirúrgica e dados incompletos(n=30). Foi utilizado o escore de incontinência da Cleveland Clinic para quantificar o grau da incontinência fecal e avaliados com manometria e ultrassom anorretal. Os dados foram analisados de acordo com o percentual de resposta ao tratamento, sendo convencionado insatisfatória (<35%), moderada (36 a 49%) e satisfatória (≥ 50%) associado a avaliação de fatores que interferem nos Resultados: escore, parto vaginal, cirurgia colo-proctológica, pressões de repouso (PR) e voluntária máxima (PMV) do canal anal e lesão esfinteriana. Resultados: Incluídos 58 pacientes (8 homens e 50 mulheres, média de 66 anos). Nas mulheres, 23 tinham antecedente de cirurgia colo-proctológica, 38 de parto vaginal e 8 sem antecedentes. Nas mulheres, a PR foi 33 mmHg e a PVM =80 mmHg. Houve redução no escore pré comparado com pós-*biofeedback* (mediana:11



x 6 /p= 0,0001) sendo a média do percentual de resposta ao tratamento de 44%. Em 24/50 mulheres apresentaram melhora satisfatória sendo em 17(70%) dessas o escore pré-*biofeedback* foi  $\leq 10$ . O tipo de resposta ao tratamento foi melhor nas mulheres com score pré-*biofeedback*  $\leq 10$  (n=24) (insatisfatória=21%, moderada=8% e satisfatória=71%) comparado com aquelas com escore pré  $> 10$  (n=26) (insatisfatória=54%, moderada=19% e satisfatória=27%) (p= 0,008). O número de mulheres com antecedente cirúrgico ou parto vaginal foram similares do nos dois grupos. A PR, PVM e a presença de lesão esfinteriana foram similares nos dois grupos. Nos homens, 4 tinham antecedente de cirurgia colo-proctológica, PR=40mmHg e a PVM=151mmHg e não houve alteração no escore pré comparado com pós-*biofeedback* (mediana: 7 x 4) sendo a média do percentual de resposta ao tratamento de 31%. A média do percentual de resposta ao tratamento não diferiu entre homens e mulheres (31% x 44%). Conclusão: O *biofeedback* é um método seguro que pode ser eficaz no tratamento de pacientes com incontinência anal. O valor do escore pré-*biofeedback*  $\leq 10$  é um fator indicativo de melhor resposta ao tratamento, mas parto vaginal, cirurgia colorretal, pressões anais e presença de lesão esfinteriana não se correlacionaram com resposta ao tratamento.

#### TL064 - AVALIAÇÃO DA VASCULARIZAÇÃO DA PAREDE RETAL E MESORRETO EM PACIENTES NORMAIS UTILIZANDO ULTRASSOM ENDORRETAL COM DOPPLER COLORIDO: PADRONIZAÇÃO DOS VALORES DE NORMALIDADE.

STHELA MARIA MURAD-REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; BENJAMIM RAMOS DE ANDRADE JUNIOR; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO  
*HUWC/UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Reduzido número de estudos têm utilizado a ultrassonografia com Doppler colorido para avaliar a vascularização em tumores retais após a radioterapia. No entanto, não há relatos na literatura de padrões de normalidade da vascularização da parede retal e mesorreto. Objetivo: Estabelecer os parâmetros vasculares de normalidade na parede retal e mesorreto no sexo feminino e masculino, em diferentes posições utilizando a ultrassonografia endorretal com transdutor com 360° e Doppler Colorido (US-Doppler). Métodos: Trinta e um voluntários e assintomáticos, sendo 14 mulheres nulíparas, média de 38anos de idade, sem alterações no reto e/ou canal anal, sem cirurgia prévia, foram submetidos a US-Doppler. Em cada paciente, a percentagem da vascularização (V) (percentagem de pixels dentro da região de interesse, com o fluxo de sangue de qualquer intensidade) e índice de vascularização(I) (potência média de cada pixel no interior da região de interesse) foram determinados para a parede retal e mesorreto em duas posições: 5-6cm (inferior) e 8-9 cm (médio) da borda anal. As estruturas foram delimitadas manualmente em

cada nível. O dispositivo mediu automaticamente os parâmetros vasculares duas vezes, calculando a média dos valores e comparando entre os níveis, estruturas e gêneros. Resultados: V e I foram mais elevado com diferença significativa na parede retal do que no mesorreto nos dois segmentos e em ambos os sexos. No entanto, V e I da parede do reto são similares comparando o segmento inferior com médio e da mesma forma o mesorreto. Não há diferença no V e I da parede retal e do mesorreto comparando entre os sexos. Uma grande variação foi observada nas faixas de normalidade para todas as medições. Conclusão: O percentual de vascularização e o índice foram mais elevado na parede retal do que no mesorreto no segmento inferior e médio, em ambos os sexos. Valores de normalidade foram determinados utilizando US-Doppler, possibilitando ser utilizado como parâmetros de avaliação em comparações futuras na vigência de afecções anorretais.

#### TL065 - INCIDÊNCIA DE HIPOTONIA ESFINTERIANA EM PACIENTES JOVENS CONSTIPADOS

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; MARCIELI SCHUSTER<sup>3</sup>; KELLI RIZZARDI<sup>2</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>2</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>1</sup>; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA<sup>4</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>4</sup>

*1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLINICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.GASTROCLINICA CASCAVEL, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Alterações anátomo-funcionais do assoalho pélvico, tais como hipotonia esfinteriana, podem levar a constipação crônica retal, causa mais frequente desta afecção. A manometria anorretal caracteriza-se por ser um exame capaz de avaliar a musculatura anorretal funcionalmente e ajudar a orientar o tratamento adequado para cada caso. Objetivo: O objetivo deste trabalho é avaliar a incidência de hipotonia esfinteriana em um grupo de pacientes jovens com constipação crônica. Método: Estudo prospectivo desenvolvido na Gastroclínica, Cascavel-PR / Hospital São Lucas entre janeiro de 2010 e Dezembro de 2012 englobando 314 pacientes com idade entre 19 e 40 anos com constipação crônica, diagnosticado segundo os critérios de Roma III. Esses pacientes foram atendidos no ambulatório de Coloproctologia e encaminhados para realizar o exame de eletromanometria anorretal. O exame foi realizado por 2 examinadores (DMRL & GK) com aparelho Dynamed de 8 canais com paciente em decúbito lateral à esquerda e sem preparo retal prévio. Os parâmetros avaliados incluíram: pressão de repouso, pressão de contração, esforço evacuatório, pressão de contração sustentada, presença de reflexo reto esfinteriano, sensibilidade retal e capacidade retal. Resultado: A média de idade dos pacientes estudados é de 31,02 anos. A presença de normotomia esfinteriana de repouso foi encontrada em 223 pacientes (70,8%) e de normotomia de contração em 236 pacientes (75%). A hipertonia esfinteriana de repouso esteve presente em 80 pacientes (25,4%) e a

hipertonia de contração em 39 pacientes (12,4%). A hipotonia esfinteriana de repouso foi observada em 10 pacientes (3,2%) e a hipotonia de contração em 41 pacientes (13%). Houve diferença estatisticamente significativa em relação às pressões de repouso e de contração quando comparados entre os grupos (Kruskal-Wallis). Cento e setenta e quatro pacientes (55,3%) apresentavam ausência de relaxamento do músculo puborretal e esfíncter anal externo, sugerindo presença de anismus. Vinte e um pacientes (6,7%) foram submetidos a, pelo menos, uma cirurgia orifical (hemorroidectomia, fissurectomia) anteriormente. Conclusão: Conclui-se, a partir dos dados, que é importante a avaliação anátomo-funcional dos pacientes jovens constipados, em virtude da incidência de hipotonia esfinteriana não ser dispresível e podendo ser a causa da constipação.

#### TL066 - EFICÁCIA DA MANOMETRIA EM PACIENTES OBESOS COM INCONTINÊNCIA FECAL.

GUSTAVO KURACHI<sup>1</sup>; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>1</sup>; HELIN MINORU MATSUMOTO<sup>1</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>2</sup>; CARLOS ALBERTO DE CARVALHO<sup>3</sup>; TOMAZ MASSAYUKI TANAKA<sup>4</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>4</sup>  
1.GASTROCLINICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.FAG, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: A obesidade é uma doença globalizada com crescimento vertical nos últimos anos. Os distúrbios do assoalho pélvico assim como a incontinência anal parecem ser mais prevalentes neste grupo de pessoas. Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia da manometria anorretal em pacientes obesos com incontinência fecal (IF) sem cirurgia anorretal prévia. Métodos: Os dados foram colhidos de forma prospectiva e armazenados no banco de dados de todos os pacientes submetidos à avaliação fisiológica proctológica no nosso serviço no período de Julho de 2010 a Julho de 2012. Foram incluídos no trabalho pacientes obesos (IMC>30) com queixa de incontinência fecal. Os pacientes receberam uma pontuação clínica do score da *Cleveland clinic* de incontinência fecal, além de avaliação clínica e obtenção da história obstétrica. Foram submetidos à manometria anorretal através de um sistema de 8 canais de água perfundido (Dynapack MPX 816, Dynamed). Os dados coletados foram pressão máxima média de repouso (MMRP), pressão máxima média de contração (MMSP), sensação retal mínima, capacidade retal máxima, presença de anismus e pressão de contração sustentada. Foram excluídos os pacientes que apresentavam incontinência fecal devido à cirurgia proctológica ou trauma obstétrico. Resultados: Dos 186 pacientes obesos, 36 apresentavam incontinência fecal (19,35%), 32 eram do sexo feminino. As pacientes mulheres tinham uma idade média de 51 anos (19-81 anos) e os homens 48 (28-65 anos). Média do IMC foi de 35,4kg/m<sup>2</sup> (31-42kg/m<sup>2</sup>). Alterações manométricas incluem 14 normais ou hipertonia de repouso ou contração (38%) e 22(62%) apresentaram exames compatíveis com a incontinência fecal. No grupo dos pacientes

com hipotonia esfinteriana 20 pacientes eram mulheres, sendo que 13 apresentavam anismus (59%), 16 contração sustentada ruim (72%) e 2 pacientes com sensibilidade retal diminuída. Conclusões: A prevalência e a idade da IF entre as pessoas com obesidade mórbida pode ser muito maior e mais precoce do que as taxas relatadas na população em geral. Este estudo mostra que os Resultados da manometria anorretal não se correlacionaram bem com sintomas de incontinência fecal. É provável que a manometria anorretal não avalie adequadamente o mecanismo da continência anal nestes pacientes.

#### TL067 - IMPACTO DA TERAPIA NEOADJUVANTE NA DIMINUIÇÃO DO ESTÁDIO NO ADENOCARCINOMA DE RETO DISTAL

KARINA DAGRE MAGRI; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; FANG CHIA BIN FCMSCSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O advento da terapia neoadjuvante juntamente com a difusão de conceitos cirúrgicos, como a excisão total do mesorreto e a ressecção da margem circunferencial, posicionaram o tratamento do adenocarcinoma de reto em um novo patamar de excelência. Seu principal benefício, reside no controle da recidiva local. Entretanto, o adequado manuseio dos tumores retais depende fundamentalmente da determinação precisa do estágio ainda no período pré-operatório. OBJETIVO: Avaliar o efeito da terapia neoadjuvante, nos pacientes com adenocarcinoma de reto distal, sobre o estágio (TNM); e validar, nesta casuística, o emprego da ressonância magnética da pelve como método da determinação do estágio locorreioanal. MÉTODO: Análise retrospectiva de 157 pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de reto distal tratados durante o período de fevereiro de 2005 a outubro de 2012. Os pacientes foram agrupados em: Grupo 1 - 81 pacientes (52%), submetidos à tratamento cirúrgico de princípio; Grupo 2 - 76 pacientes (48%), encaminhados à terapia neoadjuvante (quimioterapia e radioterapia), antes do tratamento cirúrgico definitivo. Não realizou-se comparações entre os dois grupos. Para a análise estatística dos Resultados foram empregados os testes de Wilcoxon e McNemar com o intuito de verificar possíveis diferenças entre as variáveis T, N, M e estágio, de ambos os grupos. Resultados: No grupo 1, a determinação pré-operatória da profundidade da lesão (variável - T), do comprometimento linfonodal (variável - N), e do estágio (TNM), mantiveram-se concordantes com a análise histopatológica em 91,4%, 82,7% e 84,1% dos casos respectivamente. No grupo 2, a terapia neoadjuvante diminuiu o estágio T, estágio N e o estágio TNM em 51,3%, 21% e 48,4% dos casos respectivamente. Conclusão: A terapia neoadjuvante nos pacientes com adenocarcinoma de reto distal é efetiva na diminuição do estágio; e a ressonância magnética da pelve é eficaz como método de determinação do estágio locorreioanal.

TL068 - RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO VÍDEO-LAPAROSCÓPICO DO CÂNCER RETAL  
ADRIANA BORGONOVİ CHRISTIANO; MAURO AUGUSTO MARCHIORI JR; VALDIR TERCİOTI JR; THAIS

RAQUEL SILVA; THAIS NOGUEIRA SA GONCALVES;  
OSWALDO OLIVEIRA NETO  
*HOSPITAL CENTRO MEDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A utilização da vídeo-laparoscopia para o tratamento cirúrgico do câncer de reto é controversa e os dados disponíveis escassos e limitados. Objetivos: Objetivando estudar a recorrência local, margens cirúrgicas, número de linfonodos retirados, complicações pós-operatórias e sobrevida, analisamos os Resultados obtidos com a utilização da vídeo-cirurgia. Métodos: Através da análise retrospectiva de dados, todos os pacientes com diagnóstico de câncer retal entre 1994 (data do início da nossa experiência com vídeo-cirurgia colorretal) e 2013 foram revistos. Os critérios de exclusão foram aqueles submetidos a tratamento cirúrgico de urgência devido a obstrução intestinal e aqueles cujo seguimento se perdeu. Resultados: 88 pacientes (60M/28F) com idade média de 60,3 anos (26 a 97 anos) foram submetidos a tratamento cirúrgico vídeo-laparoscópico. 29 pacientes (32,9 %) apresentaram câncer de reto alto, 20 (22,7 %) câncer de reto médio e 39 (44,3 %) câncer de reto baixo. Todos os que apresentavam câncer de reto médio e baixo foram submetidos a excisão total do mesoreto; a neo-adjuvância quimio-radioterápica foi indicada para os tumores T2 (somente a partir de 2008), T3 e T4 em reto médio e baixo com remissão completa em 4 deles. Foram realizadas 29 ressecções anteriores do reto, 16 amputações de reto (22%) e 11 conversões para laparotomia (12%). Um paciente apresentou margem cirúrgica distal comprometida, houve 7 recorrências locais (8 %) e 19 óbitos relacionados a doença. Conclusões: A utilização da vídeo-cirurgia no tratamento do câncer retal apresenta Resultados favoráveis comparáveis de sobrevida, recorrência local e margens de ressecção aos relatados com a laparotomia.

**TL069 - RESPOSTA CLÍNICA COMPLETA AO TRATAMENTO NEOADJUVANTE COM RADIOTERAPIA E CICLOS ADICIONAIS DE QUIMIOTERAPIA PARA O CÂNCER DE RETO: ESTAMOS CHEGANDO MAIS PERTO DOS RESULTADOS DO CÂNCER DE CANAL ANAL?**

ANGELITA HBR GAMA; PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; JORGE SABBAGA; JOAQUIM JOSÉ GAMA-RODRIGUES; IGOR PROSCURSHIM; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; RODRIGO OLIVA PEREZ  
*INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A quimiorradioterapia neoadjuvante em câncer de reto localmente avançado pode ter como resultado a regressão tumoral total, o que é observado em 30% dos pacientes. Em casos selecionados uma abordagem alternativa sem cirurgia radical imediata tem sido proposta com a finalidade de evitar a morbidade e os transtornos funcionais da cirurgia radical (Protocolo Watch & Wait). Objetivo: O objetivo deste trabalho é reportar os Resultados a longo prazo de uma coorte prospectiva de pacientes tratados com um regime alternativo de quimiorradioterapia. Método: Foram incluídos pros-

pectivamente 70 pacientes consecutivos com diagnóstico de adenocarcinoma de reto localmente avançado (T2-4N0-2M0). O regime neoadjuvante consistiu em 54 Gy de radioterapia e quimioterapia (5FU-leucovorin em 6 ciclos cada 21 dias). A resposta tumoral foi avaliada às 10 semanas de terminada a RT. Aqueles pacientes que apresentaram persistência tumoral foram encaminhados a cirurgia radical imediata enquanto que aqueles que apresentaram regressão tumoral completa (Resposta Clínica Completa RCC), foram encaminhados ao protocolo Watch & Wait. Aqueles pacientes que apresentaram uma RCC por 12 meses foram considerados como Resposta Clínica Completa Sustentada (RCCS). Resultados: Um paciente faleceu durante o tratamento neoadjuvante. Quarenta e sete pacientes (67%) apresentaram RCC inicial, destes 8 (17%) desenvolveram recidiva local precoce (<12 meses) e foram resgatados com cirurgia radical. Trinta e nove (56%) mantiveram a RCC com uma mediana de seguimento de 44 meses. Quatro pacientes (10%) apresentaram recidiva local tardia (>12 meses), e também foram submetidos à cirurgia de resgate. No total, 35 pacientes nunca foram operados por RCC sustentada (51%). Conclusão: A QRT ampliada apresentou taxas de RCC sustentada que evitaram cirurgia em mais de a metade dos pacientes. As recidivas locais foram mais frequentes durante os primeiros 12 meses de seguimento. As recidivas locais após um ano de RCC são infrequentes mas possíveis por isso é fundamental um seguimento estrito e a longo prazo destes pacientes.

**TL070 - QUIMIO RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE COM CAPECITABINA VS 5-FLUORACIL + LEUCOVORIN: ANÁLISE DA REMISSÃO PATOLÓGICA COMPLETA**

MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; SUZANA LIMA TORRES; FANG CHIA BIN; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; THAIS YUKA TAKAHASHI; WILMAR ARTUR KLUG; PERETZ CAPELHUCHNIK; JOSÉ MANDIA NETO  
*SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo do trabalho: Análise comparativa entre os pacientes com adenocarcinoma de reto que foram submetidos a neoadjuvância (neo) com capecitabina versus 5-fluoracil + leucovorin (5-FU + LV) e que tiveram remissão patológica completa. Materiais e métodos: Análise retrospectiva dos pacientes com adenocarcinoma de reto que foram submetidos a quimio e radioterapia neoadjuvantes. Um grupo formado por pacientes com neo de reto que foram submetidos a ressecção cirúrgica e fizeram a neo com 5-FU + LV. Foram selecionados para este grupo todos os pacientes operados entre 2003 e 2010, período no qual a neo era padronizada com 5-FU + LV. Este grupo teve 186 pacientes. O outro grupo foi formado por 31 pacientes que foram submetidos a neo com Capecitabina e operados entre 2011 e 2012, período no qual esta substituiu o 5-FU + LV na neoadjuvância. A radioterapia tem sido feita da mesma maneira ao longo dos anos com 4500 cGy + um boost de 540cGY. Resultados: A análise histórica dos pacientes sub-

metidos a ressecção cirúrgica do adenocarcinoma de reto que fizeram neoadjuvância com 5-FU + LV revelou 186 pacientes. Destes, 15 apresentaram remissão patológica completa da doença. O que equivale a 8,1% da amostra. O grupo que foi submetido a neo com Capecitabina revelou 31 pacientes, dos quais apenas 2 apresentaram remissão patológica completa da doença. Equivalente a 6,4% da amostra. Análise estatística foi realizada com o Teste Exato de Fisher e demonstrou um  $P=1$ . Discussão: Ainda existe dúvida na literatura sobre a superioridade da capecitabina sobre o fluoracil. É aceito na literatura uma taxa de remissão patológica completa entre 10 e 20%. Trouxemos aqui a nossa experiência com o tumor de reto e do seu tratamento neoadjuvante. O motivo das nossas taxas de remissões totais estarem abaixo da média mundial representa provavelmente o estadio avançado que a maioria dos nossos doentes se apresenta na admissão no serviço, o que retrata a dificuldade dos mesmos em obter acesso a saúde. A análise estatística do grupo estudado não obteve significância estatística para afirmar a inferioridade da capecitabina quando comparada com o 5-FU + LV, o que sugere a equivalência dos dois métodos terapêuticos.

#### TL071 - É POSSÍVEL O RESGATE CIRÚRGICO DA RECIDIVA LOCAL APÓS WATCH & WAIT E RESPOSTA CLÍNICA COMPLETA?

ANGELITA HABR GAMA; PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; LORNA CASTRO; JOSÉ CARLOS BEDRAN; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; IGOR PROSCURSHIM; RODRIGO OLIVA PEREZ  
INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O tratamento dos pacientes com câncer de reto e Resposta Clínica Completa (RCC) após quimiorradioterapia neoadjuvante ainda é controverso. Não operar estes pacientes e incluí-los em um protocolo de estrito seguimento pode evitar a morbidade e mortalidade de um procedimento radical. No entanto a resposta clínica completa pode nem sempre corresponder a resposta patológica completa resultando na recidiva local da doença. Objetivo: Avaliar o risco de recidiva local em uma série prospectiva de pacientes com RCC incluídos em um protocolo de seguimento sem cirurgia imediata assim como o impacto do tratamento cirúrgico de resgate na sobrevida destes pacientes. Método: Foram incluídos pacientes com câncer de reto distal localmente avançado cT2-3N0-2M0 tratados com QRT neoadjuvante (50.4-54Gy + 5 FU) que apresentaram RCC as 8 semanas de terminada a RT. Estes pacientes foram submetidos a um protocolo de seguimento sem cirurgia radical imediata (Watch & Wait, W&W). Pacientes que apresentaram recidiva local foram tratados cirúrgicamente. A sobrevida geral e a sobrevida livre de doença foram comparadas após a estratégia W&W e após W&W associado a tratamento de resgate. Resultados: Foram incluídos 183 pacientes, 90 apresentaram RCC durante a avaliação inicial após QRT (49%). Dezesete pacientes (19%) apresentaram recidiva precoce (<12 meses). Destes 16 foram passíveis de resgate R0.

Outros 11 pacientes (15%) adicionais apresentaram recidivas tardias (>12 meses). Destes, 10 pacientes foram submetidos a cirurgia de resgate. Após uma mediana de seguimento de 60 meses, 4 pacientes apresentaram recidiva local tendo sido tratados com W&W + cirurgia de resgate, sendo 2 não passíveis de novo resgate cirúrgico. No total a taxa de resgate final foi de 93%. A sobrevida livre de RL a 5 anos foi de 86% (considerando somente recidivas tardias, 69% (recidivas tardias + precoces) e 94% (todas as recidivas + cirurgias de resgate) ( $p<0.001$ ). Conclusão: A estratégia de W&W após resposta clínica completa pode apresentar até 19% de recidivas locais no primeiro ano de seguimento e cerca de 15 % adicional após 12 meses de seguimento. A cirurgia de resgate é possível em >90% dos casos com taxas de controle local de até 94% e preservação do reto de 78%.

#### TL072 - ANÁLISE PRELIMINAR DE PACIENTES SUBMETIDOS À AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO E COLOSTOMIA PERINEAL.

BRENO AUGUSTO CARDOSO BARROSO<sup>1</sup>; DANIEL FERNANDES SILVA GALDINO<sup>1</sup>; BÁRBARA PINHEIRO DE FREITAS<sup>1</sup>; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO<sup>2</sup>; CAROLINA VANUCCI VASCONCELOS NOGUEIRA DIOGENES<sup>2</sup>; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR<sup>3</sup>; STHELA MARIA MURAD-REGADAS<sup>2</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>2</sup>

1.FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: A amputação abdominoperineal do reto (Miles,1908) ainda é o procedimento padrão no tratamento radical de tumores de reto baixo e canal anal não responsíveis à quimio e radioterapia neoadjuvantes. Entretanto, submete o paciente ao estigma de uma colostomia abdominal definitiva, favorecendo alterações na percepção da imagem corporal e transtornos psicológicos. A colostomia perineal surgiu para amenizar tais implicações. Objetivos: Analisar casuística inicial de pacientes submetidos à amputação abdominoperineal do reto e colostomia perineal no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC-UFC), Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (SCMF) e Hospital São Carlos. Métodos: Estudo retrospectivo pela revisão de prontuários de pacientes no HUWC-UFC, Hospital São Carlos e na SCM de Fortaleza, com análise dos dados epidemiológicos, doença de base, técnica cirúrgica e complicações apresentadas. Resultados: Foram analisados 23 prontuários de pacientes submetidos à colostomia perineal, no período de 1997 a 2012. Treze do sexo feminino (56,52%) e 10 do masculino (43,47%). A média de idade foi 48 anos, variando de 30 a 77 anos. Quanto à localização da lesão, a maioria (69,56%) foi no reto distal, o restante em canal anal (30,44%). Houve prevalência de adenocarcinoma (65,21%), seguido por carcinoma espinocelular (17,36%), melanoma (8,68%), carcinoma basalóide (4,34%) e tumor estromal (4,34%). Quanto às com-

plicações, 16 (69,56%) apresentaram alguma complicação, das quais doze (52,17%) relacionadas à colostomia, dentre elas: três (13,04%) estenoses, três (13,04%) prolapso e três (13,04%) isquemias, das quais duas (8,7%) isquemias e necrose da colostomia, desenvolvendo sepse pélvica e necessitando nova cirurgia e a outra (4,35%) teve isquemia e necrose da colostomia e evoluiu para retração e formação de fistula reto-vaginal, necessitando também de correção cirúrgica. Não houve óbito relacionado às complicações da colostomia, mas houve quatro óbitos (17,39%) relacionados à doença de base. Nenhuma paciente manifestou desejo de mudar colostomia para o abdome. Conclusão: A amputação abdominoperineal do reto com colostomia perineal é um procedimento de grande complexidade, apresentando alto índice de complicações, porém são complicações menores não comprometendo o método. Os pacientes manifestam satisfação em sua grande maioria, aprendendo a conviver com o estoma perineal pseudocontínente, o que implica em melhora da qualidade de suas vidas.

#### TL073 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO

MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO<sup>1</sup>; PAULO ROCHA FRANÇA NETO<sup>2</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>3</sup>; FÁBIO LOPES QUEIROZ<sup>1</sup>; BRUNO ALCANTARA CASTILHO<sup>1</sup>  
1.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO/ HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO/DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: A terapia multimodal utilizada atualmente para o tratamento do câncer de reto, tem possibilitado grande sucesso no controle oncológico da doença mas os Resultados funcionais dessa abordagem podem ocasionar efeitos adversos capazes de impactar negativamente a qualidade de vida dos pacientes. Objetivos: avaliar a qualidade de vida (QV) dos pacientes portadores de câncer retal submetidos à excisão total do mesorreto (ETM) com e sem neoadjuvância com radioterapia e quimioterapia, em pós-operatório tardio e os possíveis fatores capazes de influenciar diretamente na QV dos mesmos. Materiais e métodos: foram avaliados 72 pacientes submetidos à ETM por tumor de reto extra-peritoneal, com no mínimo, um ano de pós-operatório, por meio da aplicação dos questionários validados de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-CR38, além de questionário clínico específico. Em seguida, foram submetidos a exame proctológico com avaliação da distância da anastomose à margem anal. Os pacientes foram avaliados quanto ao gênero, idade, realização de radioterapia e quimioterapia pré-operatórias, tempo de pós-operatório, distância da anastomose à margem anal e estado global de saúde. Resultados: A média do estado global de saúde dos pacientes avaliados foi satisfatória (82,06). Não se observou diferença na saúde global entre os pacientes com relação ao gênero, porém os homens apresentaram menos

insônia (p=0,002), melhores perspectivas futuras (p=0,011), menos efeitos da quimioterapia (p=0,020) e melhor função sexual (p<0,0001). Os pacientes com menos de 50 anos apresentaram menos problemas miccionais (p=0,035), já os com mais de 65 anos relataram uma pior função sexual (p=0,012). Os pacientes que realizaram neoadjuvância apresentaram mais diarreia (p=0,012). A qualidade de vida não se alterou significativamente de acordo com o tempo de pós-operatório e distância da anastomose à margem anal. Os principais itens que influenciaram o estado global de saúde dos pacientes foram: função física, função emocional e social, fadiga, perspectivas futuras, sintomas gastrointestinais e problemas de evacuação. Conclusões: A maioria dos pacientes apresentaram uma QV satisfatória após um ano de cirurgia, sendo que as pacientes do sexo feminino e aqueles mais idosos tiveram maior impacto negativo, sobretudo em relação à função sexual e miccional e no aumento dos problemas evacuatórios, esses últimos também relacionados à neoadjuvância.

#### TL074 - CONCORDÂNCIA ENTRE ULTRASSONOGRAFIA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL, RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA E ANATOMOPATOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA DE RETO MÉDIO E DISTAL NÃO SUBMETIDOS À NEOADJUVÂNCIA

RODRIGO AMBAR PINTO; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; SÉRGIO CARLOS NAHAS; CAIO SÉRGIO NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; GUILHERME CUTAIT COTTI; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; IVAN CECCONELLO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O adequado estadiamento oncológico dos adenomas e adenocarcinomas do reto têm importância essencial tanto no tratamento quanto na avaliação prognóstica do paciente. Para tanto, a utilização de métodos diagnósticos auxiliares como o ultrassom endorretal (USER 3D) e a ressonância nuclear magnética (RNM) pélvica podem promover uma avaliação precisa da invasão tumoral na parede retal e do acometimento linfonodal. Objetivo: Correlacionar os achados da USER 3D com a RNM e o anatomopatológico de pacientes portadores de neoplasia de reto médio e distal encaminhados diretamente para procedimento cirúrgico. Métodos: Estudo dos pacientes portadores de neoplasias do reto médio e distal acompanhados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (HC-FMUSP) e no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). Os parâmetros de profundidade de invasão da lesão na parede retal (T) e extensão da lesão foram analisados durante o USER 3D e RNM, sendo comparados com o anatomopatológico da peça cirúrgica obtida após o procedimento. Para correlação da variável qualitativa ordinal T, foi utilizado o índice de concordância Gamma, que varia de -1 a 1 e valores próximos a 1 indicam melhor concordância entre duas variáveis, e para correlação da extensão foi utilizada a comparação intra-classe. Resultados: No período de 2 anos foram estudados 23 pacien-

tes, sendo 16 (69,56%) do sexo feminino, com idade média de 62,23 anos, submetidos a ressecção transanal (TEM-15) e retossigmoidectomia (8). O USER 3D foi realizado em todos os pacientes, enquanto a RNM em 10 pacientes, sendo a profundidade de invasão dividida de T0 a T4. O USER 3D identificou 43,48% dos pacientes como T0, 17,39% T1, 21,24% T2, 8,7 T3 e 8,7 T4, ao passo que o anatomopatológico verificou 47,83% de T0, 17,39% T1, 17,39% T2, 13,04% T3 e 4,35% T4. Por outro lado a RNM identificou 10% de T0, 20% T1, 40% T2, 20% T3 e 10% T4. O fator Gamma entre o USER 3D e a patologia foi de 0,93 (IC95% 0,78-1) e para a RNM foi de 0,38 (IC95% -0,29-1). A extensão média da lesão no maior eixo à patologia foi de 4,84 cm (1,7-12), ao USER foi de 3,46 cm (1,9-6) e à RNM foi de 3,19 cm (0-6,5). A correlação intra-classe para o USER 3D foi de 0,05 ( $p=0,41$ ) e para a RNM foi de 0,19 ( $p=0,31$ ). Conclusão: A avaliação ao USER 3D de lesões onde a terapêutica neoadjuvante não é indicada demonstrou boa correlação com os produtos de ressecção para profundidade de invasão na parede retal. A extensão da lesão não pode ser bem estimada pelos métodos de avaliação analisados.

#### TL075 - RESSECÇÃO LOCAL DE NEOPLASIA DE RETO PÓS RADIO E QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE.

SARHAN SYDNEY SAAD; LUIS CESAR FERNANDES; ELIZABETH DEAK; GABRIEL GARBATO

*ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: O tratamento do câncer de reto é baseado fundamentalmente na cirurgia. A frequência com que ocorre a recidiva local da neoplasia é considerada o mais importante indicador de sucesso do tratamento cirúrgico. A partir do trabalho de Heald e col. (1982), ficou definido o papel do mesoreto na recidiva pélvica da neoplasia de reto, considerado o procedimento padrão na cirurgia desse órgão. A radioterapia e quimioterapia fazem parte do tratamento do câncer do reto, quando o mesmo invade a parede do órgão, além da submucosa ou se existem linfonodos comprometidos pela neoplasia. O tratamento complementar tem por objetivo diminuir o risco de recidiva local e à distância procurando desta forma aumentar o tempo de sobrevida livre da doença e diminuir a mortalidade pela neoplasia. Objetivo: Avaliar o resultado do tratamento de doentes com neoplasia de reto que receberam quimioterapia e radioterapia neoadjuvante e que foram submetidos à ressecção local da neoplasia. Métodos: No período de 2000 a 2011 setenta doentes portadores de neoplasia de reto médio e baixo receberam quimio e radioterapia neoadjuvante. Após este tratamento inicial 58 foram submetidos à ressecção anterior do reto ou amputação abdomino-perineal do reto. Em 12 optou-se por ressecção local da lesão, quer seja por resposta importante da lesão inicial ou por opção do doente que não aceitava colostomia definitiva. Resultados: Os doentes puderam ser acompanhados em média por 62 meses, variando entre 12 meses e 134 meses. Dentre os 12 doentes submetidos à ressecção local houve 1 recidiva local (8%), enquanto que entre os 58 doentes com ressecção de reto e mesoreto houve 3 recidivas locais (5%), diferença sem significância estatística. Conclusão: A ressecção local da neoplasia de reto com trata-

mento neoadjuvante pode se constituir em procedimento seguro para doentes com elevado risco cirúrgico ou que não aceitem a colostomia definitiva como resultado do tratamento definitivo.

#### TL076 - PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE CONSTIPAÇÃO E INCONTINÊNCIA FECAL EM MULHERES COM DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO. A ASSOCIAÇÃO DOS SINTOMAS PODE INTERFERIR NA QUALIDADE DE VIDA?

GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; SHELIA MARIA MURAD-REGADAS; LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA BEZERRA; JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO; SUYANNE MARIA ALBUQUERQUE XEREZ MARTINS; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; SARA ARCANJO LINO KARBAGE; CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS

*UFC, SAO LUIS, MA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As disfunções do assoalho pélvico podem resultar em múltiplas alterações e sintomas variados. No entanto, as disfunções são avaliadas em cada compartimento pélvico separado e há reduzido número de estudos que demonstram essa correlação de sintomatologia. Objetivo: O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência dos sintomas de constipação (evacuação obstruída) e incontinência fecal em mulheres com disfunção do assoalho pélvico (DAP) e o impacto dessas alterações na qualidade de vida. Método: Estudo de caso-controle avaliou mulheres com diagnóstico com DAP, quantificadas com o POP-Q  $\geq 2$  e/ou incontinência urinária provenientes do ambulatório de uroginecologia do Hospital Cesar Calls. Todas foram avaliadas quanto a presença de sintomas de constipação/evacuação obstruída e incontinência fecal utilizando os escores de constipação e incontinência da Cleveland Clinic Florida e presença de urgência fecal. Agrupadas de acordo com a presença desses sintomas: Grupo estudo (presente) e Controle (ausente). Foram avaliados com a versão validada do SF-36 (Short-Form Health Survey) e PISQ-12 (Pelvic Floor and Incontinence Sexual Impact Questionnaire). Também avaliadas pela fisioterapia da força muscular assoalho pélvico (PERFECT). Resultados: Foram incluídas 172 mulheres, sendo 94 (55%) no estudo e 78 (45%) controle. Dessas, 94/55% com sintomas associados (estudo), 57/45% com constipação; 36/29% incontinência fecal e 32/26% urgência fecal. De acordo com numeração dos escores: constipação leve (21/37%), moderada (33/58%) e severa em (3/5%); Incontinência fecal leve (31/86%) e moderada (05/14%). No houve diferença estatística na idade, tipo e número de parto, aborto, menopausa, índice massa corpórea, POP-Q e PERFECT. Mulheres no grupo estudo apresentaram maior pontuação no SF-36 ( $p<0,05$ ) em 5 (saúde geral, capacidade funcional, vitalidade, dor e saúde mental) dos oito domínios avaliados. Não houve diferença no PISQ-12 entre os grupos. Conclusão: Os dados demonstram elevada prevalência de sintomas de constipação/evacuação obstruída e incontinência fecal em mulheres com diagnóstico de DAP e esses sintomas contribuíram para piora na qualidade de vida dessas mulheres. É necessária avaliação completa dos pacientes com disfunções pélvicas.

**TL077 - O EFEITO DA ASSOCIAÇÃO DE INCONTINÊNCIA FECAL EM MULHERES PORTADORAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA**

GRAZIELA OLÍVIA DA SILVA FERNANDES; SHELIA MARIA MURAD-REGADAS; SUYANNE MARIA ALBUQUERQUE XEREZ MARTINS; LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA BEZERRA; JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO; CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS; SARA ARCANJO LINO KARBAGE; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: Incontinência urinária e fecal são distúrbios frequentes que afetam a qualidade de vida das pacientes. No entanto, há um reduzido número de estudos que avaliam esses sintomas conjuntamente e o que pode interferir na qualidade de vida dos pacientes. Objetivo: O objetivo desse estudo foi avaliar a concomitância de incontinência fecal (IF) em mulheres portadoras de incontinência urinária (IU). Método: Estudo prospectivo avaliou mulheres com queixas de incontinência urinária sem referir sintomas anais, provenientes do ambulatório de uroginecologia do Hospital Cesar Calls. Todas foram avaliadas quanto a presença de sintomas de incontinência fecal utilizando o escore de incontinência da Cleveland Clinic Florida e foram agrupadas de acordo com a associação dos sintomas: IU isolada (grupo controle) e IU associada com IF –incontinência dupla (grupo estudo). Foram avaliados com a versão validada do ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*), KHQ (*King's Health Questionnaire*), SF-36 (*Short-Form Health Survey*) e PISQ-12 (*Pelvic Floor and Incontinence Sexual Impact Questionnaire*). Também avaliadas pela fisioterapia da força muscular assoalho pélvico (PERFECT). Resultados: Foram incluídas 168 mulheres, sendo 129/77% no grupo controle e 39/23%. Não houve diferença estatística na idade, tipo e número de parto, aborto, menopausa, índice massa corpórea, grau do prolapso e PERFECT, exceto o uso do fórceps (controle: 0.1% vs estudo: 0.2%, p=0.035). Mulheres no grupo estudo apresentaram maior pontuação nos escores KHQ, SF-36 e ICIQ-SF (controle: 11.8% vs estudo: 14.5%, p=0.018). Não houve diferença estatística no PISQ-12. Conclusão: A presença de incontinência fecal associada a incontinência urinária contribuiu significativamente para piora na qualidade de vida. Os dados demonstraram elevada associação de incontinência urinária e fecal, portanto, para escolha adequada do tratamento é necessário avaliação completa dos sintomas.

**TL078 - AVALIAÇÃO DA VASCULARIZAÇÃO DO CANAL ANAL COM ULTRASSOM ANORRETAL COM DOPPLER COLORIDO. PADRONIZAÇÃO DOS VALORES DE NORMALIDADE**

SHELIA MARIA MURAD-REGADAS<sup>1</sup>; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; ÉRICO DE CARVALHO HOLANDA<sup>2</sup>; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS<sup>2</sup>; FRANCISCO SERGIO

PINHEIRO REGADAS FILHO<sup>2</sup>; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR<sup>2</sup>; FÁBIO SANTIAGO RODRIGUES<sup>1</sup>

*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: Estudos que avaliaram a vascularização anorretal utilizaram aparelhos de ultrassom que não possibilitava avaliação circunferencial e ainda não há relatos na literatura de padrões de normalidade da vascularização do canal anal. Objetivo: Avaliar os parâmetros vasculares do canal anal em indivíduos normais e determinar os valores de normalidade utilizando a ultrassonografia endorretal 360° e Doppler Colorido (US-Doppler). Métodos: Vinte e nove voluntários assintomáticos, sendo 15 mulheres nulíparas, com média de 30 anos de idade, sem alterações do canal anal e/ou reto e sem cirurgia prévia, realizaram US-Doppler. A percentagem de vascularização (V) (pixels coloridos dentro da região de interesse, com o fluxo de sangue de qualquer intensidade) e índice de vascularização (I) (potência média de cada pixel no interior da região de interesse) foram determinadas nas 3 partes do canal anal (CA) e nas estruturas externas e internas. Incluídas nas estruturas externas: CA superior foi mensurado área dos músculos puborretal (PR) e músculo longitudinal, o CA médio envolveu o esfíncter anal externo (EAE) mais músculo longitudinal e o CA inferior o EAE. Internamente, no CA superior e médio, são mensurados EAI e tecidos subepiteliais. Na execução do exame, estruturas do canal anal foram traçadas manualmente em cada nível. O dispositivo mede os parâmetros vasculares duas vezes e calcula a média dos valores. Resultados: V e I foram mais elevados com diferença significativa no CA superior do que no CA médio e inferior. Também, V e I foram mais elevados no PR do que no EAE inferior; maior no EAI superior do que no EAI médio; e maior nas estruturas externas do que nas internas. Não foi encontrada diferença significativa entre os gêneros para V e I das estruturas externas do canal anal superior (PR ou EAE e longitudinal), mas o sexo masculino apresentou maior valor para V e I no nível superior e médio das estruturas internas (EAI e subepitelial) do canal anal. Conclusão: A percentagem e o índice de vascularização varia para diferentes níveis e estruturas do canal anal. A distribuição de V e I ao longo de todo canal anal é semelhante em ambos os sexos, mas o homem apresenta maior vascularização nas estruturas mais internas. Valores de normalidade foram determinados utilizando US-Doppler, possibilitando comparações futuras de estruturas de canal anal na vigência de afecções anorretais podendo ser utilizado como novo parâmetros de avaliação.

**TL079 - CORRELAÇÃO DE PARÂMETROS DE MANOMETRIA ANORRETAL E ESCORE CLÍNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA INCONTINÊNCIA FECAL.**

CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; GUSTAVO PEGOS RODRIGUES COY; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; UMBERTO MORELLI; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE

LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSÉ FAGUNDES  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: A manometria anorretal é utilizada na avaliação dos distúrbios da evacuação, porém existem controvérsias com relação à sensibilidade do mesmo na incontinência fecal. Objetivos: Correlacionar diferentes parâmetros de manometria anorretal com o grau de incontinência fecal obtido por escore clínico e identificar qual destes parâmetros melhor discrimina indivíduos com incontinência fecal. Métodos: Análise das seguintes variáveis obtidas a partir de traçados de manometria anorretal em portadores de incontinência fecal (GI) e indivíduos assintomáticos (GC): pressão anal média de repouso (PAMRep), média das pressões de repouso (MedPRep), pressão anal de contração voluntária máxima (PACVMax), média das pressões anais de contração voluntária máxima (MedPACVMax), pressão anal de contração voluntária média (PACVMed), média das pressões anais de contração voluntária (MedPACV), índice de taxa de fadiga (ITF), medida da área sob a curva do traçado em contração voluntária (ÁREA) e medida da capacidade de sustentação da pressão de contração voluntária (CS). Para a avaliação do grau de incontinência fecal foi empregado o escore de Jorge-Wexner (JW). Para a avaliação da variável gênero entre os grupos foi empregado o teste do qui-quadrado e para a comparação das médias de idade o teste t de Student. A análise dos parâmetros estudados foi realizada por meio do teste t de Student, teste de Levene e o teste de correlação (Pearson). Resultados: O GI foi composto por 85 pacientes, sendo 67 do sexo feminino, com idade média de 57,8 (15-88) anos, enquanto o GC foi composto por 22 indivíduos, sendo 18 do sexo feminino, com idade média de 52,9 (20-81) anos. O valor médio do escore de JW para o GI foi de  $12,1 \pm 4,9$  e zero para o GC. Na comparação entre os grupos, não foram observadas diferenças em relação ao gênero e idade. As variáveis, PAMRep, MedPRep, PACVMax, MedPACV, PACVMed, MedPACV e ÁREA apresentaram Resultados estatísticos significantes entre os dois grupos ( $p < 0,05$ ), ao contrário da CS ( $p > 0,05$ ) e ITF ( $p > 0,05$ ). A Análise multivariada constatou que a MedPRep e a MedPACV melhor discriminam indivíduos do GI em relação ao GC. Não se evidenciou a correlação entre os diversos parâmetros manométricos e o escore de JW. Conclusão: Os parâmetros manométrico avaliados, com exceção da CS e ITF discriminaram indivíduos assintomáticos de portadores de incontinência, entretanto não se correlacionaram com a gravidade da incontinência fecal.

**TL080 - DIAGNÓSTICO DE EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA POR CONTRAÇÃO PARADOXAL DO M. PUBORRETAL (ANISMUS). CORRELAÇÃO DE ACHADOS MANOMÉTRICOS E DEFECOGRAMA**

CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; UMBERTO MORELLI; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSÉ FAGUNDES  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A investigação da constipação grave implica na realização de exames específicos. Considerando-se que em nosso meio a manometria anorretal é exame mais acessível em relação ao defecograma, a identificação de parâmetros manométricos que possibilitem o diagnóstico de anismus torna-se bastante útil. Objetivo: Identificar qual parâmetro da manometria anorretal melhor correlaciona-se com o diagnóstico de anismus pelo defecograma. Métodos: portadores de constipação foram submetidos a manometria anorretal e defecograma, sendo incluídos pacientes com diagnóstico de anismus por manometria. Considerou-se para o diagnóstico radiológico de anismus, a diminuição do angulo anorretal e retenção de contraste no reto. O achado manométrico considerado foi elevação da pressão no canal anal ao esforço evacuatório. As seguintes variáveis foram analisadas: Pressão anal média de repouso (PAMrep) e área sob a curva ao esforço de evacuação por 10 segundos (ÁREA). Resultados: foram avaliados 21 pacientes com diagnóstico de anismus pela manometria, idade média de 53,2 anos, sendo 18 do sexo feminino. O valor média da PAMrep foi de 75,5 (29-144) mmHg e da ÁREA de 925,7 (161,2-1922,3). O diagnóstico de anismus por defecograma esteve presente em 12 pacientes (57,1%). Não se observou correlação entre os valores de PAMrep e o diagnóstico de anismus, porém valores de ÁREA superiores a 613 correlacionaram-se positivamente com o diagnóstico de anismus por defecograma. Conclusão: O parâmetro área sob a curva foi discriminatório para o diagnóstico de anismus por manometria anorretal.

**TL081 - NEUROMODULAÇÃO POR ELETROESTIMULAÇÃO DO NERVO TIBIAL POSTERIOR, ASSOCIADA A BIOFEEDBACK. UMA ARMA TERAPÊUTICA EFICAZ NO TRATAMENTO DA INCONTINENCIA FECAL? RESULTADOS PRELIMINARES**

MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; HELENA COELHO LIMA

*MANOPH - INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.*

Resumo: Introdução - A incontinência fecal (IF) consiste na perda involuntária ou acidental de conteúdo fecal. Esta patologia apresenta variadas causas, podendo ocorrer associação de várias comorbidades limitantes para o indivíduo. O biofeedback (BF) é uma opção terapêutica de caráter comportamental que permite ao paciente, não só melhorar o controlo da função defecatória, como também fornecer estratégias que lhe permitam uma melhor gestão da sua condição. A neuroestimulação do nervo tibial posterior (NENTP) é um método pouco invasivo de neuromodulação, atualmente usado para tratamento da IF. Este método também tem sido proposto para tratamento de várias disfunções do pavimento pélvico. Objetivo: estudo prospectivo, com avaliação dos Resultados preliminares de um protocolo terapêutico da incontinência fecal agrupando BF e NENTP, tendo como objectivo rimário a avaliação do score de Wexner antes e depois do tratamento. Material e métodos - foram selecionados 10 pacientes que, predominantemente, apresentavam IF. Foram realizados uma



manometria ano-rectal e o score de wexner, antes e depois do tratamento, assim como avaliação do score de qualidade de vida para avaliação dos Resultados. Os diferentes elementos foram submetidos, semanalmente, a uma sessão de NENTP, seguida de BFo. Este esquema repetiu-se durante 12 semanas. Como grupo de comparação, randomizado outro grupo de doentes que apenas realizou biofeedback. Resultados: Denotou-se uma clara melhoria do score de Wexner em todos os doentes, assim como da sensibilidade retal na grande maioria dos pacientes, além de uma potenciação da pressão de contração voluntária em 8 doentes. Conclusão: Este estudo sugere a eficácia da neuroestimulação combinada com biofeedback no tratamento da IF e consequentemente na qualidade de vida dos pacientes. No entanto, estudos adicionais serão necessários para futuras conclusões.

#### TL082 - PAPEL DA ELETROMANOMETRIA ANORRETAL E DA ECODEFECOGRAFIA EM PACIENTES PORTADORAS DE DEFECACAO OBSTRUÍDA

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; LARISSA SOKOL ROTTA<sup>1</sup>; DAYANNE ALBA CHIUMENTO<sup>1</sup>; MARCIELI SCHUSTER<sup>2</sup>; DANILO GALLETTO<sup>3</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>3</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>3</sup>

1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Defecação obstruída decorre tanto de alterações anatômicas quanto funcionais, sendo uma queixa comum entre as mulheres e uma das três principais causas de constipação. As pacientes apresentam esforço evacuatório, sensação de evacuação incompleta ou peso perineal e digitação manual para evacuar. Objetivo: Avaliar pacientes portadoras de defecação obstruída (DO) utilizando a eletromanometria anorretal (MAR) e ultra-sonografia anorretal dinâmica tridimensional (US-3D). Materiais e Métodos: Trabalho prospectivo envolvendo a avaliação de 43 pacientes consecutivas com sintomas de DO (mulheres, com idade média 55 anos, variando entre 27 e 83). As pacientes foram submetidas à MAR e US-3D para investigação diagnóstica por dois investigadores diferentes e sem conhecimento do resultado um do outro. As variáveis analisadas foram: idade, número de partos vaginais, cirurgias orificiais, escore de constipação proposto por Wexner (ECW), dados da MAR (pressão de repouso, de contração e presença ou ausência de anismus: A+/A-), e dados da US-3D (integridade esfinteriana, presença ou ausência de retocele e sua graduação, intussuscepção, enterocele e anismus). Foram excluídas pacientes com queixas de incontinência fecal, neoplasias e alterações inflamatórias-infecciosas. Resultados: A média do ECW foi de 11,65 (variando entre 9 e 15). Vinte e cinco pacientes tiveram partos vaginais e 3 tiveram cirurgias orificiais (hemorroidectomia). Nove pacientes apresentaram hipotonia de repouso, das quais 8 evidenciaram hipotonia de contração associada. Sete pacien-

tes apresentaram hipertonia de repouso, sendo que 4 destas apresentaram hipertonia de contração associada. Vinte e seis pacientes (60%) apresentavam anismus a MAR. Os achados da US-3D foram: prolapso mucoso-hemorroidário em 15 pacientes (35%), anismus em 28 (65%), intussuscepção reto-retal em 13 (30%), descenso perineal em 5 (12%), a retocele foi evidenciada em 33 pacientes (77%): grau I: 0; grau II: 7; grau III: 26. Presença de lesão esfinteriana anal (esfíncter interno e / ou externo) foi diagnosticada em 20 pacientes (47%), todos estes continentes clinicamente. Conclusão: Através desse estudo, pode-se inferir que a MAR e a US-3D são exames úteis e complementares na avaliação diagnóstica de pacientes portadoras de DO, permitindo melhor seleção dos pacientes para tratamento cirúrgico. Além disso, os exames possibilitam evidenciar lesões esfinterianas e outras alterações anatômicas ocultas nesta população de pacientes.

#### TL083 - COMPARAÇÃO DOS ACHADOS DA ELETROMANOMETRIA ANORRETAL E ECODEFECOGRAFIA ENTRE PACIENTES NORMAIS ASSINTOMÁTICAS E PACIENTES PORTADORAS DE EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; DAYANNE ALBA CHIUMENTO<sup>1</sup>; LARISSA SOKOL ROTTA<sup>1</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>1</sup>; HELIN MINORU MATSUMOTO<sup>2</sup>; MARCIELI SCHUSTER<sup>2</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>3</sup>

1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: A defecação obstruída é uma das três principais causas de constipação nas mulheres, pode ter sua origem em causas anatômicas e/ou funcionais. Para um adequado tratamento, o médico necessita estabelecer o diagnóstico correto. Exames como eletromanometria anorretal (MAR) e ecodfecografia (ECD) são importantes ferramentas usadas para o diagnóstico de evacuação obstruída (EO) e na identificação de possíveis causas desta doença. Objetivo: O objetivo deste estudo foi comparar os achados de MAR e ECD entre pacientes normais e pacientes portadoras de evacuação obstruída. Materiais e métodos: Trabalho prospectivo, incluindo 43 pacientes do sexo feminino com diagnóstico de evacuação obstruída (idade média 55 anos; 27 – 83 no Grupo 1) e 10 mulheres normais, voluntárias e (idade média 23,1 anos; 18 – 33 no Grupo 2). Todas as pacientes foram submetidas aos exames de MAR e ECD por dois investigadores. Pacientes com incontinência fecal, neoplasias e alterações inflamatório-infecciosas foram excluídas do estudo. Resultados: No Grupo 1 a média do escore de constipação de Wexner foi 11,65 (9 – 15). Vinte e cinco pacientes tinham história de, pelo menos, um parto vaginal e 3, história de, pelo menos, uma cirurgia orificial. Nove mulheres apresentaram hipotonia em repouso, dessas, 8 apresentaram hipotonia de contração associada. 7 pacientes apresentaram hipertonia. Vinte e seis mulheres (60%) apre-

sentaram anismus na MAR. A ECD demonstrou no Grupo 1 prolapso mucoso-hemorroidário (n = 15; 35%), anismus (n=28; 65%), intussuscepção (n=13; 30%) e descenso perineal (n=5; 12%). Retocele foi evidenciada em 33 pacientes (77%; sendo 7 pacientes grau II e 26 pacientes grau III). Lesão esfínter anal interno ou externo foi detectada em 20 pacientes (47%), das quais todas eram clinicamente continentes. No Grupo 2, nenhum caso de constipação foi relatado. Na MAR, 3 pacientes (30%) apresentaram hipotonia de repouso. Cinco pacientes (50%) tiveram achados sugestivos de anismus. Na ECD, 6 mulheres (60%) foram diagnosticadas com retocele (4 com grau I, 1 grau II, 1 grau III) e 6 (60%) apresentaram anismus. Os dados apresentados foram analisados através dos testes Student e Mann-Whitney ( $p>0,05$ ). Conclusão: A eletromanometria anorretal e a ecodefecografia são exames complementares para o diagnóstico de distúrbios anatômicos e/ou funcionais em mulheres portadoras de EO. A incidência de retocele e anismus foi semelhante nas pacientes com EO e voluntárias assintomáticas.

**TL084 - ACHADOS MANOMÉTRICOS EM ADULTOS JOVENS COM QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA FECAL**  
DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; JORGE MANUEL RODRIGUES OLIVEIRA FILHO<sup>1</sup>; KARINA CORREA EBRAHIM<sup>1</sup>; KELLI RIZZARDI<sup>2</sup>; MARCIELI SCHUSTER<sup>2</sup>; CAROLYNE DONEDA SILVA SANTOS<sup>2</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>3</sup>

1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: Incontinência fecal pode afetar pessoas de todas as idades e em muitos casos, prejudica muito a qualidade de vida. Embora a verdadeira incidência seja desconhecida, sabe-se que as taxas de prevalência aumentam com a idade, sendo 30% dos casos acima dos 65 anos de idade. A incontinência em pacientes jovens pode decorrer de várias causas, sem necessariamente estar relacionada com hipotonia esfínteriana. Objetivo: O objetivo desse estudo é demonstrar os achados manométricos em adultos jovens com queixas de incontinência fecal. Materiais e Métodos: Estudo prospectivo, desenvolvido na Gastroclínica, Cascavel-PR / Hospital São Lucas, realizado no período de julho de 2010 a julho de 2011, envolvendo 27 pacientes, 19 mulheres e 8 homens, com média de idade de 37 anos (variando entre 11 a 40, desvio). Todas os participantes foram clinicamente diagnosticados com incontinência anal e estadiadas através do protocolo de Jorge-Wexner. Dos pacientes estudados, 5 (18,5%) tinham histórico de realização de algum tipo de cirurgia orificial (hemorroidectomia, retossigmoidostomia, fistula anal ou fissura anal) e 7 (26%) pacientes apresentaram, pelo menos, um parto vaginal. Esses pacientes foram encaminhados ao exame de manometria anorretal no Setor de Fisiologia Anorretal da Gastroclínica, Cascavel-PR / Hospital São Lucas, sendo realizado por dois coloproctologistas (DMRL & GK). Os parâmetros avaliados incluíram: pressão de repouso,

pressão de contração, esforço evacuatório, pressão de contração sustentada, presença de reflexo reto esfínterico, sensibilidade retal e capacidade retal. Resultados: Após análise de dados manométricos dos 27 pacientes, observou-se que 6 pacientes (22,2%) apresentavam hipotonia de repouso e 10 pacientes (37,0%) apresentavam hipotonia de contração. Com relação à hipertonia esfínteriana, 5 pacientes (18,51%) apresentaram esta condição no repouso e 3 pacientes (11,1%) na contração. Dezesete (62,92%) pacientes apresentaram anismus. Conclusão: Conclui-se que o número de pacientes com hipotonia não é prevalente neste grupo, mas ressalta a importância de avaliar a função esfínteriana em pacientes jovens com sintomas de incontinência fecal para tratamento de hipertonia ou anismus presente neste grupo.

**TL085 - ESTUDO ANATOMOFISIOLOGICO DE PACIENTES PORTADORAS DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS<sup>2</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>3</sup>; NAMIR CAVALLI<sup>4</sup>; KARINA CORREA EBRAHIM<sup>1</sup>; JORGE MANUEL RODRIGUES OLIVEIRA FILHO<sup>1</sup>; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA<sup>5</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>5</sup>

1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.HOSPITAL SAO CARLOS, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3.GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4.CENTRO MEDICO HOSPITALAR GENESIS, CASCAVEL, PR, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: As mulheres tratadas cirurgicamente para a endometriose profunda podem evoluir bem do ponto de vista ginecológico, mas alguns sintomas digestivos podem ser incompletamente curados. Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a anatomia e função anorretal de pacientes portadoras de endometriose pélvica com acometimento intestinal. Materiais e Métodos: Estudo prospectivo que avaliou 40 mulheres, com idade entre 25 e 49 anos (média de idade: 35,9), portadoras de endometriose profunda diagnosticada pela ultrassonografia anorretal tridimensional (lesões que acometiam a gordura perirretal ou infiltravam a camada muscular do reto). Foram encaminhadas pelo ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia ao ambulatório do Serviço de Coloproctologia do Hospital Gênesis de Cascavel - PR, no período de abril de 2010 a agosto de 2012. Foi realizado o exame de Manometria Anorretal (MAR) do Setor de Fisiologia Anorretal da Gastroclínica, Cascavel-PR / Hospital São Lucas, por dois Coloproctologistas (DMRL & GK) em todas as pacientes. Os parâmetros ultrassonográficos avaliados incluíram: ausência ou presença de lesão do esfínter anal interno e externo. Os parâmetros manométricos avaliados incluíram: pressão de repouso, pressão de contração, esforço evacuatório, pressão de contração sustentada, presença de reflexo reto esfínteriano, sensibilidade retal e capacidade funcional retal. Resultados: A avaliação pela ultrassonografia anorretal tridimensional não evidenciou lesão esfínteriana (esfínter interno e externo). Pela MAR,

a 36 pacientes (90%) apresentavam-se com normotonia de repouso, uma (2,5%) apresentava hipotonia e três (7,5%), hipertonia ( $p < 0,05$ ). Na avaliação da pressão de contração, 37 pacientes (92,5%) apresentavam normotonia, três (7,5%) com hipertonia esfinteriana e nenhuma apresentou hipotonia de contração ( $p < 0,05$ ). Quanto à incidência de anismus, 23 (57,5%) pacientes apresentavam dados positivos quanto à presença deste e 17 (42,5%) não apresentavam ( $p < 0,05$ ). A única paciente que possuía hipotonia esfinteriana apresentava-se com normotonia esfinteriana na contração e ausência de anismus. Conclusão: Conclui-se que no grupo de pacientes com endometriose profunda com envolvimento retal não houve incidência de lesão esfinteriana e a função esfinteriana foi normal na maioria das pacientes analisadas, porém com incidência de anismus considerável.

#### TL086 - ACHADOS MANOMÉTRICOS EM PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

MARIA AUXILIADORA PROLONGATTI CESAR<sup>1</sup>; WAGNER GUIARD THAUMATURGO JUNIOR<sup>1</sup>; VITOR GIBRAN LEMOS NUNES<sup>1</sup>; JULIANO AUGUSTO OLIVEIRA SOUZA<sup>1</sup>; NARA GUIMARAES MONTAGNOLLI<sup>1</sup>; MAISA SATIE TAIUMI<sup>1</sup>; THAYS MICHELLE PINHO DA ROCHA<sup>1</sup>; JORGE ALBERTO ORTIZ<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL;  
2. HOSPITAL SÃO LUÍS GONZAGA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A constipação é uma doença que afeta um grande número de pessoas em algum momento da vida, sendo de grande importância médica seu estudo e entendimento. Neste trabalho foram comparados os Resultados pressóricos de exames de manometria anal de perfusão realizados no ambulatório de fisiologia anal do Hospital Universitário de Taubaté no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012. Os dois grupos estudados eram compostos de: pacientes constipados (grupo 2) comparados aos exames do grupo controle composto por pacientes assintomáticos (grupo 1). O teste estatístico utilizado foi o de Mann-Whitney. O resultado encontrado mostra alterações significativas no valor médio do desejo de evacuação e da pressão de evacuação a 2 cm. Em relação ao volume necessário para ocorrer o desejo de evacuação, o grupo 2 apresenta valor médio superior; com 126,95 ml e 103,68 ml no grupo 1. Na pressão evacuatória a 2 cm, o grupo 2 apresenta valor médio de 59,85 mmHg e o grupo 1 valor de 42,92 mmHg. Também encontramos tendência à alteração na primeira sensação de evacuação e índice de fadiga. Na primeira sensação o valor médio do grupo 2 foi 78,6959 e no grupo 1 foi 51,5989. Já no índice de fadiga o grupo 2 apresenta valor médio de 1,14, enquanto no grupo 1, o valor foi de 1,55. Encontramos vários pacientes constipados com anismus, achado não encontrado no grupo controle. Concluímos com os valores obtidos que a manometria anal é um exame válido para análise de alteração pressórica relacionada a constipação, ajudando ao médico a principalmente verificar dificuldades funcionais e de percepção de fezes, além de pacientes com tendência a hipotonia esfinteriana.

#### TL087 - ANÁLISE DE VETOR VOLUME MANOMÉTRICO EM CRIANÇAS COM ENCOPRESE

MARIA AUXILIADORA PROLONGATTI CESAR; REBECA HARA NAHIME; ANTONIO TOUFIC FRANCIS; ALEXANDRÉ HENRIQUE KALLAUR GRANGEIRO; RENAN PHILIP SERRA DE MELLO; SERGIO AUGUSTO YUKIO HISSAYAS-SU; LUISA PRESOTO TSUBONE; CIRO JOÃO BERTOLLI  
UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL.

Resumo: A encoprese é doença comum, que acomete principalmente crianças, muitas vezes gerada por distúrbios emocionais associados à constipação. Para essa pesquisa foram utilizadas manometrias de crianças atendidas nos ambulatórios de gastro pediatria e fisiologia anal do Hospital Universitário de Taubaté no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012 com a finalidade de buscar diferenças nas pressões relacionadas a área e índice de assimetria, sensibilidade retal e reflexo inibitório anal em crianças constipadas sem encoprese (grupo 1) e constipadas com encoprese (Grupo 2). O aparelho utilizado foi o manômetro de perfusão com 8 canais. Utilizando o programa estatístico de Mann-Witney encontramos diferença no índice de assimetria no repouso a 2 cm com média no grupo 1 de  $39,07 \pm 18,38$  mmHg e  $26,68 \pm 25,03$  no grupo 2. O mesmo ocorreu em relação ao índice de contração a 2 cm. A área em repouso a 1 cm apresentou valores próximos de significância, sendo menor no grupo com encoprese. Muitos valores semelhantes, o que seria esperado em uma doença única, a constipação, que tem repercussões diferentes em pacientes diferentes (encoprese), questionamos se não teria relação com um reflexo inibitório anal com relaxamento contínuo devido a presença constante de fezes na ampola retal de crianças que desenvolvem encoprese. Concluímos que o fato da encoprese ocorrer pode ser relacionada com diferenças de área pressórica de repouso e contração.

#### TL088 - USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

MARIANE FERREIRA DALLE PIAGGE; BRUNA SCHWAN GUERINI; THIAGO IBIAPINA; ANTONIO CARLOS BARAVIERA; THIAGO AGOSTINI BRAGA; ANDRÉ LUIS CORTEZ MINCHILLO; MARISTELA GOMES ALMEIDA; VINICIO FALLEIROS  
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII) – Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU) são afecções crônicas cuja etiopatogenia ainda não é bem esclarecida e desafiam médicos para o controle dos sinais e sintomas, principalmente nos doentes com manifestações mais graves. O tratamento sempre visou o controle dos sintomas para possível remissão dos mesmos, com o uso de diversas classes de medicamentos e intervenções cirúrgicas quando necessário. O desenvolvimento de drogas que interferem no processo inflamatório, tais quais os anticorpos anti-TNF, estão revolucionando as metas antes propostas para controle das DII. Conhecidas como “terapia biológica” (TB), tais drogas

atingiram a cicatrização da mucosa intestinal inflamada, mudando o objetivo do tratamento da DII. Sua indicação é precisa em casos mais graves, porém ainda permanece controverso nas fases iniciais ou manifestações mais brandas da DII, e do seu impacto em longo prazo nessas situações. Assim, são necessários mais estudos quanto às indicações, complicações e respostas da TB. Objetivo: Avaliar indicações, complicações e resposta da TB em grupo de pacientes com DII. Método: Estudo retrospectivo por levantamento de prontuário de pacientes de um ambulatório de Coloproctologia com diagnóstico de DII. Destes, foram selecionados os pacientes em uso atual ou prévio de TB para serem avaliadas as indicações, complicações e respostas desse tratamento. Resultados: Dos 50 pacientes estudados, 14 fizeram uso de terapia biológica pelas seguintes indicações: refratariedade ao tratamento instituído anteriormente, uso crônico de corticosteroides, anemia com necessidade de múltiplas transfusões, recidiva pós-cirúrgica e doença perianal. Durante o uso de terapia biológica, alguns pacientes apresentaram complicações, das quais as mais frequentes foram: vasculite, artrite, cefaleia e náuseas e perda da resposta ao medicamento. Dos pacientes com acometimento colônico, 07 apresentaram cicatrização da mucosa e encontram-se assintomáticos. Conclusão: O uso da TB apresenta bons Resultados de controle de sintomas e de cicatrização de lesões, mudando o enfoque do tratamento da DII. No entanto, ainda é utilizada apenas em casos selecionados, geralmente nas formas mais graves ou que implicam em alteração importante da qualidade de vida.

**TL089 - PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATORIA INTESTINAL EM ACOMPANHAMENTO REGULAR NO ANO DE 2013 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS**

CAROLINA CHACON CONSENTINO; ROSANE LOUZADA; LEONARDO GUEDES; JOAO AGUIAR PUPO NETO *UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Doença Inflamatória Intestinal (DII) que inclui a Doença de Crohn (DC), Retocolite Ulcerativa (RCU) e Colite indeterminada, é ainda uma doença de origem desconhecida, que apresenta condições inflamatórias crônicas, consequentes a ativação persistente e inadequada do sistema imune. Trabalhos retrospectivos tem demonstrado aumento da incidência de DII não só nos países desenvolvidos, mas também nos em desenvolvimento. Objetivo: Apresentar Resultados epidemiológicos referentes aos pacientes portadores de DII em atual acompanhamento ambulatorial em serviço de coloproctologia de Hospital Universitário, Material e Métodos: Estudo retrospectivo descritivo, do tipo coorte longitudinal. Sendo realizada revisão dos prontuários dos pacientes portadores de DII do serviço de coloproctologia do Hospital Universitário, em acompanhamento no ano de 2013. Resultados: Atualmente 185 pacientes encontram-se em acompanhamento ambulatorial, sendo 132 pacientes (71,3%) com DC, 47 pacientes (23,5%) com RCU e 6 pacientes (3,2%) com DII em

investigação. A média de tempo de doença que os pacientes apresenta é de 16,9 anos, já a média do tempo de diagnóstico é de 13 anos. 84, 8% dos pacientes iniciou o quadro antes dos 40 anos, e 15,2% após os 40 anos. O tipo de apresentação mais prevalente no pacientes com RCU foi apandolite, presente em 18 pacientes (38,2%). Já na DC a manifestação mais prevalente foi a perianal, em 77 pacientes (58%); sendo que 48 destes apresentam doença perianal associado a manifestação retal e 20 pacientes associado a manifestação colônica. A azatioprina é a droga mais utilizada no tratamento, usada em 52,9% dos casos, 98 pacientes. 31,8% dos pacientes encontram-se em uso de biológico (Infliximabe ou Adalimumabe). 104 pacientes (56,2%) já foram submetidos a algum tipo de cirurgia para o tratamento de DII. 28,6% (53 pacientes), apresenta manifestações extra-intestinais, sendo as articulares as mais comuns, presente em 33 pacientes. Apenas 10 pacientes (5,4%) apresentam história familiar positiva para DII. 90 pacientes (48,6%) dos pacientes apresentam complicações da doença ou decorrentes do tratamento. Conclusão: A DII ainda não tem etiologia bem definida, e apesar do aumento do número de casos, é pouco prevalente. A análise de dados epidemiológicos contribui para otimizar a abordagens terapêutica. A prevalência de doença perianal na DC certamente se dá por tratar-se de ambulatório de proctologia

**TL090 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA APLICAÇÃO DE ENEMAS COM SUCRALFATO EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO**

CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOSÉ AIRES PEREIRA; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; ALICE MOREIRA DIAS; RONALDO NONOSE *UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: A colite de exclusão (CE) é uma doença inflamatória que se desenvolve em segmentos desprovidos de trânsito fecal. O sucralfato (SCF) complexo formado pelo octossulfato de sacarose e hidróxido de polialumínio vem se demonstrando eficaz para o tratamento de diferentes formas de colite, porém, até a presente data, os efeitos do SCF ainda não foram avaliados na CE. Objetivo: Avaliar se a aplicação de clisteres contendo SFC melhora as alterações histológicas encontradas em modelo experimental de CE. Métodos: Trinta e seis ratos foram submetidos à derivação do trânsito no cólon direito pela confecção de colostomia proximal e fistula mucosa distal. Os animais foram divididos em dois grupos experimentais de acordo com o sacrifício ser realizado após duas ou quatro semanas do procedimento cirúrgico. Cada grupo experimental foi dividido em três subgrupos de seis animais segundo terem sido submetidos à aplicação diária com enemas contendo solução fisiológica a 0,9 ou SCF nas concentrações de 1,0g/kg/dia ou 2,0 g/kg/dia. O diagnóstico de CE nos segmentos sem trânsito foi estabelecido por estudo histopatológico considerando-se as seguintes variáveis: perda epitelial, formação de abscessos nas criptas, população de células calciformes,

infiltrado inflamatório e a presença de fibrose. Para análise estatística adotou-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis estabelecendo-se para ambos, nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: Verificou-se que a aplicação diária de enemas com SCF diminui a perda epitelial, a formação de abscessos nas criptas cólicas, o infiltrado inflamatório e a presença de fibrose tecidual ( $p < 0,05$ ), não relacionada ao tempo de intervenção. A intervenção com SCF preserva a população de células caliciformes. Os efeitos da substância na preservação do epitélio cólico, na redução do processo inflamatório e conseqüente formação de abscessos nas criptas cólicas encontram-se relacionado à concentração utilizada, enquanto a redução da fibrose tecidual a concentração e ao tempo de intervenção. Conclusão: A aplicação preventiva de enemas com SCF reduz o processo inflamatório em segmentos cólicos desprovidos de trânsito intestinal.

#### TL091 - DOENÇA DE CROHN E NEOPLASIA DE COLON - RELATO DE CASO

MARINA GABRIELLE EPSTEIN<sup>1</sup>; KARIME LUCAS<sup>2</sup>; LUIZ VAGNER SIPRIANI JUNIOR<sup>1</sup>; DIEGO FERREIRA ANDRADE GARCIA<sup>1</sup>; ORLANDO CONTRUCCI<sup>1</sup>; MURILLO LIMA FAVARO<sup>1</sup>; SARA VENOSO COSTA<sup>1</sup>; MARCELO AUGUSTO FONTENELLE RIBEIRO JUNIOR<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Objetivo: relatar um caso raro de adenocarcinoma de colon ascendente em paciente com doença de Crohn. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 25 anos com diagnóstico de doença de Crohn há 15 anos procurou pronto atendimento com dor abdominal de moderada intensidade, hematoquezia e perda ponderal de 15 kg em seis meses. Em tratamento com infliximab 350mg a cada 8 semanas e azatioprina 50mg/dia há 3 anos. Encontrava-se em regular estado geral, normocárdico e afebril. Abdome doloroso em mesogástrio e hipocôndrio direito. Paciente havia realizado uma colonoscopia em outro serviço há 3 anos, com hiperemia em íleo distal e válvula ileocecal, pancolite, com erosões planas recobertas por fibrina. Apresentava dois pólipos sésseis no colon transversal, um de 20mm e outro 8mm. O anátomo-patológico revelou tratar-se de adenomas tubulares. Nova colonoscopia mostrou lesão vegetante, ulcerada e estenosante em cólon transversal e pancolite enantemática leve. A tomografia computadorizada de abdome total mostrou espessamento parietal segmentar do cólon na região da flexura hepática e aumento do número e dimensões dos linfonodos mesentéricos regionais. Optado por realizar uma colectomia total com linfadenectomia e ileoretoanastomose termino lateral. Anatomia patológica revelou tratar-se de adenocarcinoma mucinoso invasivo de colon ascendente, com invasão perineural e angiovascular com metástase de em linfonodos regionais (1/82). Imunohistoquímica apresentou imunopositividade negativa para marcadores de enzima de reparo MLH1 e PMS2, favorecendo associação com fenótipo de instabilidade microsatélites. Discussão: Na doença de Crohn,

os fatores de risco para neoplasia são muito limitadas. Em um estudo coorte realizado em pacientes com doença de Crohn, em acompanhamento por mais de vinte anos, apenas 1% tiveram neoplasias de cólon detectadas. As características clínicas incluem uma longa história de doença de Crohn, pacientes jovens, do sexo masculino. O tipo histológico mais prevalente foi o adenocarcinoma mucinoso. O tratamento é cirúrgico preconizado, devido a agressividade da neoplasia, é a colectomia total com linfadenectomia. Conclusão: O caso apresentado mostra características observadas na maioria dos pacientes com doença de Crohn que desenvolvem neoplasia. Pacientes com fatores de risco tais como história familiar, extenso comprometimento inflamatório e tempo de existência da doença superior a 10 anos devem ser submetidos a colonoscopia anual.

#### TL092 - IMPACTO DO USO DO INFLIXIMABE NO TRATAMENTO DA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSÉ FAGUNDES; RAQUEL FRANCO LEAL; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; MICHEL GARDERE CAMARGO; LÚCIA HELENA L. TOMIATO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Nas últimas décadas, o aparecimento de novas opções no tratamento clínico da Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) pode influenciar o curso da doença em muitos doentes. Objetivo: Avaliar a eficácia do uso do Infliximabe (IFX) na RCUI refratária ao tratamento convencional. Casuística e Métodos: No Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Serviço, 39 pacientes com RCUI receberam IFX devido intratabilidade clínica, entre julho de 2006 e abril de 2013. A dose empregada foi de 5mg/kg, com indução de 0, 2 e 6 semanas e manutenção a cada 60 dias. Resultados: Dezesesseis pacientes (53,3%) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 37,2 (11-79 anos). Dezenove doentes (63,3%) eram portadores de pancolite, 6 (20,0%), de colite esquerda e 5 (16,7%), de colite distal. Quinze (50,0%) utilizaram monoterapia com IFX, 8 (26,7%), associação com salicilatos, 6 (20,0%), com azatioprina e 1 doente (3,3%) utilizou IFX, azatioprina e salicilato. A média de aplicações foi de 12,3 (3-51) doses. Seis doentes apresentaram reação infusional e as complicações infecciosas apresentadas foram: infecção urinária, sinusite, conjuntivite, faringite, amigdalite, otite, cocxsackie, abscesso perianal e abscesso dentário. Dezesete doentes (56,7%) estão assintomáticos, 8 (26,6%) apresentaram melhora parcial e 5 (16,7%), não responderam ao tratamento com IFX. Deste último grupo, 4 doentes foram operados e um melhorou com a utilização de Adalimumabe. Dos doentes operados, todos eram portadores de pancolite e 3 deles eram pacientes muito jovens. Atualmente, 21 doentes ainda utilizam IFX, 6 passaram a utilizar Adalimumabe (3 por reação infusional e 3 que tiveram perda de resposta ao IFX),

1 doente operado não utiliza medicação e 2 doentes perderam seguimento. Entre os doentes clinicamente assintomáticos, 10 realizaram colonoscopias de controle, sendo que 8 deles têm também remissão endoscópica, um doente apresenta doença com atividade leve e outra moderada. Conclusão: Apesar da eficácia do uso de Infiximabe na RCUI refratária à terapia convencional, um significativo número de pacientes ainda necessita de tratamento cirúrgico da doença.

**TL093 - INFLUÊNCIA DA PSICOTERAPIA BREVE TRANSPESSOAL EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN**

ARLETE SILVA ACCIARI<sup>1</sup>; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO<sup>1</sup>; FREDERICO CAMELO LEAO<sup>2</sup>; RAQUEL FRANCO LEAL<sup>1</sup>; JOAO JOSÉ FAGUNDES<sup>1</sup>; PRISCILA S.P. OLIVEIRA<sup>1</sup>; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI<sup>1</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>1</sup>

1. UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2. USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Doença de Crohn (DC) é uma enfermidade crônica, com tratamento contínuo e prolongado. Além sintomas de físicos como dor abdominal, diarreia e emagrecimento, os pacientes são acometidos por crises de ansiedade, depressão e perda na qualidade de vida, sendo recomendado o acompanhamento psicológico. Objetivos: Investigar a influência do processo psicoterapêutico em pacientes com DC quanto à qualidade de vida, estado de saúde geral, ansiedade, depressão e estados de desesperança, e avaliar a utilização da Abordagem Integrativa Transpessoal (AIT) como um referencial possível em Psicoterapia Breve Transpessoal (PBT). Casuística e Métodos: A amostra foi composta por 11 pacientes com DC acompanhados no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais “Prof. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes – GASTROCENTRO – UNICAMP, de ambos os sexos e com idade entre 25 e 55 anos. Utilizou-se o método clínico e o procedimento consistiu no atendimento em PBT com referencial teórico da AIT, com coleta de dados antes e depois da psicoterapia. Para coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico (QSD), Índice de Atividade da Doença de Crohn (IADC), Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), Inventário de Ansiedade (BAI), Inventário de Depressão (BDI) e Escala de Desesperança (BHS). Para a análise de Resultados utilizou-se a análise descritiva e a metodologia estatística, com teste de Wilcoxon. Resultados: A intervenção mostrou-se eficaz para todos os instrumentos avaliados ( $P < 0,5$ ), com melhor resultado para redução da depressão (-76,8%), ansiedade (-62,0%), seguido do estado de desesperança (-61,2%), com melhora no estado de saúde geral (40,4%) e qualidade de vida (35,3%). A atividade da doença avaliada pelo IADC apresentou redução de 38,1%. Conclusão: O processo psicoterapêutico trouxe significativos benefícios aos pacientes com DC e influencia o quadro clínico destes reduzindo níveis de ansiedade, depressão, estados de desesperança e a severidade da DC, com melhora no estado de saúde geral e qualidade de vida. A PBT, se aplicada de maneira sistemática, é uma abordagem possível em PBT.

**TL094 - QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE RESERVATÓRIO ILEAL POR RETOCOLITE ULCERATIVA**

CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; MARCELA GONÇALVES DE TILLO; UMBERTO MORELLI; LARISSA BERBET ARIAS; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSÉ FAGUNDES  
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Retocolectomia com reservatório ileal (RI) é o procedimento cirúrgico padrão para o tratamento da Retocolite Ulcerativa (RCUI) e esta associada a perspectiva de cura A experiência adquirida ao longo dos anos evidenciou a ocorrência de elevado número de complicações assim como distúrbios evacuatórios que podem comprometer a qualidade de vida (QoL). Objetivo: Avaliar a qualidade de vida em portadores de RI por RCUI. Pacientes e Métodos: Foi empregado IBDQ, validado em português na avaliação da QoL em portadores de RI. Results: Foram avaliados 31 pacientes submetidos a RI pelo mesmo grupo. QoL foi classificada como regular em todos os domínios avaliados (sintomas intestinais e sistêmicos e aspectos emocionais e sociais). Não houve diferenças em relação ao sexo, tipo de reservatório ou tempo de pós-operatório. Entretanto, pacientes idosos apresentaram uma tendência a escores mais baixos. Atividade profissional relacionou-se com escores mais altos em sintomas sistêmicos e aspectos sociais ( $p < 0,05$ ). Portadores de ileostomia apresentaram valores mais baixos nos domínios sintomas sistêmicos, aspectos emocionais e sociais ( $p < 0,05$ ). Conclusão: Em todos os domínios avaliados, portadores de RI por RCUI apresentaram QoL classificada como regular. Ileostomia e inatividade profissional influenciaram negativamente a QoL.

**TL095 - INFLUÊNCIA DA TERAPIA BIOLÓGICA NAS TAXAS DE RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN: UM ESTUDO PILOTO, MULTICÊNTRICO E OBSERVACIONAL**

RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; LEONARDO RIOS SANTANA<sup>1</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; IDBLAN ALBUQUERQUE DE CARVALHO<sup>2</sup>; FÁBIO VIEIRA TEIXEIRA<sup>3</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>4</sup>; ROGÉRIO SAAD HOSSNE<sup>5</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>

1. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2. HOSPITAL HELIOPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. GASTROSAUDE, MARILIA, SP, BRASIL; 4. SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DA FMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 5. DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: A recorrência endoscópica pós-operatória ocorre em cerca de 75% dos pacientes com doença de Crohn (DC) após um ano, e sua profilaxia pode ser feita com antibióticos, tiopurinas e terapia biológica. O objetivo do presente estudo foi analisar a influência do uso de biológicos nas taxas de recorrência endoscópica após ileocolectomias em portadores

de DC, em comparação ao tratamento convencional. Método: estudo multicêntrico retrospectivo e observacional, com portadores de DC submetidos a ileocectomia D que realizaram seguimento endoscópico para análise de recorrência. Variáveis analisadas: dados demográficos, classificação de Montreal, procedimentos associados, via de acesso, presença de DC residual, medicamentos utilizados no pré e pós-operatório e recorrência endoscópica pela classificação de Rutgeerts. Recorrência foi definida como Rutgeerts  $\geq$  i-2. Os pacientes foram classificados de acordo com o tipo de profilaxia pós-operatória em dois grupos: terapia convencional e biológica. As taxas de recorrência endoscópica foram analisadas e comparadas entre os grupos. A comparação entre os grupos em relação a variáveis quantitativas foi feita pelo teste t de Student para amostras independentes ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, e para qualitativas o teste exato de Fischer. Resultados: foram analisados 85 pacientes, 48 do gênero masculino (56,8%), com média de idade de 33,1 (14-63) anos e duração da DC média de 84,5 (2-300) meses. Destes, 56 (65,9%) utilizaram biológicos após a cirurgia e 29 (34,1%) realizaram apenas tratamento convencional. Os grupos não foram homogêneos, e diferiram em relação a idade a cirurgia (30,5 anos com biológicos x 38,1 anos sem -  $p=0.006$ ), duração da doença (96,6 meses x 61,1 meses -  $p=0.046$ ) e uso concomitante de azatioprina (64,29% x 37,93% -  $p=0.024$ ). O tempo médio de realização da colonoscopia após os procedimentos foi de 12,82 (3-120) meses. As taxas de recorrência endoscópica encontradas foram de 30,36% no grupo da terapia biológica e 37,93% no grupo de tratamento convencional ( $p=0.627$ ). Conclusões: não houve diferença significativa entre o uso da terapia biológica e o tratamento convencional na prevenção da recidiva endoscópica pós-operatória da DC nesta análise. A não-homogeneidade dos grupos, associada a metodologia retrospectiva e a grande variabilidade no tempo de realização da colonoscopia após as cirurgias pode ser a justificativa para esses achados, que divergem dos achados da literatura.

#### TL096 - FATORES DE RISCO PARA RECORRÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN: DADOS DE UM ESTUDO MULTICÊNTRICO

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; FÁBIO VIEIRA TEIXEIRA<sup>2</sup>; ROGÉRIO SAAD HOSSNE<sup>3</sup>; IDBLAN ALBUQUERQUE DE CARVALHO<sup>4</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>5</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>

1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.GASTROSAUDE, MARILIA, SP, BRASIL; 3.SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - FMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4.HOSPITAL HELIOPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: o tratamento cirúrgico da doença de Crohn (DC) não resulta em cura, e as recorrências clínicas e endoscópicas são frequentes. Características fenotípicas, histopatológicas, medicações e tipos de procedimentos cirúrgicos

podem influenciar as taxas de recorrência endoscópica após ressecções intestinais na DC. O objetivo do presente estudo foi analisar fatores de risco para recorrência pós-operatória em uma coorte de portadores da doença previamente operados.

MÉTODO: estudo multicêntrico retrospectivo e observacional, com portadores de DC submetidos a ileocectomia D que realizaram seguimento endoscópico para análise de recorrência. Variáveis analisadas: dados demográficos, classificação de Montreal, procedimentos associados, via de acesso, tipo de anastomose, presença de DC residual, medicamentos utilizados no pré e pós-operatório, presença de granulomas e recorrência endoscópica pela classificação de Rutgeerts. Recorrência foi definida como Rutgeerts  $\geq$  i-2. Os pacientes foram classificados em dois grupos, de acordo com a presença de recorrência endoscópica na colonoscopia realizada no pós-operatório. As variáveis do estudo foram testadas para se analisar fatores de risco para recorrência. Para avaliação de variáveis qualitativas foi usado o teste exato de Fisher ou o teste de Qui-quadrado. Para variáveis quantitativas foi feita usando-se o teste t de Student para amostras independentes ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney ( $p<0.05$ ). Resultados: foram analisados 85 pacientes, 48 do gênero masculino (56,8%), com média de idade de 33,1 (14-63) anos e duração da DC média de 84,5 (2-300) meses. Destes, 28 (32,9%) apresentaram recorrência endoscópica e 57 (67,1%) não. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação a idade ( $p=0.753$ ), duração da DC ( $p=0.193$ ), tamanho do espécime ressecado ( $p=0.536$ ), presença de granulomas ( $p=1.000$ ), localização da DC ( $p=0.792$ ), forma de apresentação ( $p=0.329$ ), tabagismo ( $p=0.565$ ), tipo de anastomose ( $p=1.000$ ) e DC perianal ( $p=1.000$ ). A única variável que apresentou significativa diferença foi o uso de corticoides no pré-operatório (50% nos pacientes com recorrência e 26,5% nos sem) com  $p=0.044$ . Conclusões: uso de corticoides no pré-operatório foi o único fator de risco para recorrência pós-operatória encontrado nesse estudo piloto e multicêntrico. Não se identificou outro fator de risco relacionado a características fenotípicas, histopatológicas ou a técnica cirúrgica de anastomose empregada.

#### TL097 - MORTALIDADE EM PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO - RESULTADOS E UMA SÉRIE DE CASOS

RENATO VISMARA ROPELATO<sup>1</sup>; ILARIO FROEHNER JUNIOR<sup>1</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; ERON FÁBIO MIRANDA<sup>1</sup>; JULIANA FERREIRA MARTINS<sup>1</sup>; JULIANA GONÇALVES ROCHA<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>

1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCUI) apresentam distribuição global e incidência crescente ao longo dos anos. A partir da década de 60, a mor-

talidade dos portadores destas doenças teve declínio devido a novas terapêuticas clínicas e cirúrgicas. Importante proporção destes doentes é submetida a procedimentos cirúrgicos no decorrer das suas vidas. O objetivo deste estudo foi avaliar a mortalidade e as causas dos óbitos em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da DC e RCUI, discriminando as características demográficas e relacionando os fatores de risco. Método: estudo retrospectivo, longitudinal, que incluiu os pacientes portadores de DII de Janeiro de 2004 a Junho de 2013 submetidos a operações abdominais ou perineais em um centro de referência. As taxas de mortalidade foram estabelecidas em proporção, e os casos de óbitos foram discriminados e avaliados individualmente. Resultado: Cento e noventa operações foram realizadas em 113 pacientes, sendo 23 em 13 pacientes (RCUI) e 167 em 100 pacientes (DC). A média de idade dos grupos foi 38,1 e 36,6 anos, respectivamente. No grupo RCUI ocorreram 13 operações de ressecção intestinal, 5 de reconstrução de trânsito e 5 outros procedimentos. No grupo DC, foram realizadas 92 operações abdominais em 68 pacientes e 75 procedimentos perineais em 47 pacientes. No subgrupo DC - abdominal, ocorreram 37 colectomias, 21 enterectomias, 17 colectomias associada à enterectomias e 17 outros procedimentos. Do total de 6 óbitos, 1 ocorreu no grupo RCUI e 5 no DC, (4 associados à doença). Nenhum óbito ocorreu em pacientes submetidos apenas a procedimentos perineais. A mortalidade geral foi de 5,3% (do total de pacientes) e 3,15% (do total de operações). Para a DC, 5% e 2,99%, e para a RCUI 7,69% e 4,34%, respectivamente. Os óbitos associados à DC e RCUI foram todos após procedimentos de urgência. Em 4 pacientes foram realizadas colectomias, associadas ou não a enterectomias, recebendo corticoides endovenosos e apresentando desnutrição. A *causa mortis* de todos os pacientes foi séptica: respiratória (n=2) abdominal (n=1), progressão da Síndrome de Fournier (n=1) e fúngica (n=1). Conclusões: A mortalidade no tratamento cirúrgico das DII variou entre 315 a 5,3% dos casos operados, taxa semelhante a descrita na literatura mundial. Os principais fatores de risco associados foram: procedimentos de urgência / emergência, ressecções intestinais, desnutrição e corticoterapia.

#### TL098 - COLITE INDETERMINADA EM JOVEM

JACQUELINE JÉSSICA DE MARCHI; MARDEM MACHADO DE SOUZA; NAW-ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D ALMEIDA; TALITA DE ANDRADE SANTOS MOLINA; MARIA MERCEDES AMAYA GUTIERREZ; MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES  
HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO DE CUIABÁ, CUIABÁ, MT, BRASIL.

Resumo: Introdução: A DC e a RCUI diferem quanto à evolução e as formas de apresentações clínicas e resposta ao tratamento; o que permite caracterizá-las como entidades distintas em cerca de 90% dos casos. Entretanto 10% dos pacientes apresentam doença inflamatória intestinal inespecífica, notadamente com processo inflamatório dos cólons e reto, resultando a designação "colite indeterminada". A DC e a RCUI exibem características

comuns a outras doenças, que associado ao fato de não haver um marcador diagnóstico patognomônico, impõe a necessidade de diagnóstico diferencial. MÉTODO: Relato de Caso e revisão da literatura de colite indeterminada. C.H.S, sexo feminino, parda, 20 anos, procedente e natural de Cáceres-MT, admitida no Hospital Geral Universitário, UNIC, apresentando queixa de dor abdominal tipo cólica, associada a intensa enterorragia, astenia e picos febris por duas semanas. Perda de peso importante e anemia. Diagnóstico anterior de Retocolite Ulcerativa há oito meses. A colonoscopia evidenciou "retocolite ulcerativa com distribuição difusa e intensidade acentuada em todo cólon e reto". Biópsia evidenciando "colite crônica acentuada erosiva ativa". Fez uso de Prednisona 40mg/dia, Mesalazina 4g/dia, Azatioprina 100mg/dia, e terapia biológica com Infiximabe 300mg, antibioticoterapia (Ciprofloxacino e Metronidazol). Durante a internação foi submetida a transfusões sanguíneas (10 concentrados), sem melhora; optou-se então por tratamento cirúrgico. Realizado colectomia total com ileostomia terminal e fechamento de coto retal. O laudo histopatológico da peça cirúrgica evidenciou "Doença de Crohn em intestino grosso". Devido à contrariedade diagnóstica, solicitamos nova avaliação da lâmina que mostrou processo inflamatório transmural. Após tratamento cirúrgico, foi coletado ASCA IgG negativo (5,13) IgA negativo (7,01) e ANCA não reagente. Realizada também endoscopia digestiva alta e trânsito de intestino delgado: sem alterações. Paciente realizou reconstrução do trânsito intestinal com confecção de bolsa ileal em J (Double Stapled), permanecendo internada em nosso serviço seis dias no pós-operatório, apresentando boa evolução clínica e recebendo alta em bom estado. Conclusão: Apesar das controvérsias, a CI delimita uma parcela significativa dos pacientes portadores de DII, e dentre eles, boa parte não evoluirá para RCUI ou DC. O tratamento multidisciplinar é fundamental nesses casos. Para decidirmos sempre o melhor tratamento clínico e a hora correta de abordá-lo cirurgicamente.

#### TL099 - TERAPIA BIOLÓGICA NA PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN: HÁ DIFERENÇAS ENTRE O INFILIXIMABE E O ADALIMUMABE?

PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; IDBLAN ALBUQUERQUE DE CARVALHO<sup>2</sup>; FÁBIO VIEIRA TEIXEIRA<sup>3</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>4</sup>; ROGÉRIO SAAD HOSSNE<sup>5</sup>

1. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2. HOSPITAL HELIOPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. GASTROSAUDE, MARILIA, SP, BRASIL; 4. DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 5. SERVIÇO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - FMB/UNIFESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: a terapia biológica desempenha papel importante na prevenção da recorrência endoscópica em portadores de doença de Crohn (DC) submetidos a tratamento



cirúrgico. Estudos prospectivos demonstraram a maior efetividade entre o uso deste tipo de tratamento em relação a terapia convencional. Não há dados comparativos entre o Infiximabe (IFX) e o Adalimumabe (ADA) na prevenção da recorrência. O objetivo do presente estudo foi comparar as taxas de recorrência endoscópica pós-operatória entre pacientes que utilizaram o IFX e o ADA. Método: estudo multicêntrico retrospectivo e observacional, com portadores de DC submetidos a ileocolectomia D que utilizaram biológicos após os procedimentos e realizaram seguimento endoscópico para análise de recorrência. Variáveis analisadas: dados demográficos, classificação de Montreal, medicamentos utilizados no pré e pós-operatório e recorrência endoscópica pela classificação de Rutgeerts. Recorrência foi definida como Rutgeerts  $\geq$  i-2. Os pacientes foram classificados de acordo com o tipo de agente biológico utilizado em dois grupos: ADA e IFX. As taxas de recorrência endoscópica foram analisadas e comparadas entre os grupos. A comparação entre os grupos em relação a variáveis quantitativas foi feita pelo teste t de Student para amostras independentes ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, e para qualitativas o teste exato de Fischer. Resultados: de uma coorte inicial de 85 pacientes, provenientes de 4 centros de referência no manejo de doenças inflamatórias intestinais, foram incluídos 56 portadores de DC que usaram biológicos após as cirurgias. Destes, 28 utilizaram IFX e 28 ADA. Os grupos foram homogêneos em relação aos dados demográficos, classificação de Montreal, duração da DC no momento da cirurgia, drogas utilizadas no pré-operatório, técnica cirúrgica empregada, entre outras variáveis. A recorrência endoscópica pós operatória foi detectada em 8/28 usuários de ADA (28,57%) e em 9/28 usuários de IFX (32,14%) - (p=1.000). Conclusões: não houve diferença significativa entre o tipo de medicamento biológico utilizado em relação a presença de recorrência endoscópica pós-operatória. Esses achados sugerem, ao menos no cenário da prevenção da recorrência, um efeito de classe entre os dois agentes anti-TNF analisados. Aguarda-se a realização de estudos comparativos prospectivos entre as duas drogas para conclusões com maior nível de evidência.

#### TL100 - USO DE AGENTES BIOLÓGICOS NA DOENÇA DE CROHN: QUAL A REAL PREFERÊNCIA DOS PACIENTES?

LEONARDO RIOS SANTANA<sup>1</sup>; RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; RENATO VISMARA ROPELATO<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>3</sup>; JULIANO COELHO LUDVIG<sup>4</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>

1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 3.DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 4.ESADI, BLUMENAU, SC, BRASIL.

Resumo: Introdução: Atualmente, os imunobiológicos mais utilizados no Brasil para o tratamento da doença de Crohn

(DC) são o Infiximabe (IFX) e o Adalimumabe (ADA). Todos possuem eficácia comprovada no manejo dessa enfermidade. Entretanto, a decisão para se escolher qual o agente biológico a ser utilizado pode ser influenciada pelo modo de administração do medicamento, preferência do médico ou do próprio paciente. O objetivo desse estudo foi avaliar a preferência desses pacientes em relação ao uso do ADA ou do IFX, e as razões para as suas escolhas. Métodos: Um questionário foi distribuído aos pacientes portadores de DC em uso de ADA após uso do IFX, provenientes de 2 centros de referência no manejo de doenças inflamatórias intestinais (DII). Os pacientes foram questionados, em uma situação hipotética, caso fossem disponibilizados os dois agentes anti-TNF para um retratamento futuro (intravenoso ou subcutâneo), qual deles seria escolhido, e quais foram as razões que fundamentaram as suas escolhas. Comparou-se o grupo de pacientes que fez uso das duas medicações com um outro grupo de pacientes que usaram apenas o ADA, para saber se a experiência de ter usado apenas uma, ou ambas as drogas, teve relevância estatística na escolha futura. Resultados: 60 pacientes foram incluídos, (53,3% o gênero masculino), com média de idade de 36,6 (19-66) anos. Os pacientes foram classificados em 2 grupos: os que utilizaram ADA após uso do IFX (n=29) e os que usaram somente o ADA (n=31). Dentre os pacientes que utilizaram as duas medicações (grupo de estudo), 72,4% tiveram preferência futura para uso do ADA, 13,79% prefeririam futuramente o IFX e 13,79% não opinaram. Entre os pacientes que utilizaram somente o ADA (grupo controle), todos prefeririam o próprio ADA em escolha futura, mostrando que a opinião dos pacientes que realmente experimentaram as duas drogas parece ser mais real nas opções terapêuticas (p=0.002). A razão mais citada para aqueles que preferiram ADA (62,5%) foi “melhor eficácia ou maior redução dos sintomas”, seguida de “conveniência” (16,1%), “não precisar de acompanhamento em centro especializado” (14,3%) e “facilidade da técnica de injeção” (7,1%). Conclusões: Houve uma tendência de preferência dos pacientes com DC para o retratamento com ADA, independentemente do uso prévio do IFX. Houve maior preocupação com a eficácia da droga em relação a conveniência de possibilidade de auto-aplicação deste fármaco.

#### TL101 - AUTO-APLICAÇÃO E ADERÊNCIA AO TRATAMENTO COM ADALIMUMABE NA DOENÇA DE CROHN

LEONARDO RIOS SANTANA<sup>1</sup>; LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; RENATO VISMARA ROPELATO<sup>1</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>2</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>3</sup>; JULIANO COELHO LUDVIG<sup>4</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>

1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 3.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 4.ESADI, BLUMENAU, SC, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: O adalimumabe (ADA) é um agente anti-TNF usado no tratamento da doença de Crohn (DC), com via de administração subcutânea, que pode ser administrado pelo próprio paciente, não sendo necessária a sua ida a centros especializados para a injeção. O objetivo desse estudo foi avaliar as taxas de auto-aplicação com o uso do ADA, bem como a aderência desses pacientes ao tratamento, o que pode ter reflexo direto na eficácia da terapêutica. Método: Um questionário foi distribuído aos pacientes portadores de DC em uso de ADA provenientes de 2 centros de referência no manejo de doenças inflamatórias intestinais (DII) do sul do Brasil. Os pacientes foram questionados em relação à realização ou não da auto-aplicação do ADA. Adicionalmente, foram questionados os motivos para não realização da mesma, e a presença de falhas nas datas de injeção, que significariam baixa aderência ao tratamento. Resultados: foram incluídos 60 pacientes, independentemente do uso prévio de infliximabe (IFX), com média de idade de 36,6 anos. Oitenta e três por cento dos entrevistados tinham ao menos o ensino médio completo. A maioria exercia alguma atividade laboral (85%). Apenas 26/60 pacientes (43,3%) realizaram, em algum momento do tratamento, a auto-aplicação. A maioria dos pacientes (56,7%) tinha a injeção realizada por terceiros. Os principais motivos justificados para a não realização da auto-aplicação foram não gostar de se injetar o medicamento (43,2%) e ter medo de errar a aplicação (24,3%), entre outros. Ainda, 63% dos entrevistados nunca esqueceram da data de administração do ADA, enquanto que 33,3% tiveram um esquecimento isolado, fazendo a administração no dia seguinte. Apenas 3,4% dos pacientes tiveram mais de um esquecimento da data da injeção. Conclusões: a maioria dos usuários de ADA na DC prefere a aplicação realizada por terceiros, sendo a auto-aplicação realizada em apenas 43,3% dos casos. As taxas de aderência ao tratamento são adequadas, sendo que 63,3% dos pacientes nunca perderam a data de aplicação. Melhor orientação dos pacientes e utilização de dispositivos específicos (canetas de auto-aplicação) podem melhorar esses resultados.

**TL102 - EFICÁCIA DO ADALIMUMABE NA MANUTENÇÃO DA REMISSÃO CLÍNICA POR 12 MESES NA DOENÇA DE CROHN: UM ESTUDO OBSERVACIONAL**

VINÍCIUS RESENDE ABOU-REJAILE<sup>1</sup>; LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; ERON FÁBIO MIRANDA<sup>1</sup>; MARIA CRISTINA SARTOR<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>; MARCIA OLANDOSKI<sup>3</sup>; ROGÉRIO SAAD HOSSNE<sup>4</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>

1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 3.DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 4.SERVICO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - FMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: atualmente três agentes biológicos estão aprovados para o tratamento da doença de Crohn (DC) no

Brasil: Infliximabe (IFX) e Adalimumabe (ADA) e Certolizumabe Pegol. O ADA, um anticorpo inibidor do fator de necrose tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) totalmente humano, apresenta eficácia de tratamento e segurança, em longo prazo, estabelecidos na literatura mundial. Os estudos sobre a droga em pacientes latino-americanos na DC são escassos. O objetivo principal desse estudo foi analisar as taxas de remissão clínica na manutenção da terapia com ADA por um período de 12 meses.

**MÉTODO:** estudo retrospectivo observacional de uma série de casos de pacientes com DC, que utilizaram o ADA como uma das formas de tratamento, em um único centro de referência em doenças inflamatórias intestinais (DII). Variáveis analisadas: dados demográficos, classificação de Montreal, drogas concomitantes, remissão clínica após 1, 4, 6 e 12 meses, eventos adversos, perda de resposta e uso prévio do IFX. Remissão clínica foi definida como um índice de Harvey-Bradshaw (HBI)  $\leq 4$ , utilizando os métodos de NRI (*non responder imputation*) e LOCF (*last observation carried forward*). Os dados foram analisados descritivamente, com tabelas de frequência e com intervalo de confiança de 95%. A influência do uso prévio do IFX nas taxas de remissão foi analisada com os métodos de Fischer e Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** 50 pacientes foram analisados com média de idade de 35 anos. A média do tempo de duração da doença no início do tratamento com a droga foi de 73,6 meses. A doença ileocólica foi observada em 58% dos pacientes e o fenótipo penetrante acometeu 76% dos casos. O envolvimento perianal ocorreu em 78% dos pacientes. A taxa de remissão clínica no período de 12 meses após início do ADA foi de 54% na análise NRI e 88% na análise LOCF. Após o período de 12 meses, as taxas de remissão observadas em pacientes previamente tratados com IFX foram menores do que aqueles sem tratamento biológico prévio (69,23% versus 94,59%, respectivamente,  $p = 0,033$ ). Conclusões: o ADA foi eficaz na manutenção da remissão clínica da DC após período de 12 meses (54% a 88% dos casos), com boa tolerabilidade. O ADA também se apresentou mais eficaz em doentes sem uso prévio do IFX.

**TL103 - EVENTOS ADVERSOS DO ADALIMUMABE NO MANEJO DA DOENÇA DE CROHN: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

LUCIANA APARECIDA UIEMA<sup>1</sup>; RODOLFF NUNES SILVA<sup>1</sup>; LEONARDO RIOS SANTANA<sup>1</sup>; VINÍCIUS RESENDE ABOU-REJAILE<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>

1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: a terapia biológica vem ocupando papel cada vez mais sólido no manejo da doença de Crohn (DC). O Adalimumabe (ADA) vem sendo utilizado para este fim desde 2007 e a experiência com sua utilização vem crescendo nos últimos anos com definição clara de sua eficácia e perfil de segurança. O objetivo deste estudo foi analisar a incidência e os

tipos de eventos adversos (EA) em uma coorte de portadores de DC em uso do ADA. Método: estudo retrospectivo, de uma série de casos de pacientes com DC provenientes de um único centro de referência, que utilizaram o ADA em qualquer fase do seu tratamento. Variáveis analisadas: dados demográficos, classificação de Montreal, duração da DC, tabagismo, DC perianal, medicamentos concomitantes, tempo de seguimento, presença e tipos de EA. Estes foram anotados e classificados quanto ao tipo. Foram avaliados, da mesma forma, os índices de interrupção do tratamento e suas respectivas causas. Resultados: foram analisados 45 pacientes, 25 do gênero masculino (55,5%). A média de idade ao início do tratamento foi de 35,7 (17-79) anos e a duração da DC média de 67,7 (2-312) meses. Segundo classificação de Montreal, 30 (66,7%) pacientes eram A2, 29 (64,5%) eram L3, 39 (86,6%) eram B3 e 35 (77,7%) apresentavam doença perianal. Os EA pelo uso de ADA ocorreram em 33 (73,3%) pacientes. O evento mais frequente foi a artralgia com 13 (39,4%) casos, seguida de reação no local da aplicação com 7 casos (21,2%) e cefaleia com 6 (18,2%) casos. Alguns pacientes apresentaram mais de um EA. Eventos sérios como tuberculose e sarcoidose ocorreram em 1 paciente cada. Dois pacientes apresentaram vasculite leucocitoclástica. Ocorreram 13 (28,9%) interrupções ao tratamento: 2 (16,7%) por eventos adversos, 2 (16,7%) por parada voluntária, 7 (58,3%) por perda de acesso ao ADA e 1 (8,3%) óbito por pneumonia de um paciente com síndrome do intestino curto. Conclusões: EA secundários à terapia com ADA foram encontrados em 73,3% dos pacientes. A maioria foi de eventos leves, com taxas semelhantes as encontradas na literatura internacional. Efeitos adversos sérios foram encontrados em menor porcentagem. O ADA é considerado um medicamento com perfil de segurança definido no manejo da DC.

#### TL104 - CIRURGIA DE ALTEMEIER PARA CORREÇÃO DE PROLAPSO RETAL: ANÁLISE DA CASUÍSTICA

LÍLIAN VITAL PINHEIRO; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; MICHEL GARDE-RE CAMARGO; RAQUEL FRANCO LEAL; JOAO JOSÉ FAGUNDES; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Prolapso retal é uma condição socialmente debilitante sendo caracterizado pela protrusão de todas as camadas da parede do reto através do ânus. Embora a cirurgia seja o tratamento de ideal, mais de 130 procedimentos cirúrgicos têm sido descritos, sugerindo que nenhum alcançou Resultados satisfatórios. OBJETIVO: Avaliar os Resultados da cirurgia de Altemeier para correção de prolapso retal realizadas em um Hospital Universitário de Ensino, analisando suas complicações e as taxas de recorrência. MÉTODOS: Análise retrospectiva de pacientes submetidos a Cirurgia de Altemeier no período de 1999 a 2012. Resultados: Vinte e nove doentes foram submetidos a 32 cirurgias de Altemeier no período. Destes, 22 (75%) eram mulheres, com média de idade de 65,6 anos (variando entre 31 a 91).

Previamente à cirurgia, 07 pacientes eram obstipados, 01 referia diarreia crônica, 05 apresentavam queixa de incontinência fecal, 08 tinham hábito intestinal normal e em 08 doentes esta informação não constava no prontuário. Dois pacientes já haviam sido submetidos à sacropromontofixação e outros dois, à correção de prolapso parcial, utilizando-se grampeador circular. O tempo médio de duração das queixas foi de 4,3 anos. Não houve complicações intra-operatórias e o tempo médio de internação foi de 3,9 dias. No pós-operatório imediato observou-se um paciente com edema agudo de pulmão e outro com infecção do sítio operatório. Dezoito pacientes (64%) evoluíram com incontinência fecal, 04 (14%) com urgência evacuatória e um (3,5%) com estenose da anastomose, sendo submetido à dilatação. Constatou-se a recidiva do prolapso em 06 casos (21,5%), com tempo médio de seguimento de 03 anos. Conclusão: O prolapso retal é uma doença pouco comum que pode complicar com o estrangulamento em 2 a 4% dos casos. A abordagem cirúrgica pode ser abdominal ou perineal. Dentre estas, a cirurgia de Altemeier demonstra baixa taxas de morbi-mortalidade no PO imediato, mesmo em paciente idosos. Esta cirurgia neste estudo mostrou-se um procedimento com poucas complicações, porém associada com significativa taxa de recorrência.

#### TL105 - ESTUDO DO CANAL ANAL POR MEIO DA MANOMETRIA ANAL PRÉ E PÓS HEMORROIDECTOMIA PELA TÉCNICA ABERTA

MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR<sup>1</sup>; FERNANDA PEREZ ADORNO DA SILVA<sup>2</sup>; RODRIGO CIOTOLLA BRUNO<sup>3</sup>

1.UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL;  
2.HOSPITAL AC CAMARGO, SÃO PAULO, SP, BRASIL;  
3.HOSPITAL VIVALLE, TAUBATE, SP, BRASIL.

Resumo: A doença hemorroidária, por sua grande incidência, desperta o interesse do cirurgião. A hemorroidectomia é utilizada entre 10 e 20% dos portadores de doença hemorroidária, sendo citada como o método mais duradouro. Alguns estudos admitem que ocorram alterações pressóricas em pacientes portadores de doença hemorroidária com retorno dos parâmetros normais após o procedimento cirúrgico. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o efeito da hemorroidectomia nas alterações das pressões do canal anal. Material e método – Realizou-se estudo prospectivo, em que foram avaliados a área, vetor volume, índice de assimetria e pressões médias (repouso, contração e expulsão). Para o estudo, os exames foram nomeados como Grupo 1 quando realizados no pré-operatório e Grupo 2 quando realizados no pós-operatório. Resultados – Os autores não encontraram diferenças em relação às pressões de canal anal, mas, em relação à área e vetor volume houve significância estatística. Conclusões – a hemorroidectomia não alterou as pressões do canal anal.

#### TL106 - PADRONIZAÇÃO DAS MEDIDAS ANATÔMICAS E FUNCIONAIS DO ASSOALHO PÉLVICO EM NULÍPARAS AVALIADAS POR ULTRASSONOGRÁFIA TRIDIMENSIONAL ENDOVAGINAL

STHELA MARIA MURAD-REGADAS; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA; LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBRERA BEZERRA; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO; IRIS DAIANA DE-ALCANFREITAS; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ *UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Entender a patogênese das disfunções do assoalho pélvico (AP) exige amplo conhecimento da anatomia. Os recentes avanços em tecnologias de imagem abriram novas possibilidades de investigação. No entanto, 30% das cirurgias são falhas e a principal causa é o desconhecimento da anatomia complexa e dificuldade no diagnóstico das patologias dessa região. Objetivo: Padronizar as medidas anatômicas e funcionais do AP utilizando a ultrassonografia tridimensional (3D) transvaginal em nulíparas assintomáticas sem disfunções do compartimento posterior (CP) evidenciado pela ecodefecografia. Demonstrar a confiabilidade interobservador do método aplicado para a medição das estruturas do AP. Métodos: Voluntárias nulíparas assintomáticas foram submetidas à ecodefecografia para identificar alterações dinâmicas no CP, incluindo aquelas anatômicas (retoceles, intussuscepção, entero/sigmoidoceles e descenso perineal) e funcionais (ausência de relaxamento ou contração paradoxal do puborretal) e avaliadas com ultrassonografia 3D transvaginal para determinar índices biométricos do hiato dos elevadores do ânus, espessura do músculo pubovisceral, comprimento da uretra, ângulo anorretal, posição da junção anorretal e posição do colo vesical. Todas as medidas foram comparadas em repouso e durante Valsalva; e determinado descenso perineal e do colo da bexiga. A variabilidade interobservador foi avaliada utilizando o coeficiente de correlação intraclasse. Resultados: Foram avaliadas 34 voluntárias com a ecodefecografia e a ultrassonografia 3D transvaginal. Dessas, 20 foram incluídas no estudo. As 14 excluídas apresentavam alterações dinâmicas no CP. Durante a manobra de Valsalva, a área hiatal foi significativamente maior. A uretra foi significativamente mais curta e o ângulo anorretal foi maior. Medidas em repouso e durante a Valsalva diferiram significativamente em relação à posição da junção anorretal e do colo vesical. A média de valor do descenso perineal e do descenso da bexiga foram de 0,6 cm e 0,5 cm acima da sínfise púbica, respectivamente. O coeficiente de correlação intraclasse variou entre 0,62–0,93. Conclusão: Foram determinados valores normais para os índices biométricos funcionais, descida perineal e colo vesical em nulíparas assintomáticas utilizando-se a ultrassonografia 3D transvaginal. É um método seguro para mensurar a anatomia do AP durante o repouso e a manobra de Valsalva, e pode ser adequado para a identificação de disfunções em pacientes sintomáticos.

#### TL107 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DA MANOMETRIA ANORRETAL EM PACIENTES PORTADORES DE FÍSTULA PERIANAL

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO<sup>1</sup>; RODRIGO AMBAR PINTO<sup>1</sup>; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE<sup>1</sup>; SANZIO SANTOS AMARAL<sup>1</sup>; ALEXANDER SA ROLIM<sup>2</sup>; LAERCIO ROBLES<sup>2</sup>; SÉRGIO CARLOS NAHAS<sup>1</sup>; IVAN CECCONELLO<sup>1</sup>

*1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A fístula perianal caracteriza-se por envolvimento em maior ou menor grau do complexo esfinteriano anorretal. Os Objetivos principais do tratamento cirúrgico da fístula perianal são a erradicação do trajeto fistuloso prevenindo recorrência com a adequada preservação da função esfinteriana. Para tanto, na imensa maioria dos casos, ocorre a manipulação, seja através de secção ou então com a passagem de setons, do complexo esfinteriano anorretal. Objetivo: Analisar retrospectivamente os dados manométricos de pacientes portadores de fístula perianal do ambulatório de Fisiologia Colorretoanal do HC-FMUSP e do ambulatório de Coloproctologia do Hospital Santa Marcelina-SP, e compará-los a valores de normalidade de estudos prévios da literatura médica. Métodos: Os pacientes portadores de fístula perianal com indicação cirúrgica foram submetidos à manometria anorretal pré-operatória. Os dados obtidos de pressões de repouso e contração esfinteriana, comprimento do canal anal, reflexo inibitório retoanal (RIRA), sensibilidade e capacidade retais foram comparados com intervalos considerados normais na literatura médica e utilizados como referência. O teste estatístico intervalo de confiança (IC) foi utilizado para comparação entre os dados encontrados e os considerados como referência. Resultados: No período do presente estudo, entre maio de 2011 e junho de 2013, foram realizadas manometrias anorretais em 40 pacientes portadores de fístula anorretal, sendo 27 (67,5%) do sexo masculino. O RIRA foi ausente em 2 pacientes. A pressão de repouso média 63,82 mmHg (IC 95% 57,61-70,02), comprimento do canal anal 3,02 cm (IC 95% 2,8-3,35) e a capacidade retal 177,44 ml (IC 95% 156,93-195,64), apresentaram Resultados consoantes com as médias de referência. Já a média das pressões de contração 197,11 mmHg (IC 95% 174,17-216,82) e da sensibilidade retal 81,92 ml (IC 95% 63,46-97,95), apresentaram intervalos destoante aos da literatura. As pressões de contração tiveram intervalos de confiança discretamente elevados e a sensibilidade retal acentuadamente elevado em relação aos intervalos normais, o que representa elevação discreta das pressões de contração e redução acentuada da sensibilidade retal. Conclusão: Pacientes portadores de fístula perianal apresentam hipertonia discreta do esfíncter anal externo e redução acentuada da sensibilidade retal.

#### TL108 - A ACURÁCIA DO TOQUE RETAL NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DO ESFÍNCTER ANAL

RODRIGO AMBAR PINTO; ILARIO FROEHNER JUNIOR; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; SANZIO SANTOS AMARAL; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO *HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O toque retal é parte integrante do exame clínico geral e componente indispensável da avaliação co-

loproctológica. De maneira simples, rápida e pouco invasiva, fornece informações que, associadas à queixa do paciente e aos dados colhidos durante a anamnese, auxiliarão na conduta do médico assistente. Em diversas ocasiões e locais, o exame digital ainda é a única maneira de se avaliar o esfíncter anal e determinar a terapêutica. A manometria anorretal, por outro lado, consiste no principal método de avaliação objetiva do tônus esfíncteriano de repouso e de contração. A discrepância dos Resultados verificados e a presença de vieses em estudos prévios tornam questionáveis diversas informações sobre a acurácia do toque retal na determinação do tônus anal em comparação à manometria anorretal. Metodologia: Foram avaliados 30 pacientes consecutivos e oriundos do Ambulatório de Fisiologia do Cólon, Reto e Ânus da Disciplina de Coloproctologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Cada paciente foi submetido à manometria anorretal e ao toque retal por um dos dois coloproctologistas seniores (especialistas em Fisiologia Anorretal) e pelo coloproctologista iniciante. Os dados obtidos pela manometria anorretal foram comparados com os Resultados dos exames dos seniores e do iniciante. As variáveis tônus de repouso anal e tônus de contração anal foram registradas. A análise estatística foi descritiva para os dados sociodemográficos dos pacientes. Os estudos de concordância foram realizados com o teste Gamma, que varia de -1 a 1 e valores próximos a 1 indicam melhor concordância entre duas variáveis. Resultados: A média das idades foi de 48 anos, e 53,4% dos pacientes era do sexo feminino. Para o grupo do tônus de repouso anal, a concordância entre a manometria anorretal e os seniores, resultou 0,7 (IC 95%; 0,32 – 1,0), enquanto que, para o iniciante, 0,52 (IC 95%; 0,09 – 0,96). A concordância para o grupo tônus de contração anal foi de 0,96 para os seniores (IC 95%; 0,87 – 1,0) e 0,52 para o iniciante (IC 95%; 0,16 – 0,89). Conclusão: A avaliação anorretal por coloproctologistas habituados ao exame de pacientes com distúrbios da função anorretal resultou em concordância significativa com a manometria anorretal.

**TL109 - AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE INCONTINÊNCIA FECAL E CORRELAÇÃO COM HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA DE 145 PACIENTES SUBMETIDOS À MANOMETRIA ANORRETAL**

MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN; NILO LUIZ CERATO; VALÉRIO GARCIA; RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA; KARINE SABRINA BONAMIGO; BRUNA BORBA VAILATI; ALESSANDRO GUARNIERI MIOZZO *HOSPITAL ERNESTO DORNELLES (HED), PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A incontinência fecal (IF) é uma doença complexa que gera comprometimento importante da qualidade de vida. A manometria anorretal (MA) é um dos testes de função anorretal mais comumente utilizados para sua investigação. Objetivos: Avaliar o tipo de incontinência fecal e correlacionar com a história pregressa de pacientes submetidos a MA. Métodos: Revisão dos questionários aplicados aos pa-

cientes submetidos à MA por incontinência fecal em um laboratório de motilidade digestiva no período de um ano. Resultados: Foram revisados 145 questionários, 128 paciente eram do sexo feminino. O período médio de duração dos sintomas foi de 40,81 meses ( $\pm 79,88$ ), com número médio de evacuações ao mês de 45,34 ( $\pm 49,36$ ). A incontinência para gases aparecia em 76,69%, a perda de fezes líquidas foi referida em 81,94 % dos pacientes incontinentes. A maioria dos pacientes entrevistados não tinha perda de fezes sólidas (65,94%). Quase a metade dos pacientes incontinentes necessitava de uso de forro perineal (51,8%) e pouco menos da metade tinha limitação em suas atividades usuais (44,34%). Os tipos de IF referidos foram *soiling* (45,93%), urgência evacuatória (23,25%) e acidentes (30,81%). Pouco menos da metade dos pacientes tinham sensação de defecação no momento da perda (43,01%) e a maioria era capaz de diferenciava o conteúdo perdido (83,4%). Dentre às mulheres 95 tiveram duas ou mais gestações e 15 somente uma gestação, sendo que 76,15% dos nascimentos ocorreram por via vaginal e 62,62% destes foram instrumentados ou com episiotomia. Cirurgias anais foram informadas em 24 pacientes e cirurgias perineais em 26 pacientes. Doenças neurológicas, reumatológicas, de tireóide e diabete mellitus foram informadas em 39 casos. Conclusão: Dos pacientes submetidos à MA por IF a queixa mais comum era de *soiling*, com perda principalmente de fezes líquidas. A média de tempo de sintomas para o início da investigação foi de mais três anos. Partos vaginais, cirurgias digestivas, perineais e pélvicas foram comuns.

**TL110 - ÍNDICE DE FADIGA ESFÍNCTERIANO; CORRELAÇÃO COM MELHORA CLÍNICA APÓS BIOFEEDBACK**

PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; ANGELITA HABR GAMA; JOAQUIM JOSÉ GAMA-RODRIGUES *INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O *biofeedback* é a terapêutica mais utilizada no tratamento da incontinência anal, porém os mecanismos de ação e parâmetros fisiológicos de melhora são pouco conhecidos e controversos. O Índice de Fadiga Esfíncteriano (IFE) foi recentemente incorporado na avaliação manométrica anorretal, porém não existe na literatura avaliação dos efeitos da *biofeedbackterapia* neste parâmetro. O objetivo deste estudo é avaliar a correlação do Índice de Fadiga Esfíncteriano (IFE) com a evolução clínica expressada pelo Índice de Incontinência anal (II). Método: Trata-se de estudo retrospectivo onde foram incluídos pacientes consecutivos submetidos a *biofeedback* por incontinência anal no Instituto do Aparelho Digestivo, em São Paulo. A gravidade da incontinência foi avaliada utilizando-se o Índice de Incontinência da Cleveland Clinic (II). Os pacientes foram indicados a realizar pelo menos três sessões de *biofeedback*, com intervalo de uma semana a um mes entre as mesmas. Cada sessão consistiu em 30 minutos treinando a contração voluntária e a sensibilidade

retal. O IFE foi calculado no início e final de cada sessão. Os valores do II e do IFE iniciais e finais foram comparados para determinar quais foram os pacientes que apresentaram melhora dos mesmos. Resultados: Desde Março 2011 até julho 2013, foram tratados 66 pacientes. A mediana de idade foi 64 (15-80) anos e 54 pacientes (81%) foram mulheres. 27 pacientes (41%) apresentaram cirurgia orifical prévia, 23 (42% dos femininos) antecedente de parto vaginal e 9 (13,6%) incontinência urinária. A mediana de tempo de evolução da incontinência foi de 30 meses (6-120). A média do II pré-tratamento foi 8,54 (1-19), e pós-tratamento 5,35 (0-17). A média do IFE inicial da primeira sessão foi 1,41 (0,2-3,7) e o IFE final de 1,9 (0,5-4,9). No total 37/57 (64%) pacientes melhoraram o IFE após o tratamento e 41/59 (69%) melhoraram o II. A melhora do IFE em predizer melhora clínica apresentou no grupo total uma acurácia de 48%. Analisando de acordo com a gravidade da incontinência, a melhora do IFE mostrou-se como fator preditivo mais eficaz em pacientes com incontinência moderada (70%) quando comparados com pacientes com incontinência leve (39%) ou grave (16%). Conclusão: A biofeedbackterapia associou-se a melhora clínica em aproximadamente 70% dos pacientes. O índice de fadiga esfinteriano como parâmetro manométrico na avaliação do sucesso do *biofeedback* mostrou-se mais eficiente em pacientes com incontinência fecal moderada.

#### TL111 - RESULTADOS INICIAIS DO PROCINÉTICO PRUCALOPRIDA PARA O TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO REFRATÁRIA.

LUCIA CAMARA OLIVEIRA

*SERVIÇO DE FISILOGIA ANORRETAL, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Avaliar o benefício da Prucaloprida em pacientes constipados já tratados previamente com outras medicações. Métodos: Pacientes constipados encaminhados para o Setor de Fisiologia Anorretal do Rio de Janeiro foram avaliados clinicamente e submetidos ao Escore de constipação de Agachan (0-30). Todos os pacientes foram submetidos também a Transito colônico com marcadores radiopacos e/ou manometria anorretal e/ou cinedefecografia e/ou defecorresonância. Os pacientes que apresentaram escore acima de 12 ou que tiveram a caracterização de inércia ou defecação obs-truída foram selecionados para a utilização oral da Prucaloprida. Avaliamos a ocorrência de efeitos colaterais. A melhora da constipação foi relacionada ao aumento do número ed evacuações, sensação de bem estar e índice de constipação. Resultados: Entre setembro de 2012 e julho de 2013, 45 pacientes (4 sexo masculino) constipados foram tratados no Serviço de Fisiologia com Prucaloprida na dose média de 2mg. A grande maioria dos pacientes 42/45 (93%), apresentaram melhora da constipação, com aumento significativo do número de evacuações. Duas pacientes apresentaram náuseas e mal estar importante, tendo sido então suspensa a medicação. O principal efeito colateral relatado foi a cefaléia, em 80% dos pacientes, seguido de cólicas, náuseas e diarreia. A cefaléia foi controla-

da com analgésicos comuns, não tendo sido necessária a suspensão da medicação. Em quatro pacientes que apresentaram cólicas e diarreia, a medicação foi reduzida para 1mg. Conclusões: A prucaloprida é um novo procinético que deve ser utilizado após criteriosa seleção dos pacientes. A medicação parece ser eficaz, porém estudos prospectivos e randomizados devem ser realizados em nosso meio.

#### TL112 - INICIAIS DA INJEÇÃO DO AGENTE DE PREENCHIMENTO ACRILATO PARA O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL RELACIONADA À LESÃO DO ESFÍNCTER INTERNO.

LUCIA CAMARA OLIVEIRA

*SERVIÇO DE FISILOGIA ANORRETAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Avaliar o benefício do agente acrilato para o tratamento da incontinência anal através da técnica de preenchimento. Métodos: Pacientes incontinentes encaminhados para tratamento no Serviço de Fisiologia Anorretal do Rio de Janeiro foram avaliados clinicamente, através de índice de incontinência, escala de qualidade de vida. Todos foram também submetidos a manometria anorretal e ultrassonografia de canal anal tridimensional. Pacientes com lesão do esfíncter interno refratários a outros tratamentos prévios foram submetidos ao preenchimento através da injeção do agente acrilato (Exantia) sob sedação venosa e anestesia local, na posição de canivete. Os efeitos colaterais avaliados foram dor local, febre, retenção urinária, prurido e dificuldade de evacuação. Resultados: 25 pacientes com idade média de 61 (37- 83) anos foram submetidos ao tratamento desde 2009. A melhora da incontinência foi observada em 23 pacientes (92%) e a mudança do índice de incontinência de 10 para 6 foi significativa. ( $p < 0.05$ ) Um paciente apresentou abscesso e fistula anal simples, tratado cirurgicamente. Dois pacientes apresentaram quadro de retenção urinária após as primeiras horas. O procedimento foi bem tolerado por todos os pacientes e não houve necessidade de laxantes. Prurido anal leve foi observado em 2 casos. Conclusões: O preenchimento com o agente acrilato em casos selecionados é eficaz e seguro, devendo ser incluído nas opções de tratamento da incontinência anal.

#### TL113 - MANOMETRIA ANAL EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA FECAL

MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR; MARIANA BUTIÃO MACEDO; ISIS PORTO FERREIRA; DANIELE SEKKAS PÁDUA; WAGNER GUIARD THAUMATURGO JUNIOR; JULIANO AUGUSTO OLIVEIRA SOUZA; VITOR GIBRAN LEMOS NUNES

*UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL.*

Resumo: A incontinência fecal é a perda do controle sobre os intestinos resultando na passagem involuntária das fezes. Pode variar de um vazamento ocasional até a perda total do controle sobre os movimentos intestinais, resultando na incapacidade de reter as fezes Voluntariamente. Analisamos manometrias anorretais realizadas em manômetro de perfusão de pacien-

tes atendidos no Ambulatório de Fisiologia Anal do Hospital Universitário de Taubaté com o diagnóstico de incontinência fecal no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012 sendo divididos para o estudo em grupo controle de pacientes assintomáticos (1) e o grupo de pacientes incontinentes (2). O método estatístico utilizado foi o Mann Whitney, não – paramétrico. Encontramos diferenças estatisticamente significantes na pressão de repouso à 1cm com média do grupo controle(1) 60,4059 ±31,8408 e média do grupo incontinente (2) 32,6375 ± 10,7417, com P= 0,0117; Pressão de evacuação à 1 cm com média do grupo (1) 58,2882 ± 34,0692 e média do grupo (2) 36,3188±16,8636, com P= 0,0418; Comprimento do canal anal funcional com média do grupo (1) 2,2500±0,8563 e média do grupo (2) 3,1667 ± 1,1934, com P= 0,0221; Pressão de repouso à 1 cm com média do grupo (1) 60,4529 ±31,2762 e média do grupo (2) 32,7000±10,8837 com P= 0,0117 ; Área de repouso à 1cm com média do grupo (1) 13111,9412±11751,3752 e média do grupo (2) 3447,2500±1965,5744 com P= 0,0129; Índice de assimetria de contração à 3 cm com média do grupo (1) 35,1333±16,1514 e média do grupo (2) 26,4750±14,9199 com P= 0,0492; Média de evacuação à 1 cm com média do grupo (1) 58,6471±33,7472 e média do grupo (2) 35,2563±16,6082, com P= 0,0232; Área de evacuação à 1cm com média do grupo (1) 12944,5882±16111,4571 e média do grupo (2) 4380,8125±3701,3012, com P= 0,0307. Nos estudos realizados,conclui-se que a manometria anorretal de perfusão nos mostrou uma grande quantidade de variações de níveis pressóricos que estão relacionadas com a sintomatologia da incontinência fecal podendo ser útil no diagnóstico e tratamento da incontinência fecal.

#### TL114 - EXISTE NECESSIDADE DE MANOMETRIA ANAL NO DIAGNÓSTICO DE PACIENTES COM SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR<sup>1</sup>; THAYS MICHELLE PINHO DA ROCHA<sup>1</sup>; NARA GUIMARAES MONTAGNOLLI<sup>1</sup>; MAISA SATIE TAIUMI<sup>1</sup>; ISIS PORTO FERREIRA<sup>1</sup>; DANIELE SEKKAS PÁDUA<sup>1</sup>; MARIANA BUTIÃO MACEDO<sup>1</sup>; JORGE ALBERTO ORTIZ<sup>2</sup>

1.UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL;  
2.HOSPITAL SÃO LUÍS GONZAGA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é causa comum de procura por consultas médicas, o que torna interessante o estudo do seu diagnóstico. Para a pesquisa foram utilizados 2 grupos de pessoas: um de voluntários assintomáticos (grupo 1) que se submeteram a manometria, e outro de pacientes sintomáticos com diagnóstico clínico de síndrome do intestino irritável com constipação (Grupo 2) e que foram atendidos no Ambulatório de Fisiologia Anal do Hospital Universitário de Taubaté. Das variáveis avaliadas apenas três apresentaram relevância estatística. São elas Pressão de contração (Pc) a 5, 4 e 3 cm. Pc 5cm: 35,67 ± 17,80 no grupo 1 e 32± 23,96±22,94, pc 4cm: 18±47,47 no grupo 1 e 30,81 no grupo 2. Outras variáveis também foram avaliadas mas não apresentaram significância estatística. São elas: Pressão em

repouso (Pr), de 1 a 5cm; Pressão de evacuação (Pe), de 1 a 5 cm; Pc em 1cm; comprimento do canal funcional; Índice de assimetria em repouso, de 1 a 3 cm; Média da Pr, de 1 a 3 cm; Área em situação de repouso, de 1 a 3 cm; Índice de assimetria em contração, de 1 a 3 cm; Média da Pc, de 1 a 3 cm; Área em situação de contração, de 1 a 3 cm. Concluímos que existem diferenças nas manometrias anais de pacientes com síndrome do intestino irritável, em todos pacientes com síndrome do intestino irritável encontramos sensibilidade retal dolorosa no volume máximo tolerável, achado não habitual nos pacientes não portadores dessa síndrome, e que em todos eles melhorou ao desinsuflar a ampola retal.

#### TL115 - AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA TARDIA DO EMPREGO DO AGENTE DE PREENCHIMENTO NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; RODRIGO AMBAR PINTO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; SANZIO SANTOS AMARAL; ILARIO FROEHNER JUNIOR; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE L; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A perda da capacidade voluntária de exneração do conteúdo intestinal em local e momentos adequados é uma condição que ainda nos dias de hoje apresenta aspectos controvertidos que vão desde sua incidência, diagnóstico correto e, sobretudo, tratamento. A injeção local de “agentes de preenchimento”, tem sido proposta nos pacientes com incontinência anal associada a lesões isoladas do esfíncter interno, uma vez que a correção isolada deste músculo é procedimento delicado. Portanto a principal indicação da injeção de agentes de preenchimento é a incontinência anal decorrente de operações orificiais, com ocorrência de sujidade das vestes ou “soiling”. Este tipo de incontinência anal, denominada “passiva”, é caracterizado não pela urgência evacuatória, mas pela persistência de fezes no canal anal após as evacuações. Objetivo: Avaliação retrospectiva tardia dos Resultados clínicos e manométricos de pacientes portadores de incontinência anal submetidos ao implante de agentes de preenchimento anal (Durasphere®) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP. Resultados: Realizou-se o implante de agente de preenchimento (Durasphere®) em 23 pacientes no ano de 2004 e foi possível o contato e análise tardia em apenas 7 pacientes. Seis pacientes (85,7%) eram do sexo feminino e a média de filhos por pacientes foi de 4,16. Pouco mais da metade obteve melhora nos índices de incontinência anal e a qualidade de vida se demonstrou melhor em todos os casos analisados, apesar de não se verificar alterações nos dados manométricos ao se comparar antes e após o implante do agente de preenchimento. Conclusão: Embora de custo elevado, a injeção ambulatorial de agente de preenchimento anal, como o aqui apresentado de Durasphere®, representa uma opção

segura e eficaz no tratamento da incontinência anal com disfunção leve ou moderada, sobretudo nos casos de defeito isolado do esfíncter interno do ânus.

#### TL116 - RETOCELE E ENTEROCELE: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS CIRÚRGICOS E FUNCIONAIS

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANDRÉ GATTO; HENRIQUE SABOIA; GIANA CAROLINE STRACK NEVES; ANTONIO BALDIN JUNIOR; ANTONIO SERGIO BRENNER; RENATO ARAUJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Avaliar os Resultados pós-operatórios funcionais, taxas de complicações e aplicabilidade da técnica de correção cirúrgica para retocele via transperineal. MÉTODOS: Estudo retrospectivo, com análise de 24 prontuários de pacientes submetidas a correção transperineal de retocele, entre 2006 e 2013, por quadro de constipação e com retocele. A avaliação incluiu análise pré e pós-operatória. Esta última ocorreu em dois momentos: avaliação precoce (dois meses após a cirurgia) e tardia (após um ano) incluindo 18 pacientes. Avaliou-se sintomatologia, técnica cirúrgica empregada, Resultados funcionais e índices de complicações. Para as pacientes com mais de um ano da cirurgia foi aplicado questionário para verificar melhora das evacuações, atividade sexual e hábito intestinal. Estes dados foram colocados numa tabela e avaliados quanto à prevalência. Foi realizada análise comparativa entre os períodos pré e pós-operatórios. Resultados: A média de idade das pacientes foi de 54,2 anos. No pré-operatório a prevalência das queixas principais eram: evacuações com esforços em 79% das pacientes, necessidade de apoiar a vagina para evacuar em 41% e abaulamento vaginal em 25%. Quanto à frequência das evacuações, 45% das pacientes tinham evacuações diárias sendo que 70% delas tinham 1 ou mais episódios por dia. Na avaliação pós operatória, o primeiro episódio de evacuação ocorreu em média após 2 dias da cirurgia. A principal melhora evidenciada no pós operatório precoce foi a ausência de esforço para evacuar em 50% das pacientes avaliados. No pós operatório tardio, essa melhora ocorreu em 61%. A principal complicação precoce foi deiscência da ferida operatória e, a tardia, foi dispareunia em 27%. Foi usado tela de polipropileno em 4 casos (17%), e em apenas um caso houve dispareunia no período tardio. Não houve infecção da ferida operatória em nenhum caso. Em uma avaliação geral, as pacientes deram uma nota de zero a 10 para a cirurgia, onde 72% deles deram nota entre 7 e 10. Conclusão: A correção cirúrgica para retocele é exequível via incisão perineal, com baixas taxas de complicação e também com bons Resultados funcionais.

#### TL117 - ALTERAÇÕES DE PRESSÕES ANAIS EM PACIENTES COM HEMORRÓIDAS

MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR; RENAN PHILIP SERRA DE MELLO; LUISA PRESOTO TSUBONE; SERGIO AUGUSTO YUKIO HISSAYASSU; ANTONIO TOUFIC FRANCIS; ALEXANDRÉ HENRIQUE

KALLAUR GRANGEIRO; REBECA HARA NAHIME  
*UNIVERSIDADE DE TAUBATE, TAUBATE, SP, BRASIL.*

Resumo: Hemorróida é uma doença comum que acomete muitas pessoas em alguma etapa da sua vida, sendo queixa comum nos ambulatórios de coloproctologia. O objetivo desse trabalho é verificar se existem alterações nas pressões do canal anal em pacientes portadores de hemorróidas comparados com voluntários assintomáticos. O estudo foi dividido em dois grupos. O grupo controle (grupo1) e o grupo dos portadores de hemorróidas (grupo2) foram comparados e submetidos a avaliação epidemiológica pelo método de Mann-Whitney para cálculo de seu "p-valor". Foram analisados 46 exames, sendo 28 de pacientes portadores de hemorróidas e 18 de pacientes assintomáticos. Obtivemos os seguintes Resultados: Comprimento canal funcional (cm) do grupo1  $2,0 \pm 0,79$  e no grupo2  $2,65 \pm 0,98$ , média da pressão em repouso a 3 cm do grupo1  $27,20 \pm 18,33$  e do grupo2  $53,06 \pm 31,96$ , área em repouso a 3 cm  $3432,33 \pm 4840,06$  e no grupo2  $10854,08 \pm 11974,75$ , pressão em repouso a 2cm do grupo1  $47,73 \pm 22,68$  e do grupo2  $71,20 \pm 30,70$ , área em repouso a 2 cm  $8504,44 \pm 7033,24$  e no grupo2  $17124,13 \pm 12724,28$ , contração do grupo1  $65,01 \pm 37,08$  e no grupo2 tem  $114,04 \pm 76,88$ . Outros dados relevantes são às pressões de repouso a 5,4,3 e 2cm, de contração a 1cm e evacuação a 5,4 e 2cm. Pelas análises dos dados conclui-se que as pressões são maiores no grupo de pacientes portadores de hemorróidas quando comparados aos pacientes do grupo controle.

#### TL118 - TRREMS PROCEDURE NO TRATAMENTO DA RETOCELE. QUAIS OS FATORES QUE NÃO INTERFEREM NOS RESULTADOS?

FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; STHELA MARIA MURAD-REGADAS<sup>1</sup>; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO<sup>1</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS<sup>1</sup>; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR<sup>2</sup>; DAVID PESSOA MORA-NO<sup>2</sup>; FELIPE PASTANO MANO<sup>2</sup>

*1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: A técnica TRREMS (*Transanal Repair of Rectocele and Rectal Mucosectomy with one circular Stapler*) possibilita o tratamento da retocele utilizando grampeamento único. Objetivo: Avaliar a eficácia da técnica TRREMS no tratamento da retocele e analisar fatores que possam interferir nos Resultados. Métodos: Análise prospectiva dos dados de mulheres com diagnóstico de evacuação obstruída, retocele grau II/III e disfunções múltiplas demonstradas na ecodfecografia e que não responderam ao tratamento clínico e ou *biofeedback*. Foi utilizado o escore de constipação de Wexner para quantificar o resultado do tratamento dos pacientes submetidos à técnica TRREMS. Os dados foram analisados comparando o percentual de redução do escore pré e pós tratamento com os fatores que poderiam interferir nos Resultados: Menopausa, *Anismus* tratado com Biofeedback, Intussuscepção e/ou prolapso



mucoso além das complicações imediatas e tardias. Resultados: Incluídas 72 mulheres, idade média de 58 anos, escore de constipação 13 (variando 10 a 17) e diagnóstico de Retocele grau II (32%), grau III (78%) associado a prolapso mucoso e/ou intussuscepção (72%) e *anismus* tratado com biofeedback (35%). Houve redução significativa na média do escore pré e pós tratamento ( $13 \pm 0,24$  X  $5 \pm 0,18$ ) ( $P < 0,0001$ ). Em 82% das pacientes, houve redução superior a 50% no percentual de melhora com relação aos escores pré e pós tratamento. Ocorreram complicações imediatas em 24 pacientes (29%), sendo dor anal (23%) e um caso de sangramento (1%) na linha de sutura que necessitou reintervenção cirúrgica. As complicações tardias ocorreram em 24%, sendo o tenesmo (10%) e a estenose (8%) as mais frequentes. As estenoses foram tratadas por dilatação manual e secção endoscópica da cicatriz estenosante utilizando pinça *hot biopsy*. Os fatores menopausa, *anismus* tratado com biofeedback, prolapso mucoso e/ou intussuscepção e a presença de complicações imediatas e tardia não interferiram no percentual de redução do escore. Conclusão: A técnica cirúrgica *TRREMS* apresentada é segura e efetiva para tratamento da retocele demonstrado pela significativa redução do escore de constipação. Não houve interferência dos fatores analisados no percentual de redução do escore.

#### TL119 - QUAL A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO MANOMÉTRICA DOS PACIENTES PORTADORES DE FISSURA ANAL CRÔNICA?

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; RODRIGO BECKER PEREIRA; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Estudos utilizando manometria anorretal indicam que a presença de hipertonia permanente de repouso é o fator que distingue os pacientes com fissura anal crônica daqueles portadores de fissura anal aguda, sendo por isso a esfínterectomia lateral o procedimento cirúrgico mais indicado para essa situação clínica. Objetivo e Método: Identificar os parâmetros eletromanométricos observados em pacientes portadores de fissura anal crônica. Os dados foram obtidos do arquivo de exames de manometria anorretal realizados no período de janeiro de 2006 à dezembro de 2010 no Hospital das Clínicas da UFG. Resultados: Foram realizados cinquenta e quatro manometrias anorretais para avaliação de pacientes portadores de fissura anal crônica, sendo 36 mulheres. A faixa etária média foi de 38,3 anos. Vinte e nove pacientes apresentavam hipertonia esfínteriana de repouso, 24 com tônus normal e 1 caso de hipotonia. As pressões de contração voluntária estavam elevadas em 20 pacientes, normais em 28 e reduzidas em 5 pacientes. A média da pressão de repouso foi de 73,1mmHg e da pressão de contração 162,7mmHg. O reflexo inibitório retoanal estava presente em 52 pacientes,

ausente em 1 e indeterminado em outro paciente. Capacidade retal normal em 42 pacientes, reduzida em 11 pacientes. Sensibilidade retal normal em 27 pacientes, reduzida em 25 pacientes e aumentada em um caso. Em um paciente não pode ser avaliado as pressões de contração voluntária, a capacidade e sensibilidade retal devido ter sido submetido a anestesia. Comprimento do canal anal funcional normal em 43, curto em 8 e alongado em 3 pacientes. Conclusão: A hipertonia esfínteriana de repouso nos pacientes portadores de fissura anal crônica foi evidenciada em apenas 29 (54%) pacientes; uma parcela considerável de pacientes apresentavam pressões de repouso normais ou, mais raramente, baixas, demonstrando a importância de se individualizar o tratamento a ser proposto de acordo com os parâmetros clínicos e manométricos do paciente, otimizando assim os Resultados clínicos e funcionais.

#### TL120 - AVALIAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FÍSTULA PERIANAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE GOIÁS – UFG, NO PERÍODO DE 2009 A 2013

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; RODRIGO BECKER PEREIRA; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O tratamento de fistula perianal constitui um desafio devido a complexidade da anatomia dessa região. A técnica a ser utilizada deve buscar a resolução da fistula e evitar as complicações como incontinência anal. Esse trabalho tem como objetivo avaliar o surgimento da incontinência no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia para correção de fistula perianal. Métodos: Avaliados os pacientes submetidos a cirurgia de correção de fistula perianal de origem criptoglandular no Hospital das Clínicas da UFG, no período de jan/2009 a nov/2012 por meio da revisão de prontuário. Identificadas as variáveis demográficas e clínicas, como sintomas pré-operatórios, e tipo de cirurgia. Avaliado o surgimento de incontinência anal pelo score de Wexner, a partir de 7 meses de pós-operatório, por meio de contato telefônico. Resultados: Identificados 32 pacientes submetidos a fistulotomia; desses, 20 eram do sexo masculino (62,5%). A média de idade foi de 42,2 anos. 24 pacientes (75%) apresentaram secreção perianal como sintoma; 15 (46,9%) referiam dor; 13 (40,6%) a presença de nódulo perianal; 5 (15,6%), de prurido anal e 2 (6,2%) com abscesso perianal. As cirurgias realizadas foram: fistulotomia (75%), fistulotomia + setonagem (18,7%), fistulotomia + setonagem + drenagem de abscesso (3,1%) e fistulotomia + exérese de cisto pilonidal (3,1%). Dos 32 pacientes, 19 foram contactados por telefone. 5 pacientes relatam queixas de saída de secreção intermitente e dor anal. 13 pacientes (68,4%) apresentam continência anal perfeita. Três pacientes (15,8%) apresentaram queixas leves no pós-opera-

tório sendo que em 2 casos a pontuação de Wexner foi de 2 e em um com escore de 3. Um paciente recebeu escore de Wexner = 1, porém já apresentava esse mesmo sintoma no pré-operatório. Três pacientes evoluíram com queixas importantes de incontinência, com escores de Wexner de 17, 18 e 20. Discussão: A fistulotomia apresenta uma taxa de sucesso satisfatória, variando de 87 a 94%. Uma complicação frequente consiste na incontinência anal pós-operatória. Conclusão: A utilização da técnica operatória correta, com preservação da musculatura esfinteriana oferece melhores Resultados em relação à continência após a cirurgia.

#### TL121 - CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS DA FÍSTULA ANAL AVALIADAS POR ULTRASSONOGRRAFIA ENDOANAL 3D: HÁ CORRELAÇÃO COM A TEORIA DE GOODSALL-SALMON?

GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; STHELA MARIA MURAD-REGADAS; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; JOSÉ JADER ARAUJO MENDONÇA; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Avaliar as características anatômicas da fístula anal quanto aos tipos de trajetos e a sua distribuição na hemircunferência anterior e posterior do canal anal utilizando Ultrassonografia Anorretal Tridimensional e correlacionando os achados com a teoria de Goodsall-Salmon. Métodos: Foram analisadas imagens ecográficas tridimensionais de canal anal de 220 pacientes portadores de fístula anal, sendo excluídos aqueles com recidiva da doença e/ou outras afecções anorretais benignas ou malignas associada. Foram identificados os componentes do complexo fistuloso e a sua distribuição na circunferência anal, dividindo-a em hemircunferência anterior(HCA) e posterior (HCP) : orifício fistuloso externo (OE) e interno (OI), tipo de trajeto e a classificação das fístula. As fístulas foram agrupadas de acordo com os achados: grupo I (OE e OI na HCA); grupo II (OE e OI na HCP) e grupo III (OE e OI em hemircunferências opostas - HCO) sendo os achados correlacionados com a teoria de Goodsall-Salmon. Resultados: Dos 220 casos, 63(30%) são do sexo feminino, em que 39 (58%) das fístulas teve o trajeto linear e 28 (42%) curvo; 55(82%) fístulas transesfintéricas e 12(18%) interesfintéricas. Dentre 153 homens, foram identificados 96(63%) fístulas transesfintéricas, 54(35%) interesfintéricas e 3(2%) supraesfintéricas, sendo 118(77%) dessas com trajetos lineares e 35 (23%) curvos. No grupo I (HCA) foram incluídos 103 (47%) pacientes, sendo 72% desses com trajeto linear, que predominou no sexo masculino com 55 (85%) casos. Nas mulheres do grupo I, 19 (50%) apresentaram trajeto linear. No grupo II foram incluídos 89(40%) casos, sendo que 19(82%) mulheres e 56 (85%) homens tiveram trajeto linear. O grupo III com 28(13%) casos, com 100% dos trajetos curvos. Conclusão: As fístulas transesfintéricas predominaram em

ambos os sexos e grupos. O trajeto linear é mais prevalente tanto na hemircunferência anterior como posterior, nos tipos de fístulas interesfintéricas e transesfintéricas. Os achados ultrassonográficos se correlacionam com a teoria de Goodsall-Salmon, somente nas fístulas localizadas na hemircunferência anterior, tipo linear, no sexo masculino enquanto no sexo feminino foi evidenciada distribuição similar de trajetos curvos e lineares. Não foi evidenciada correlação nos trajetos posteriores em ambos os sexos, com predominância de trajetos lineares.

#### TL122 - ANÁLISE TRANSCRIPCIONAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN NÃO RESPONDENTES A ANTI-TNF $\alpha$ IDENTIFICA IL-6 COMO UM GEN DEPENDENTE DE TNF $\alpha$ , CUJA DIMINUIÇÃO DA EXPRESSÃO NÃO É SUFICIENTE PARA INDUZIR REMISSÃO ENDOSCÓPICA.

RAQUEL FRANCO LEAL<sup>1</sup>; NÚRIA PLANELL<sup>2</sup>; JUAN JOSÉ LOZANO<sup>2</sup>; INGRID ORDÁS<sup>1</sup>; ISABELLA DOTTI<sup>1</sup>; MARIA CARME MASAMUNT<sup>1</sup>; JULIÁN PANÉS<sup>1</sup>; AZUCENA SALAS<sup>1</sup>

1.DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA, IDIBAPS, HOSPITAL CLÍNIC, BARCELONA, ESPANHA; 2.PLATAFORMA DE BIOINFORMÁTICA, CIBEREHD, BARCELONA, ESPANHA.

Resumo: Introdução: O tratamento com anti-TNF $\alpha$  para doença de Crohn (DC) tem sido estabelecido como uma importante opção terapêutica para se alcançar e manter a remissão endoscópica nesses pacientes. Além disso, tem sido associado à diminuição do número de cirurgias. Entretanto, não respondedores primários representam 10% dos pacientes com DC, e considerando seguimento em longo-prazo, 40% podem não apresentar benefícios sustentados com o uso de anti-TNF $\alpha$ . Objetivo: Avaliar o perfil transcricional de biópsias intestinais de pacientes com DC em uso de anti-TNF- $\alpha$ , enfocando aqueles não respondedores. Casuística e Método: Quarenta e três pacientes com diagnóstico estabelecido de DC e 24 controles saudáveis foram incluídos. Os indivíduos foram agrupados em duas coortes independentes, sendo uma destinada à análise de *microarrays* e outra para a validação por meio de qPCR. Os dados clínicos e demográficos foram obtidos. Os pacientes com infecções concomitantes foram excluídos. Atividade endoscópica foi definida como CDEIS >5 e atividade clínica como CDAI > 150. Proteína C reativa (PCR) foi medida em todos os doentes e calprotectina fecal e o índice de atividade por ressonância magnética, MaRIA, foram obtidos quando possíveis. As biópsias foram obtidas por colonoscopia. Utilizaram-se testes não-paramétricos e correlação de Person para análise estatística. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética local e todos os participantes assinaram o termo de consentimento. Resultados: Genes relacionados à inflamação, como IL1 $\beta$  e S100A8, foram identificados por *microarray*, e apresentaram excelente correlação com os parâmetros clínicos, endoscópicos e radiológicos. Outro subgrupo de genes, modulados pela terapêutica anti-TNF $\alpha$ , porém não

relacionados à resposta ao medicamento foi também identificado, sendo IL6, o que apresentou o mais alto *fold change*. Ainda, a validação desses genes por qPCR em uma coorte independente confirmou os Resultados. Conclusão: A resposta ao tratamento com anti-TNF $\alpha$  está associada à regulação da transcrição de um grupo grande de genes, dentre eles, IL1 $\beta$  e S100A8, cujas expressões correlacionam com a atividade da DC (CD41, CDEIS, Maria, PCR). Curiosamente, um subgrupo de genes, incluindo IL6, mostrou-se modulado por anti-TNF $\alpha$ , mesmo em pacientes que não responderam à terapia. Estes importantes achados sugerem que a modulação desses genes pode não ser suficiente o bastante para induzir remissão da doença neste grupo de pacientes.

#### TL123 - EXPRESSÃO DE FATORES DE TRANSCRIÇÃO NUCLEARES NA DOENÇA DE CROHN – SINAIS PARA ATIVAÇÃO DA INFLAMAÇÃO NO TECIDO INTESTINAL.

RAQUEL FRANCO LEAL<sup>1</sup>; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO<sup>2</sup>; MARCIANE MILANSKI<sup>3</sup>; NÚRIA PLANELL<sup>4</sup>; MARIANA PORTOVEDO<sup>3</sup>; CILENE BICCA DIAS<sup>1</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>2</sup>; LÍCIO AUGUSTO VELLOSO<sup>3</sup>

1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, LABORATÓRIO DE SINALIZAÇÃO CELULAR, UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 3.LABORATÓRIO DE SINALIZAÇÃO CELULAR, DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 4.PLATAFORMA DE BIOINFORMÁTICA, CIBEREHD, BARCELONA, ESPANHA.

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma enfermidade inflamatória crônica que pode afetar todo o trato gastrointestinal, sendo caracterizada por um desequilíbrio na expressão de citocinas e na ativação de fatores de transcrição nuclear. A hipertrofia do tecido adiposo mesentérico próximo à área intestinal afetada é uma característica da DC, e seu papel na fisiopatologia da doença tem sido estudado. Objetivo: Avaliar a ativação de fatores de transcrição nuclear e expressão de citocinas na mucosa intestinal e tecido mesentérico de DC em atividade. Casuística e Método: Dez pacientes com DC íleocecal e 16 controles foram estudados. As biópsias de mucosa intestinal e de tecido mesentérico foram congelados e a expressão de NF-kB, STAT-1, TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ , SOCS-3 and IL-10 foram determinadas por imunoblot de extrato protéico total. A expressão gênica de NF-kB e de TNF- $\alpha$  foram mensurados por qPCR. Utilizou-se Teste de Mann-Whitney para análise estatística ( $p < 0,05$ ). O comitê de ética local aprovou o estudo e os participantes assinaram o termo de consentimento informado. Resultados: A razão p-IkB/IkB e os níveis de TNF- $\alpha$  foram significativamente maiores na mucosa intestinal de pacientes com DC, quando comparados aos respectivos controles. Entretanto, STAT-1 e IFN- $\gamma$  foram similares nesses grupos. Considerando o tecido adiposo mesentérico, ambos, fatores de transcrição e citocinas pró-inflamatórias, foram similares nos grupos DC e controles. IL-10 e

SOCS-3 apresentaram-se similares em todos os diferentes grupos estudados. Com relação à expressão gênica, a expressão de TNF- $\alpha$  foi menor na mucosa intestinal do grupo DC quando comparada ao controle, e, além disso, o tecido mesentérico de DC apresentou diminuição dos níveis de NFkB e aumento de TNF- $\alpha$ , comparando-se ao respectivo controle. Conclusão: Estes achados reafirmam a relevância da via de transcrição nuclear do NF-kB para a produção de TNF- $\alpha$  na DC. Além disso, demonstram diferenças tecido-específicas, isto é, NF-kB e TNF- $\alpha$  se expressam de maneira mais acentuada na mucosa intestinal da DC que no tecido adiposo mesentérico afetado pela doença.

#### TL124 - CORRELAÇÃO ENTRE AVALIAÇÃO CLÍNICA FUNCIONAL DA FUNÇÃO ESFINCTERIANA E ACHADOS DA ULTRASSONOGRAFIA ENDOANAL EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN PERINEAL

UMBERTO MORELLI; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; MICHEL GARDERE CAMARGO; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; JOSÉ JOÃO FAGUNDES; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Doença de Crohn (DC) foi inicialmente descrita em 1932 por Burrill Chron e colaboradores. A incidência da Doença de Crohn Perineal (DCP) varia entre 20 a 25% dos pacientes com DC. O padrão-ouro para a avaliação da DCP ainda é a avaliação clínica clássica seguida do exame sob anestesia em sala cirúrgica, mas exames complementares com a ultrassonografia endoanal (USEA) e a ressonância nuclear magnética (RNM) da pélvis foram introduzidos como úteis para avaliar lesões musculares esfínterianas causadas por fístulas e abscessos. Defeitos desses músculos e subsequente deficiência podem levar à incontinência fecal e baixa qualidade de vida. Objetivos: Verificar a adequação da avaliação clínica clássica a qual a maioria dos pacientes é submetida, particularmente verificando a adequação da avaliação da função esfínteriana através do Escore Jorge-Wexner em pacientes com DCP, comparando com o uso rotineiro de USEA associado ao Escore de Stark publicado em 2003. O objetivo é de correlacionar os dois escores e subsequentemente de avaliar a utilidade da avaliação clínica como método único na investigação de DCP, método este largamente difuso na prática médica no tratamento de doenças complexas. Material e Métodos: Vinte e quatro pacientes participaram do estudo, sendo 14 do sexo feminino e 8 do sexo masculino. A idade média foi de 40,54 anos. Todos os pacientes apresentavam diagnóstico confirmado de DCP; 7 (29, 16%) também apresentavam DC com acometimento do intestino delgado; 7 (29,16%) apresentavam DC com acometimento do cólon e reto, 2 (8,33%) apresentavam DC com acometimento do intestino delgado, do cólon e do reto; e 8 (33,33%) apresentavam DCP como manifestação única da doença. Resultados: Os dois escores apresentaram distribuição normal, com Escore de Jorge-Wexner médio de 3,8333 (DP 4,52689) e Escore de Starck médio de 9,7500 (DP

2,54097). A análise estatística mostrou não haver correlação entre os dois escores com um intervalo de confiança de 95%. Conclusão: O Escore de Jorge-Wexner tem utilidade limitada nessa categoria de pacientes, enquanto a USEA é uma ferramenta essencial para alcançar melhor correlação com deficiência muscular esfinteriana. No entanto, mais estudos com propostas similares são necessários para aumentar a validade desse achados e para estabelecer se a USEA pode prever a função esfinteriana e a incontinência fecal antes de procedimento cirúrgico perianal em paciente com DC.

#### TL125 - APOPTOSE E ANÁLISE MORFOMÉTRICA EM TECIDO MESENTERIAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN

CILENE BICCA DIAS; MARCIANE MILANSKI; MARIANA PORTOVEDO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; VIVIAN HORITA; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES; RAQUEL FRANCO LEAL  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória crônica com características muito peculiares como o acometimento transmural do intestino e o espessamento da tecido adiposo mesenterial que envolve a área intestinal afetada. A patogenia ainda não é conhecida. Sabe-se que existem alterações em vias de apoptose em células do sistema imune, porém, não há estudos deste mecanismo no tecido adiposo mesenterial hipertrofiado na DC. Objetivo e método: Avaliar o índice apoptótico na mucosa intestinal e tecido mesenterial na DC e em controles. Além disso, obter dados de morfometria celular no tecido mesenterial nas mesmas condições. Dez pacientes com DC ileocecal, oito pacientes sem doença inflamatória (amostras de tecido adiposo próximo ao íleo distal) que foram submetidos à colectomia esquerda por outras causas, e oito pacientes com ileocolonosopia normal (biópsias de íleo distal) foram estudados. Para a detecção e quantificação de apoptose, utilizou-se o kit TUNEL (Terminal deoxynucleotidyl transferase mediated dUTP nick end labeling), que consiste na marcação de quebras de fita de DNA por marcação dos terminais de DNA com dUTP (conjugada com FITC). As imagens das lâminas foram digitalizadas em maior aumento (400x) e a análise morfométrica analisada pelo programa *ImageJ*. Utilizaram-se testes não paramétricos para a análise estatística ( $p < 0,05$ ). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local e o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por todos os participantes. Resultados: Verificou-se menor número de células em apoptose no tecido intestinal, principalmente, lâmina própria, na DC quando comparado aos controles ( $p < 0,05$ ). Com relação ao tecido mesenterial, observou-se também menor número de adipócitos em apoptose nos pacientes com DC ( $p < 0,05$ ), sendo esses com menor área e perímetro (análise morfométrica) ( $p < 0,05$ ) quando comparado aos respectivos controles. Conclusão: O menor índice apoptótico de células da lâmina própria intestinal dos pacientes com DC podem justificar a manutenção do processo inflamatório local,

uma vez que há maior sobrevivência dessas células ativadas, levando a maior produção de citocinas pró-inflamatórias. Além disso, demonstrou-se que os adipócitos do tecido mesenterial do grupo DC também apresentaram deficiência no mecanismo de apoptose, o que pode explicar o achado morfométrico de maior número de adipócitos por área, evidenciado pela menor área e perímetro dos mesmos quando comparado ao grupo controle.

#### TL126 - INDICAÇÕES CIRÚRGICAS PARA RCUI – ANÁLISE DA CASUÍSTICA

LARISSA BERBET ARIAS; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; MICHEL GARDERE CAMARGO; JOAO JOSÉ FAGUNDES; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; NATALIA PRANZETTI VIEIRA  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Estipula-se que o emprego de imunossuppressores tiopurínicos e terapia biológica esteja associado a diminuição do número de cirurgias por intratabilidade clínica ou complicações na Retocolite Ulcerativa (RCUI). Objetivos: Identificar o perfil das indicações cirúrgicas após o advento de imunossuppressores. Métodos: Análise retrospectiva com avaliação das seguintes variáveis em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico: intratabilidade clínica, complicações não neoplásicas e ocorrência de displasia e/ou câncer, terapia medicamentosa e tempo de evolução. Resultados: No período compreendido entre 1999 e 2013, 31 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, com média de idade de 39,31 (12-77) anos, sendo 18 homens (56,25%). As indicações cirúrgicas foram: intratabilidade clínica (38,3%), presença de displasia e/ou câncer (29,0%), megacolon tóxico (25,8%), e hemorragia (6,4%). Dentre os pacientes com displasia e/ou câncer, a média de idade entre esses pacientes foi de 59,88 anos e o tempo médio entre o diagnóstico e cirurgia foi de 152 meses, sendo que 88,8% encontravam-se em uso de salicilatos e 11,2% sem terapia medicamentosa. A média de idade para indicações por intratabilidade clínica ou complicações não neoplásicas foi de 31,2 anos e o tempo médio entre o diagnóstico e cirurgia foi de 58,08 meses. Neste grupo, 10 (45,4%) faziam uso de terapia imunossupressora, sendo seis (28,5%) com azatioprina, quatro (19,0%) com terapia combinada (azatioprina e infliximabe) e um (4,8%) com infliximabe. Uso medicamentoso irregular ou ausência de tratamento clínico foi observado em seis pacientes (28,5%). Conclusão: As principais indicações cirúrgicas estiveram relacionadas a cirurgias de urgência e ocorrência de displasia e/ou câncer.

#### TL127 - COLORECTAL SURGICAL MORTALITY AND MORBIDITY IN ELDERLY PATIENTS: COMPARISON OF POSSUM, P-POSSUM, CR-POSSUM AND CR-BHOM

ANTONIO PEDRO GOMES; RUI SAAVEDRA MARINHO; RICARDO OLIVEIRA ROCHA; MARTA DAVID SOUSA; NUNO BRITO PIGNATELLI; CARLA FREITAS CARNEIRO; VITOR MANUEL NUNES  
*HOSPITAL FERNANDO FONSECA, AMADORA, PORTUGAL.*

Resumo: INTRODUCTION: The number of elderly surgical patients has been increasing over the last years, and they should be considered as a specific population. Several scores have been developed trying to predict mortality and morbidity in colorectal surgery, the most used being P-POSSUM and CR-POSSUM. Several attempts have been made to simplify data collection, eg CR-BHOM is based on data easy to collect from clinical admission and laboratory results. AIM: To compare the predictive value of POSSUM, P-POSSUM, CR POSSUM and CR-BHOM for colorectal surgical mortality and morbidity in patients over 80 years old. METHODS: Retrospective study. Patients over 80 years old who underwent colorectal surgery at our Hospital between 2008 and 2012 were included. Subgroup analysis was performed for malignant and urgent surgery. Statistical analysis was performed using parametric tests. A p value < 0.05 was considered significant. RESULTS: 991 patients with major colorectal surgery were screened and 208 were included in the study. 47.1% were men, aged 84.27±3.94 years [80-100]. Overall surgical mortality and morbidity was 18.75% (n=39) and 40.87% (n=85), respectively. Overall predicted mortality was 8.37±10.53% (P-POSSUM), 21.64±11.87% (CR-POSSUM)

and 34.95±18.70% (CR-BHOM), and there was a statistically significant difference among the three scores (ANOVA SS=197.979, df=623, p<0.001, SIDAK post-hoc test). Expected/Observed (E/O) mortality ratio was 0.45 (P-POSSUM), 1.15 (CR-POSSUM) and 1.86 (CR-BHOM). Predicted morbidity was 18.54±15.85% (POSSUM) and 34.95±18.70% (CR-BHOM). E/O morbidity ratio was 0.45 and 1.86 respectively. Subgroup analysis showed no statistical differences and E/O morbidity ratios were similar. Physiology Score (PS) was higher among patients with surgical mortality: t=3.187, p<0.005 (PPOSSUM); t=2.619, p<0.005 (CR POSSUM). However, the Operative Score (OS) showed no differences among groups. PS and OS were significantly higher among patients with surgical morbidity (t=2.770, p<0.005 (PS) and t=2.647, p<0.01 (OS)). CONCLUSIONS: CR-POSSUM is the best predictor of surgical mortality, with an acceptable accuracy in our population. P-POSSUM and POSSUM underestimate and CR-BHOM overestimates surgical mortality and morbidity. PS was significantly higher among patients with surgical mortality and morbidity, suggesting that, in elderly patients, it is the patient's health status and not the type of surgery that is mainly responsible for the surgical outcome.

## TRABALHOS SELECIONADOS

### PR001 - IMUNOEXPRESSÃO DA PROTEÍNA APC NOS TECIDOS DE ADENOMA E ADENOCARCINOMAS COLORRETAIS

VIVIAN SATI OBA BOURROUL<sup>1</sup>; GUILHERME MUNIZ BOURROUL<sup>2</sup>; ROGERIO TADEU PALMA<sup>1</sup>; JAQUES WAISBERG<sup>1</sup>  
1.HOSPITAL DO SERVIDOR PEUBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

Resumo: Racional: A ativação da via Wnt pelo gene APC mutado é considerado evento inicial da carcinogênese colorretal. A identificação dessas mutações pode tornar o tratamento do adenocarcinoma mais específico. Objetivo: Detectar e avaliar a proteína APC não mutada em tecidos de adenoma, adenocarcinoma e mucosa adjacente. Método: Estudados 42 doentes operados de adenocarcinoma e 53 com adenomas ressecados. Tecidos de adenocarcinoma foram obtidas da neoplasia e da mucosa adjacente não neoplásica situadas a 10 cm da margem proximal do tumor. Tecidos do adenoma foram obtidas de área representativa. Blocos de *tissue microarray* (TMA) foram submetidos a imunohistoquímica com anticorpo anti-APC. Avaliadas a positividade e intensidade da expressão e obtidos escores da imunoproteína APC. Resultados: O escore da imunoproteína APC no adenoma foi significativamente menor do que no adenocarcinoma (p<0,0001) e na mucosa adjacente (p<0,0001). O escore da imunoproteína APC na mucosa adjacente e no adenocarcinoma não mostraram diferença significativa (p=0,24). Conclusões: A menor expressão da proteína APC no adenoma pode indicar que o gene APC mutado participa das alterações do processo adenoma-carcinoma. A forte expressão da proteína APC no CCR e na mucosa adjacente sugerem que a mutação do gene APC não participou da oncogênese.

### PR002 - AVALIAÇÃO DE SÍNDROME DE DEFECACÃO OBSTRUÍDA UTILIZANDO ULTRASSOM DINÂMICO 3D: MULTIPARIDADE CORRELACIONA-SE COM ANORMALIDADES DO ASSOALHO PÉLVICO POSTERIOR?

SHELIA MARIA MURAD-REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; VALÉRIA CRISTINA DUARTE BARRETO; MARIA EUGENIA DE CAMARGO JULIO; MARIA EUZANA MOURA COELHO UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: A correlação entre parto vaginal e disfunções do assoalho pélvico permanece ainda controversa. Objetivo: Avaliar a correlação entre a prevalência de anormalidades do assoalho pélvico posterior com número de partos vaginais em mulheres com síndrome de defecação obstruída (SDO) utilizando ultrassom dinâmico 3D (US-3D). Métodos: Análise retrospectiva (2007-2012) de mulheres com SDO e escore de constipação da Cleveland Clinic Florida (CCF) maior que 6 que foram submetidas a US-3D para identificar disfunções do assoalho pélvico posterior (retocel grau II-III, intussuscepção, prolapso mucoso, anismus e enterocele/sigmoidocele grau III) e lesão esfíncteriana. Aquelas pacientes com sintomas de incontinência fecal (IF) associados foram avaliadas usando o Escore de Incontinência da CCF. Foram agrupadas de acordo com o número de partos vaginais (PV): G1= nulíparas, G2= 1PV, G3 = 2PV e G4 = > 2PV. Resultados: Foram avaliadas 512 mulheres e distribuídas em: G1=182 idade média de 48,5a, sendo 11 submetidas a cirurgia proctológica prévia; G2=71, 51 anos, (cirurgia proctológica = 2); G3=79, 54,3

anos, (cirurgia proctológica = 4); e G4=184, 63 anos, (cirurgia proctológica = 6). Em 38/512 (7%) queixavam-se de IF, em 34 das quais foi observado defeito esfinteriano, e 42/76 (55%) mulheres com defeito esfinteriano não relatavam sintomas de IF. A média de idade foi significativamente mais alta em G3. Não houve correlação significativa entre a prevalência de retocele, intussuscepção, prolapso mucoso, anismus, enterocele/sigmoidocele com o número de PV, mas a prevalência de defeito esfinteriano aumentou significativamente com o número de PV. Em 11 mulheres de G1 tinham defeito esfinteriano, 6 delas com defeito do esfínter anal interno (EAI), 5 com defeito em ambos os esfínteres anais externo e interno (EAE/EAI), e 6 com queixa de IF (escore 1-4). 10 mulheres de G2 tinham defeitos esfinterianos (EAE = 7, EAI = 2 e EAE/EAI = 1), IF = 4 (escore 1-4). 19 mulheres de G3 tinham defeitos esfinterianos (EAE = 13, EAI = 4 e EAE/EAI = 2), IF = 9 (escore 1-4). 36 mulheres de G4 tinham defeitos esfinterianos (EAE = 29, EAI = 6 e EAE/EAI = 1), IF = 15 (escore 1-4). Conclusões: O número de partos vaginais não se correlaciona com a prevalência de disfunções do assoalho pélvico posterior relacionadas à síndrome de defecação obstruída, mas foi evidenciado elevada correlação entre número de partos vaginais e defeitos esfinterianos em pacientes com e sem sintomas de incontinência fecal.

**PR003 - EVOLUÇÃO DOS PACIENTES COM COLPOSCOPIA ANAL NORMAL E CITOLOGIA ANAL ALTERADA APÓS TRATAMENTO DOS CONDILOMAS ANAIS.**

RAPHAEL MARIANELLI; STENNIO PABLO GONÇALVES MACHADO; EDENILSON EDUARDO CALORE; SIDNEY ROBERTO NADAL

*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: a doença anal induzida pelo HPV apresenta recidivas em grande parte da população tratada. Esse fato, aliado à possibilidade da evolução para carcinoma, indica a necessidade de seguimento. A colposcopia anal e a citologia anal são os exames utilizados para esse fim. Todavia, em alguns pacientes, o exame com o colposcópico está normal e a citologia se mostra alterada. Objetivo: Avaliar a evolução dos pacientes que apresentaram colposcopia anal normal e citologia anal alterada após o tratamento com erradicação das verrugas anais. Método: Seguimos 128 pacientes (109 homens) com condilomas anais tratados por período de um ano através da realização de captura híbrida para HPV oncogênico (HPV-O), citologia anal e colposcopia anal. Os 40 pacientes (32%) que apresentaram colposcopia anal normal e citologia anal alterada no início do seguimento foram avaliados quanto a sua evolução. A ocorrência de NIA foi confrontada com infecção por HPV-O, status de infecção pelo HIV, contagem de Linfócitos T CD4+ e carga viral do HIV. Resultados: 16 dos 40 (40%) pacientes com colposcopia anal normal e citologia anal alterada apresentaram NIA durante o seguimento; em soropositivos essa incidência foi de 15 de 29 pacientes (52%) contra um de 11 pacientes (9%) em soronegativos ( $p=0,014$ ).

Diagnosticamos NIA em 13 de 23 pacientes (57%) infectados pelo HPV-O contra três de 17 (18%) naqueles não infectados ( $p=0,013$ ). Em indivíduos HIV-positivo a contagem média dos linfócitos T CD4+ foi de 362 naqueles que apresentaram NIA durante o seguimento, e de 418 nos que não apresentaram lesões ( $p=0,794$ ). Cinco dos 15 pacientes (33%) soropositivos que evoluíram com NIA durante o seguimento apresentavam carga viral do HIV em níveis detectáveis; naqueles com colposcopia negativa todos apresentavam carga viral do HIV indetectável ( $p=0,025$ ). Conclusão: Em pacientes com colposcopia normal e citologia alterada, pode haver evolução para remissão ou aparecimento de lesões induzidas pelo HPV e os fatores de risco para a recidiva foram as infecções por HPV-O e pelo HIV, além da carga viral do HIV nos doentes soropositivos.

**PR004 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL UNICAMP- RESULTADOS 2012-2013**

CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; ANDRÉ HENRIQUE MIYOSHI; TAMARA MARIA NIERI; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSÉ FAGUNDES

*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal reúne condições para a prevenção, pois é frequente em nosso meio e apresenta alta mortalidade. Sabe-se também que a remoção de pólipos diminui sua incidência e o rastreamento possibilita o diagnóstico precoce assim como reduz a mortalidade em até 30%. Em 2011 iniciou-se o planejamento para a realização de uma campanha de prevenção de câncer colorretal no Campus Zeferino Vaz da UNICAMP, dirigida a alunos, funcionários e docentes, instituída de forma sistemática em 2012. Objetivo: Relatar os Resultados iniciais e verificar a aderência ao programa. Material e métodos: Campanha perene dirigida a alunos, funcionários e docentes com idade superior a 50 anos (população estimada em 6000 pessoas), por meio de teste de pesquisa de sangue oculto (anticorpo anti-hemoglobina). Visita a todas as unidades (Institutos, Faculdades e áreas administrativas) para a realização de palestras informativas sobre câncer colorretal, distribuição de kits de pesquisa de sangue oculto, leitura do exame e orientação nos casos positivos para realização de colonoscopias. Os indivíduos com resultado negativo para pesquisa de sangue oculto são orientados a realizar novo exame após um ano. Resultados: As unidades visitadas corresponderam a população de 6112 indivíduos, sendo que destes 2948 (48,8%) realizaram o teste, com os seguintes Resultados: positivo em 583 indivíduos (19,7%), negativo em 2365 (80,3%). 3194 pessoas (51,7%) não realizaram o teste, por: recusa em participar do programa (33,6%), indivíduos não localizados (23,3%), motivo não informado (34,6%) e acompanhamento em outros serviços (0,3%). Dentre os casos com testes positivos, 379 (65,8%) realizaram colonoscopias, correspondendo a 7,36,2% da população investigada. Os achados endoscópicos foram: exame normal (26,3%), presença de pólipos ade-

nomatosos (n=122), carcinoma in situ em pólipos removidos (n=3)) e adenocarcinoma invasivo (n=3). Conclusão: Pode-se considerar nesta fase inicial, que a aderência ao programa de 48,8% e alta taxa de lesões encontradas, justificam a manutenção do mesmo de forma perene.

**PR005 - FOCOS DESCONTÍNUOS E INVASÃO INTRAMURAL NO CÂNCER DO RETO DISTAL SUBMETIDO AO TRATAMENTO NEOADJUVANTE COM QRT – COMO DETERMINAR A MARGEM IDEAL PARA OS CASOS DE TEM PARA OS TUMORES RESIDUAIS?**

RODRIGO OLIVA PEREZ<sup>1</sup>; ANGELITA HABR GAMA<sup>2</sup>; PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN<sup>2</sup>; LORNA CASTRO<sup>2</sup>; JOSÉ CARLOS BEDRAN<sup>2</sup>; IGOR PROSCURSHIM<sup>2</sup>; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO<sup>2</sup>

*1.DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA, DIVISÃO CIRURGIA COLORRETAL, FAC. DE MEDICINA, USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.INSTITUTO ANGELITA & JOAQUIM GAMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Nos pacientes com câncer de reto que apresentam uma boa resposta ao tratamento neoadjuvante com redução significativa (de tamanho e estágio), a ressecção local com TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery) com margens lateral e radial apropriados, pode proporcionar alternativa diagnóstica e em alguns casos terapêutica com Resultados oncológicos aceitáveis. No entanto ainda existe controvérsia sobre a extensão da ressecção e quais são os limites de segurança para as margens. Objetivo: Avaliar os padrões histológicos de regressão dos tumores de reto baixo operados com TEM após QRT neoadjuvante. Método: Foram incluídos pacientes com adenocarcinoma de reto distal localmente avançado submetidos a QRT neoadjuvante e que apresentaram lesões residuais ypT0-2N0 com um tamanho  $\leq 3$ cm em quem foi realizada ressecção local por TEM. As peças cirúrgicas foram estudadas aferindo a disseminação intramural e a distância entre focos tumorais remanescentes rodeados por tecido normal. Resultado: Foram incluídos 30 pacientes, 20% (n=6) foram ypT1, 60% (n=18) foram ypT2 e 20% (n=6) ypT3. A ressecção foi R0 em todos os casos. Houve descontinuidade tumoral em 37% das peças cirúrgicas, a distância média entre focos de tumor residual foi de  $3.4 \pm 1.5$ mm. A disseminação intramural ultrapassando a lesão mucosa esteve presente em 19 pacientes (53%). A extensão média da disseminação intramural foi  $6,4 \pm 2,0$  mm e a penetração em profundidade foi de  $2,1 \pm 1,5$ mm desde a mucosa normal. Conclusão: Nesta série um terço dos cânceres residuais após QRT neoadjuvante apresentaram descontinuidade tumoral com uma distância média de 5mm entre os focos tumorais. A presença de margens de ressecção negativas em pacientes que apresentam descontinuidade tumoral pode não representar a ressecção da doença residual em sua totalidade. Na presença de invasão intramural e descontinuidade tumoral, as margens laterais ideais devem ser de pelo menos 15mm para obter uma ressecção R0 em >95% dos casos.

**PR006 - RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA IMPLICA EM UM MENOR NÚMERO DE LINFONODOS OBTIDOS NO ESPÉCIME DE PACIENTES COM CÂNCER DE RETO SUBMETIDOS À NEOADJUVÂNCIA SEGUIDA DE EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO**

CAIO SÉRGIO NAHAS; LEONARDO ALFONSO BUS-TAMANTE L.; SÉRGIO CARLOS NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; GUILHERME CUTAIT COTTI; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; IVAN CECCONELLO

*INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO. OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: De acordo com a União Internacional Contra o Câncer um mínimo de 12 linfonodos deve ser obtido no espécime cirúrgico para estadiar um câncer colorretal. Entretanto, estudos recentes reportaram que a quimioirradiação neoadjuvante pode resultar na não obtenção do número mínimo de linfonodos na peça em 30-52% dos pacientes. Objetivos: Identificar os fatores relacionados a redução do número de linfonodos ressecados em pacientes submetidos à neoadjuvância e excisão total do mesorreto. Material e Métodos: De janeiro/2012 a março/2013, 160 pacientes com câncer de reto foram submetidos a neoadjuvância (5-FU e 5040 Gys) seguida de excisão total do mesorreto e ligadura dos vasos mesentéricos inferiores nas raízes. Foram incluídos apenas pacientes com estadiamento T3, T4 ou qualquer TN+. Também foram incluídos pacientes com T2N0 que distavam até 7cm da borda anal pelo risco de amputação. Todos foram estadiados e re-estadiados através de toque retal, colonoscopia, TC de abdome e tórax, e RNM de pelve, num intervalo de 6-12 semanas após o término da neoadjuvância, e operados entre 11-14 semanas. Foram avaliados o número de linfonodos nas peças e estudadas as possíveis variáveis relacionadas: sexo, idade, presença de linfonodos acometidos, tamanho do tumor, localização do tumor, comprimento da peça, tipo de cirurgia, via de acesso, estadiamento e resposta completa patológica. Resultados: Apenas 95 pacientes preencheram os critérios de inclusão e conseguiram ser tratados, re-estadiados e operados dentro das datas pré-estabelecidas (60 masculinos). A média de linfonodos ressecados foi 23,2 (3-67). Resposta patológica completa foi obtida em 18 pacientes (18,9%). Um mínimo de 12 linfonodos foram obtidos em 81 pacientes (85%). Dentre os 14 doentes que não obtivemos os 12 linfonodos, 7 (50%), eram respostas completas. De todas variáveis estudadas apenas resposta patológica completa na peça apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p=0,002$ ). Pacientes com pT0N0 apresentaram estatisticamente 88% menos chance de obter 12 ou mais linfonodos. Localização do tumor em reto baixo sugeriu uma redução de 73% na chance de obter número mínimo de linfonodos. Conclusões: Pacientes submetidos a neoadjuvância e excisão total do mesorreto realizadas dentro dos princípios oncológicos apresentam um número adequado de linfonodos na peça na maioria dos casos. Resposta patológica completa pode ser a responsável na redução do número de linfonodos obtidos em alguns casos.

## PÔSTERES

**PO001 - APENDICITE AGUDA NO PACIENTE IDOSO: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA**  
LUCIANA FREIRE GAVINO; LAIS ROBERTA GARCIA BERNARDINI; RENATO KATIPIAM GIRON; CAROLINE VON ABEL DE SOUSA; ALEXANDRÉ VENANCIO DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*

Resumo: O artigo relata dois casos de apendicite aguda no idoso. Sendo uma patologia mais comum em jovens e de diagnóstico clínico, na grande maioria das vezes, apresentando sintomatologia típica. O relato traz o caso de dois idosos, com sintomatologia atípica, abdominal difusa e dor hipogástrica irradiada para fossa ilíaca esquerda. Realizados exames de imagem como radiografia de abdome, que não mostraram alterações. O diagnóstico foi feito apenas após tomografia computadorizada de abdome. Este artigo mostra que apesar de ser uma doença incomum em idosos, é de extrema importância descartar esta entidade no quadro de abdome agudo inflamatório, não podendo ser esquecida. Apesar de boa anamnese e exame físico detalhado, não foi possível realizar diagnóstico nesse caso, o que foi possível somente com TC de abdome. Conclui-se que apendicite aguda acomete não só jovens, como também idosos, e nestes pacientes os sintomas são atípicos, sendo necessário abrir mão de exames complementares.

**PO002 - RELATO DE CASO - RETOCOLITE ULCE-RATIVA IDIOPÁTICA E POLIPOSE FAMILIAR**  
RENATO KATIPIAM GIRON; LAIS ROBERTA GARCIA BERNARDINI; LUCIANA FREIRE GAVINO; CAROLINE VON ABEL DE SOUSA; ALEXANDRÉ VENANCIO DE SOUSA; BARBARA FALCAO URBANO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

Resumo: Relatar caso clínico de paciente jovem com retocolite ulcerativa fulminante associado a pseudopoliPOSE colonica sugerindo associação de duas entidades clinicas, Retocolite Ulcerativa Idiopatia e PoliPOSE Familiar. Caso: Masculino, 22 anos, da entrada no serviço com queixa de piora da dor abdominal há 4 dias. O mesmo refere que há 3 meses iniciou quadro de dor abdominal difusa, em cólica, continua, acompanhada de diarreia (2 episódios com sangramentos) de moderada intensidade. Procurou serviço médico onde necessitou ficar internado devido desidratação e enterorragia, totalizando 4 internações ao longo deste tempo. Refere piora da dor com intensificação dos episódios de diarreia sanguinolenta. Como antecedentes refere perda ponderal (5kg/2 meses) e pai falecido devido carcinoma de colon. É admitido na sala de emergência em mal estado geral, descorado 4/4+, desidratado, taquicardico (FC=139 bpm), taquidispneico (FR=24), hipotenso (PA=90x40 mmHg) com abdome escavado com peristaltismo visível, dor difusa à palpação porém sem sinais de peritonite. Apresentava, ao toque retal, ausência de massas palpáveis, e grande quantidade de enterorragia franca. Realizado reanimação inicial com reposição volê-

mica vigorosa, transfusão sanguínea (4CH) e acionado o Serviço de Colonoscopia de urgência, e mantido sob observação em UTI. Colonoscopia visualizou grande quantidade de sangramento ativo e difuso, compatível com retocolite ulcerativa fulminante. Paciente voltou a apresentar instabilidade hemodinâmica com persistência de sangramento ativo. Optou-se assim, pelo tratamento cirúrgico. Cirurgia: Laparotomia exploradora xifo-pública e, ao inventário da cavidade, notou-se microcolon com parede finas e friáveis, sem sinais de perfuração. Optado pela realização de colectomia total e ileostomia terminal. Pelo fato de o paciente ser jovem, optou-se pela preservação do coto retal. Paciente evoluiu bem, com parada do sangramento, ileostomia de funcionamento adequado, recebendo alta hospitalar estável no décimo pós operatório. Seguimento ambulatorial: ausência de sangramento retal, ausência de distensão e dores abdominais, ganho de peso e optado por realização de tratamento domiciliar com clister de budesonida no coto retal, tendo boa evolução nesse período (60 dias de pós operatório). Melhora da qualidade de vida apesar dos estigmas causados pela ostomia.

**PO003 - NEOPLASIA MUCINOSA DE APENCICE CECAL**  
RENATO KATIPIAM GIRON; LAIS ROBERTA GARCIA BERNARDINI; LUCIANA FREIRE GAVINO; CAROLINE VON ABEL DE SOUSA; ALEXANDRÉ VENANCIO DE SOUSA; BARBARA FALCAO URBANO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

Resumo: Relatar achado de caso não habitual de Neoplasia Mucínosa de Apêndice Cecal (encontrada em aproximadamente 1% de espécimes pós apendicectomia, com preferência pelo sexo feminino). Paciente, sexo feminino, 52 anos, com queixas inespecíficas de dores abdominais em cólica, e discreto desconforto em hipogastro e fossa ilíaca direita, sem outros sintomas associados e sem patologias ginecológicas concomitantes; iniciou investigação com gastroenterologista realizando US abdome total e Endoscopia digestiva alta, exames laboratoriais e marcadores tumorais normais. Encaminhada ao ambulatório de Coloproctologia para afastar doença inflamatória intestinal. Com essa hipótese diagnóstica, foi submetida a colonoscopia, evidenciando, à região do ceco, contra lateral ao ostio apendicular, lesão cística grande, com padrão de mucosa dentro da normalidade, impressão endoscópica de lesão extrínseca grande, com compressão no ceco de natureza a esclarecer. No seguimento da investigação foi solicitada Ressonância Magnética de abdome total (fossa ilíaca direita em continuidade com o ceco, topografia do apêndice cecal observa-se lesão cística com imagem tubular em fundo cego, apresentando conteúdo líquido espesso de alto conteúdo proteico com impregnação periférica pelo contraste, medindo aproximadamente 3,3x3,0x2,9 cm, com contornos regulares). Com a suspeita clínica de mucocele de apêndice cecal, paciente foi submetida a cirurgia Videolaparoscópica que, ao inventário da cavidade, notou-se em



região do ceco apêndice de dimensões aumentadas, paredes espessas, e achado de invaginação do apêndice para o ceco (insuscepção apendicular). Optado por ileotiflectomia e íleo-colo-anastomose latero-lateral com grampeador linear extracorpóreo. Paciente evoluiu bem, com boa aceitação de dieta, padrão evacuatório normal, recebendo alta estável clinicamente no 4º dia de pós operatório, assintomática. Resultado Anatomopatológico da peça cirúrgica: Neoplasia Mucínica de baixo grau (cistoadenoma) de apêndice cecal medindo 4,0x3,0 cm e caracterizada por: revestimento por única camada de células colunares com discreto pleomorfismo nuclear. Ausência de infiltração da parede do órgão pelo epitélio neoplásico ou por muco. Margens cirúrgicas livres. Íleo terminal e ceco sem anormalidades

**PO004 - PACIENTE COM ABDOME AGUDO PERFORATIVO DEVIDO A DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**

BENJAMIN RAMOS ANDRADE NETO; DARLAN ALVES ARAÚJO JÚNIOR; ROMMEL RENO PORCINO REINALDO; ANDRÉ LUIS PIERRE LIMA; OLAVO NAPOLEÃO ARAÚJO JÚNIOR; PAULO HENRIQUE DOURADO FIGUEIREDO; FRANCISCO ROMEL LIMA ARAÚJO; BRUNO AMARAL MEDEIROS  
*HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Doença de Crohn (DC) é patologia crônica de etiologia multifatorial, mais comum na raça branca, com pico etário bimodal, influenciada por fatores genéticos e ambientais. Pode acometer todos os segmentos do Trato Gastrointestinal, sendo mais comumente íleo distal, cólon e reto os mais afetados. Em caso de ausência ou atraso do tratamento, acarreta grande morbidade. Objetivo: Descrever um caso de uma apresentação grave da DC para demonstrar sua gravidade potencial em caso que não recebeu tratamento específico adequado. Relato: Sexo feminino, 53 anos, deu entrada no PS com diarreia mucossanguinolenta, dor abdominal, vômitos, perda ponderal não mensurada e sinais de sepse. Vinha em uso irregular de Mesalazina. Apresentava leucocitose discreta com radiografias de tórax e abdome sem alterações. Foi iniciado hidratação venosa e antibioticoterapia. No dia seguinte teve piora clínico-laboratorial importante, mantendo taquicardia e taquipnéia, com aumento da dor e distensão abdominal. Evoluiu com piora do leucograma e radiografias mostraram pneumoperitônio e níveis hidroaéreos. Submetida a laparotomia exploradora, verificou-se cólons com friabilidade e diversas perfurações do ceco ao sigmóide. Foi realizado colectomia total com ileostomia terminal. Evoluiu com pós-operatório prolongado em CTI, onde desenvolveu IRA e progressiva piora indo a óbito. Exames de Imagem descartaram novo foco abdominal. Conclusão: A DC sem tratamento específico carrega importante morbimortalidade. O desconhecimento por parte da população e de certo modo no próprio meio médico, atrasa o diagnóstico e leva a baixa adesão ao tratamento.

**PO005 - AVALIAÇÃO DO ESQUEMA DE IMUNIZAÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

NIELCE MARIA DE PAIVA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; PRISCILA S.P. OLIVEIRA; DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; LARISSA BERBET ARIAS; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; RAQUEL FRANCO LEAL  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Pacientes com doença inflamatória intestinal (DII) estão expostos a um risco maior de desenvolverem infecções devido a alterações do sistema imune inato e ao uso freqüente de imunossuppressores e biológicos. Objetivo: Avaliar o estado vacinal dos pacientes com DII de um ambulatório terciário, com a finalidade de estabelecer medidas pró-ativas de prevenção de infecções virais e bacterianas. Casuística e Método: 45 de um total de 519 pacientes regularmente em seguimento no ambulatório de DII foram entrevistados entre março e abril de 2013 com relação a sua situação vacinal. Obtiveram-se dados clínicos e demográficos. Após o preenchimento do questionário, realizada orientação segundo o Protocolo Nacional de Imunização (PNI). Resultados: Dos 45 pacientes, 64,5% são do sexo feminino e 35,5% masculino, sendo a faixa etária de 45 (15-81) anos. 75,6% são portadores de doença de Crohn, 17,8% retocolite ulcerativa e 6,6% colite indeterminada. Com relação ao tratamento: 44,4% utilizam azatioprina, 8,8% mezalazina, 4,4% sulfassalazina, 4,4% metrotexate, 28,8% adalimumabe, 37,7% infliximabe, 8,8% prednisona e 6,6% não utilizam medicação. Dos 45 pacientes, 48,9% apresentaram carteira de vacina e 51,1% não a possuía. 46,6% estavam orientados quanto à necessidade de receberem a vacina para gripe inativada e apenas 24,4% foram vacinados em 2012. 51,1% desconheciam que deviam tomar a vacina contra gripe por serem portadores de doença crônica. Apenas 2,2% foram orientados pelo médico da UBS com relação ao esquema vacinal recomendado por ser portador de doença crônica e 44,4% pelo médico assistente do ambulatório de coloproctologia. Dos 45 pacientes, 66,6% conhecem a indicação de receberem vacina dupla-adulto, padronizada no PNI, mas de forma geral somente 31,1% estavam em dia. Outras vacinas, que entraram recentemente no calendário PNI e estão padronizadas para outras faixas etárias na vacinação de rotina, mas que têm suas indicações em tratamento de portadores de doenças crônicas foram desconhecidas por este grupo de pacientes. Conclusão: Houve grande porcentagem de pacientes desprovidos de imunização, mesmo fazendo parte de um ambulatório especializado. Os pacientes com DII, por se tratar de doença crônica, devem ser aconselhados quanto ao esquema vacinal, devendo-se proceder à imunização preventiva. Convém lembrar que na vigência de tratamento imunossupressor, a vacinação pode não funcionar, havendo a necessidade de fazê-lo antes do início deste tipo de terapêutica.

**PO006 - DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN PELO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO DO ESTADO DO MATO GROSSO.**

NAW-ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D ALMEIDA; MARDEM MACHADO DE SOUZA; HELOISA RAMOS AGUIAR; BRUNA ELIZABET ENGEL ZILKI; RENATA GUIMARAES SATO; LAURA CRISTINA BERALDI  
*UNIVERSIDADE DE CUIABÁ, CUIABA, MT, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A terapia biológica é um dos tratamentos mais utilizados no manejo terapêutico atual da doença de Crohn (DC), é indicada para casos moderados e graves ou quando o paciente é insensível a outros tratamentos convencionais. O primeiro agente biológico liberado para tratamento da DC foi o Infiximabe (IFX), no final dos anos 90; após mais de 10 anos de prática clínica com o IFX, em 2007, foi liberado o Adalimumabe (ADA). Ambos medicamentos, IFX e ADA, estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e mostram eficácia clínica equivalente no tratamento da DC. A diferença entre eles reside basicamente na estrutura, via de administração e posologia. Objetivo: Descrever a dispensação de medicamentos biológicos no tratamento da DC pelo sistema de saúde público do Estado do Mato Grosso durante o período de dois anos. Método: Este estudo analisou dados referentes ao tratamento de pacientes portadores de DC que foram cadastrados ou renovaram seus processos no programa de medicamentos excepcionais da secretaria de saúde do estado do Mato Grosso, no período entre 22 de maio de 2011 a 22 de maio de 2013. Os dados foram fornecidos pela Farmácia Cidadã do estado do Mato Grosso. Resultados: Durante o período analisado o total de pacientes com DC foi de 247, destes 81(32,8%) fazia tratamento com terapia biológica, ADA ou IFX. O medicamento biológico mais usado foi o ADA correspondendo a 52 (64,2%) pacientes versus 29 (35,8%) com IFX. Discussão: O tratamento precoce com imunomoduladores e terapia biológica na DC comprovadamente diminui o número de recidivas, internações hospitalares, cirurgias e morbidades em geral. Existe hoje uma tendência a indicação precoce da terapia “top-down”. Há cerca de duas décadas um estudo de coorte realizado na Noruega mostrava que somente cerca 4% do total pacientes com DC faziam uso de terapia biológica versus 30-33% documentados em estudos mais recentes na Europa. Evidências sugerem que países com maior número de médicos especialistas tendem a fazer maior uso de terapia biológica quando comparados a países com menor número médicos especialistas. A taxa de prevalência do uso de terapia biológica em pacientes com DC evidenciada na Farmácia Cidadã do estado de Mato Grosso foi de 32,5% e vai de acordo com a estudos atuais, assim como a maior preferência pelo uso do ADA em relação ao IFX, sugerindo ser devido a praticidade da via de administração, subcutânea, do ADA em relação ao IFX, endovenoso, como já relatado em estudo anterior.

**PO007 - FARMACOBEOAR INTESTINAL NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**

STHELA MARIA MURAD-REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; MAURA TARCIANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA; MADALENA MARIA SILVA COUTINHO; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO; FÁBIO SANTIAGO RODRIGUES  
*HUWC/UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença de Crohn é uma doença transmurais e recidivante do trato gastrointestinal, cuja incidência aumentou nos últimos anos no Brasil e no mundo. As estenoses de delgado são complicações comuns, sendo indicado tratamento cirúrgico quando não há melhora da sintomatologia com terapêutica clínica. Relato de Caso: FCMB, 37 anos, sexo masculino, pardo, natural de Fortaleza-Ceará. Diagnóstico de doença de Crohn desde 2004, sendo acompanhado pelo serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário Walter Cantídio com terapia clínica regular. Tiveram 3 internações hospitalares, em 2005 e 2012, por quadros de semi-oclusão intestinal não responsivos à terapêutica clínica com uso de mesalazina, azatioprina e corticosteróides. Solicitado então avaliação cirúrgica da Coloproctologia. A videocolonosopia pré-operatória identificou lesões aftóides com halo hiperemiado em segmento de cólon transversal. O trânsito intestinal de delgado mostrou áreas de estenose no íleo terminal adjacentes a segmentos com dilatação importante onde se identificavam falhas de enchimento múltiplas, arredondadas, de contornos regulares, homogêneas e uniformes de 1.2cm. A Tomografia Computadorizada foi sobreponível. Submetido a laparotomia exploradora em 04/12/2012, sendo identificada estenose do íleo terminal, distando 70 cm da válvula íleo-cecal e área de dilatação a montante, com acúmulo de vários comprimidos de mesalazina. Presença de duas estenoses curtas proximal à alça dilatada. Realizada enterectomia segmentar (30 cm de íleo), englobando duas das áreas de estenose, com entero-enteroanastomose látero-lateral duplo grampeada. Estrituroplastia à Heineke-Mikulicz do segmento estenosado mais proximal. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências com alta hospitalar no 10º dia. O laudo histopatológico revelou: ileíte crônica, compatível com Doença de Crohn e ausência de malignidade na peça. Conclusão: Concluímos que a estenose do intestino delgado causada pela doença de Crohn, aliada às propriedades farmacológicas da mesalazina foram fatores determinantes para a formação do farmacobezoar. E, concomitantemente, impediu-se que o princípio ativo atingisse o local de atividade da doença (íleo terminal) e exercesse seus efeitos tópicos. A sintomatologia do paciente de semi-oclusão intestinal foi resolvido com procedimento operatório. Desta forma, reafirmamos o caráter individualizado da clínica e tratamento nos casos da forma estenosante da doença de Crohn.

**PO008 - AS EMOÇÕES E SUA INFLUÊNCIA NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS (DII).**

DAISY MALDAUN; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; JOAO JOSÉ FA-

GUNDES; NIELCE MARIA DE PAIVA; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Denominam-se doenças inflamatórias intestinais (DII) afecções imunológicas, sendo duas mais representativas e comuns: a retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) e a doença de Crohn (DC). A importância das DII se deve a serem afecções crônicas de ocorrência mundial; terem crescente incidência; abordagem complexa; inexistência de cura e resposta terapêutica variável tanto clínica quanto cirúrgica. Objetivo: compreender a influência das emoções e seu significado, na evolução clínica dos pacientes com DII. Método: clínico qualitativo. A amostra constou de vinte e três pacientes com idade entre 18 e 74 anos com DII, de ambos os sexos, provenientes do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal “Prof. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes” do Centro de Diagnóstico de Doenças do Aparelho Digestivo (GASTROCENTRO) da FCM-UNICAMP. Foram avaliados os seguintes aspectos do Roteiro de entrevista semi-estruturada: a) conhecimento da DII; b) o sentido que a DII representa; c) a forma como convivem com a sintomatologia da doença; d) o momento da hospitalização. A coleta de dados envolveu também anamnese para obtenção de informações clínicas e história de vida dos pacientes. Resultados: Os achados, nas categorias selecionadas, mostraram: a) muito pouco conhecimento dos pacientes sobre a doença; b) o sentido/significado da doença foi referido como muito sofrimento e limitação, provocada pela gravidade da doença quando em atividade e solidão; c) vivenciam a sintomatologia da enfermidade, tanto na exacerbação quanto na remissão, de modo único e singular, com consequências psicológicas (ansiedade, medo e depressão) e sociais (isolamento); d) relataram muita angústia e medo em relação à hospitalização por sua imprevisibilidade. Conclusão: a influência das emoções na experiência de vida do ser humano seja ele jovem, de meia idade ou idoso, diante de situações conflitantes, tendo como proposição o corpo como sustentáculo do eu, se mostrou relevante na evolução clínica da doença e suas consequências, que podem causar impactos diversos no organismo de acordo com a consciência e os recursos que cada um possui para enfrenta-las sejam eles psíquicos ou biológicos.

#### PO009 - INTUSSUSCEPÇÃO EM PÓS OPERATÓRIO PRECOCE DE ENTERECTOMIA EM DOENÇA DE CROHN – RELATO DE CASO

CAROLINA CHACON CONSENTINO; ANDRÉ BARRETO SILVA; ROSANE LOUZADA; RICARDO LIRA REIS; IGOR DIAZ YAMANE; LEONARDO GUEDES; EDNA DELABIO FERRAZ; JOAO AGUIAR PUPO NETO  
*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Doença de Crohn (DC) faz parte do grupo de doenças inflamatórias intestinais. Sua incidência tem aumentando ao longo da segunda metade do século XX, acometendo principalmente pessoas jovens, entre a 2ª e 3ª décadas de vida, determinando grande morbidade. A intussuscepção intestinal é causa pouco frequente de obstrução intestinal em

adultos, no entanto é mais prevalente em pacientes com Doença de Crohn. Objetivo: Relatar caso raro de intussuscepção de dois segmentos intestinais em paciente com DC, em período pós operatório precoce. Relato do Caso: Paciente 30 anos, masculino, portador de DC, diagnosticada em 2011 com sintomas desde 2007, em uso de azatioprina 150mg/dia e prednisona 30mg/dia. Apresentava quadro de suboclusão intestinal de repetição e desnutrição. Relizada enterotomografia em 28/02/2013, que evidenciou espessamento parietal nos 35cm distais do íleo, e imagem sugestiva de trajeto fistuloso em fundo cego há 30 da válvula ileocecal. Submetido a cirurgia em 07/03/2013, sendo evidenciado divertículo há 30cm da válvula ileocecal, realizado enterectomia a 15 cm da válvula ileocecal, com anastomose primária termino-terminal. No 4º PO apresentou quadro de dor e distensão abdominal, associado a náuseas. Realizada TC de controle, que apresentava intussuscepção intestinal em jejuno. Submetido a nova laparotomia, sendo evidenciada não só uma, mas duas áreas de intussuscepção; sendo desfeitas, não havia comprometimento isquêmico dos segmentos acometidos. Paciente permaneceu em dieta zero e com nutrição parenteral durante 7 dias, tendo boa evolução pós-operatória, com alta no 10º PO. A caso foi documentado com imagens radiológicas, fotografias e vídeos do procedimento. Conclusão: A maior incidência de quadros de intussuscepção em pacientes com DC, deve-se ao fato de que esses pacientes apresentam espessamento parietal significativo, e da presença de pseudopólipos. Não há relatos na literatura de casos de intussuscepção em pós operatório precoce de pacientes com doença de Crohn.

#### PO010 - PROTÓTIPO DE SISTEMA WEB PARA AQUISIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS BIOMECÂNICOS

FELIPE CONRADO FERNANDES<sup>1</sup>; ANDRÉ GUSTAVO MALETZKE<sup>1</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1</sup>; RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>2</sup>; JOAO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>; FENG CHUNG WU<sup>1</sup>

*1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2. CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE FOZ DO IGUAÇU, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: inúmeros testes têm sido desenvolvidos buscando representar o comportamento de materiais biológicos, tais como o ensaio Energia Total de Ruptura (ETR) que tem como objetivo quantificar a resistência biomecânica e analisar o comportamento de segmentos intestinais, sendo que um dos componentes desse ensaio é o Sistema Aquisição e Análise de Dados Biomecânicos (SABI), na versão 2.0, o qual possibilita com que parte do ensaio ETR seja realizado de maneira automática com o auxílio do computador. Objetivo: apresentar o protótipo da versão web do sistema SABI 2.0, denominado *SABI-web*. Materiais e Método: o desenvolvimento foi realizado mediante quatro fases. Na Fase 1, foram definidos os requisitos do *SABI-web*, sendo eles o cadastro, a consulta, a alteração e a exclusão das entidades Corpo de Prova,

Grupo e Subgrupo, bem como funcionalidades que permitam a determinação de parâmetros biomecânicos e visualização das curvas Força vs. Elongação. Na Fase 2, foi realizado o projeto e a modelagem por meio da linguagem Unified Modeling Language (UML). Também definiu-se a arquitetura Model-View-Controller (MVC) como padrão de desenvolvimento. Após, na Fase 3, foi realizada a implementação mediante a linguagem de programação Ruby juntamente com o *framework* Ruby on Rails. Para o armazenamento dos dados foi utilizado o Sistema Gerenciador de Banco de Dados MySQL 5.5.25 e para o delineamento das curvas Força vs. Elongação a biblioteca Highcharts 3.0. Na Fase 4 as funcionalidades desenvolvidas foram testadas e validadas considerando critérios de correte e usabilidade. Resultados e Discussão: a partir da realização das fases mencionadas foi possível desenvolver a primeira versão para ambiente web do SABI, a qual permitiu com que avaliações sejam realizadas remotamente e independente de plataforma. O protótipo foi estruturado em módulos, sendo eles o de gestão de dados, de determinação de parâmetros biomecânicos e de visualização de dados. Os especialistas da área médica consideraram o desempenho, a correte e a usabilidade como sendo satisfatórios, ressaltando a facilidade no uso e a possibilidade de acessar aos recursos do protótipo de maneira remota pela Internet. Conclusão: o protótipo de sistema computacional desenvolvido poderá contribuir na avaliação e no estudo de materiais biológicos como as alças intestinais possibilitando com que o teste ETR seja realizado e acompanhado remotamente.

**PO011 - UMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA ANÁLISE DE DADOS BIOMECÂNICOS PROVENIENTES DO ENSAIO ENERGIA TOTAL DE RUPTURA**

LEANDRO BORGES DOS SANTOS<sup>1</sup>; ANDRÉ GUSTAVO MALETZKE<sup>1</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1</sup>; RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; JOYLAN NUNES MACIEL<sup>2</sup>; JOAO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>; FENG CHUNG WU<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: o estudo do comportamento biomecânico de alças intestinais tem recebido grande interesse devido aos elevados índices de morbidade e mortalidade decorrentes de complicações dessas estruturas. Nesse sentido, o teste de Energia Total de Ruptura (ETR), que tem como objetivo quantificar a resistência desses materiais. Para realizar uma análise completa dos dados obtidos gerados pelo ETR, os especialistas precisam recorrer a diferentes ferramentas, sendo a maioria proprietárias e com formatos específicos, dificultando a análise. Objetivo: desenvolvimento de uma FC para auxiliar especialistas da área médica, na análise do comportamento biomecânico de alças intestinais, submetidas ao teste ETR. Materiais e Métodos: na elaboração da FC utilizou-se o mé-

todo de desenvolvimento de software incremental e para cada incremento o modelo de prototipação. Escolheu-se as linguagens de programação Java e R, as bibliotecas JFreeChart e RJava e também foi aplicado o padrão *Model-View-Controller*. Para facilitar o desenvolvimento, a FC foi dividida nos seguintes módulos: visualização de dados (M1), extração de parâmetros (M2), exportação de dados (M3), análise estatística (M4) e construção de modelos matemáticos (M5). Resultados e Discussão: o módulo M1 permite realizar a comparação visual, mediante o delineamento de gráficos, entre diferentes corpos de prova. Análises mais completas podem ser realizadas no módulo M2, que permite a extração de parâmetros biomecânicos do teste ETR e medidas estatísticas, como média, desvio padrão e coeficiente de variação. Para favorecer a portabilidade das análises o módulo M3 permite a exportação dos gráficos e dos parâmetros biomecânicos. Outra funcionalidade é a aplicação de testes estatísticos para comparação dos parâmetros extraídos, utilizando distintos testes estatísticos tais como t-student e Wilcoxon. Esse recurso permite avaliar a utilização de diferentes técnicas, drogas ou materiais cirúrgicos aplicados às alças intestinais. Outro ponto importante da FC é a aplicação de modelos matemáticos para representar o comportamento mecânico de alças intestinais, como o modelo de Boltzman. Conclusão: a FC desenvolvida atendeu os requisitos definidos pelos especialistas da área médica e computacional, integrando diversas funcionalidades em uma única ferramenta, facilitando a análise dos dados biomecânicos.

**PO012 - COLECTOMIA SUBTOTAL COM ILEO-DESCENDENTE ANASTOMOSE POR DOENÇA DE CROHN ESTENOSANTE**

ISABELLA POLIMENO MAZZUCATTO; SANDRA DI FELICE BORATTO; DIOGO AMARO DOMIGUES DE OLIVEIRA; GREGORY BITTAR PESSOA; JAQUES WAISBERG  
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal sistêmica e recidivante que pode acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal. Caracteriza-se por inflamação transmural e descontínua dos segmentos digestivos e possui diversas formas de apresentação, variando suas manifestações entre os portadores. As estenoses intestinais ocorrem em 30% dos portadores da DC, e resultam de inflamações de repetição com consequente fibrose. Apesar da evolução da terapia clínica no tratamento da DC, a intervenção cirúrgica se faz necessária em 70 a 90% destes pacientes, e será indicada em caso de intratabilidade clínica ou devido às complicações da doença. OBJETIVO: Relatar um caso de paciente portadora de Doença de Crohn estenosante submetida a tratamento cirúrgico devido a intratabilidade clínica. Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 31 anos, encaminhada devido a dor em HCE, distensão abdominal, obstipação e vômitos há 4 meses. Há 4 anos iniciou quadro de diarreia, diagnosticada como portadora de doença inflamatória intestinal, e recebeu tratamento clínico durante 2 anos. Perdeu acompa-

nhamento nos anos seguintes, fazendo uso esporádico da medicação. O quadro se tratava da evolução da DC com estenose de ângulo esplênico colônico. Sem melhora após retomada de adequado tratamento clínico, optou-se por abordagem cirúrgica através de colectomia subtotal com ileodescendente anastomose. No décimo pós-operatório, paciente evoluiu com saída de grande quantidade de secreção pela região proximal da ferida operatória, o que após alguns dias de evolução e exames clínico, laboratorial e de imagem, caracterizou fistula pancreática. Realizado tratamento conservador devido ao excelente quadro clínico mantido pela paciente, que recebeu alta hospitalar com saída de mínima quantidade de secreção pelo orifício fistuloso e em uso de biológico. Conclusão: A apresentação da DC difere nos pacientes em razão de variáveis como região anatômica acometida, tempo de evolução da doença e características da inflamação. A partir disso surgem diversos sintomas com necessidades de condutas distintas, exigindo uma análise detalhada de cada caso. A presença de complicações e a resposta aos medicamentos devem sempre ser levadas em conta, somando-se a isso uma discussão entre pacientes, clínicos e cirurgiões, para juntos decidirem qual o melhor tratamento para cada momento da doença, uma vez que a descoberta de sua cura parece estar ainda distante.

**PO013 - DOIS CASOS DE PANCREATITE AGUDA INDUZIDA POR AZATIOPRINA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

GUSTAVO KURACHI<sup>1</sup>; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>2</sup>; DAYANNE ALBA CHIUMENTO<sup>2</sup>; KARINA CORREA EBRAHIM<sup>2</sup>; JORGE MANUEL RODRIGUES OLIVEIRA FILHO<sup>2</sup>; LARISSA SOKOL ROTTA<sup>2</sup>; CAROLYNE DONEDA SILVA SANTOS<sup>2</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>2</sup>  
*1.GASTROCLINICA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.FAG, CASCAVEL, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A incidência de pancreatite aguda, seja autoimune ou medicamentosa, é de 1,5-3,5%, em pacientes com doença inflamatória intestinal. A azatioprina tem sido usada rotineiramente no tratamento de manutenção da doença inflamatória intestinal (DII), e apresenta alguns efeitos colaterais que impossibilitam o seu uso e podem aumentar a morbimortalidade destes pacientes. Objetivo: Descrever dois casos de pancreatite aguda causada por uso de azatioprina na DII. Caso 1: MWB, 20 anos, feminino, em tratamento de doença de Crohn de íleo terminal, fazendo uso de azatioprina há 3 meses, foi internada com quadro de dor abdominal em faixa no abdômen superior, súbita após a alimentação. Estava em uso de Azatioprina 50mg e mesalazina enquanto aguardava a liberação dos imunobiológicos. Apresentou elevação de amilase (204u/l) e lipase (921,3u/l). Foram retirados todos os medicamentos com melhora progressiva até a alta hospitalar. Após 2 meses foi reintroduzido a azatioprina 50mg e após 1 semana a paciente reinternou devido a quadro semelhante de dor abdominal, vômitos e inapetência. Foram repetidos os exames com achado de aumento de lipase 190,3u/l, que melhorou após a retirada do medicamento assim como as queixas clínicas. No

momento paciente com uso de terapia biológica. Caso 2: MB, 67 anos, masculino, portador de retocolite ulcerativa, restrita ao cólon esquerdo, em uso de azatioprina há 2 anos iniciou com quadro de dor abdominal em faixa e alteração da amilase e lipase (390u/l) associado à icterícia e aumento da bilirrubina total (3,09mg/dl) e bilirrubina indireta (2,42mg/dl). Foram suspensas as medicações com melhora progressiva do quadro. No momento paciente apenas com mesalazina e sem sintomas. Conclusão: Embora o mecanismo de pancreatite induzida por azatioprina permaneça incerto, um controle rigoroso e o reconhecimento precoce da pancreatite aguda é importante para se evitar complicações decorrentes do uso destas drogas.

**PO014 - TRATAMENTO AGRESSIVO E RESOLUTIVO DA DOENÇA DE CROHN PERINEAL GRAVE**

SUZANA LIMA TORRES<sup>1</sup>; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA<sup>1</sup>; MARILIA DOS SANTOS FERNANDES<sup>1</sup>; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO<sup>1</sup>; ANDRÉA VIEIRA<sup>2</sup>; FANG CHIA BIN<sup>1</sup>

*1.IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - DEPTO. DE CIRURGIA, ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O comprometimento perineal da Doença de Crohn (DC) está presente em mais de 20% dos casos, já na admissão, e tem incremento desta taxa em 26% ao longo dos anos. Mais comum em mulheres jovens com colite de Crohn, a doença perineal é limitante e impactante na qualidade de vida. Tal topografia é por vezes negligenciada e seu tratamento pode ser bastante complexo e agressivo, levando alguns casos a proctectomia. Relato do Caso: Mulher, 34 anos, apresentava há 15 anos Doença de Crohn inicialmente inflamatória (íleo terminal e pancolite). Três anos após o diagnóstico, evoluiu para forma estenosante de reto e, quatro anos depois, iniciou doença fistulizante perineal de gravidade progressiva com úlceras profundas perineais, perianais, vulvares e interglúteas, além de fistula reto-vaginal e múltiplas fistulas subcutâneas de toda região ano-genital. Apresentava artralgia e uveíte como manifestações extra-intestinais. Assim, somou-se ao tratamento convencional com aminossalicilatos, antibióticos e azatioprina, os biológicos: inicialmente infliximabe e, com resposta parcial insatisfatória, foi modificado para adalimumabe e indicada ileostomia derivativa após fase de indução. Paciente manteve piora das lesões quando, por fim, foi realizada proctocolectomia total com amputação, deixando ferida perineal aberta e mantendo parte do processo inflamatório perineal e vulvar a fim de evitar grande área cruenta e possibilitar cicatrização, já que o reto doente havia sido removido. Vinte dias após, com a granulação da região extra-peritoneal do reto, foi indicada exérese da pele ainda comprometida pela doença. Com 20 sessões de câmara hiperbárica, curativos diários e sete meses de evolução, paciente apresenta cicatrização completa das lesões, melhora da qualidade de vida, ganho de peso e controle da doença. Considerações finais: Há tendência em adiar indicação cirúrgica em caso de doença

perineal grave uma vez que esta leva a estoma definitivo. Porém a morbidade e gravidade do problema, muitas vezes, exigem condutas agressivas e resolutivas.

**PO015 - APENDAGITE AGUDA SIMULANDO QUADRO DE APENDICITE AGUDA.**

MURILO ROCHA RODRIGUES<sup>1</sup>; ROGERIO TADEU PALMA<sup>2</sup>; RENE CREPALDI FILHO<sup>3</sup>; HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR<sup>2</sup>; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR<sup>1</sup>; DANIELA TIEMI SATO<sup>1</sup>; ALICE MOREIRA DIAS<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ<sup>1</sup>

*1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Apendagite resulta da torção ou trombose venosa espontânea das veias que drenam os apêndices epiplóicos. É uma doença de baixa ocorrência, benigna e autolimitada. Seu principal sintoma é dor abdominal à esquerda ou à direita, no quadrante inferior, acompanhada de leucocitose, podendo simular abdome agudo, como uma apendicite ou diverticulite. OBJETIVO: Relatar um caso de apendagite de cólon ascendente, simulando uma apendicite aguda. MÉTODOS: Foi realizado levantamento bibliográfico em bases de dados LILACS e MEDLINE e posteriormente foi realizada pesquisa de prontuário. DESCRIÇÃO DO CASO: RCF, masculino, 55 anos, queixando-se de dor abdominal localizada em fossa ilíaca direita (FID) há dois dias, sem outros sinais ou sintomas. Ao Exame físico abdominal apresentava dor em FID, com descompressão brusca positiva. Exame ultrassonográfico apresentava massa heterogênea em FID, Tomografia abdominal identifica a massa em projeção de cólon ascendente, que segundo o laudo se projetava para a luz do órgão, inclusive com suspeita de neoplasia de ceco. Foram realizados exames laboratoriais, não observando alterações significativas. Realizada coloscopia denotando edema de pregas no cólon ascendente e dois pequenos pólipos de característica inflamatória. Submetido à cirurgia Videolaparoscópica por suspeita clínica de apendicite aguda, foi retirada a massa inflamatória firmemente aderida ao cólon. Conclusão: O presente relato demonstra a importância do diagnóstico diferencial desta etiologia do abdome agudo e mostra que tomografia, apesar de ser o exame de eleição para o diagnóstico de apendagite aguda, pode causar dúvida diagnóstica.

**PO016 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO E PADRÃO DE EXPRESSÃO DA PROTEÍNA CLAUDINA NA MUCOSA CÓLICA COM E SEM TRÂNSITO INTESTINAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.**

JOSÉ AIRES PEREIRA; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; VIVIEL RODRIGO JOSÉ DE CARVALHO; CAROLINE DE CASTRO FERREIRA; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; ALICE MOREIRA DIAS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Colite de exclusão é uma doença inflamatória que ocorre em segmentos do intestino grosso excluídos de trânsito intestinal. Estudos mostraram que a produção aumentada de radicais livres de oxigênio ocasiona ruptura das proteínas claudina, principais componentes das junções de oclusão celular. Todavia, até a presente data não se estudou experimentalmente os efeitos da derivação intestinal nas proteínas formadoras das junções de oclusão intercelular. Objetivo: Mensurar o conteúdo tecidual e modificações no padrão de expressão da proteína claudina comparando segmentos providos e desprovidos de trânsito intestinal em diferentes períodos de exclusão. Método: Quarenta e cinco ratos Wistar, foram divididos em 3 grupos experimentais de 15 animais segundo o sacrifício ser realizado seis, 12 ou 18 semanas após a exclusão intestinal realizada pela cirurgia de Hartmann. Na data do sacrifício foram removidos segmentos com e sem trânsito fecal e submetidos a estudo histológico para o diagnóstico de colite e imunistoquímico para avaliar a expressão tecidual de claudina. A quantificação dos níveis teciduais de claudina foi determinada em cruzes avaliando o conteúdo total e nas regiões apicais e basais ao longo de três criptas cólicas íntegras. A avaliação do conteúdo foi analisada por três observadores independentes que não conheciam detalhes do estudo. A expressão tecidual ao longo da cripta também foi determinada em cruzes. Para comparação entre Resultados encontrados foram utilizados os testes t de Student, t pareado, enquanto para análise de variância o teste de ANOVA estabelecendo-se para todos níveis de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). Resultados: Houve redução no conteúdo total de claudina nos segmentos desprovidos de trânsito intestinal quando comparado ao cólon com trânsito preservado, independente do tempo de exclusão intestinal ( $p < 0,05$ ). Houve redução do conteúdo de claudina nas regiões apicais das criptas cólicas ( $p < 0,0001$ ), que não variou com o tempo de exclusão ( $p = 0,99$ ). Não houve modificações no conteúdo de claudina na região das criptas cólicas independente do tempo de exclusão analisado ( $p = 0,82$ ). Conclusões: O conteúdo de claudina diminuiu nos segmentos desprovidos de trânsito fecal, principalmente na região apical das glândulas cólicas, sugerindo que o processo inflamatório decorrente da derivação intestinal é capaz de degradar as junções de oclusão intercelular.

**PO017 - AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE EXPRESSÃO E CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA OCLUDINA NA MUCOSA CÓLICA DE RATOS COM E SEM TRÂNSITO INTESTINAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS**

JOSÉ AIRES PEREIRA; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; CAROLINE DE CASTRO FERREIRA; VIVIEL RODRIGO JOSÉ DE CARVALHO; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; ALICE MOREIRA DIAS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O processo inflamatório que acontece em segmentos de intestino grosso desprovidos de trânsito intestinal é denominado de colite de exclusão. Para o desenvolvimento da

colite, a integridade funcional da barreira exercida pelo epitélio cólico estará danificada. As junções de oclusão, formadas principalmente pelas duas proteínas completas claudina e ocludina, apresentam papel fundamental neste sistema de defesa. Objetivo: Mensurar o conteúdo tecidual total da proteína ocludina, comparando a mucosa cólica provida e desprovida de trânsito intestinal. Pretende-se ainda, avaliar se existem modificações no local de expressão da proteína ocludina nas criptas da mucosa cólica comparando segmentos com e sem trânsito intestinal, e verificar a influencia do tempo de exclusão nessas variáveis. Método: Quarenta e cinco ratos Wistar machos foram submetidos à cirurgia de derivação intestinal por meio de colostomia proximal no cólon esquerdo e fistula mucosa distal. Os animais foram divididos em três grupos experimentais, compostos por quinze animais, segundo o sacrifício ter sido realizado em seis, doze e dezoito semanas após o procedimento cirúrgico. O diagnóstico de colite foi estabelecido por estudo histológico. A expressão tecidual da proteína ocludina foi analisada por imunohistoquímica e o conteúdo tecidual total e nas regiões apicais e basais das glândulas cólicas analisado em cruzes, por três observadores distintos que não conheciam o delineamento do estudo. Para a comparação entre os níveis teciduais de ocludina segundo o local das criptas cólicas nos segmentos com e sem trânsito fecal foram utilizados os testes de Willcoxon e de Man-Whitney. Para análise de variância entre os grupos experimentais empregou-se o teste de Kruskal-Wallis, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: Houve redução no conteúdo tecidual de ocludina no ápice dos segmentos desprovidos de trânsito fecal quando comparado ao ápice da cripta cólica com trânsito preservado, independente do tempo de exclusão. Constatou-se também, que existe variação no conteúdo de ocludina no ápice das criptas do cólon provido de trânsito em relação ao tempo de exclusão ( $p = 0,0019$ ), entre a sexta e décima segunda semana estabilizando a partir de então. Conclusão: A redução no conteúdo tecidual de ocludina no ápice do segmento cólico desprovido de trânsito intestinal evidencia a importância do substrato energético para o metabolismo das células da mucosa cólica.

**PO018 - CONTEÚDO TECIDUAL DE MUCINAS NEUTRAS NA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRÂNSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM SUCRALFATO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.**  
JOSÉ AIRES PEREIRA; MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO; ALICE MOREIRA DIAS; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; MARCOS GONÇALVES DE ALMEIDA; MAYARA FLEMING FRANCISCO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Modificações no conteúdo de mucinas no epitélio cólico constituem-se num dos elementos mais importantes no espectro histológico da colite de exclusão (CE). Objetivo: Quantificar a expressão de mucinas neutras na mucosa cólica desprovida de trânsito intestinal submetida a aplicação

de enemas diários de sucralfato e relacioná-la ao tempo de intervenção. Método: Trinta ratos Wistar machos submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo por colostomia proximal e fistula mucosa distal. Os animais foram divididos equitativamente em três grupos experimentais segundo a intervenção feita com solução fisiológica 0,9% (SF), sucralfato nas concentrações de 1,0 g/kg/dia (SCF1) ou 2,0 g/kg/dia (SCF2). Cada grupo experimental foi dividido em 2 subgrupos de 5 animais cada segundo a intervenção realizada por 2 ou 4 semanas. O diagnóstico de colite estabeleceu-se por análise histológica e o grau de inflamação empregando-se escala de graduação inflamatória previamente validada. A expressão de mucinas neutras na mucosa cólica foi feita pela técnica histoquímica do Periódico Ácido de Schiff (PAS). O conteúdo tecidual de mucinas neutras foi utilizando-se análise por morfometria computadorizada. Adotou-se como valor final a média das leituras dos campos para os segmentos desprovidos de trânsito intestinal, com respectivo erro padrão. Para comparação dos Resultados foi utilizado o teste de Mann-Whitney e para análise de variância o teste ANOVA, estabelecendo-se para ambos nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: A intervenção com SCF reduz o grau de inflamação com o aumento da concentração e tempo de intervenção ( $p < 0,05$ ). O conteúdo de mucinas neutras nos animais irrigados com SF por 2 e 4 semanas foram de  $6,67 \pm 0,40$  e  $5,54 \pm 0,51$  respectivamente. O conteúdo tecidual de mucinas neutras nos animais do grupo SCF1, após 2 e 4 semanas de intervenção foram de  $18,61 \pm 0,75$  e  $23,42 \pm 1,83$ , enquanto nos animais do grupo SCF2 de  $24,41 \pm 1,22$  e  $22,76 \pm 1,28$ , respectivamente. Os Resultados mostraram que o uso de SCF na concentração de 1,0 g/kg/dia e 2,0 g/kg/dia aumenta significativamente o conteúdo de mucinas neutras no cólon desprovido de trânsito fecal ( $p < 0,001$ ), independente do tempo de intervenção. O aumento de mucinas neutras estava relacionada a melhora do escore inflamatório. Conclusões: A aplicação de enemas com sucralfato aumenta o conteúdo tecidual de mucinas neutras e melhora a inflamação tecidual, sugerindo que a substância possa ser eficaz no tratamento da CE.

**PO019 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DA PROTEÍNA E-CADERINA APÓS A APLICAÇÃO PREVENTIVA DE ENEMAS COM SUCRALFATO EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO.**  
JOSÉ AIRES PEREIRA; ALICE MOREIRA DIAS; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; RAFAEL FERNANDES GAMA; MAYARA VIEIRA MURAD; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A deficiência de ácidos graxos de cadeia curta pela derivação intestinal, aumenta a produção de radicais livres de oxigênio levando a quebra das pontes de e-caderina, proteína constituinte das junções aderentes intercelulares. Demonstrou-se que a aplicação de enemas com sucralfato (SCF) é

eficaz na prevenção de várias formas de colite. Nenhum estudo, avaliou se o SCF previne a degradação da proteína e-caderina na colite de exclusão. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de enemas com SCF no conteúdo tecidual de e-caderina em segmentos cólicos sem trânsito intestinal. **Métodos:** Trinta e nove ratos Wistar, foram submetidos a derivação intestinal por colostomia terminal no cólon descendente e fistula mucosa distal. Os animais foram divididos em 3 grupos experimentais equitativos, segundo receberem aplicação de enemas diários com solução fisiológica (SF), SCF na concentração de 1g/kg/dia (SCF-1) ou sucralfato 2g/kg/dia (SCF-2). Cada grupo experimental foi dividido em 2 subgrupos, segundo o sacrifício ter sido realizado 2 ou 4 semanas após a derivação intestinal. O diagnóstico de colite foi feito pelo estudo histopatológico e a expressão tecidual da proteína e-caderina por imunistoquímica. O conteúdo de e-caderina foi mensurado por morfometria computadorizada. Os Resultados encontrados foram expressos pela média com respectivo erro padrão e a comparação entre os grupos pelo teste t de Student. A variação do conteúdo tecidual segundo o tempo de irrigação foi feita pelo teste ANOVA, adotando-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** O conteúdo tecidual de e-caderina nos animais irrigados com SF, SCF-1 e SCF-2, nos segmentos sem trânsito após 2 semanas de irrigação foram de  $2,81 \pm 0,38$ ,  $4,35 \pm 1,20$  e  $6,18 \pm 1,16$ , respectivamente. Nos irrigados por 4 semanas o conteúdo encontrado foi de  $3,50 \pm 0,22$ ,  $6,38 \pm 0,64$  e  $6,35 \pm 0,87$ , respectivamente. Após 2 semanas de irrigação o conteúdo tecidual de e-caderina foi maior nos ratos irrigados com SCF quando comparados aos animais do grupo controle (SCF-1,  $p < 0,05$ ; SCF-2,  $p < 0,01$ ). Após 4 semanas o conteúdo de e-caderina foi maior nos irrigados com SCF, independente da concentração utilizada ( $p < 0,01$ ). Não houve variação do conteúdo de e-caderina, independente da concentração utilizada, com o tempo de irrigação. **Conclusão:** A aplicação de enemas com SCF preserva o conteúdo de e-caderina em segmentos cólicos desprovidos de trânsito intestinal preservando a integridade das junções aderentes intercelulares.

**PO020 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DA PROTEÍNA B-CATENINA APÓS A APLICAÇÃO PREVENTIVA DE ENEMAS COM SUCRALFATO EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO.**

JOSÉ AIRES PEREIRA; ALICE MOREIRA DIAS; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; CELENE BENEDITI BRAGION; SARA JULIAN PELAQUIM; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: A deficiência de ácidos graxos de cadeia curta pela derivação intestinal aumenta a produção de radicais livres de oxigênio levando a quebra das pontes de  $\beta$ -catenina, proteína constituinte das junções aderentes intercelulares. Demonstrou-se que a aplicação de enemas com sucralfato (SCF) é eficaz na prevenção de várias formas de colite. Nenhum estudo avaliou se o SCF previne a degradação da proteína  $\beta$ -catenina

na colite de exclusão. **OBJETIVO:** Avaliar os efeitos de enemas com SCF no conteúdo tecidual de  $\beta$ -catenina em segmentos cólicos sem trânsito intestinal. **MÉTODOS:** Trinta e nove ratos Wistar, foram submetidos a derivação intestinal por colostomia terminal no cólon descendente e fistula mucosa distal. Os animais foram divididos em 3 grupos experimentais equitativos, segundo receberem aplicação de enemas diários com solução fisiológica (SF), SCF na concentração de 1g/kg/dia (SCF-1) ou SCF 2g/kg/dia (SCF-2). Cada grupo experimental foi dividido em 2 subgrupos, segundo o sacrifício ter sido realizado 2 ou 4 semanas após a derivação intestinal. O diagnóstico de colite foi feito pelo estudo histopatológico e a expressão tecidual da proteína  $\beta$ -catenina por imunistoquímica. O conteúdo de  $\beta$ -catenina foi mensurado por morfometria computadorizada. Os Resultados foram analisados por estatística descritiva e a normalidade da amostra foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A comparação entre os Resultados encontrados nos diferentes grupos experimentais foi analisada pelo teste t de Student enquanto a variação segundo o tempo de irrigação com SCF e a correlação pelo teste ANOVA e correlação de Pearson, respectivamente. Em todos os testes adotou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** Ao mensurar-se o conteúdo tecidual de  $\beta$ -catenina nos segmentos excluídos de trânsito fecal dos animais irrigados com solução salina, sucralfato por duas e quatro semanas encontrou-se valores de  $3,18 \pm 0,98$ ,  $5,31 \pm 1,61$  e  $6,92 \pm 1,78$ , respectivamente. A análise dos Resultados mostrou que o conteúdo de  $\beta$ -catenina aumenta significativamente nos animais irrigados com SCF e encontra-se relacionado ao tempo de irrigação. Existe correlação positiva entre os níveis teciduais de  $\beta$ -catenina e o tempo de irrigação. **Conclusão:** A aplicação de enemas com SCF em segmentos desprovidos de trânsito fecal preserva os níveis teciduais de  $\beta$ -catenina sugerindo que a substância tenha efeito protetor no desenvolvimento da colite de derivação.

**PO021 - PIODERMA GANGRENOSO - UM DESAFIO PARA O PROCTOLOGISTA**

MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS; NUALA MAIA DA FONSECA; PAULA GUIMARAES RODRIGUES; ANTONIO CARLOS MIRANDA; DINA MARTINS RODRIGUES; FÁBIO JOSÉ TELES; ADRIANA MARTINS RANGEL

HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Resumo:** Objetivos: Objetivo deste trabalho é relatar um caso de pioderma gangrenoso como um desafio diagnóstico para o proctologista. **Material e Métodos:** Relato de Caso clínico com revisão de dados contidos no prontuário médico. **Resultado:** Paciente feminina, 38 anos, em acompanhamento irregular no ambulatório de doença inflamatória intestinal do Hospital Municipal da Piedade há 8 anos por retocolite ulcerativa, sem tratamento medicamentoso. Internada em 25/09/2011 com quadro de dor abdominal há 5 dias associado a diarreia com sangue e foliculite pequena em púbis. Iniciado hidrocortisona, azatioprina e antibioticoterapia (ciprofloxacino e metronida-



zol). No terceiro dia de internação, a paciente evoluiu com febre (39°C) e múltiplas pústulas em membros superiores e inferiores. Iniciado oxaciclina devido a hipótese de impetigo. No quarto dia, algumas lesões apresentavam-se com crosta central. Solicitado parecer para clínica médica, suspenso hidrocortisona e iniciado aciclovir para tratamento de varicela. No oitavo dia de tratamento, apresentou piora do quadro cutâneo com aparecimento de lesões bolhosas exudativas. Foi solicitada avaliação da DIP que aventou a hipótese de ectima gangrenoso, assim instaurando isolamento reverso e amplificado esquema antibiótico. No décimo dia de internação, a paciente apresentou piora clínica importante com queda do estado geral, febre contínua, hipotensão arterial, diminuição da acuidade visual e descarga hemática dos flictemas. Sem melhora clínica, suspeitou-se de pioderma gangrenoso, iniciado pulsoterapia com solumedrol e melhora importante do quadro em 48 horas. Conclusão: O Pioderma Gangrenoso é uma rara dermatose neutrofilica, incomum e pouco conhecido. Descrito inicialmente por Brunsting et al em 1930, cujo aparecimento pode ser precipitado por um traumatismo cirúrgico. Surge em associação com outras doenças ou isoladamente. Um elevado índice de suspeição, especialmente na ausência de resposta ao tratamento convencional, pode permitir um diagnóstico precoce e um tratamento adequado. O desconhecimento pode levar a tratamento inadequado e piora de sua evolução.

**PO022 - COLOSTOMIA PERINEAL CONTINENTE NA DOENÇA DE CROHN**

CAMILA PREAZZOLI; ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; GUSTAVO BOTE-GA DE SOUZA; VANESSA FORESTO MACHADO; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução. Uma das peculiaridades da Doença de Crohn (DC) é o acometimento da região ano-reto-perineal. As fistulas são as mais comuns, em menor proporção são os plícomas inflamatórios, as ulcerações, as fissuras, as estenoses, as fistulas reto-vaginais e os carcinomas. As estenoses do reto médio e distal ocorrem em função da fibrose cicatricial causada pela inflamação repetida. O tratamento dessas estenoses é baseado nas dilatações anais seriadas e, nos casos refratários, nas proctotomias acompanhadas ou não da amputação do complexo esfíncteriano anal e estoma definitivo. Buscando alternativa à colostomia abdominal definitiva fomos estimulados a empregar a técnica da colostomia perianal continente em pacientes com DC. Objetivo. Relatar caso de paciente jovem com DC de longa data, com colostomia abdominal terminal, apresentando estenose completa do canal anal, sem qualquer resposta ao tratamento clínico-cirúrgico. Materiais e Métodos. Paciente com DC colo-anal desde 2000, com histórico de uso de inúmeras medicações incluindo os biológicos, submetida a várias fistulotomias e dilatações prévias, evoluiu com abdome

agudo perfurativo espontâneo em 2007, tendo sido submetida à retossigmoidectomia à Hartmann. Reavaliada em relação à reconstrução de trânsito, ao toque retal demonstrava impossibilidade de progressão dedo além de 1 cm da borda anal por estenose completa. Resultados. Em julho de 2012 paciente foi submetida à amputação abdômino-perineal do reto interesfíncteriana com confecção de colostomia perineal continente através de válvulas confeccionadas no cólon abaixado. No pós-operatório a paciente foi instruída quanto às irrigações do cólon abaixado e atualmente realiza lavagens e cada 3 dias. Conforme relatos da própria paciente mantém-se sem perda de fezes e possui uma vida social e sexual satisfatória. Discussão. Apesar dos avanços nas terapias clínica (medicamentos biológicos) e intervencionista menos invasivas (endoscópicas e guiadas por imagem) no tratamento da DC, a cirurgia ainda desempenha papel relevante no tratamento destes pacientes. Estima-se que cerca de 70 a 90% destes indivíduos necessitarão de alguma forma de tratamento cirúrgico no decorrer de sua vida e destes 30% receberão um estoma em algum momento da sua vida. Neste contexto, a colostomia perineal é alternativa ao estoma abdominal definitivo em casos selecionados para amputação abdômino-perineal do reto.

**PO023 - AMILOIDOSE: UMA CAUSA RARA DE PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL**

RENATO VISMARA ROPELATO<sup>1</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>1</sup>; LORETE MARIA DA SILVA KOTZE<sup>2</sup>; ERON FÁBIO MIRANDA<sup>1</sup>; FÁBIO HENRIQUE CARVALHO<sup>1</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>

*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL;*

*2.SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A amiloidose é uma doença rara, caracterizada pela deposição de proteínas (amilóide) em diferentes órgãos e tecidos. A amiloidose idiopática isolada que afeta o intestino delgado ou grosso é uma condição infrequente. As manifestações clínicas da deposição amilóide no tubo digestivo podem simular doença inflamatória, tumores e outras colites. O diagnóstico deve ser confirmado por histologia, uma vez que não há achados radiológicos ou endoscópicos patognomônicos. A amiloidose pode, assim, afetar o trato gastrointestinal e resultar em pseudo-obstrução, tendo um prognóstico limitado. O objetivo do presente relato é descrever o caso de uma paciente portadora de amiloidose intestinal, discutindo aspectos diagnósticos e terapêuticos. Relato do Caso: paciente feminina, 74 anos, apresenta-se com quadro de distensão abdominal e com histórico de diarreia crônica há 2 anos. Tomografia de abdome demonstrou distensão hidro-aérea e espessamento difuso de extensas áreas no intestino delgado, sem identificar fator obstrutivo mecânico. Evoluiu com quadro de oclusão intestinal sendo submetida a laparotomia exploradora que confirmou a ausência de obstrução mecânica. Análise anatomopatológica demonstrou deposição amilóide em um nódulo ressecado da serosa intestinal. No pós-operatório foram utilizados corticos-

teróides e NPT com reIntrodução lenta de dieta oral com boa aceitação e retorno da diarreia, mas com persistência da distensão abdominal. Reoperada por novo quadro oclusivo após 40 dias, com ressecção de segmento de cerca de 2 m de delgado proximal. Laudo anatomo patológico confirmou amiloidose intestinal. Conclusão: Amiloidose intestinal deve ser considerada no diagnóstico diferencial de diarreia crônica obscura que não responde aos tratamentos convencionais e nos quadros de suboclusão intestinal. As medidas de suporte, como NPT, agentes anti-diarréicos e procinéticos podem ser benéficas. O tratamento cirúrgico tem Resultados limitados, e deve ser realizado somente se os benefícios superarem claramente os riscos.

**PO024 - DOENÇA DE CROHN PERINEAL GRAVE EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO COM ÊNFASE NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA**

FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; DANIEL AMARAL ZANETTI; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; ALEXANDRÉ MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; JOSÉ ROBERTO MONTEIRO CONSTANTINO; ILSON GERALDO DA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** As lesões perineais são comuns em pacientes com Doença de Crohn. Geralmente se manifestam como fissuras, úlceras, fístulas e abscessos. A incidência dos sintomas nessa região varia entre 25% a 80% na literatura. Em aproximadamente 10% dos pacientes, as lesões perianais são a manifestação inicial, precedendo o diagnóstico, por vários anos, os sintomas abdominais. Mas em menos de 5% dos casos são a única manifestação. O tratamento muitas vezes exige abordagem clínica e cirúrgica para o controle da doença. **Material e Método:** Relato de Caso de paciente do sexo feminino, 12 anos de idade ao diagnóstico, um ano de evolução da doença, sendo avaliada por diversas clínicas sem o diagnóstico preciso. Apresentava lesões perineais graves, como múltiplas fístulas e fissuras, tanto no períneo anterior quanto no posterior. Foi encaminhada ao serviço de Coloproctologia onde foi diagnosticada a doença de Crohn. A abordagem inicial foi medicamentosa com a prescrição de ciprofloxacino, metronidazol, imunomoduladores e terapia biológica. Necessitou também de um tratamento cirúrgico inicial, com fistulotomias e aplicação de seton, além de um desbridamento das grandes fissuras. Com um ano de tratamento houve remissão parcial da doença, necessitando de alta dose de agente biológico. No momento foi submetida novamente a cirurgia. **Conclusão:** A manifestação perineal grave na doença de Crohn apresenta um difícil manejo terapêutico. A idade é um fator de complicação para o convívio social. A condução da paciente na adolescência envolve, além dos problemas causados pela doença, todas as dúvidas e inseguranças próprias da idade. O tratamento combinado clínico-cirúrgico com agente biológico e o acompanhamento multidisciplinar são mandatórios para melhores Resultados.

**PO025 - UMA RARA ASSOCIAÇÃO: DOENÇA DE CROHN E TUMOR CARCINÓIDE**

ALEXANDRÉ MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; FÁBIO GONTIJO RODRIGUES; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; DANIEL AMARAL ZANETTI; VICTOR LIMA DE MATOS; GUSTAVO SOARES CORRÊA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** Os carcinóides fazem parte de um grupo de neoplasias conhecidas como tumores neuroendócrinos, que têm propriedades secretoras. Podem armazenar grandes quantidades do precursor 5-amino-hidroxitriptofano e têm a capacidade de descarboxilar essa substância levando à produção de várias aminas biologicamente ativas, como a serotonina. Relatamos o caso raro de tumor carcinóide do intestino delgado encontrado incidentalmente no anátomo-patológico de uma mulher de 49 anos com a CD ileal, submetida à enterectomia segmentar por doença estenosante. **Relato de Caso:** HMA: Mulher RCFR, 49 anos, portadora de CD, internada com quadro de semi-obstrução e intestinal e ITU. Uso domiciliar de fenitoína 100mg/dia 8/8h, prednisona 5mg/dia. Intolerante a AZA – leucopenia importante. TC abdome e pelve: espessamento parietal circunferencial e estreitamento luminal ileal, acompanhados de linfonodos mesentéricos aumentados. Colonoscopia: lesões erosivas, planas, lineares, recobertas por fibrina em íleo terminal. Anátomo-patológico: ileíte, colite e retite crônicas inespecíficas. Trânsito Intestinal: Rx simples de abdome- importante distensão e dilatação de alças intestinais com retenção de meio de contraste em alças ileais, associado à zona de estreitamento em FIE. À montante desta lesão, nota-se importante dilatação e distensão de alças intestinais, com lentificação do trânsito intestinal. **Evolução:** paciente foi submetida à enterectomia segmentar de 12 cm íleo terminal doente. Procedimento sem intercorrências. Exame de anátomo-patológico da peça cirúrgica evidenciou tumor carcinóide com margens livres associado a enterite regional. Metástase em 0/7 linfonodos examinados. **Discussão:** Existem apenas 3 relatos na literatura de tumor carcinóide coexistindo na mesma área da ileíte por Crohn. Alguns autores não acreditam que a CD seja um fator de risco para desenvolvimento de tumores carcinóides. Outros acreditam que esta coexistência possa ser subdiagnosticada, já que essas duas lesões podem mimetizar uma à outra. Estudos sugerem que o desenvolvimento de tumores carcinóides pode ser secundário a mediadores pró-inflamatórios distantes, em vez de um efeito inflamatório local da CD adjacente, o que justificaria a rara incidência das doenças concomitantes nos mesmos segmentos de delgado. **Conclusão:** Apenas três exemplos de carcinóide, em íleo terminal, coexistentes com CD no mesmo segmento foram previamente descritos em todo o mundo. A raridade justifica o Relato de Caso.

**PO026 - FÍSTULA ÊNTERO-CUTÂNEA - COMPLICAÇÃO DE RESERVATÓRIO ILEAL EM PACIENTES COM RCUI - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO**

RENATO VALMASSONI PINHO<sup>1</sup>; CAROLINA GOMES GONÇALVES<sup>2</sup>; EDUARDO AIMORÉ BONIN<sup>3</sup>; FABIANA MARQUES FERNANDES<sup>1</sup>; JOÃO AUGUSTO NOCERA PAULIN<sup>1</sup>; GUILHERME LOVATO SANTOS<sup>1</sup>; RAUL MENDES MARTINS<sup>1</sup>; ANDRÉ GUBERT WEISS<sup>1</sup>

*1.HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA POSITIVO, CURITIBA, PR, BRASIL; 3.FACULDADE DE MEDICINA POSITIVO, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Proctocolectomia com reservatório ileal como tratamento cirúrgico da Retocolite Ulcerativa Inespecífica apresenta algumas complicações, entre elas as deiscências anastomóticas, com manutenção do trajeto êntero-cutâneo. De difícil solução cirúrgica, trazemos 2 casos de tratamento endoscópico com a utilização de plugue biodegradável de colágeno porcino (Surgisis AFP). Método: A anastomose ileo-retal com reservatório ileal mantém um pequeno coto de reto anastomosado à bolsa ileal, para que possamos obter melhor resultado funcional e menor número de evacuações. Apesar da sistematização do método e da maior segurança com as anastomoses grampeadas, temos um grupo de pacientes que apresentam deiscências com sepsis pélvica e eventual permanência de trajetos fistulosos de difícil resolução. Dois pacientes, com estudos de imagem que incluiu fistulografia, ultrassonografia endo-retal e ressonância magnética, foram selecionados para o tratamento endoscópico utilizando o plugue de colágeno porcino (Surgisis AFP). O método constituiu-se em cateterização do trajeto fistuloso, sua limpeza mecânica e seu preenchimento com o cone de enxerto biológico o qual é fixado através de sutura em seu orifícios interno e externo. Existe sempre alguma dificuldade na cateterização do trajeto pela sua sinuosidade. Resultados: Os pacientes tratados pelo método descrito tiveram pós-operatório simples, com poucas queixas, alta hospitalar precoce e sem complicações. Permanecem assintomáticos, sem evidência de recidiva da fistula há 12 e 3 meses respectivamente. Temos então uma arma adicional neste tipo de situação clínica, levando-se em consideração que alguns destes pacientes são levados a uma ileostomia definitiva, com ressecção cirúrgica do reservatório ileal. Conclusão: Um método pouco invasivo pode ser de grande valia nesta grave complicação dos reservatórios ileais, com mínima morbidade, rápida recuperação do paciente e possibilidade de cura a longo prazo. Se houver insucesso com o procedimento, nos restam as opções cirúrgicas muito mais complexas.

**PO027 - NEUROPATIA DESMIELINIZANTE: UMA COMPLICAÇÃO CRÔNICA DO USO DA TERAPIA BIOLÓGICA - RELATO DE CASO.**

FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; IDBLAN ALBUQUERQUE DE CARVALHO; SABRINA MIOTTO; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os imunobiológicos são indicados na doença de Crohn (DC) moderada a grave. Nos ensaios clínicos, tanto o infliximabe (IFX) quanto o adalimumabe (ADA) apresentam eficácia e segurança. A neuropatia desmielinizante (ND) associada à terapia biológica é uma complicação tardia e rara (0,2%). O diagnóstico de ND justifica a suspensão da terapia biológica. Relato do Caso: Paciente feminino, 39 anos, A2L3B3 pela classificação de Montreal. Há 19 anos com DC e em pós-operatório tardio de proctocolectomia total e ileostomia terminal. Fez terapia combinada com infliximabe e azatioprina por três anos. Há quatro anos, o IFX foi substituído por Adalimumabe devido à reação infusional. Há seis meses, com parestesia em membro inferior esquerdo (MIE) e progressão para paresia. Há três meses fraqueza em membro superior esquerdo (MSE) para movimentos repetitivos. Ao exame: força muscular grau IV/V em MIE e MSE, hiperreflexia em MSE e hipoestesia em MIE. Após a investigação com eletroneurografia de quatro membros e RNM do sistema nervoso central, foi feito o diagnóstico de ND por anti-TNF. A conduta foi a suspensão do ADA, manutenção da AZA e pulsoterapia com corticosteróide. Discussão: Os anti-TNF são efetivos na indução e manutenção da remissão na DC. Os eventos adversos descritos são cefaléia, reação infusional, infecções oportunistas, neoplasia maligna, lúpus induzido por medicação e doença desmielinizante. A ND é caracterizada por lesão na mielina com relativa preservação dos axônios. O mecanismo causal da desmielinização após o uso da terapia biológica é complexo e não está devidamente estabelecido. O diagnóstico é feito com eletroneurografia, RNM do sistema nervoso central, imunofluorescência e até mesmo biópsia dos nervos acometidos. Sabe-se que a interrupção do imunobiológico leva à melhora dos sintomas na maioria dos casos. Conclusão: A ND é uma complicação rara do uso do ADA. O diagnóstico deve ser lembrado em pacientes portadores de doença de Crohn com sintomas neurológicos e em uso de imunobiológicos.

**PO028 - HIDROSADENITE DE NÁDEGAS – DESCRIÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA RESOLUÇÃO DE 2 CASOS.**

ORLANDO CONTRUCCI<sup>1</sup>; FELIPE PORTELLA<sup>1</sup>; GUILHERME AGUSTIN LOUZADA PEREDA<sup>2</sup>; CAROLINE MOTTA AGUIAR<sup>2</sup>; DEBORA AGOSTINI PESSOA DA COSTA<sup>2</sup>; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOU<sup>2</sup>  
*1.HOSPITAL SANTA CASA DE SANTO AMARO, SP, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SP, SP, BRASIL.*

Resumo: A hidrosadenite supurativa, também chamada de acne inversa, é uma doença crônica inflamatória que causa prejuízo da qualidade de vida, responsável por comorbidades orgânicas e psiquiátricas como artrites, ansiedade e depressão. A doença consiste na inflamação das glândulas apócrinas presentes na epiderme das regiões axilar e anogenital. Relato de Caso 1: DMG, taxista, 57 anos, sexo masculino, apresentou queixa de incapacidade funcional à deambulação há 6 meses devido a reinfecções de processo inflamatório em região de nádega direita. Ao exame físico notou-se lesão de nádega di-

reita com processo inflamatório ativo, diversos orifícios fistulosos com secreção purulenta. Foram aventadas hipóteses de hidrosadenite, tuberculose e fistula anorretal alta. Relato de Caso 2: AGS, desempregado, 45 anos, sexo masculino, apresentou queixa de infecções de repetição em região superior de nádega bilateralmente. Ao exame físico notou-se área de hiperpigmentação com sinais de reinfecção local. Foram aventadas as hipóteses de hidrosadenite, tuberculose, neoplasia regional. Antes de indicar cirurgia realizou-se biópsia. O anátomo-patológico revelou região de fibrose com focos de inflamação, sem atipias ou granulomas. Nos dois casos optou-se por exérese de região comprometida com ressecção até subcutâneo e reaproximação de bordas cirúrgicas. Durante o procedimento cirúrgico deve-se atentar para a ressecção do tecido até camada submucosa a fim de se evitar recidiva. DMG, teve tecido suficiente para a reaproximação de bordas cirúrgicas, não sendo necessário enxerto ou rotação de retalho. Evoluiu com resolução do quadro em 2 semanas de pós-operatório e em um mês pôde voltar ao trabalho como taxista. AGS, teve tecido suficiente para a reaproximação de bordas cirúrgicas, não sendo necessário enxerto ou rotação de retalho. Em 70 dias de pós-operatório apresentou deiscência de pontos cirúrgicos, optou-se por liberar a tensão local e aguardar fechamento por segunda intenção. Paciente em 90 dias apresenta resolução de quadro. Acompanhamento com 6 meses de pós-operatório revela ambos pacientes assintomáticos. O tratamento conservador com anti-inflamatórios, antibioticoterapia e compressas quentes locais pode resolver o problema a curto prazo, contudo diante de reinfecções, grau avançado da doença e comprometimento de qualidade de vida o tratamento cirúrgico traz resolução do quadro e evita comorbidades.

#### PO029 - ESTENOSE DE TERCEIRA E QUARTA PORÇÃO DUODENAL NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

ISABELLA POLIMENO MAZZUCATTO; EDUARDO FERNANDES DA COSTA; SANDRA DI FELICE BORATTO; CARLOS EDUARDO RODANTE CORSI; JAQUES WAISBERG *FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal sistêmica e recidivante que pode acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal. Caracteriza-se por inflamação transmural e descontínua dos segmentos digestivos e possui diversas formas de apresentação, variando suas manifestações entre os portadores. As estenoses intestinais resultam de inflamações de repetição com consequente fibrose e ocorrem em 30% dos portadores da DC. No duodeno sua apresentação é extremamente rara, com incidência de 0,5 a 4% e acomete principalmente a segunda porção. Em sua maioria, os pacientes são assintomáticos, recebendo tal diagnóstico incidentalmente durante exame endoscópico de rotina. Nos pacientes sintomáticos, as principais queixas são dor epigástrica e a dispepsia, guiando erroneamente muitos médicos para o diagnóstico de síndrome dispéptica dolorosa.

A indicação cirúrgica ocorre em casos de sintomas progressivos de obstrução. Objetivo: Relatar caso de paciente portador de DC com quadro de obstrução devido a estenose de terceira e quarta porção duodenal. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 44 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn há 02 anos, em uso regular de Azatioprina e Infliximabe, iniciou quadro de dor epigástrica, vômitos pós prandiais de piora progressiva e emagrecimento importante. Após realização de endoscopia digestiva alta (EDA) e de esôfago-estômago-duodenografia (EED), diagnosticada importante estenose de terceira e quarta porção duodenal. Realizada duodenectomia de terceira e quarta porção sem complicações. Paciente recebeu alta no sétimo pós operatório com boa aceitação da dieta e sem queixas. Conclusão: Diversas opções de terapia cirúrgica são descritas para melhora dos sintomas dos pacientes portadores de estenose duodenal, dentre elas a ressecção duodenal, gastroduodenal, enteroplastias, by-pass gastroentérico ou duodenalenterico. No entanto, devido aos raros casos de estenose duodenal na DC, não foi até hoje estabelecido na literatura o tratamento ideal para esta complicação.

#### PO030 - ESTOMA TERMINAL À HEBERT: TÉCNICA ALTERNATIVA PARA A DOENÇA DE CROHN

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; JOSÉ LUIZ ALVIM BORGES; SABRINA MIOTTO; EDUARDO ROSETTI FILHO; CAROLINA GASTALDELLI

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A confecção de estomas é um componente importante do arsenal técnico do cirurgião. Quando bem executados, a morbidade cirúrgica e o impacto na qualidade de vida se minimizam. No entanto, existem condições adversas como exuberante tecido celular subcutâneo, plano músculo-aponeurótico enfraquecido, mesentério espesso e encurtado, múltiplas cicatrizes abdominais e desnutrição do paciente. Técnicas alternativas, como o estoma pseudo-terminal (à Hebert, término-lateral, "loop-end", "pseudo-loop"), visam amenizar tais dificuldades. A técnica consiste em secção do segmento intestinal a ser usado como estoma na extremidade distal e exteriorização e maturação da face contra-mesenterial, sendo inicialmente descrita para prevenir retração da sigmoidostomia terminal em paciente obeso ou qualquer paciente com mesentério encurtado. Pacientes com doença de Crohn (DC) também pode se beneficiar desta técnica. Objetivo: Analisar indicações, viabilidade técnica e Resultados da confecção do estoma pseudo-lateral. Método: Estudou-se todos os pacientes submetidos a estoma terminal pseudo-lateral de janeiro de 2012 a maio de 2013. Foram coletados dados demográficos, indicação cirúrgica, indicação do estoma pseudo-lateral, segmento intestinal utilizado, Resultados peri-operatórios e tardios, aceitação do doente, além do tempo de seguimento. Resultados: No período estudado, 51 estomas terminais foram realizados sendo cinco deles exteriorizados à Hebert. Desses, quatro pacientes eram homens e a média de idade foi de 33,8±5,0 anos. Em todos, a indicação cirúrgica

gica foi complicação da DC, a cirurgia realizada foi ileocolotomia/enterectomia e o segmento exteriorizado foi o íleo. A escolha pela exteriorização pseudo-terminal do estoma foi o espessamento e encurtamento do mesentério em todos os casos. Em dois deles, associou-se a necessidade de ampliação do calibre da alça exteriorizada. Não houve quaisquer complicações peri-operatórias nem tardias, embora o tempo médio de seguimento foi de apenas  $6,4 \pm 3,4$  meses. Os pacientes não relataram dificuldade de adequação da bolsa coletora ao estoma, nem de manuseio do mesmo. Um paciente reconstruiu o trânsito intestinal seis meses após a confecção do estoma, sem intercorrências. Conclusão: O estoma terminal à Hebert é exequível, de baixa morbidade, boa aceitação e deve pertencer ao arsenal terapêutico de pacientes com DC dado o frequente espessamento e encurtamento do mesentério.

**PO031 - DOENÇA DE CROHN: TRATAMENTO CONSERVADOR EM PACIENTE COM MÚLTIPLAS ESTENOSSES DE DELGADO E ABSCESSO INTERALÇAS**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; RODRIGO BECKER PEREIRA; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Introdução e Objetivo: A doença de Crohn se caracteriza por inflamação crônica do intestino, de etiologia ainda não completamente esclarecida. Este trabalho tem o objetivo de relatar o caso de um paciente com doença de Crohn em acompanhamento ambulatorial no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG). Método: Coleta de dados do prontuário de um paciente em acompanhamento no ambulatório de DII do Hospital das Clínicas da UFG. Relato de Caso: S.R.P, 42 anos, masculino, retornou ao ambulatório após 3 anos de perda de seguimento, referindo dor em abdome inferior há 20 dias, febre, náusea e perda de 7kg. Nega alteração do hábito intestinal. Em uso de Mesalazina 2400mg/dia. Diagnóstico de doença de Crohn há 7 anos após avaliação histopatológica de peça cirúrgica obtida de ileocolotomia realizada devido a abdome agudo inflamatório. Ao exame físico encontrava-se taquicárdico e desidratado. Abdome: pouco distendido, doloroso à palpação em hipogástrio, sem irritação peritoneal. Enterotomografia evidenciou múltiplas estenoses de delgado e abscesso bloqueado interalças com gás de permeio em topografia de hipogástrio. Hemoglobina: 11,0 Leucócitos: 5000, Albumina: 3,0 VHS: 27 PCR: 9,2. Optado por realizar tratamento clínico com antibióticoterapia, corticoide, suporte nutricional parenteral e oral. Realizado nova Enterotomografia de controle após 10 dias que evidenciou melhora parcial das estenoses e diminuição do abscesso interalças. Alta hospitalar após 30 dias de internação com melhora clínica e laboratorial. Após 2 semanas (ambulatório) referia 4 evacuações diárias de consistência variável e dor abdominal ocasional de leve inten-

sidade. Acrescentado Azatioprina 100mg/dia, Adalimumabe e mantido prednisona via oral. Realizou colonoscopia: Processo inflamatório em cólon descendente sem conseguir progredir o aparelho devido perda de mobilidade colônica. Retornou após 20 dias, após ter sido realizadas 2 aplicações de Adalimumabe (160mg e 80mg), referindo melhora clínica, hábito intestinal normal, raros episódios de desconforto abdominal e ganho ponderal. Conclusão: A doença de Crohn representa um desafio clínico tanto para os cirurgiões quanto para os clínicos. Analisando o presente caso, acreditamos que esta opção terapêutica tem sido, até o momento, oportuna e vantajosa para o paciente uma vez que foi evitado um procedimento cirúrgico com possibilidade de ressecções de alças intestinais.

**PO032 - DOENÇA DE CROHN E SÍNDROME DO INTESTINO CURTO - A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA NUTRICIONAL E DA RECONSTRUÇÃO PRECOCE DO TRÂNSITO INTESTINAL - RELATO DE CASO**

NIVEA TERESA DE TOLEDO LINS; LILLIAN KELLY PEREIRA; PAULO HENRIQUE PEREIRA CONTE; ANDRÉA SOBRAL MENDES DOS SANTOS

*HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DO GALEÃO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Síndrome do Intestino Curto (SIC) caracteriza-se pela má-absorção intestinal devido à perda da superfície mucosa funcionante. Pode ser resultante de ressecções cirúrgicas extensas, derivações do trânsito intestinal, fístulas entéricas ou perda de enterócitos secundária a infecção, isquemia, quimio e/ou radioterapia. Como consequência às deficiências absorptivas dos nutrientes, o paciente não atinge as necessidades diárias dos mesmos através de alimentação oral ou nutrição enteral, tornando-se clinicamente inevitável a dependência da terapia nutricional parenteral (TNP) para manutenção da composição e da função corporal. Objetivo: Relatar os aspectos clínicos, terapêuticos, e de prognóstico de um caso dramático de SIC do paciente J.C.L.C, de 62 anos, portador de Doença Crohn (DC) ileal estenosante e perianal, submetido a ileotiflectomia com ressecção extensa de delgado, ileostomia terminal, fístula mucosa e peritoneostomia em caráter de urgência por peritonite fecal associada à perfuração de íleo terminal. Foi submetido a diversas intervenções cirúrgicas, incluindo colecistectomia por colecistite aguda alitiásica no pós-operatório. O paciente evoluiu com desnutrição protéico-calórica e alto débito de ileostomia (acima de 3,0L/dia), apesar da otimização da dieta enteral e suplementos nutricionais, loperamida em dose máxima e terapia de manutenção de remissão da doença inflamatória com azatioprina em dose ideal. Diante do quadro de SIC, foi iniciada TNP complementar durante 12 dias, apresentando ganho ponderal de 3kg e melhora dos parâmetros nutricionais. No 93º dia de pós operatório da primeira cirurgia, foi realizada re-intervenção cirúrgica e reconstrução do trânsito intestinal. Foi reoperado após 9 dias por síndrome do coágulo retido com diagnóstico intra-operatório de nova atividade de doença em jejuno-íleo. Resultado: Recebeu alta hospitalar após 13 dias da reoperação com boa aceitação de dieta oral, hábito intestinal reestabelecido

e ganho ponderal progressivo, apresentando-se assintomático nas consultas ambulatoriais que se seguiram após 1 ano de alta hospitalar. Conclusão: A DC ileal extensa com ampla ressecção cirúrgica pode resultar na SIC, contribuindo para um quadro de falência intestinal e aumento da morbimortalidade pela doença. A TNP como processo mantenedor da vida também está associada a complicações. Dessa forma, a reconstrução intestinal ainda é a primeira opção de tratamento desses doentes.

#### PO033 - ABORDAGEM DO ABSCESSO DE PSOAS NA DOENÇA DE CROHN

SÍLVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA; ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES; GUSTAVO PIERRO POSTAL; RAFFAELA FEDERICO; LIVIA GONTIJO; ANA CARLA GARCIA DE OLIVEIRA; DANIELLA NUNES CAMARGO

*PUC CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O primeiro relato de abscesso de Psoas na doença de Crohn foi descrito por Van Patter ET AL em 1954. Consiste de uma complicação rara (entre 0,6 a 5 % dos pacientes com Crohn) ocasionada pela inflamação transmural do intestino doente que acarreta microperfurações e abscesso por contiguidade. Na grande maioria dos casos acomete o íleo psoas direito e está associado à doença da região do íleo terminal ou íleo cecal. Devido à alta taxa de morbi mortalidade, diagnóstico e abordagem precisos tornam-se fundamentais. Objetivos: Analisar a melhor forma de tratamento do abscesso de Psoas em um paciente com doença de Crohn. Métodos: Estudo do caso clínico de um paciente de 18 anos, do sexo masculino, portador de doença de Crohn há 4 anos, o qual desenvolveu um abscesso do Psoas. Resultados: Paciente em regular estado geral, desnutrido, apresentando abscesso do Psoas direito com envolvimento tomográfico do ceco e íleo terminal. Optado pela drenagem percutânea guiada por tomografia computadorizada associada à antibioticoterapia. Após 4 meses de drenagem paciente apresentou melhora do status clínico com incremento nutricional importante. Foi então submetido a enterocolecotomia direita com ressecção do intestino envolvido no abscesso e confecção de anastomose primária. Apresentou boa evolução e resolução completa do quadro infeccioso. Conclusões: A drenagem percutânea guiada por tomografia sucedida por ressecção intestinal com anastomose primária mostrou-se uma abordagem adequada no abscesso de Psoas na doença de Crohn. Na maioria dos casos, este procedimento evita a necessidade de um ostoma, permite cirurgia em tempo único e diminui a morbi-mortalidade.

#### PO034 - FISTULAS PERIANAIS COMPLEXAS EM PACIENTE COM DOENÇA DE CHRON- RELATO DE CASO

CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA; MAURÍLIO TOSCANO DE LUCENA; CAMILA ROCHA CRUZ; LÍLIAN SOUZA ARAÚJO

*HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*

Resumo: A DC é uma afecção inflamatória de etiologia desconhecida. As formas de apresentação são muito complexas, com graus de acometimento variáveis. A apresentação peria-

nal fistulizante, é muito característica, sendo muitas vezes fator preponderante na diferenciação com a RCUI. A condução de pacientes com este tipo de evolução é difícil, pois se trata de patologia pela maioria dos recidivante, que afeta a capacidade funcional do indivíduo. As opções terapêuticas cirúrgicas utilizadas tendem a ser prudente, com a utilização de sedenhos. Nas fistulas complexas a derivação do trânsito com colostomia é uma alternativa factível. Proctocolectomia constitui o procedimento reservado para casos graves. Relato de Caso: Paciente 29 anos, sexo masculino, com diagnóstico de doença de Crohn há 6 anos. Apresentava-se em estado geral precário, febril, com múltiplas fistulas perianais já abordadas cirurgicamente com aposição de sedenhos. Ao exame, verificado grande débito de secreção purulenta pelos sedenhos e abaulamentos ao toque retal, indicativos de coleções. Tratado anteriormente com mesalazina e azatioprina sem resposta. Foi realizada troca de sedenhos, irrigação e passagem de novos sedenhos em novos trajetos identificados. Foi iniciada antibioticoterapia. RM de pelve evidenciou importante progressão de fistulas perianais complexas, comparadas a exame anterior. As mesmas circundavam canal anal e reto, ocupando fossas isquiorretais, com formação de coleções e acometimento de músculo puborretal. Trajeto ocupando espaço entre parede pélvica e próstata à direita, com gás no interior. Trajeto ultrapassando musculatura elevadora. Trajetos superiores apresentando contiguidade com m. íleo coccígeo. Sedenhos não atingindo porções mais superiores. Trajetos fistulosos interpondo-se entre próstata e reto, entre as vesículas seminais. Diante da deficiente resposta, foi realizado sigmoidostomia em alça. O paciente evoluiu com melhora clínica e das lesões perineais. Está aguardando início de terapêutica com imunobiológico. Conclusão: A indicação de procedimento cirúrgico na DC é determinada por intratabilidade clínica ou complicações. O principal objetivo nestes pacientes é a drenagem eficaz das secreções, desenvolvendo o mínimo de agressão ao aparelho esfíncteriano, visando reduzir complicações e melhorando a qualidade de vida. Estudos tem revelado que a associação de cirurgia com drogas imunossupressoras e principalmente com imunobiológicos (anti TNF-alfa), oferecem bons resultados.

#### PO035 - A SUPLEMENTAÇÃO ENTERAL COM GLICINA, NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO, MELHORA A RESISTÊNCIA DA ANASTOMOSE DE CÓLON A RUP-TURA, MODELO EXPERIMENTAL

JULIANO ALVES FIGUEIREDO<sup>1</sup>; ANDY PETROIANU<sup>1</sup>; GUILHERME HENRIQUE GOMES MOREIRA CANÇADO<sup>2</sup>; CRISTIANA BUZELIN NUNES<sup>1</sup>; MARIA IZABEL TOULSON DAVISSON CORREIA<sup>1</sup>

*1.UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL DA BALEIA, BH, MG, BRASIL.*

Resumo: A Anastomose intestinal é uma área sujeita a defeitos de cicatrização que podem ter efeitos danosos na vida do paciente. Muitos pesquisadores procuram encontrar suplementos alimentares ou medicamentos que otimizem a cicatrização e tenham como efeito uma cicatriz anastomótica mais resis-

tente e uma aplicação clínica que tenha potencial de diminuir o índice de fistula anastomótica. Dois aminoácidos não essenciais foram utilizados em suplementação alimentar pré e pós operatória em modelo experimental. Objetivo: Avaliar o efeito de dois aminoácidos, glicina e glutamina, na epitelização da mucosa colônica, tamanho da área de cicatriz, fibroplasia e resistência tênsil da anastomose intestinal, após colectomia parcial e anastomose término-terminal. Metodologia: Quarenta e cinco coelhos adultos, com idade entre 24 e 28 semanas, do sexo masculino, com peso inicial médio de 2.362 g, foram distribuídos aleatoriamente, de forma dupla desconhecida, em cinco grupos, de acordo com o tipo de suplemento. Dois animais morreram em cada grupo por causas diversas. Os grupos de coelhos foram assim distribuídos: Grupo 1 - (n = 9) receberam suplementação alimentar com glutamina durante sete dias antes e cinco dias após a operação; Grupo 2 - (n = 9) receberam suplementação alimentar com glicina durante sete dias antes e cinco dias após a operação; Grupo 3 - (n = 9) receberam suplementação alimentar com glutamina durante cinco dias após a operação; Grupo 4 - (n = 9) receberam suplementação alimentar com glicina durante cinco dias após a operação; Grupo 5 - (n = 9) não receberam suplementação alimentar. A resistência da anastomose foi medida por meio de pressão de ruptura por insuflação de ar intraluminal. Resultados: O Grupo 2 foi o único grupo que apresentou valores de ruptura superiores aos do Grupo 5 ( $p < 0,05$ ). Não houve diferença entre os grupos quanto aos aspectos histológicos estudados. Conclusão: A suplementação oral com glicina, no período pré e pós-operatório, aumentou a resistência tênsil anastomótica colônica após colectomia parcial em coelhos.

#### PO036 - PROCTOCOLECTOMIA COM RESERVATÓRIO ILEAL EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA ASSOCIADA À COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA

LORENA REUTER MOTTA GAMA; MAGALY GEMIO TEIXEIRA; TAUANA FERRERIA GONÇALVES; JULIANA FORMENTI ZANCO; PAULA GABRIELA MELO MORAIS; ALEXANDRÉ MEDEIROS DO CARMO *BENEFICENCIA PORTUGUESA, SÃO PAULO, SP, BRASIL*.  
Resumo: Introdução: A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal que pode estar acompanhada de manifestações extra-intestinais como eritema nodoso, pioderma gangrenoso, artrite, uveíte, colangite esclerosante (CEP) e câncer colorretal. A CEP não apresenta etiologia conhecida, porém é caracterizada por colestase associada à inflamação e fibrose difusa das vias biliares. Tem uma evolução clínica variável podendo evoluir para cirrose e morte por insuficiência hepática. Cerca de 5% dos pacientes com RCU estão associados a CEP sendo que desses, 15% podem apresentar risco de malignização. Objetivo: Apresentar um caso de CEP em paciente com RCU submetido à proctocoliectomia com reservatório ileal com sucesso. Ainda em discussão sobre transplante hepático. Caso Clínico: K.M.K.C, masculino, branco, 33 anos, diagnosticado com RCU aos 17 anos em tratamen-

to medicamentoso. Evoluiu com aumento de enzimas canaliculares. CPRE mostrou dilatação focal e irregularidade de via biliar e através da biópsia (reação portal de padrão biliar, infiltrado inflamatório misto, discreta expansão portal por fibrose e pequenos focos de necrose periportal) confirmou-se a CEP, iniciando o tratamento com Ác. Ursodesoxicólico. Neste mesmo período evoluiu com TVP e aumento dos gânglios torácicos quando constataram Linfoma Hodgkin. Apresentou como manifestação extra-intestinal eritema nodoso em membro inferior direito. A Colonoscopia demonstrou pancolite grave e em 2009, após várias exacerbações e piora da CEP, foi indicada proctocoliectomia e bolsa ileal, porém o paciente recusou. Discutido transplante hepático ainda não indicado no momento. Nova colonoscopia mostrou 2 LST em transversos e sigmóide (AP: adenoma) e em 2012, várias lesões elevadas em sigmóide (AP: displasia celular de baixo e alto grau). Em 2013 foi submetido à retocoliectomia com bolsa ileal em J e ileostomia de proteção. O estudo da peça cirúrgica confirmou tumor ulcerado em ceco infiltrando até a submucosa - Adenocarcinoma Colorretal moderadamente diferenciado com células em anel de sinete - pT1N0. Em discussão, quanto ao momento de fazer o transplante hepático. Conclusão: Pacientes com CEP devem ser seguidos cuidadosamente pelo alto risco de apresentar neoplasia de cólon. Se houver indicação para transplante, a cirurgia intestinal deve ser realizada antes, já que após transplante há piora do quadro da RCU com eventual repercussão sobre o transplante.

#### PO037 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DIAGNOSTICADA APÓS O USO DE ISOTRETINOÍNA. RELATO DE CASO

MARINA GABRIELLE EPSTEIN<sup>1</sup>; MARIA HELOISA CONTRUCCI<sup>2</sup>; FELIPE A PORTELLA<sup>3</sup>; FRANCINE PAPAORDANOU<sup>4</sup>; MURILLO LIMA FAVARO<sup>5</sup>; SARA VENOSO COSTA<sup>1</sup>; ORLANDO CONTRUCCI<sup>5</sup>; MARCELO AUGUSTO FONTENELLE RIBEIRO JUNIOR<sup>1</sup>

*1.UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.DERMATOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE SANTO AMARO/ UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: relatar um caso de um paciente que apresentou sintomas da doença de Crohn após iniciar a isotretinoína. Relato de Caso: MHS, 18 anos, sexo masculino com história de saída secreção em região perianal há 8 meses, sem melhora com analgésicos. Negava alteração do hábito intestinal. Paciente previamente hígido, em uso de isotretinoína devido a acne severa. Ao exame encontrava-se em bom estado geral, afebril. Durante a inspeção anal, foi visualizado intensa hiperemia em região perianal associado a lesão ulcerada posterior e orifícios fistulosos. Não foram encontrados orifícios internos, após exploração. Toque retal sem massas palpáveis.

Retosigmoidoscopia, sem evidência de lesões. Exames laboratoriais demonstravam leucocitose, aumento da velocidade de hemossedimentação e proteína c reativa. Realizada hipótese diagnóstica de doença de Crohn induzida por isotretinoína. Realizada biópsia da lesão que demonstrou infiltrado inflamatório inespecífico. Iniciado prednisona, sulfassalazina e metronidazol. Paciente apresentou melhora clínica após 15 dias do início do tratamento e encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Aguarda resultado de ASCA e p ANCA. Discussão: A isotretinoína foi aprovada pelo FDA (*Food and Drug Administration*) para o tratamento da acne severa em 1982. Relato de Casos foram publicados relacionando este fármaco com as doenças inflamatórias intestinais. Estudos demonstraram que 1:10000 pacientes que fazem tratamento com este fármaco podem desenvolver alterações do trato gastrointestinal, tais como diarreia, colite e doenças inflamatórias. Martin et al relataram um caso de um paciente sem história prévia de doença inflamatória intestinal, que desenvolveu uma colite após 4 semanas do início da isotretinoína. Alhusayen et al realizaram um estudo coorte e observaram possível associação entre a isotretinoína e a doença de Crohn. O mecanismo ainda não foi estabelecido. Os retinóides estão envolvidos no mecanismo de apoptose e fatores de crescimento celular e interferem no processo de quimiotaxia dos neutrófilos, que é um dos mecanismos envolvidos na doença de Crohn. Conclusão: Os dados obtidos até o momento não foram suficientes para confirmar associação entre a doença inflamatória intestinal e a isotretinoína. As evidências encontradas na literatura ainda são insuficientes para confirmar esta associação. Os pacientes devem ser informados sobre esta possível associação e orientados a suspender a medicação na vigência de sintomas gastrointestinais.

**PO038 - REAÇÃO ECZEMATOSA POR USO DE ADALIMUMABE PARA DOENÇA DE CROHN – RELATO DE CASO**

CARMEN RUTH MANZIONE; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; ELISANGELA PLAZAS MONTEIRO  
*CLINICA MANZIONE NADAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Mulher de 46 anos, parda, portadora de doença de Crohn do cólon, passou a receber adalimumabe devido às várias tentativas de retirada do corticosteróide. A dose inicial foi de 80 mg, no subcutâneo, seguida de aplicações quinzenais de 40 mg. Houve remissão dos sintomas após a segunda dose. A colonoscopia realizada depois de três meses de terapia biológica revelou a cicatrização das úlceras do cólon. Após quatro meses de tratamento com terapia biológica, desenvolveu linfadenomegalia submandibular e reação dermatológica, não pruriginosa, no tronco, semelhante a eczema. Nessa ocasião, não referia queixas abdominais e suas evacuações eram pastosas, duas vezes ao dia. Cremes com corticosteroides não foram efetivos e os linfonodos submandibulares aumentaram de volume, tornando-se endurecidos. Com a suspensão do adalimumabe houve melhora do quadro dermatológico e da ingurgitação linfonodal. A doente permanece sem piora do quadro com 5-ASA e sem corticosteróides.

**PO039 - COLITE EOSINOFÍLICA – Relato de Caso**

CARMEN RUTH MANZIONE; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE

*CLINICA MANZIONE NADAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Gastroenterite Eosinofílica (GE) é condição rara caracterizada por infiltração eosinofílica localizada ou difusa no tecido gastrointestinal. A apresentação pode variar dependendo do local, da profundidade e da extensão na parede intestinal, sendo classificada em mucosa, muscular ou serosa. A GE mucosa (25-100%) é a mais comum, apresentando características de má-absorção e enteropatia perdedora de proteína. A GE muscular (13-70%) pode provocar obstrução pilórica ou do intestino delgado, como tumor ou intussuscepção. A GE serosa (4.5% a 9% no Japão e 13% no USA) apresenta ascite, eosinofilia periférica abundante e responde aos corticosteróides. Ocorre em qualquer idade ou etnia, e tem incidência ligeiramente maior em homens. O estômago é o mais afetado, seguido pelo intestino delgado e o cólon. A epidemiologia pode diferir entre os estudos, pois o número de casos é pequeno, com 300 publicados. Relatamos paciente do sexo feminino, com 68 anos e antecedente de mieloma múltiplo tratado com transplante de medula e carcinoma de mama tratado com radioterapia e tamoxifeno, que deu entrada no pronto socorro com quadro de dor abdominal, inapetência e diarreia há 3 dias. O hemograma mostrava anemia e leucocitose de 25.000/mm<sup>3</sup> as custas de eosinófilos. As radiografias do abdome apresentavam distensão intestinal difusa. A tomografia computadorizada identificou espessamento parietal difuso do cólon, espessamento do meso, dilatação alças delgado sem obstrução e moderada quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal. A colonoscopia revelou edema da mucosa principalmente no cólon direito e a biópsia sugeria colite eosinofílica. Introduzimos hidrocortisona, 80 mg ao dia, e após 48 hs houve melhora clínica e laboratorial. Recebeu alta hospitalar com prednisona, 40 mg/dia.

**PO040 - DOENÇA DE CROHN – UMA APRESENTAÇÃO GRAVE E COMPLICAÇÃO POUCO COMUM**

FELIPE FAKHOURI; BIANCA DITLEF BERETA; SANDRA DI FELICE BORATTO; FÁBIO PIOVEZAN FONTE; JULIANA GIANGIARDI BATISTA

*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SAO BERNARDO DO CAMPO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença de Crohn foi descrita pela primeira vez por Dazliel em 1913 e foi reconhecida após trabalhos feitos por Burril Crohn em 1932. A doença é mais comum no sexo feminino, entre 20 a 40 anos, em caucasianos. É uma doença inflamatória crônica do trato gastrointestinal, de provável origem auto-imune que acomete principalmente íleo terminal e cólon; ocorre inflamação que forma granulomas bem delimitados em setores intercalados com áreas saudáveis. Objetivo: Relatar o caso de um paciente de 42 anos com Doença de Crohn grave em localização rara, com manifestação estenosante, trombose duodenal e isquemia. Relato do Caso: VPS, 42 anos, foi internado em junho de 2011 por dor abdominal, vômitos, emagrecimento, inapetência, diarreia e febre. A en-



dosscopia digestiva alta mostrou esofagite leve distal e sinais de Doença de Crohn na segunda porção duodenal. À colonoscopia foi observada uma ileíte erosiva; os anatomopatológicos indicaram ileíte e duodenite crônica erosiva. Após três meses de tratamento clínico houve melhora dos sintomas, mantendo vômitos esporádicos. Em fevereiro de 2012 relatou melhora dos vômitos, ganho ponderal de 3 kg e dor abdominal. No ano de 2013 voltou a apresentar o quadro inicial agora com vômitos pós alimentares, reconhecendo os alimentos; nesta ocasião a endoscopia digestiva alta visualizou ulcerações, retrações e diminuição do calibre na segunda porção duodenal. O exame de esofagoestomoduodenografia mostrou estreitamento de terceira e quarta porções duodenais. A conduta optada foi cirúrgica com duodenectomia. O anatomopatológico da peça operatória apresentou processo inflamatório crônico e agudo ulcerado transmural, serosite crônica fibrino leucocitária, lesão ulcerada ativa em uma das margens da ressecção, área de extensa necrose adjacente ao quadro ulcerado e estenosado sem indícios de malignidade. Discussão: O paciente apresenta um quadro de localização rara da doença na forma estenosante, que estava associado a provável trombose do segmento duodenal não diagnosticada nos exames pré-operatórios, e observada durante a cirurgia. A dilatação endoscópica do segmento seria uma opção de tratamento, contudo o ato cirúrgico revelou isquemia como outra complicação, não permitindo o procedimento. Conclusão: A localização duodenal em casos de Doença de Crohn, associada a uma alteração vascular, trombose, causada pela doença, e isquemia não são casos frequentemente vistos em associação, o que torna este caso raro.

**PO041 - FARMACOBEZOAR DE MESALAZINA EM DOENÇA DE CROHN**

PATRÍCIA ZACHARIAS<sup>1</sup>; JOSÉ EMÍLIO MENEGATTI<sup>2</sup>; ANDRÉ PEREIRA WESTPHALEN<sup>2</sup>

*1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução A doença de Crohn (DC) se caracteriza por focos de inflamação transmural em qualquer segmento do trato gastrointestinal, porém os locais mais afetados são o íleo terminal e o cólon proximal. Pode seguir três formas: inflamatória, estenosante ou fistulizante. Muitas vezes, pacientes com diagnóstico de retocolite ulcerativa (RCUI) descobrem se tratar de DC posteriormente, na qual o uso de derivados dos aminosalicilatos tem benefício discutível. Os fatores predisponentes para formação de farmacobezoar são: propriedades farmacológicas das drogas e alterações morfológicas no trato gastrointestinal. Objetivo Descrever o caso de um paciente com farmacobezoar de mesalazina em forma estenosante de DC. Método Análise de prontuário do paciente. Relato de Caso J. C. A., 21 anos, masculino, com diagnóstico de colite inespecífica em tratamento com mesalazina 4g/dia há 6 meses. Internou com quadro de suboclusão intestinal de início há 10 dias. Tomografia de abdome com espessamento parietal de segmentos do delgado e com imagens sugestivas de compri-

midos em alça de íleo terminal e ascite acentuada. Submetido à laparotomia exploradora com o achado de lesão estenosante em íleo terminal. Realizado enterectomia segmentar e ileostomia em dupla boca. Em peça cirúrgica foram encontrados comprimidos de mesalazina. Anatomopatológico evidenciou lesão granulomatosa, não caseosa, transfixante e fistulizante. Paciente evoluiu clinicamente assintomático com corticoterapia e terapia imunomoduladora. Atualmente em monoterapia com azatioprina. Resultado A prevalência da forma estenosante de DC varia de 12 a 54%, sendo o íleo terminal o local mais acometido. A abordagem terapêutica requer o conhecimento da extensão da estenose e do grau de atividade da doença. As formas estenosante e fistulizante da doença apresentam resultado variável ao manejo clínico e boa resposta à terapia cirúrgica. Dentre a terapia medicamentosa, a mesalazina mostrou ter indicação no tratamento da RCUI e benefício discutível na DC, sendo contra-indicado nas formas estenosantes. A absorção tardia da droga predispõe a formação de farmacobezoar. No relato, paciente em uso de mesalazina devido à colite, evidenciou-se, após complicação cirúrgica, se tratar de forma estenosante de DC que não é beneficiada pela mesalazina. Conclusão Análise deste relato e da literatura evidencia a importância do diagnóstico diferencial da colite de Crohn com a RCUI evitando complicações relacionadas com a terapêutica empregada.

**PO042 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E GRAVIDEZ - RELATO DE 3 CASOS**

ELISANGELA PLAZAS MONTEIRO; CARMEN RUTH MANZIONE

*CLINICA MANZIONE NADAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A doença inflamatória intestinal tem alta prevalência em jovens e muitas das quais desejam engravidar. Insegurança quanto ao curso da doença e potenciais efeitos sobre o bebê tem grande impacto em tal decisão. O objetivo é relatar três portadoras de doenças inflamatórias intestinais (retocolite ulcerativa ou doença de Crohn) e suas quatro gestações. Levantamos os dados do prontuário médico e fizemos contato telefônico com as mesmas. Duas delas estavam recebendo mesalazina, sendo que uma também estava utilizando prednisona. Outra paciente usou adalimumabe durante os três primeiros meses de gestação e não estava utilizando medicação em sua segunda quando um dos bebês foi diagnosticado com rim policístico e atresia de esôfago. A localização da doença, medicações em uso, tempo para engravidar, idade gestacional ao nascimento, tipo de parto, peso da criança, complicações com o bebê, reagudizações e amamentação foram interrogados. Não houve diminuição da fertilidade nas pacientes. As reagudizações se deram no último trimestre e em período de amamentação. As crianças nasceram a termo e faixa de peso adequadas. Dúvidas quanto à fertilidade e sua relação com as doenças e as complicações para gestante e concepto ainda persistem, porém a maioria das medicações é segura. O controle da doença na fase de concepção tem fundamental importância para o curso da gestação.

**PO043 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TROMBOSE HEMORROIDÁRIA GANGRENADA: RELATO DE CASO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES

*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Estima-se que ao menos 50% dos indivíduos com idade superior a 50 anos irão experimentar sintomas relacionados à doença hemorroidária em algum momento de suas vidas. O estrangulamento hemorroidário decorre de prolapso graus III ou IV que tornam-se irreduzíveis, sendo comuns em gestantes, as quais em 0,2% das vezes necessitam de cirurgia de urgência<sup>5</sup>. Ademais, podem ocorrer após esforço evacuatório, em halterofilistas, corredores, ciclistas e operadores de máquinas pesadas. Objetivo: Relatar caso de paciente portador de prolapso mucoso com evolução para gangrena atendido e operado no Hospital Santa Marcelina-SP pelo grupo de coloproctologia. Relato de Caso: ARS, masculino, 65 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e hipotireoidismo com queixa de ser portador de doença hemorroidária há quatro anos com dor anal referida de quinze dias associado a tenesmo, proctalgia, hematoquezia e exteriorização de secreção purulenta e fétida via anal. Ao exame proctológico, evidenciava-se prolapso mucoso circunferencial com áreas de necrose de mucosa exteriorizada, sendo irreduzível a manobras digitais. Discussão: Quando se compara através de um estudo aleatório dois grupos de pacientes, um tratado com medidas conservadoras e outro com hemorroidectomia, pode-se concluir que a cirurgia de urgência resolve de maneira mais eficaz e definitiva o problema hemorroidário, além de menor necessidade de analgésicos. Conclusão: Nos casos de hemorroidas internas trombosadas e gangrenadas pode-se realizar hemorroidectomia de urgência com Resultados semelhantes à cirurgia eletiva com resolução mais rápida e definitiva da patologia hemorroidária.

**PO044 - HEMORROIDOPEXIA PARCIAL POR GRAMPEAMENTO: PRIMEIRA IMPRESSÃO**

MARIA CRISTINA DEFÁVERI FIGUEIRA; PAULO CESAR DE CASTRO JUNIOR; JULIA REZENDE SCHLINZ; MARLLUS BRAGA SOARES; ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; FRANCISCO LOPES PAULO; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: O tratamento cirúrgico para a doença hemorroidária vem sofrendo múltiplas inovações nos últimos tempos. Desde a descrição da hemorroidopexia em 1998 pelo Dr. Antonio Longo várias modificações a essa técnica foram abordadas e apresentadas. Esse trabalho tem como principal objetivo a apresentação das primeiras impressões causadas pela utilização da técnica de hemorroidopexia parcial por grampeamento, suas particularidades técnicas e impressões causadas pelo método. Foram realizadas duas cirurgias de hemorroidopexia

parcial por grampeamento com a utilização do grampeador TST – Touchstone™ em pacientes portadores de doença hemorroidária com mamilos internos grau III - IV. Os pacientes foram operados em decúbito ventral – jack-knife após serem submetidos ao bloqueio anestésico raquidiano. Procedeu-se a dilatação esfíncteriana com a utilização do obturador constante do conjunto que compõem o grampeador TST – Touchstone™. Identificados os maiores mamilos hemorroidários escolhemos o anuscópio mais adequado a cada caso – que podem ser de uma, duas ou três janelas (ou fenestras). Realizou-se a sutura em bolsa de tabaco - para um caso e por pontos individuais para o outro caso, na mucosa protuberante para a luz do anuscópio. Após a tração do tecido envolvido pela sutura foi feito o fechamento e disparo do grampeador. A evolução dos casos foi bastante satisfatória com a utilização de medicação analgésica de rotina, alta no dia seguinte e sem sangramentos no pós-operatório. Nos casos apresentados não observamos dificuldades técnicas com a utilização do dispositivo pela primeira vez. O fato de termos três opções de anuscópios não impôs maiores dificuldades ao método, houve uma ressecção adequada do excedente de mucosa, sem que houvesse a ressecção circunferencial de todo o reto, preservando assim, áreas intactas de mucosa.

**PO045 - PROCIDÊNCIA RETAL GIGANTE EM PACIENTE ADULTO DO SEXO MASCULINO: RELATO DE CASO**

WILMAR ARAUJO; MARCO AURELIO FRANCA; MILTON CESAR OLIVEIRA; ALBANICE LIMA; TALITA OLIVEIRA

*HOSPITAL GERAL DE GOIANIA, GOIANIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Procidência retal é definida como a exteriorização de todas as camadas do reto através do orifício anal e classicamente ocorre nos extremos da vida. Nas crianças, ela surge durante os três primeiros anos de vida, enquanto que nos adultos, ocorre principalmente em mulheres acima dos 50 anos e nos homens acomete mais na segunda e terceira décadas. O diagnóstico é essencialmente clínico com a presença de tumoração anal, inicialmente exteriorizada aos esforços intensos e tem redução espontânea; posteriormente, após esforços cada vez menores ou até espontaneamente e com dificuldade ou impossibilidade de redução. O tratamento é cirúrgico. Objetivo: Relatar caso de paciente com procidência retal gigante de longa data, submetido à correção cirúrgica pela técnica de Altemeier. Material e método: Revisão de prontuário e da literatura. Discussão: Relato de Caso de paciente de 51 anos, sexo masculino, trabalhador rural (vaqueiro), sem comorbidades prévias e com relato há 20 anos de “caroço” na região anal, o qual crescia com esforço físico e que há dois anos apresentou crescimento considerável e irreduzível com sangramento intermitente associado à intenso desconforto para exercer as atividades laborativas. Ao exame: Presença de procidência retal volumosa com mais de 20cm, com ulcerações superficiais, mucosa friável e odor fétido. O paciente foi submetido à retossigmoidectomia perineal pela técnica de Altemeier, apresentando evolução pós-operatória satisfatória e com continência preservada. Conclusão: Exis-

tem várias técnicas cirúrgicas para a correção da procidência retal. Neste caso, devido à volumosa exteriorização irreduzível do reto e cólon, cuja mucosa apresentava áreas de ulceração, optou-se pela correção da procidência pela técnica de Altemeier. Este procedimento não é isento de complicações, sendo as mais comuns o sangramento, deiscência, incontinência e a recorrência. O paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório imediato, sendo acompanhado ambulatorialmente por 6 meses e liberado em alta ambulatorial com a continência preservada.

**PO046 - ENVOLVIMENTO ANAL NO PÊNFIGO VULGAR – RELATO DE CASO**

ANDRÉ BARRETO SILVA; IGOR DIAZ YAMANE; RICARDO LIRA REIS; CAROLINA CHACON CONSENTINO; LUCIANA FLACH; CARLOS AUGUSTO FERREIRA; EDNA DELABIO FERRAZ; JOAO AGUIAR PUPO NETO *UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O Pênfigo Vulgar é uma doença crônica e auto-imune caracterizada pela produção de auto-anticorpos IgG contra as moléculas de adesão epidérmicas. A maioria dos pacientes manifesta a doença com apresentação de vesículas muco-cutâneas. A doença associa-se a elevada mortalidade. O uso de corticosteróides e de agentes imunomoduladores permitiu uma redução significativa da mortalidade de 60 a 90% para 5 a 10%. O envolvimento gastrointestinal superior não é raro, mas as manifestações anais têm sido escassamente relatadas. Objetivo: Relatar um caso de pênfigo vulgar com envolvimento anal com boa evolução clínica com tratamento de prednisona em altas doses. Relato do Caso: Paciente 30 anos, do sexo masculino, previamente hígido, manifestou os primeiros sintomas em agosto de 2012 com erosões inicialmente em mucosa oral e progredindo para pálpebra inferior, narina e membros superiores. O paciente apresentou associado a esses sintomas proctalgia e hematoquezia. Ao exame proctológico apresentava plicomas e fissuras. Em dezembro de 2012 apresentou piora dos sintomas com queda do estado geral e febre. Realizado biópsia das lesões de margem anal e pele e o histopatológico mostrou diagnóstico de pênfigo vulgar. Realizada pulsoterapia com prednisona 120mg/dia e sulfametoxazol/trimetopina apresentando melhora clínica e remissão dos sintomas proctológicos. Após desmame da prednisona foi iniciado terapia de manutenção com hidrocloroquina 400 mg/dia. Conclusão: O envolvimento anal, pouco registrado na literatura, tende a ocorrer de forma associada a outras lesões. Provavelmente, esta apresentação é subestimada devido a omissão no relato dos sintomas e atribuição das queixas anais a outras patologias proctológicas. Na revisão da literatura não se encontrou outro relato com envolvimento simultâneo muco-cutâneo com sintomas Proctológico.

**PO047 - COMPLICAÇÃO NÃO DESCRITA DO USO DO PLUG BIOLÓGICO PARA FÍSTULA RETOVAGINAL**

FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO; THIAGO DA SILVEIRA MANZIO-NE; CARLOS DI TOMMASO

*HOSPITAL DA LUZ - SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O uso de material biológico para tratamento das fístulas anais complexas iniciou-se com as fístulas transesfincterianas. Com objetivo de tratar a fistula com procedimento simples e sem impacto na continência, Resultados consistentes ainda não são realidade. As complicações descritas são extrusão do material e infecção. Com taxa de sucesso em torno de 40%, ainda assim pode ser um arsenal terapêutico interessante dado a dificuldade do tratamento e magnitude de seu impacto. Surge, então, um “plug” desenhado para fístulas retovaginais: o material biológico fica no trajeto e um botão de plástico fecha o orifício retal, sendo expelido após absorção do fio. Com experiência preliminar na literatura, a taxa de sucesso e as complicações se assemelham ao “plug” para fistula perianal. Objetivo: Relatar complicação não descrita, pela literatura, do uso do “plug” biológico no tratamento de paciente com fistula retovaginal. Relato do Caso: Mulher, 42 anos, sem comorbidades, secundigesta com dois partos cesareanas, referia ter drenado um abscesso vulvo-perineal há seis meses. Evoluiu com saída de secreção fecalóide pela vagina e dispareunia. Apresentava hábito intestinal diário, com fezes formadas. Diagnosticada fistula reto-vaginal de 12mm de diâmetro a 1cm do intróito vaginal. Submetida a correção da fistula com material biológico, *Surgisis Biodesign*. Evoluiu com melhora discreta da saída de conteúdo fecal pela vagina e intensa dor pós-operatória, necessitando opióides e laxantes. Dois meses após o procedimento cirúrgico, associou às queixas, puxo e tenesmo. Ao exame, apresentava dor anal intensa e um corpo estranho fixo na parede anterior do reto (botão de plástico). Três meses após, evoluiu com prolapso do botão e foi submetida a retirada do mesmo com correção da fistula retovaginal através de retalho de avanço vaginal, retal e interposição muscular. Por fim, após tratada infecção de ferida operatória, paciente cicatrizou a região após seis meses do segundo procedimento. Considerações finais: A manutenção do botão plástico do plug biológico para fistula retovaginal é complicação não descrita na literatura e deve ser alertada a médicos e pacientes. A fistula retovaginal é de difícil manejo e o uso de materiais biológicos é uma opção que deve ser amplamente estudada.

**PO048 - SÍNDROME DE FOURNIER E ABSCESSOS ANORETAIS EXTENSOS - TÉCNICA DE DESBRIDAMENTO**

ULISSES CARDOSO MARQUES<sup>1</sup>; TASSIANE BONOTTO HORVATICH<sup>1</sup>; REGINALDO RODRIGUES PRADO<sup>1</sup>; FRANZ ANDRÉ PATRIARCHA<sup>1</sup>; GABRIEL SALIM CASSEB<sup>1</sup>; MEIBEL MELO SILVA<sup>2</sup>

*1.UNAERP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 2.INSTITUTO CIRURGIA DE RIBEIRAO PRETO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Síndrome de Fournier é uma patologia infecciosa grave, caracterizada por necrose e destruição de tecido subcutâneo e fascia muscular, de rápida progressão, envolvendo região perineal, perianal e genital, com alto índice de mortalidade, causada por bactérias aeróbias e anaeróbias que, atuam de maneira sinérgica, levando a uma fascíte

necrotizante. Abscesso anorretal é uma doença que se traduz pela presença de uma coleção de pus sob a pele da região anal ou perianal, de forma aguda, devida à penetração de germes contidos nas fezes ou no muco dentro de uma cripta. Esses germes, ao penetrarem nessa cripta, atingem os ductos glandulares, que se infectam e criam uma coleção de pus. É caracterizado por dor intensa na região afetada, aumento da temperatura local e rubor associado, o que denota um processo infeccioso subjacente, formando um abaulamento localizado na região perianal. OBJETIVO: Mostrar que a técnica descrita a seguir evita grandes ressecções de tecido desnecessariamente, evitando grandes desbridamentos de pele, com melhor fechamento da ferida operatória, minimizando a necessidade de rodar retalho ou enxerto. MÉTODO: A técnica elaborada pela nossa equipe de coloproctologia faz o desbridamento de todo tecido necrótico e drenagem de toda secreção purulenta em forma de triângulos na transição do processo infeccioso e do tecido com vitalidade preservada, sendo que todos esses triângulos se comunicam, deixando drenos laminares de látex entre as comunicações, favorecendo a drenagem do processo infeccioso e controlando a progressão da doença. Resultados E CONCLUSÕES: Com esta técnica é possível reabordar várias vezes o mesmo paciente, caso seja necessário, retirando todo tecido desvitalizado e o processo infeccioso, evitando o desbridamento excessivo de pele sadia, e com melhor fechamento da ferida operatória.

**PO049 - HEMORROIDECTOMIA COM ENSEAL® - RELATO DE CASO**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; MARIANA ANDRADE CARVALHO; GABRIEL DE CARVALHO CUNHA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: A doença hemorroidária é a patologia cirúrgica mais comum nos ambulatórios de coloproctologia, com indicação cirúrgica para os graus III e IV. A hemorroidectomia convencional tem significativa morbidade e convalescência prolongada, por isso novas técnicas tem sido utilizadas para reduzir estas complicações. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de doença hemorroidária tratada cirurgicamente utilizando a pinça seladora Enseal®. Relato do Caso: Paciente GON, sexo feminino, 43 anos, com queixa de nodulação anal associada a sangramento as evacuações. Relato de constipação intestinal em uso de fibras com melhora. Negava comorbidades. Ao exame físico apresentava doença hemorroidária de 3º grau com plicomas associados, sendo indicado tratamento cirúrgico. Submetida a hemorroidectomia utilizando a pinça seladora Enseal®, o que encurtou o tempo cirúrgico que foi de 10 min. A pinça foi utilizada tanto na dissecação do mamilo hemorroidário, sem prejuízo na preservação da musculatura, quanto para a selagem do pedículo do mamilo. A paciente recebeu alta no mesmo dia da cirurgia. Evoluiu no pós-operatório relatando pouca dor, com necessidade de uso apenas de analgésicos simples. Seguimento com 30 dias apresentando completa

cicatrização da ferida cirúrgica. Conclusão: A hemorroidectomia com a pinça seladora Enseal® é uma técnica nova e apresentou excelente resultado no caso apresentado, com redução do tempo cirúrgico e da dor pós-operatória.

**PO050 - MELANOMA ANORRETAL – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA COM ÊNFASE NO EXAME HISTOPATOLÓGICO E IMUNOHISTOQUÍMICO**

ALEXANDRÉ MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; RENATA MAGALI SILLUZIO FERREIRA; GIL PATRUS; JOSÉ DE SOUZA ANDRADE FILHO; GERALDO MAGE-LA GOMES DA CRUZ

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: melanoma maligno é um câncer que se desenvolve a partir de melanócitos, que pode ocorrer em vários lugares do corpo humano, sobretudo na pele, sendo a localização anorretal (*Anorectal melanoma* – ARM) muito rara. Como as células do ARM podem ser de varias formas, elas podem ser confundidas, histologicamente, com outras células de outros tumores da região anorretal, que apresentam os mesmos tipos celulares, como doença de Paget extramamária, doença de Bowen, linfomas, carcinomas indiferenciados, leiomiossarcomas e GISTs. Este fato torna a IHQ de fundamental importância diagnóstica, caracterizando, corretamente, de que tumor se trata. Relato do Caso: paciente leucoderma, 81 anos, com história datada de oito meses de um tumor anal, de coloração escura, endurecido, de rápido crescimento, com dor intensa local e incontinência fecal. Acompanhava o tumor sintomas de emagrecimento acentuado, anemia e dificuldade de deambulação, além de centenas de pequenos tumores sob a pele espalhados por todo o corpo. O exame proctológico revelou tumor anal e perianal enegrecido, duro, fixo a planos profundos, com ulceração central, com infiltração de toda a região peritumoral. O toque retal foi impossível em decorrência da estenose anal e da dor local. Exame Histopatológico: lâminas coradas com HE mostram massas de células neoplásicas infiltrando o canal anal e o junção anorretal, com células atípicas, ora ovóides e alongadas, configurando feixes, ora poligonais e em arranjo epitelióide; observando-se pigmento melânico no citoplasma das células neoplásicas, evidente pleomorfismo nuclear, nucléolos proeminentes, com figuras de mitose, achados que sugeriam tratar-se de ARMI. Exame Imuno-Histoquímico (IHQ): foi constatada positividade para a vimentina, para a proteína S-100 e para os antígenos associados ao melanoma (HMB45 e Melan-A ou MART-1) e negatividade para os CKs (34BE12 e AE1 e 35BE12 e AE2) e para o antígeno carcinoembriogênico (CEA). Exames de imagem revelaram metástases disseminadas (incluindo metástases subcutâneas), e infiltração do reto e tecidos perirretais. Por não haver possibilidade cirúrgica oncológica, foi descartada até mesmo uma colostomia pelos familiares e a paciente veio a falecer em três semanas.

**PO051 - SÍNDROME DE FOURNIER PÓS HEMORROIDECTOMIA À FERGUSON - RELATO DE 3 CASOS**  
LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; DECIO BERGAMINI VIERA; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; SANDRA PEDROSO MORAES  
*HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Síndrome de Fournier caracteriza-se por fascíte necrotizante da genitália masculina, de início abrupto e evolução rápida, causada por floras aeróbia e anaeróbia. Os fatores predisponentes mais frequentes são diabetes mellitus, alcoolismo, falta de higiene local, afecções e instrumentações uretrais, postectomias, vasetomias, lesões anais e operações cirúrgicas na área. OBJETIVO: Relatar 3 casos de pacientes com Síndrome de Fournier pós hemorroidectomia à Ferguson, operados no hospital Municipal Dr. Mário Gatti e no Complexo Hospitalar Ouro Verde em Campinas-SP. Caso 1: masculino, 58 anos, obeso, hipertenso e tabagista, portador de doença hemorroidária grau IV, submetido à hemorroidectomia com fechamento à Ferguson, sem intercorrências. Retornou ao hospital no 8PO, referindo dificuldade miccional, dor e edema escrotais há 3 dias. Apresentava edema escrotal importante, ferida operatória com drenagem de secreção purulenta e celulite local. Realizado debridamento cirúrgico amplo de região perianal, perineo e escrotos bilateralmente e introduzida ATB (piperacilina-tazobactam + ampicilina). Submetido a 7 sessões de câmara hiperbárica, seguido de enxerto de pele parcial pela equipe da Cirurgia Plástica, com boa evolução no pós-operatório. Caso 2: masculino, 55 anos, sem comorbidades, portador de doença hemorroidária grau III, submetido à hemorroidectomia com fechamento à Ferguson, sem intercorrências. No 8PO, referia dor local intensa associada a febre e drenagem de secreção pela ferida operatória, sinais flogísticos no glúteo esquerdo, com crepitação e áreas de flutuação e necrose. Submetido a debridamento cirúrgico, poupando bolsa escrotal, com necessidade de ampliação do mesmo no IPO. Fez uso de curativo à vácuo por 30 dias, com cicatrização completa da ferida. 2 meses após, apresenta estenose de canal anal, em programação de esfínteroplastia. Caso 3: masculino, 53 anos, sem comorbidades, portador de doença hemorroidária grau II, submetido à hemorroidectomia à Ferguson, sem intercorrências. No retorno ambulatorial no 7PO, referia dor local importante, drenagem de pus pela ferida, edema e hiperemia do glúteo esquerdo. Ao exame, apresentava abscesso perianal. Realizados drenagem e debridamento cirúrgico, com boa evolução no pós-operatório. Conclusão: A hemorroidectomia a Ferguson parece estar associada a um maior risco de complicações infecciosas, mas são necessários estudos controlados com maior número de pacientes para certificar esse risco elevado.

**PO052 - PERFIL DOS PACIENTES ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS ORIFÍCIAS DO COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE - CAMPINAS- SP**  
LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO<sup>1</sup>; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO<sup>1</sup>; BARBARA SCHIA-

VENIN<sup>2</sup>; DECIO BERGAMINI VIERA<sup>1</sup>; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO<sup>1</sup>; GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA<sup>1</sup>; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO<sup>1</sup>; SANDRA PEDROSO MORAES<sup>1</sup>  
*1. HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença hemorroidária é a afecção perianal mais comum, com prevalência estimada de 4,4% nos EUA. Acomete ambos os sexos, principalmente entre a quarta e sexta décadas de vida, e causa sintomas como sangramento, prurido, dor, desconforto e prolapso. Sua etiopatogenia não é bem definida e seu tratamento pode ser clínico ou cirúrgico. Objetivo: O objetivo deste trabalho é avaliar o perfil dos pacientes assistidos em um hospital público, analisando os aspectos epidemiológicos, critérios de indicação e tratamento cirúrgico, comparando os achados com os da literatura correlata. Metodologia: revisão de prontuários de pacientes atendidos no serviço de coloproctologia no período de outubro de 2011 a janeiro de 2013, levando em consideração a idade, sexo, tempo de evolução da doença, forma do encaminhamento e diagnóstico final. Resultados: analisando os Resultados obtivemos um total de 219 pacientes, sendo 57% (125) sexo feminino e 43% (95) do sexo masculino, com idade média de 45,16 anos (máxima de 82 e mínima de 17 anos). Com relação ao tempo de queixa obteve-se uma média de 36,18 meses. Quando avaliado a principal queixa, nota-se que o sangramento seguido de dor e protusão foram as principais respectivamente. Das diferentes afecções que geram encaminhamento pelo clínico geral da rede pública ao coloproctologista, a doença hemorroidária respondeu por 42,4% (93) dos encaminhamentos, semelhante ao diagnóstico feito pelo proctologista 53,4% (117) e a indicação cirúrgica foi de 65,2% (143). Analisando as complicações pós-operatórias obteve-se 0,91% (2) de sangramento e 0,91% (2) de abscesso. Conclusão: Comparando com a literatura com os nossos dados analisados nota-se um número maior de indicações cirúrgicas, o que pode ser explicado por tratar-se de um serviço que é referência cirúrgica da região analisada.

**PO053 - USO DE ANESTÉSICO TÓPICO NO MANEJO DA DOR NO PÓS OPERATÓRIO DE HEMORROIDECTOMIAS**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SERGIO OLIVA BIANCHI; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR  
*CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária ainda é o mais efetivo e com melhores Resultados a longo prazo para o tratamento desta afecção tão prevalente. Da mesma maneira, a dor segue sendo o principal sintoma pós operatório, por vezes prorrogando o tempo de internação e de afastamento das atividades laborais. Neste estudo foi avaliado a associação de anestésicos locais no controle da dor no pós-operatório de hemorroidectomias realizadas em regime ambulatorial. Mé-

todos: 60 pacientes submetidos a hemorroidectomia em regime ambulatorial, sob anestesia local e sedação foram divididos em três grupos para receberem medicação analgésica tópica, controle ou placebo. Todos os grupos receberam anti-inflamatório não esteroide de 12/12 horas, cloridrato de benzidamina de 8/8 horas. Se a analgesia não fosse suficiente, recebiam tramadol via oral e diclofenaco sódico intramuscular. Resultados: Dos 60 pacientes, 21 eram do sexo feminino e 39 do sexo masculino, com média de idade de 41,5 anos (25-72). Estes foram divididos em três grupos. O grupo placebo apresentou o maior índice de dor avaliado, e também a maior necessidade de analgesia complementar (diclofenaco intramuscular e tramadol via oral). A medicação tópica produziu maior número de pacientes sem dor ou com dor leve. Conclusão: A utilização de medicação tópica anestésica no pós-operatório de hemorroidectomia ambulatorial diminuiu a dor no pós-operatório e implicou em menor uso de analgesia sistêmica.

#### PO054 - MACROLIGADURA ALTA

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SERGIO OLIVA BANCI; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR *CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A macroligadura alta é um método terapêutico para o tratamento da doença hemorroidária. Objetivo: A técnica cirúrgica visa a 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. Material e 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 muco. Foi realizado uma anestesia local de 0,5 ml de lidocaína na camada submucosa. Foram tratados 1634 pacientes com doença hemorroidária graus II e III pela técnica de Macroligadura Alta, 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, sendo maior nos pacientes com apenas uma área tratada. Os pacientes com recorrência foram tratados com uma nova sessão de macroligadura. Houve baixo índice de complicações, sendo edema perianal (1,6%), tenesmo (0,8%), dor com necessidade de medicação endovenosa (1,6%), retenção urinária (0,1%) e sangramento (0,8%). Nenhum paciente apresentou sepse ou necessidade de internação hospitalar após o procedimento. Conclusão: A macroligadura alta representa uma técnica segura, efetiva, de baixo custo e baixo índice de recidiva.

#### PO055 - RELATO DE CASO: MELANOMA DO CANAL ANAL

HENRIQUE SABOIA; VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANDRÉ GATTO; ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN; ANTONIO BALDIN JUNIOR; ANTONIO SERGIO BRENNER; RENATO ARAUJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: O objetivo deste trabalho é relatar o caso de paciente com melanoma no canal anal. Relato de Caso: AF, 57 anos, feminina. Paciente queixava-se de sensação de queimação ao evacuar há um ano, sem sangramento. A inspeção anal apresentava prolapso mucoso pequeno e redutível, na região pósterolateral direita. A região do prolapso mucoso era discretamente endurecida ao toque retal. Sem outras alterações ao exame físico. Solicitada retossigmoidoscopia rígida que demonstrou o mesmo prolapso mucoso. Foi optado por ressecção cirúrgica devido ao aspecto endurecido da mucosa. Realizado ressecção do prolapso à Ferguson. A anatomia patológica revelou neoplasia maligna pouco diferenciada com margens cirúrgicas comprometidas. A imunohistoquímica confirmou melanoma maligno ulcerado. Para estadiamento, realizou-se tomografia de tórax, abdome e pelve; todas não evidenciaram doença à distância. A paciente optou por não realizar complementação da cirurgia, que seria a amputação abdomino-perineal do reto. Discussão: O melanoma de canal anal é uma entidade rara e agressiva, sendo responsável por até 2% das neoplasias anais e menos de 2% de todos os casos de melanoma. A média de idade é 55 anos, com predomínio no sexo feminino. Todos os melanomas são derivados de células melanocíticas, que provém da crista neural. Como essas lesões são mais comuns após história de exposição a radiação UV e o canal anal não é uma região de exposição solar, a etiologia desses melanomas ainda é incerta. O diagnóstico tende a ser tardio, uma vez que os sintomas são vagos e a região é de difícil avaliação pelo paciente. Além disso, até 20% das lesões podem ser amelanocíticas. O diagnóstico é confirmado com a histologia da peça ressecada ou, em caso de dúvida, com imunohistoquímica. O tratamento de escolha ainda é a cirurgia. É a única modalidade capaz de promover cura, mesmo que com mínimas chances de sucesso, e também tem papel na terapia paliativa e na recorrência da lesão. Quimioterapia e radioterapia não apresentam benefícios. O prognóstico é reservado, com sobrevida de 3 a 22% em cinco anos. Isso se deve ao estágio avançado ao diagnóstico na maioria dos casos. Não há relatos de sobreviventes a longo prazo com doença metastática. Conclusão: Este caso reafirma a importância de avaliação clínica pré-operatória adequada, com especial atenção ao exame proctológico completo e ao envio da peça de ressecção para estudo anatomo-patológico.

#### PO056 - TÉCNICA DE RETALHO CUTANEO PARA O TRATAMENTO DA FÍSTULA ANAL COMPLEXA

RINALDO PRATES PERIARD; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; MARCELO NEVES CARVALHO; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; RENATA ROCHA BARBI; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; JORGE BENJAMIN FAYAD; JOAQUIM TIAGO LELES DE JESUS *HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Fístula anal é definida como a comunicação anormal entre a pele e a superfície interna do canal

anal. Mais comunmente se associam com processos infecciosos iniciados nas glândulas anais, mas também podem estar relacionadas com doenças inflamatórias intestinais e neoplasias. A fistula anal em ferradura se caracteriza por múltiplos orifícios externos distribuídos circularmente na margem anal posterior, geralmente comunicantes e um orifício interno mediano posterior. Objetivos: Relatar um caso de fistula anal em ferradura, enfatizando a abordagem cirúrgica e discutir as indicações de uso de retalhos na condução desses casos. Métodos: Paciente do sexo masculino, 35 anos, apresentando desde 2009, quadro de furunculose nas nádegas e abscessos na região perianal. Foi feita extensa investigação que não apontou para nenhuma etiologia específica. Durante esse período, foram realizadas drenagens de coleções e tentados diversos esquemas antimicrobianos, mas sem atingir a cura completa, tendo, o paciente apresentado diversas recidivas. No atendimento, queixava-se de saída de secreção hialina. Realizou RMN da pelve que evidenciou trajeto fistuloso em ferradura com extensão até a raiz da coxa esquerda e componente supra-esfincteriano próximo a musculatura elevadora. Foi levado ao centro cirúrgico, onde foi identificado o orifício interno mediano posterior e a sua comunicação com os orifícios externos através da infusão de peróxido de hidrogênio. Foi realizado o avanço de retalho cutâneo para o canal anal com oclusão do orifício interno. Resultados: O paciente permaneceu internado por cinco dias, com uso de analgésicos e AINES, dieta sem resíduos e antibioticoterapia, sem intercorrências pós-operatórias. No momento o paciente está em acompanhamento ambulatorial, com ótima evolução, sem mais relato de drenagem de secreção e com retalho viável e em fase avançada de cicatrização. Imagem 3. Discussão: A fistula anal é uma entidade comum e com um espectro de apresentação muito variável podendo causar grande limitação na vida diária dos pacientes. O tratamento é iminentemente cirúrgico e a avaliação pré-operatória é indispensável para avaliar fatores causais e determinar a melhor estratégia cirúrgica. Nos casos de fistulas anais complexas e recidivadas a oclusão do orifício interno utilizando retalhos pode ser uma opção mais segura, uma vez que não há comprometimento da musculatura esfíncteriana.

**PO057 - EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LIGASURE PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDARIA GRADO III Y IV**

LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE L; LEONARDO BUSTAMANTE; RICARDO ERNESTO RODRIGUEZ; MARIANNY NAZARETH SULBARAN; GUSTAVO ADOLFO BUSTAMANTE

UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA, MARACAIBO, VENEZUELA.

Resumo: Introducción: En la actualidad la cirugía Hemorroidaria, es utilizada solo en los grados III y IV de la enfermedad. Mucho se ha estudiado para mejorar las principales complicaciones de las técnicas convencionales (sangramiento y dolor). Nuevas técnicas presentan problemas en el postoperatorio inmediato (tenesmo y retención urinaria) y tardío

(incontinencia fecal). El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia con Ligasure, un método que permite la combinación de ligadura de los vasos y la mucosa hemorroidaria y la Pexia térmica poco descrita en la literatura. Material y Métodos: Entre Enero de 2011 y Septiembre de 2012, fueron llevados a cirugía 54 pacientes con Enfermedad Hemorroidaria grado III y IV, en la Ciudad de Maracaibo, Venezuela. A todos los pacientes se les realizó anamnesis exhaustiva, tacto rectal, anoscopia y fueron excluidos los que presentaban patologías quirúrgicas anorrectales previas. Utilizamos la posición de Jack-Knife para realizar el procedimiento y anoscopio de Parks. Luego del sellamiento del tejido con el Ligasure, el tejido fue removido con tijera quirúrgica. Al finalizar el procedimiento se colocaban apósitos con iodopovidona en la región anal. Una dosis de antibiótico intraoperatoria era administrada a cada paciente. El seguimiento postoperatorio se efectuó a las 8 y 24 horas, 7 y 21 días y 2 a 6 meses después. Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo equipo quirúrgico. Resultados: De los 54 pacientes, 22 masculinos y 32 femeninos, con un promedio de edad de 48 años, solo 3 (5,5%) presentaron complicaciones postoperatorias, siendo esta la formación de granuloma en el área de piel en donde fue aplicado el instrumento, solo 1 (1,8%) de estos pacientes tuvo que ser reoperado para retirar el granuloma. Los otros 51 (94,4%) pacientes, no presentaron complicaciones inmediatas, ni tardías, el dolor postoperatorio fue controlado con analgésicos endovenosos, el sangrado postoperatorio fue mínimo y 18 (33,3%) de ellos se realizaron de manera ambulatoria. Seguimiento mínimo de 6 meses no demostró recidiva de la patología. Conclusiones: La técnica de Ligasure, es un método eficaz y seguro, con escasas manifestaciones postoperatorias. La pexia térmica permite mejor tratamiento con poca invasión de las capas profundas. La utilización del mismo en zonas epidérmicas puede traer como consecuencias granulomas en esa zona, por lo tanto solo recomendamos su utilización en la mucosa anorrectal.

**PO058 - HIDRADENITE PERIANAL GIGANTE – RELATO DE CASO**

ALEXANDRÉ LOPES CARVALHO<sup>1</sup>; DARCY MURITIBA JUNIOR<sup>1</sup>; EDUARDO FONSECA FILHO<sup>2</sup>; PAULO FREDERICO COSTA<sup>2</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO SILVA BARRETO<sup>1</sup>

1.AOSID, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGUÊS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A hidradenite perianal é uma doença crônica provocada pela inflamação das glândulas apócrinas e hiperproliferação bacteriana. Acomete frequentemente indivíduos jovens em idade produtiva. O tratamento é cirurgico com necessidade frequente de procedimentos de grande porte. Relato de Caso: Paciente JRSO, 20 anos, masculino, compareceu ao ambulatório com queixa de dor e saída de secreção nas nádegas. Ao exame físico apresentava lesões confluentes exsudativas em ambas as nádegas até o dorso, compatível com hidradenite perianal gigante. A retossigmoidoscopia flexível

foi normal. Submetido a ressecção ampla da lesão com avanço de retalho bilateral tipo V – Y + retalho de rotação. Apresentou boa evolução pós operatória com cicatrização completa da ferida e sem sinais de recidiva. O estudo microscópico da peça cirúrgica foi compatível com hidradenite supurativa. Discussão: A hidradenite supurativa acomete mais frequentemente indivíduos na faixa etária da segunda e terceira décadas de vida. O sítio axilar tem sido mais descrito nas mulheres, enquanto a forma perianal mais comum em homens. Demanda frequentemente procedimentos cirúrgicos complexos, como enxertos, retalhos e por vezes colostomias. O paciente em questão foi submetido a exérese ampla de toda região acometida com rotação de retalho bilateral, não necessitando de desvio do trânsito intestinal uma vez que apresentava bom controle esfinteriano. Após a cicatrização, manteve-se assintomático.

#### PO059 - LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT): ANÁLISE INICIAL DE 03 CASOS.

ALEXANDRÉ LOPES CARVALHO<sup>1</sup>; DARCY MURITIBA JUNIOR<sup>1</sup>; EDUARDO FONSECA FILHO<sup>2</sup>; PAULO FREDERICO COSTA<sup>2</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO SILVA BARRETO<sup>1</sup>

1.AOSID, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGUES, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: As fístulas anorretais são muito comuns na prática diária do coloproctologista. A maioria são classificadas como interesfincterianas e de fácil tratamento através da fistulotomia, porém algumas fístulas mais complexas podem representar verdadeiros desafios para o adequado tratamento e manutenção da continência. Novas formas de tratamento vem surgindo nos últimos anos, como os avanços de retalho mio-mucoso, plugs de colágeno e mais recentemente a ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso (LIFT). Objetivo: Avaliar retrospectivamente 03 pacientes com fístulas anais submetidos a cirurgia de ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso (LIFT) com relação ao dados clínicos e recidiva. Material e métodos: Três pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico de LIFT no período compreendido entre outubro de 2012 e novembro de 2012. Foram coletadas informações através dos respectivos prontuários médicos. Resultados: Três pacientes foram avaliados, dois do sexo masculino e uma do sexo feminino, com idade média de 42,6 anos (36 - 49 anos). Todos os pacientes eram portadores de fístulas transesfinctéricas e foram submetidos a ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso pelo mesmo cirurgião ALC, através da técnica cirúrgica descrita por Rojanasakul em 2007. Em todos os casos a anestesia realizada foi raqui-anestesia. Antibioticoprofilaxia foi realizada em todos os casos. O tempo de internação foi de 2 dias em todos os casos. A morbimortalidade em 30 dias foi nula. Um paciente apresentou recidiva completa, tendo sido submetido a cirurgia de fistulotomia em 02 tempos com Seton. Outro paciente desenvolveu recidiva parcial no sulco interesfincteriano e encontra-se em programação cirúrgica

de fistulotomia. A terceira paciente apresentou cicatrização completa sem sinais de recidiva. Nenhum paciente apresentou sintomas de incontinência anal. Discussão: Atualmente a preocupação com a continência pós operatória no tratamento das fístulas anais complexas tem-se tornado o ponto chave do tratamento. A perda da continência correlaciona-se com uma diminuição significativa da qualidade de vida. A ligadura interesfincteriana do trajeto esfinteriano apresenta taxas de sucesso que variam de 57 a 94% a depender da casuística e do tempo de seguimento. Conclusão: A ligadura transesfincteriana do trajeto fistuloso é indicada para pacientes com fístulas transesfincterianas e fístulas complexas, além de pacientes com risco de incontinência pós operatória. Têm apresentado taxas de recidiva maiores que a fistulotomia, porém mínimo risco à continência devido a não seccção do esfinter.

#### PO060 - ESTUDO DE UMA SÉRIE DE PACIENTES SUBMETIDAS A CIRURGIA DE DELORME: ANÁLISE DEMOGRÁFICA E MORBIMORTALIDADE

ALEXANDRÉ LOPES CARVALHO<sup>1</sup>; DARCY MURITIBA JUNIOR<sup>1</sup>; EDUARDO FONSECA FILHO<sup>2</sup>; PAULO FREDERICO COSTA<sup>2</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO SILVA BARRETO<sup>1</sup>

1.AOSID, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGUES, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A procidência retal (prolapso completo de todas as paredes do reto) ainda apresenta-se como uma patologia de difícil manejo. A multiplicidade de procedimentos cirúrgicos descritos para tratamento desta condição reflete a falta de uma cirurgia capaz de atender a todas as demandas dos pacientes acometidos. A cirurgia de Delorme tem sido descrita como uma opção cirúrgica com baixa morbimortalidade e índices de recidiva aceitáveis. Objetivo: Avaliar retrospectivamente uma série de 5 pacientes com procidência de reto submetidas a cirurgia de Delorme com relação aos dados demográficos e análise da morbimortalidade. Material e métodos: Cinco pacientes foram submetidas a procedimento cirúrgico de Delorme (ressecção da mucosa do prolapso + plicatura da camada muscular) no período compreendido entre abril de 2012 e abril de 2013. Os casos foram estudados retrospectivamente através da análise dos dados clínicos e cirúrgicos coletados dos prontuários médicos. Resultados: Cinco pacientes foram avaliadas, todas do sexo feminino (100%), com idade média de 72,8 anos (64 - 88 anos). Todas as pacientes foram submetidas a correção da procidência retal através da técnica de Delorme, pelo mesmo cirurgião ALC. Em todos os casos a anestesia realizada foi raqui-anestesia. Antibioticoprofilaxia foi realizada em todos os casos. O tempo médio de internação foi de 2,5 dias (2 – 3 dias). Avaliando-se a morbidade em 30 dias apenas uma paciente desenvolveu infecção do trato urinário, tratada com antibióticos ambulatorialmente. A mortalidade foi 0. Nenhuma paciente apresentou recidiva da procidência até a presente data. Discussão: Múltiplos procedimentos cirúrgicos têm sido descritos para tratamento da procidência do reto. As técnicas abdominais, como a sacropromontofixa-



ção, têm se destacado pela baixa taxa de recidiva que proporcionam porém com taxas de complicações não desprezível principalmente nas populações mais idosas. O procedimento de Delorme tem sido associado a taxas de recidiva que variam de 4 a 38% e mortalidade de 0 a 4% na literatura e mostrou-se altamente efetiva e com baixa morbidade em nossa casuística. Conclusão: A cirurgia de Delorme é indicada para pacientes idosos com comorbidades e apresenta baixa taxa de complicações e de recidivas. Representa uma opção terapêutica válida no armamentário dos cirurgiões colorretais.

#### PO061 - USO DO HEMORPEX NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA

VANESSA LOUREIRO DUAILIBI

*CONSULTÓRIO MÉDICO, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: novos métodos estão surgindo para o tratamento da doença hemorroidária. Objetivo: analisar o uso do sistema HEMORPEX no tratamento da doença hemorroidária. Pacientes e Método: no período de fevereiro a maio de 2013, 16 pacientes, 9 homens (56%) e 7 mulheres (44%) portadores de doença hemorroidária foram submetidos a tratamento cirúrgico pelo sistema HEMORPEX, com idade entre 28 e 62 anos. 5 pacientes (31,2%) portavam hemorróidas Grau III e 15 pacientes (68,8%) portavam hemorróidas Grau IV. Resultados: não houve complicações precoces ou tardias. 100% dos pacientes revelaram-se satisfeitos com o método empregado referindo como principal vantagem do método a resolução dos sintomas hemorroidários e pouca dor no pós-operatório. Conclusão: a cirurgia de hemorróidas pelo sistema HEMORPEX pode ser realizada com segurança e baixa morbidade, sendo uma boa alternativa para tratamento da doença hemorroidária.

#### PO062 - COMPARAÇÃO ENTRE FECHAMENTO PRIMÁRIO E POR SEGUNDA INTENÇÃO APÓS EXÉRESE DE CISTO PILONIDAL

MARCELO BERMUDEZ; LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL; MARGARETH DA ROCHA FERNANDES; MARIA BEATRIZ ALVEZ DOS SANTOS; JOSÉ FRANCISCO DE MATTOS FARAH

*UNICID, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A excisão cirúrgica do cisto pilonidal na fase crônica é o tratamento mais bem estabelecido para essa doença, porém não há consenso quanto ao método de reconstrução cutânea. Objetivo: Comparar as técnicas de fechamento da pele após exérese de cisto pilonidal. Método: Estudo retrospectivo de prontuário de pacientes submetidos a ressecção eletiva de cisto pilonidal pelo Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, no ano de 2012, por três cirurgias. Comparamos os métodos de acordo com as complicações em pós-operatório e o tempo até a cicatrização completa. Todos os pacientes tiveram seguimento ambulatorial iniciado entre 7 e 10 dias de pós-operatório e semanalmente até completa cicatrização da ferida. Os procedimentos foram realizados em

Centro Cirúrgico, sob raquianestesia, e as lesões completamente ressecadas por meio de incisão mediana longitudinal elíptica e excisão de extensão proporcional à profundidade no subcutâneo. A escolha da técnica operatória após esse procedimento foi determinada pela experiência e preferência do cirurgião, sendo síntese primária da pele e subcutâneo ou curativos para cicatrização por segunda intenção. Dezesete pacientes foram incluídos, sendo 9 do sexo masculino e 8 do feminino com idades dos 18 aos 56 anos (28 +- 9,5). Foram submetidos a técnica aberta 8 indivíduos (4 do sexo masculino e 4 do feminino) e a técnica fechada 9 (5 homens e 4 mulheres, uma delas foi excluída do estudo por dados insuficientes em prontuário). A análise estatística com os testes de Fisher e "t", com intervalo de confiança de 95%. Resultados: Nos casos operados pela técnica aberta não houve complicações relatadas, enquanto 3 pela técnica fechada (37,5%) tiveram esse achado ( $p=0,01$ ). Houve formação de seroma e saída de secreção serosa por "sinus" em ferida operatória em 2 casos, outro com deiscência de sutura de pele e o quarto com infecção de sítio cirúrgico. Dor local foi relatada por 2 pacientes. O tempo transcorrido entre a excisão da lesão e a alta ambulatorial foi de 2,6 meses para o grupo aberto e 0,8 meses para o grupo fechado ( $p=0,03$ ). Conclusão: A técnica aberta apresentou menos complicações locais no pós-operatório e necessitou de maior tempo de seguimento, porém se faz necessário prosseguimento do estudo com maior número de pacientes para Resultados com maior significância.

#### PO063 - A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO ECOGRÁFICA NAS FÍSTULAS PERIANAIS

VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES; RICARDO LUIZ DOS SANTOS GARCIA; PAULO HENRIQUE PISI; FELIPE ATTIE AKL; SABINA APARECIDA ALVAREZ PAIVA *SERVIÇO DE ULTRASSONOGRRAFIA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL - PROCTUS, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A fístula perianal é um trajeto anômalo que estabelece uma comunicação entre o reto ou o canal anal e um orifício fistuloso identificável na região perianal; acomete predominantemente adultos jovens, sendo mais frequente em homens na proporção de 2:1, e em cerca de 40% é causada por abscessos anorretais prévios. A sua classificação foi proposta por Parks e divide - se em interesfincteriana, transesfincteriana, supraesfincteriana e extraesfincteriana sendo um desafio para o cirurgião o seu tratamento, não só pela taxa de falência como também pela escolha das opções disponíveis : fistulectomia, fistulotomia, aplicação de seton, retalho de avanço ou injeção de cola de fibrina. Portanto, o tratamento da fístula tem como objetivo final eliminar o trajeto, evitar recorrência e conservar a função esfíncteriana. Atualmente, a ultrassonografia anorretal é amplamente aplicada no esclarecimento diagnóstico de afecção anorretal. É necessário conhecimento do aparelho de ultra som e anatomia anorretal para que as imagens ultra sônicas sejam bem interpretadas. Objetivo: Demonstrar a importância do ultra som na avaliação anatômica do canal anal e no diagnóstico das fistulas anorretais.

Método: Avaliação das ultrassonografias realizadas no Serviço de Ultrassonografia Endorretal Tridimensional - PROC-TUS de Ribeirão Preto/SP. Conclusão: A avaliação ecográfica do complexo fistuloso é de grande importância na escolha da abordagem cirúrgica. A identificação dos trajetos primários e secundários, orifício interno e cavidades adjacentes, possibilita o planejamento cirúrgico adequado reduzindo o índice de recidiva e prevenindo o dano na continência fecal. Além disso, as imagens ultrassonográficas permitem também adicionar informações importantes quanto ao percentual da musculatura e esfinteriana envolvida com o complexo fistuloso, correlacionando o comprimento longitudinal do trajeto fistuloso e a distância do orifício interno para a margem anal com o comprimento dos músculos esfinteriano. A utilização da ultrassonografia associada a boa interpretação das imagens direciona a melhor abordagem cirúrgica.

**PO064 - USO DE LASER DE CO2 NA MUCOSECTOMIA À DELORME, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROCIDÊNCIA DO RETO**

JOSÉ HOMERO SOARES; ANA CRISTINA INAMINE  
*CONSULTÓRIO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os autores descrevem mucosectomia com laser de CO2 no tratamento cirúrgico de um caso de procidência do reto. Método: paciente de 83 anos, feminino, com quadro demencial, obesa, com hipertensão e diabetes, com indicação de cirurgia por via perineal. Na mucosectomia à DELORME, um dos problemas técnicos que se evidencia é o alto índice de sangramento durante o procedimento. A opção em utilizar o laser de CO2, deve-se inicialmente à experiência pessoal com o uso laser de CO2 e pelo fato da luz laser ser amplamente absorvida pela água, componente em grande quantidade no tecido mucoso, com grande efeito de vaporização do CO2 na ação de coagulação, sem necessidade de outros elementos de dissecação, tais como: lâmina fria de bisturi, tesoura, bisturi elétrico. Iniciamos com incisão circular a laser de CO2 a 2cm da linha pectínea atingindo até a submucosa. A partir dessa linha dissecamos com o laser de CO2 a mucosa retal até a extremidade caudal do segmento de intestino exteriorizado e o tubo de mucosa que foi dissecado, foi ressecado a laser de CO2. Não utilizamos outros elementos de corte, dissecação ou hemostasia somente o laser de CO2. Complementamos sutura linear do tipo plicatura com vycril 00 no sentido longitudinal do reto, totalizando no mínimo 8 suturas. Quando amarradas, ocorreu um encurtamento do segmento procidente com aproximação dos limites mucosos obtidos após a dissecação inicial. O reto foi empurrado para dentro da pelve. Resultado: O pós-operatório não teve intercorrências, sem manifestação de sangramento ou hematoma. Paciente recebeu alta no segundo dia de pós-operatório, após realimentação e retorno das funções intestinais. Conclusão: O laser de CO2, é uma boa alternativa na mucosectomia, pela precisão na dissecação mucosa e redução do sangramento e a facilidade técnica de utilizar um único elemento apropriado ao mesmo tempo para incisão, dissecação, hemostasia e ressecção. Deve-se enfatizar que a utilização de

luz laser exige treinamento adequado e conhecimento das propriedades físicas da luz para o seu melhor aproveitamento.

**PO065 - RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL - ASPECTOS TÉCNICOS E RESULTADOS EM 11 PACIENTES**

JOSÉ AMÉRICO BACCHI HORA; CARLOS WALTER SOBRADO JR

*IGOP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A retossigmoidectomia perineal ou operação de Altemeier é utilizada para casos de procidência de reto em pacientes idosos e de alto risco cirúrgico. Não necessita de anestesia geral e costuma evoluir com rápida recuperação pós-operatória. Objetivo: Apresentar com documentação fotográfica e desenhos o passo-a-passo da cirurgia, discutindo detalhes técnicos de interesse para o cirurgião colorretal e os Resultados de 11 pacientes operados sucessivamente. Método: Análise retrospectiva e documentação fotográfica. Resultados: Nos últimos 3 anos foram operados 11 pacientes com procidência de reto pela técnica de Altemeier. 9 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. A idade variou de 60 a 85 anos. O tempo de internação foi de 3 a 7 dias. As complicações pós-operatórias foram de ordem psiquiátrica (Delirium em dois casos), renal (IRA revertida em 3 casos), e cardiovascular (arritmia cardíaca em 1 caso). Não houve mortalidade ou necessidade de reintervenção cirúrgica. Todos os pacientes referiram melhora da incontinência fecal e se mostraram satisfeitos com o procedimento. Conclusão: A operação é facilmente exequível de forma padronizada e reprodutível, com poucas complicações perioperatórias e se constitui numa ótima opção para este subgrupo de pacientes.

**PO066 - ANÁLISE DE DADOS MANOMÉTRICOS EM PORTADORES DE FÍSTULA PERIANAL**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES

*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A fistula perianal é uma patologia frequente que apresenta uma incidência de 1:10000 e acomete principalmente adultos entre 30 e 50 anos e pessoas do sexo masculino. É definida como um trajeto anormal que comunica duas superfícies epiteliais e compõem de orifício interno, trajeto fistuloso e orifício externo com envolvimento, na grande maioria dos casos, do complexo esfinteriano. Os principais Objetivos do tratamento das fistulas perianais são a eliminação dos abscessos locais, erradicação do trajeto fistuloso e a manutenção e preservação da continência anal. Objetivo: Analisar os dados manométricos de portadores de fistula perianal atendidos no Hospital Santa Marcelina-SP. Resultados: Dos 35 portadores de fistula perianal submetidos a estudo manométrico no período de janeiro de 2010 a março de 2013, 22 eram pacientes (62,8%) do sexo masculino. A média de idade foi de 54,07 anos. Dois pacientes apresentavam Diabetes Mellitus e nenhum queixava-se de sintomas de incontinência anal

precedendo o ato cirúrgico. Quanto aos dados manométricos, obtivemos uma média de pressão de repouso de 49,9mmHg (23,3-112,5mmHg), com valores bastante semelhantes entre os sexos de 48,9mmHg e 49,9 mmHg no sexo feminino e masculino, respectivamente. Da mesma maneira, verificou-se comprimento do canal anal também praticamente igual entre os sexos com média de 2,76cm. A pressão de contração voluntária média foi de 145,1mmHg (89,5-329,4mmHg), com observação de maiores valores nos pacientes do sexo masculino de 145,1mmHg versus 138,8mmHg no sexo feminino. Por outro lado a sensibilidade e capacidade retal apresentaram valores bastante iguais entre os sexos com média de 61,8ml e 161,1ml, respectivamente. Verificamos uma redução da sensibilidade retal nos pacientes portadores de fistula perianal submetidos à manometria anorretal com valor médio de 61,8ml. Ademais, constatou-se que 88,5% dessa população apresentaram redução dos valores da sensibilidade retal. Conclusão: A manometria anorretal é factível e um importante instrumento a ser solicitada no pré-operatório de pacientes portadores de fistula perianal, notadamente naqueles nos quais já se identificam-se sintomas de IA, mulheres múltiparas, diabéticos, idosos e com passado de cirurgias orificiais.

**PO067 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS RESULTADOS DE MANOMETRIA ANORRETAL REALIZADAS NO HOSPITAL SANTA MARCELINA, SP**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES

*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As desordens da defecação são afecções comuns, estimando-se que cerca de 20% da população norte-americana sofrem com a constipação intestinal ou incontinência fecal, com maior acometimento dos idosos e mulheres. Nesse ínterim, a incontinência fecal pode alcançar valores de até 13,6% em pessoas com mais de 65 anos e 16,9% em populações acima de 85 anos. Para tanto, preconiza-se como avaliação complementar inicial a utilização da manometria anorretal com quantificação da função esfinteriana e acesso a dinâmica evacuatória. Dessa maneira, obtêm-se dados das pressões de repouso e contração dos esfínteres anais, avalia-se o relaxamento da musculatura do puborretal durante a manobra de Valsalva e esforço de defecação, o reflexo inibitório reto-anal e a sensibilidade e capacidade retal. Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo dos Resultados de 199 manometrias anorretais realizadas pelo serviço de coloproctologia do Hospital Santa Marcelina São Paulo no período de janeiro de 2010 a março de 2013 em pacientes com afecções colorretoanais. Foram avaliados o sexo, idade, indicação para a realização dos exames de manometria anorretal, as pressões de repouso e contração voluntária, o comprimento do canal anal funcional, o Reflexo Inibitório Reto-Anal (RIRA), a sensibilidade e capacidade retal. Resultados: Durante o período de estudo de janeiro de 2010 a março de 2013 foram realizadas 199 manome-

trias anorretais, sendo 56,3% em pacientes do sexo feminino. Com relação à indicação, a principal foi a incontinência anal, perfazendo 31,1% dos casos. A presença de fistula perianal foi a próxima indicação com 18,6%. A constipação intestinal correspondeu a 9,5% dos exames assim como a realização no pré-operatório para reconstrução de trânsito intestinal. A procidência retal foi a indicação em 3,5% dos exames e a fissura anal crônica em 3%. Não foi possível se obter os dados para a necessidade da realização da manometria em 13,5%. O comprimento médio do canal anal funcional foi de 2,4cm (0-5cm). O valor médio da pressão anal de repouso foi de 50mmHg e da pressão de contração voluntária de 145,3mmHg. O reflexo inibitório reto anal esteve presente em 168 pacientes (84,4%). O valor médio da sensibilidade retal foi de 61,8ml e da capacidade retal máxima de 160,6ml. Conclusão: A utilização da manometria anorretal deve ser enfatizada nos portadores de desordens da defecação, afecções proctológicas e síndromes dolorosas pélvicas como um valioso auxílio propedêutico.

**PO068 - PROCIDÊNCIA RETAL - RELATO DE CASO ISABELLA POLIMENO MAZZUCATTO; DIOGO AMARO DOMIGUES DE OLIVEIRA; SERGIO HENRIQUE COUTO HORTA; ALEXANDRE CRUZ HENRIQUES; JAQUES WAISBERG; SILVIA KHARMANDAYAN**  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A procidência retal (PR) consiste na protrusão do reto com todas as suas camadas através do ânus e ocorre nos extremos das idades. Na população adulta, sua incidência é maior após a quinta década de vida e 80 a 90% dos casos são descritos em mulheres. A doença ocorre devido a perda dos elementos de fixação do reto, e os sintomas são semelhantes aos observados no câncer retal: mudança no hábito intestinal, sangramento, tenesmo e sensação de massa anal. O tratamento cirúrgico pode ser realizado via abdominal ou perineal, o último apresentando algumas vantagens como menor tempo cirúrgico, não necessidade de anestesia geral e menos complicações pós operatórias. OBJETIVO: Relatar um caso de procidência retal aguda com correção cirúrgica via perineal. Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 67 anos, chega ao serviço com história de procidência retal há 04 dias, acompanhado de dor de forte intensidade, parada da eliminação de gases e fezes e sangramento. Ao exame, visualizada procidência retal de aproximadamente 10 cm com eversão do canal anal, necrose úmida de todas as camadas, orifício central e edema acentuado de toda região anorretal. À retoscopia, observada mucosa normal de 7 a 15 cm da borda anal. Optado por ressecção da área de procidência necrosada por via perineal seguido de anastomose reto anal: técnica de Altemeier. Paciente com evolução favorável, recebeu alta no terceiro pós operatório com boa aceitação de dieta, evacuação presente, sem sinais flogísticos no sítio cirúrgico. Conclusão: Tratamentos conservadores são às vezes eleitos, pois muitos pacientes são idosos ou apresentam um grande risco operatório, mas com Resultados insatisfatórios quando feitos como

medida isolada. No tratamento cirúrgico, a via perineal tem vantagens claras como evitar a laparotomia, expondo os pacientes, em sua maioria idosos, a menor dano cirúrgico, menos tempo de hospitalização, menor morbidade e mortalidade ou complicações pós-operatórias.

**PO069 - BIOFEEDBACK PARA O TRATAMENTO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL POR ANISMUS**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SERGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR *CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As funções da musculatura pélvica requerem interações complexas entre os componentes viscerais e somáticos da região, os quais são coordenados por mecanismos reflexos e voluntários. A contração paradoxal do assoalho pélvico promove a desregulação destes mecanismos e consequentemente causa constipação intestinal crônica por obstrução da via de saída. O biofeedback melhora a dinâmica evacuatória através da normalização da função anorretal. Através de treinamento e reeducação, permite ao paciente obter auto controle sobre as funções do organismo e reconhecer a resposta fisiológica da musculatura, o que resulta em evacuações mais efetivas. Objetivo: Demonstrar a eficiência do biofeedback no tratamento de pacientes com constipação intestinal crônica secundária ao anismus. Material e Métodos: Foram estudados 17 pacientes com constipação intestinal crônica e diagnóstico de anismus demonstrado por exame de manometria anorretal de 08 canais. Estes foram submetidos ao tratamento com biofeedback no laboratório de fisiologia anorretal da Clínica Reis Neto. As sessões foram realizadas com o paciente em decúbito lateral esquerdo, através da Introdução via anal de uma sonda que contém um sensor de pressão (mantido no canal anal) e um balão de látex em sua extremidade (mantido no reto). O paciente visualizava em um monitor as variações de pressão no canal anal e reto e realizava o treinamento específico para cada caso. As sessões eram semanais e de 30 minutos cada, sendo que a quantidade de sessões era determinada pela necessidade individual de cada paciente. Resultados: Dos 17 pacientes avaliados, 15 eram do sexo feminino e 02 do sexo masculino, com idade média de 42,6 anos. Um paciente apresentou melhora completa (evacuações semanais para diárias sem esforço) com apenas uma sessão de biofeedback. Dez pacientes necessitaram de três sessões, enquanto quatro indivíduos referiram melhora dos sintomas após cinco sessões, porém com esforço evacuatório eventual na dependência da consistência das fezes. Ainda, dois pacientes mantêm seguimento após sete sessões, pois apesar de melhores clinicamente, ainda se observa dificuldade de relaxamento adequado da musculatura anorretal. Conclusão: O biofeedback é um método indolor, bem tolerado e eficiente no tratamento da constipação intestinal crônica por anismus.

**PO070 - MANOMETRIA ANORRETAL NA INVESTIGAÇÃO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMOES NETO; SERGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA; ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR *CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A constipação intestinal é um sintoma muito frequente que pode ser originado de vários distúrbios, sendo estes intestinais ou extra-intestinais. Sendo assim, uma investigação metódica, com anamnese, exame físico e exames complementares deve ser realizada a fim de determinar um diagnóstico. Neste contexto, a manometria anorretal permite uma avaliação objetiva das disfunções do assoalho pélvico, bem como o diagnóstico de contração paradoxal da musculatura anorretal. Objetivo: Demonstrar a importância da manometria anorretal na avaliação de pacientes com constipação intestinal crônica. Material e Métodos: Avaliação retrospectiva de 250 pacientes com quadro de constipação intestinal crônica, submetidos a manometria anorretal na Clínica Reis Neto no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2013. O exame foi realizado com o paciente em decúbito lateral esquerdo, através de Introdução via anal de uma sonda de perfusão contínua de 08 canais e um balão de látex na extremidade, identificando por meio desta, as pressões do complexo esfinteriano. Resultados: Do total de 250 pacientes, 202 (80,8%) eram do sexo feminino e 48 (19,2%) do sexo masculino, com idade média de 45,4 anos. A pressão média de repouso (74,46 mmHg) e a pressão média de contração (144,43 mmHg) estavam dentro dos limites da normalidade. 50 pacientes apresentavam sintoma de dor anal associado à constipação intestinal. 171 (61%) indivíduos mostraram ausência de relaxamento ao estudo do esforço evacuatório, dos quais 84,5% (107) apresentaram reflexo paradoxal. O reflexo inibitório anorretal foi identificado em todos os pacientes e os valores médios de sensibilidade mínima (48 mmHg), urgência defecatória (114 mmHg), volume máximo tolerado (212 mmHg) e complacência retal (7 mmHg) estavam dentro da normalidade. Conclusão: A manometria anorretal é um método eficiente na avaliação inicial de pacientes com constipação intestinal crônica, principalmente na identificação de contração paradoxal da musculatura anorretal.

**PO071 - ANÁLISE MANOMÉTRICA ANORRETAL DOS PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO CRÔNICA.**

DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO *HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Constipação intestinal crônica é um sintoma bastante comum, com diferentes etiologias e fisiopatologias. Afeta entre 2 e 30% da população dos países ocidentais. Frequentemente é multifatorial, podendo resultar de afecções

sistêmicas ou neurológicas, bem como pelo uso de determinados medicamentos. A manometria anorretal é um instrumento adicional de grande valor diagnóstico para estudo da constipação, sendo justificada sua utilização mais frequente em detrimento de exames mais complexos e dispendiosos. Objetivo: Avaliar achados manométricos dos pacientes com constipação crônica. Materiais e métodos: Foram coletados dados epidemiológicos e manométricos dos pacientes com diagnóstico de constipação crônica que realizaram manometria anorretal no serviço de coloproctologia do Hospital Geral Roberto Santos, durante o ano de 2012. Resultados: foram realizados, no ano de 2012, cento e sessenta e quatro exames de manometria anorretal. Destes, 25 pacientes realizaram o exame devido a constipação crônica, sendo 23 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. A média de idade foi de 51,8 anos. A análise das pressões de repouso máxima (PRM) esteve reduzida em 24% dos pacientes, normais em 32% e aumentada em 24%. A pressão de contração máxima (PCM) apresentou-se reduzida em 20% dos pacientes, normais em 60% e aumentada em 20%. A média do tamanho do canal anal foi de 2,52cm. A sensibilidade retal esteve reduzida em apenas 1 paciente e a capacidade retal esteve preservada em todos eles. Anismus foi sugerido em 32% dos pacientes, e 2 pacientes apresentaram algum grau de incontinência associada à constipação, com PRM e PCM diminuídas. Conclusão: A constipação crônica foi mais prevalente no sexo feminino, e os Resultados demonstram algum sinal manométrico de sofrimento da função anorretal, nos levando a concluir que a manometria é um exame importante na avaliação da constipação intestinal, e seus achados podem modificar a conduta nesses pacientes.

**PO072 - AVALIAÇÃO MANOMÉTRICA DOS PACIENTES COM FISSURA ANAL NO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS SALVADOR - BA**

DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO *HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Avaliação manométrica dos pacientes com fissura anal no Hospital Geral Roberto Santos Salvador - Ba. Introdução: A fissura anal é uma lesão benigna, cujo principal sintoma é a dor anal associado a sangramento anal que se exacerba durante o ato evacuatório e está associada à hipertonia do esfíncter interno do ânus e à redução do fluxo sanguíneo da mucosa. Objetivo: Avaliar os dados epidemiológicos e manométricos dos pacientes com diagnóstico de fissura anal que realizaram o exame no serviço de coloproctologia do Hospital Geral Roberto Santos. Materiais e métodos: Foram coletados dados epidemiológicos e manométricos dos pacientes com diagnóstico de fissura anal crônica, entre todos os pacientes que realizaram o exame no nosso serviço, durante o ano de 2012. Resultados: Dos 164 paciente que se submeteram ao

exame no período. Destes, 18 possuíam diagnóstico prévio de fissura anal crônica. 72,2% eram do sexo feminino e 27,7% do sexo masculino. A média de idade foi de 43,3(20-78) anos. Obstipação foi referida por apenas 11,1% dos pacientes. A análise dos Resultados manométricos revelou que 83,3% apresentaram aumento da pressão de repouso máxima (PRM) e 11,1% exibiram valores normais. Um paciente apresentou PRM diminuída porém, este apresentava história prévia de 2 cirurgias orificiais e a sua pressão de contração máxima estava aumentada. A pressão de contração máxima esteve elevada em 55,59%. A média do tamanho do canal anal funcional foi de 2,82cm. Sensibilidade e capacidade retal estavam preservadas em 100% e 83,33 dos pacientes respectivamente. Anismus foi evidenciado em apenas 1 paciente, porém as pressões de expulsão não foram avaliadas em todos os pacientes. Conclusão: Os Resultados corroboram com a literatura, sobre o papel principal da hipertonia do esfíncter interno e também da hipercontratilidade do esfíncter externo na fissura anal crônica, sendo a manometria anorretal um exame importante para avaliação dos esfíncteres, devendo sempre ser realizada.

**PO073 - ANÁLISE MANOMÉTRICA DE PORTADORES DE OSTOMIA INTESTINAL EM PRÉ OPERATÓRIO PARA RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO DIGESTIVO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; JORDANA BOTELHO CARVALHO; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES *HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Desde a primeira descrição de colostomia pelo francês Littré, a utilização de estomias e suas indicações foram modificadas conforme a evolução dos tempos. Entretanto, a morbi-mortalidade associada a reconstrução do trânsito intestinal ainda é motivo de preocupações. Nesse quesito, sabe-se que os índices globais de morbidade podem alcançar 50% e de mortalidade de 0 a 4,5%. Interessante trabalho, ao realizar uma atualização sobre o desenvolvimento de incontinência após reconstrução do trânsito intestinal, relata que mais da metade dos 20 pacientes analisados apresentaram diarreia no pós-operatório que melhorou com o tempo, porém incontinência fecal foi observada em um terço dos pacientes que não melhorou após 6 meses, com urgência e frequência evacuatória tanto diurna quanto noturna. (5) Objetivos: Verificar dados manométricos em portadores de íleo ou colostomia em pacientes submetidos a reconstrução do trânsito intestinal pelo serviço de Coloproctologia do Hospital Santa Marcelina, SP. Materiais e Métodos: Foram estudados 18 pacientes portadores de ostomia terminal ou em alça em programação de reconstrução de trânsito intestinal com análise de dados manométricos. Além disso, pesquisou-se idade, indicação da confecção da ostomia, sexo, se ostomia terminal ou em alça e contra-indicação para reconstrução de trânsito intestinal devido dados manométricos. Resultados: Foram avaliados dados manométricos de 18 pacientes portadores de ostomia intestinal e em um (5,2%) caso foi contra-indicado

a reconstrução de trânsito intestinal devido dados manométricos. Onze pacientes (63,2%) eram do sexo masculino e a média de idade foi de 50,6 anos com variação entre 19 e 70 anos. A média dos valores das pressões de repouso e de contração foram de 50 mmHg e 174,3mmHg, respectivamente. O reflexo inibitório reto anal esteve presente em 63,15% dos pacientes e os valores da sensibilidade e capacidade retal foram em média de 35,5 e 94,4ml, respectivamente. Conclusão: A manometria anorretal é um instrumento útil no pré operatório de reconstrução de trânsito intestinal, notadamente em mulheres, múltiparas, diabéticos, sintomas prévios de incontinência anal e também sobretudo em casos de pacientes portadores de ostomia derivativa devido síndrome de Fournier perineal.

**PO074 - REPARO TRANSANAL DE RETOCELE E MUCOSECTOMIA RETAL COM GRAMPEADOR CIRCULAR (TRREMS) – COMPLICAÇÕES PRECOSES E EFICÁCIA: SÉRIE INICIAL DE CASOS**

MARIA CRISTINA SARTOR<sup>1</sup>; JULIANA FERREIRA MARTINS<sup>2</sup>; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS<sup>2</sup>; RENATO VISMARA ROPELATO<sup>2</sup>; JULIANA MARQUES FERREIRA<sup>1</sup>; VINICIUS RESENDE ABOU-REJAILE<sup>2</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>2</sup>

1. CLINICA LUCANO, CURITIBA, PR, BRASIL; 2. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: Regadas e colaboradores descreveram técnica cirúrgica para o tratamento da retocele na qual, além da remoção da mucosa anorretal redundante, promove-se o reforço da parede anterior do reto com único grampeador circular. Objetivos: Avaliar as complicações no primeiro mês de pós-operatório e a eficácia da técnica para melhorar os sintomas evacuatórios das pacientes submetidas ao reparo transanal de retocele e mucosectomia retal com único grampeador circular (TRREMS). Métodos: série de casos, retrospectiva, realizada com pacientes submetidas a tratamento cirúrgico de retocele pela técnica de TRREMS, no período entre agosto de 2012 a março de 2013. As variáveis analisadas foram: idade, cirurgias anais prévias, história obstétrica, sintomas pré-operatórios, complicações intra-operatórias e em até 30 dias, sintomas pós-operatórios. A melhora dos sintomas evacuatórios foi quantificada por questionário simples, onde a Conclusão escalona a eficácia da técnica baseada na sensação de conforto das pacientes para evacuar. Aleatoriamente, esta sensação de conforto para evacuar classificou os grupos de pacientes em muito satisfeitas, satisfeitas, razoavelmente satisfeitas e insatisfeitas. Resultados: Quatro pacientes foram operadas pela técnica de TRREMS no período entre agosto de 2012 a maio de 2013 com média de idade de 45,5 anos. Com relação aos sintomas pré-operatórios todas as pacientes apresentavam sintomas de evacuação obstruída com esforço evacuatório e sensação de evacuação incompleta. Duas necessitavam manobras manuais sobre o períneo para o auxílio da evacuação. No intra-operatório não houve complicações, porém uma paciente apresentou sangramento da linha de grampo no pós-operatório

rio imediato, necessitando hemostasia cirúrgica. No que tange aos sintomas pós-operatórios, apenas uma paciente manteve quadro de esforço evacuatório, mas houve resolução dos demais sintomas (sensação de evacuação incompleta e manobras manuais). Todas as pacientes referiram ganho no conforto para evacuar, após a cirurgia, sendo duas muito satisfeitas e outras duas satisfeitas. Conclusão: A cirurgia de TRREMS apresenta-se como boa opção para o tratamento das anorretoces distais, associadas a prolapsos mucosos, apresentando boa resolatividade dos sintomas e satisfação pós-operatória a curto-prazo, com a vantagem da utilização de apenas um grampeador, o que diminui custos e facilita a técnica cirúrgica.

**PO075 - MANOMETRIA ANORRETAL: ANÁLISE DE PACIENTES DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS COM QUEIXA DE DOR ANAL**

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; MARCUS VINICIUS CASTRO DE OLIVEIRA LOPES; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A dor anal é um sintoma subjetivo e complexo, apresenta aspectos sensitivos, não tendo em alguns casos afecções orgânicas para justificar o sintoma. Objetivo: Avaliar a função anorretal dos pacientes com queixa de dor anal através da manometria anorretal no Hospital Geral Roberto Santos no período de janeiro de 2012 a Dezembro de 2012. Métodos: Foram colhidos os dados de 25 pacientes que realizaram manometria anorretal no serviço do Hospital Geral Roberto Santos, através de um questionário realizado antes do exame e dados manométricos dos exames. As manometrias foram realizadas com o aparelho Alacer com 8 canais radiais. Resultados: Dos 25 pacientes avaliados com queixa de dor anal, 23(92%) eram do sexo feminino e 2(8%) do sexo masculino. A média de idade foi de 49,72 anos variando entre 27 a 72 anos. Em 11 pacientes foram observados hipertonia do esfíncter anal interno ao avaliar a pressão de repouso, 9 com normotonia e 5 com hipotonia sendo utilizado com parâmetros valores entre 40 a 70 mmHg. Em 14 pacientes foi observado normocontratibilidade do esfíncter anal externo, 6 com hipercontratibilidade e 5 com hipocontratibilidade utilizando com parâmetros manométricos as pressões de contração variando entre 80-180 mmHg. Todos os pacientes com hipotonia também tiveram hipocontratibilidade. 5 pacientes tiveram sinais manométricos sugestivos de anismus, sendo que 2 deles tinham associado hipotonia e hipocontratibilidade e os demais tiveram as pressões de repouso e contração dentro da normalidade. O canal anal funcional dos pacientes variou entre 1cm a 4 cm, tendo uma média de 2,28 cm. Somente 1 paciente teve sensibilidade retal aumentando e os demais sem anormalidades. A capacidade retal esteve preservada em todos os

pacientes avaliados. Dos 25 pacientes 5 foram submetidos a cirurgias orificiais previamente sendo que 3 tiveram hipotonia e hipocontratilidade associada. Discussão: No nosso estudo foi observado que a dor anal na maioria das vezes está associada com normotonia e normocontratilidade do esfíncter, sem associação com cirurgias orificiais prévias, acometendo mais mulheres que homens numa faixa etária jovem principalmente e que nem sempre os sinais manométricos sugestivos de anismus estão relacionados com hipertonia e hipercontratilidade dos esfíncteres. Conclusão: A dor anal é uma afecção multifatorial, e os fatores traumáticos e/ou neurológicos podem associar-se a fatores psicológicos sem necessariamente ter um componente orgânico para justificar a algia.

**PO076 - MANOMETRIA ANORRETAL: ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS COM INCONTINÊNCIA ANAL.**

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIAN SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; ADIL JOSÉ DUARTE FILHO; JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA

HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: Incontinência anal é uma condição que abrange mecanismos complexos e multifatoriais. Afeta a qualidade de vida com implicações físicas, psicológicas e limitações sociais. Objetivo: Avaliar os dados epidemiológicos e manométricos dos pacientes com queixa de incontinência anal atendidos no ambulatório de fisiologia anorretal do Hospital Geral Roberto Santos no período janeiro a dezembro de 2012. Métodos: Foram colhidos os dados de 23 pacientes que realizaram manometria anorretal no serviço do Hospital Geral Roberto Santos no período de 1 ano. As manometrias foram realizadas com o aparelho Alacer de perfusão com 8 canais radiais. Resultados: Dos 23 pacientes avaliados, 18(78,26%) eram do sexo feminino e 5(21,74%) do sexo masculino. A média de idade dos pacientes foi de 54,75 anos (32-84 anos). O tempo decorrido entre o início dos sintomas e a realização do exame foi de 16 meses em média (3 meses – 7 anos). 10 pacientes referiram ter sido submetidos a cirurgias orificiais antes de aparecer os sintomas sendo que 2 deles fistulectomia anal e 8 hemorroidectomia. 17 pacientes tiveram hipotonia do esfíncter anal interno avaliado pela pressão de repouso (valor referência 40-70 mmHg), 5 normotonia e 1 hipertonia. 10 pacientes tiveram normocontratilidade do esfíncter anal externo avaliado pela pressão de contração (valor de referência 80-180 mmHg), 10 hipocontratilidade e 3 hipercontratilidade. O tamanho do canal anal funcional variou entre 1 a 4 cm e teve um comprimento médio de 2,52 cm. A sensibilidade e a capacidade retal dos pacientes avaliados foram normais. Discussão: A manometria anorretal é um exame utilizado para o diagnóstico de afecções como a incontinência fecal, dando

dados numéricos e fisiológico a patologia. No nosso trabalho foi observado que a maioria dos pacientes são mulheres, em idade produtiva, pois somente 4 delas tinham mais de 65 anos. Dos 10 pacientes submetidos a hemorroidectomia 6 evoluíram com hipotonia e 1 dos de fistula anal. A maioria dos pacientes com queixas de incontinência anal teve documentado hipotonia do esfíncter anal interno. Conclusão: A manometria anorretal é um exame muito útil no diagnóstico de incontinência anal, pois fornece valores e gráficos de comprovação do sintoma, sendo um exame minimamente invasivo permitindo ao médico assistente orientar adequadamente o paciente ao tratamento de biofeedback anorretal e seguimento do mesmo após as sessões.

**PO077 - PROLAPSO TOTAL DO RETO ASSOCIADO A ADENOMA VOLUMOSO**

ANA CAROLINA PEREIRA DE SOUSA; ELISANGELA PLAZAS MONTEIRO

HOSPITAL CRUZ AZUL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O prolapso total do reto é uma afecção relativamente frequente em idosos. Sua associação com pólipos e até tumores malignos é incomum. Diferentes abordagens cirúrgicas por via abdominal e perineal tem sido propostas. Retossigmoidectomia perineal é muitas vezes realizada em idosos, enfermos e pacientes institucionalizados. O objetivo é relatar o caso de uma paciente idosa com doença de Parkinson e depressão, portadora de prolapso total do reto associado a adenoma não passível de ressecção colonoscópica e discutir a melhor técnica cirúrgica para o caso. A paciente foi submetida a cirurgia de Altemeier com boa evolução pós-operatória.

**PO078 - EXPERIÊNCIA INICIAL COM A NEUROMODULAÇÃO SACRAL PARA O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL.**

LUCIA CAMARA OLIVEIRA<sup>1</sup>; JOSÉ MARCIO JORGE<sup>2</sup>  
1. SERVIÇO DE FISILOGIA ANORRETAL DO RIO DE JANEIRO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. PRIVADA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Oliveira LCC, Jorge JMN, Salum MR. Serviço de Fisiologia Anorretal do Rio de Janeiro. Título: Experiência inicial com a Neuromodulação sacral para o tratamento da incontinência anal. Objetivo: avaliar os benefícios da neuromodulação sacral para o tratamento da incontinência anal. Métodos: Pacientes com incontinência anal grave foram avaliadas através do índice de incontinência Jorge/Wexner e Escala de qualidade de vida (FIQL) e foram selecionadas para a neuromodulação. Apresentamos os casos de duas pacientes do sexo feminino com incontinência Grau 20 (Escala de Jorge/Wexner) já tratadas previamente sem melhora clínica. Período de seguimento médio: 6 meses. Ambas as pacientes realizaram período de teste após punção de raízes S3 durante 2 semanas. A redução dos episódios de incontinência em mais de 50% motivou os implantes do Marcapasso Interestim sob sedação venosa. Resultados: Ambas as pacientes apresentaram melhora importante dos episódios de incontinência, com redução do

índice de incontinência para 1. ( $p < 0.05$ ) A melhora da qualidade de vida foi também observada. Uma das pacientes evoluiu com infecção no sítio de implante do marcapasso e apesar do tratamento prolongado com antibióticos orais e cuidados locais, necessitou retirada do marcapasso após 10 meses de neuromodulação. Mesmo após 6 meses sem o marcapasso, a paciente vem mantendo-se com perfeita continência, demonstrando um efeito cumulativo da neuromodulação. Conclusão: Em casos selecionados de incontinência anal grave, a neuromodulação é uma opção promissora e com mecanismos de ação desconhecidos, mas com efeitos surpreendentes.

#### PO079 - RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE POLIPOSE HIPERPLÁSICA

GABRIELA NOLASCO FARDIN; ADRIANA FREIRE SENA; THIAGO ALMEIDA FLAUZINO; LEONARDO REUTER MOTA GAMA; FLAVIA LEMOS MOURA RIBEIRO; GIOVANNI ZUCOLOTO LOUREIRO; LUCIANO NOGUEIRA GAMA; ROSSINI CIPRIANO GAMA  
*VITÓRIA APART HOSPITAL, VITÓRIA, ES, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Síndrome Polipose Hiperplásica (HPS), descrita em 1980, é considerada como a presença de pólipos hiperplásicos múltiplos, grandes e/ou proximais e, ocasionalmente, um número menor de adenomas serrados, adenomas clássicos e pólipos mistos. Diferem dos pólipos hiperplásicos isolados, pois podem atingir até 3cm. Embora seja aceito que pólipos hiperplásicos pequenos não apresentam potencial maligno, existem casos de adenocarcinoma associados a polipose hiperplásica. Também há relato da associação da HPS com a mutação dos proto-oncogenes Kras e BRAF. Objetivo: Os autores apresentam um Relato de Caso de Síndrome Polipose Hiperplásica do serviço de coloproctologia do Vitória Apart Hospital, Vitória-ES. Caso Clínico: Trata-se de um paciente de 24 anos, masculino, que apresentava fadiga, adinamia e anemia microcítica e hipocrômica. História familiar negativa para neoplasia colorretal ou polipose familiar. Na propedêutica evidenciou-se: Endoscopia Digestiva Alta (EDA): diversos pólipos em estômago, o maior de 3cm, histopatológico compatível com pólipos hiperplásicos; Colonoscopia: polipose colônica (ceco, ascendente e transversa), de tamanhos de 1 a 5cm, um pólipos de 1,5cm no sigmoide e 02 pólipos sésseis no reto de 1cm, para tais achados, foi realizado polipectomia nos segmentos colônicos distais e por amostragem no cólon direito. Histopatológico (HPTL): pólipos de retenção associado à hiperplasia linfóide em reto e sigmoide; adenoma tubular com atipia moderada no ascendente, Paciente submetido à colectomia parcial direita por vídeolaparoscopia, peça de 162mm, com cinquenta lesões polipoides, sésseis e pediculadas.

PO080 - HÉRNIA INTERNA APÓS CIRURGIA COLORRETAL VÍDEOLAPAROSCÓPICA (VLP) – RELATO DE CASO  
TALITA VILA MARTINS; PALOMA FORELL FAMER; ANTONELLA FURQUIM CONTE; CLEBER ALLEN NUNES; KAREN MALLMANN; JOSÉ VINICIUS CRUZ

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Hérnia interna (HI) é uma rara, porém severa complicação das ressecções VLP. A suspeita deste diagnóstico requer reoperação de emergência já que os sintomas são inespecíficos. OBJETIVO: O objetivo deste estudo é relatar um caso de HI, o importante papel da TC na definição diagnóstica e discutir a indicação de fechamento dos defeitos do meso após ressecções VLP. Relato do Caso: RM, masculino, 41 anos. Atendido em serviço de emergência por dor e distensão abdominal, inapetência e náuseas, de caráter progressivo, 21 dias após colectomia total VLP com anastomose ileorretal por motivo de PAF atenuada. Ao exame, desidratado, abdome distendido, timpânico, sem sinais de peritonite. Laboratoriais com leucocitose e desvio a esquerda; Rx de abdome agudo com distensão de alças de delgado e níveis hidroaéreos predominantemente em epigástrico e hipocôndrio esquerdo; TC com distensão líquida de alças de intestino delgado em hipocôndrio e flanco esquerdos com segmento de alça afilado na linha média no epigástrico (HI?). Submetido a VLP com necessidade de conversão por volumosa distensão, identificando-se segmento de delgado aprisionado em defeito do meso (HI), prontamente reduzido, não havendo sinais de inviabilidade, sendo procedido fechamento do defeito. Boa evolução pós operatória, recebendo alta assintomático. Conclusão: A abordagem laparoscópica das patologias colônicas ganhou popularidade, porém além dos já consagrados benefícios, devem ser lembrados os desfechos desfavoráveis, como por exemplo, a ocorrência das hérnias internas. Um estudo com uma série de mais de 400 pacientes submetidos a ressecções colônicas VLP, alocados ao longo de seis anos, mostrou que cerca de cinco deles necessitaram reoperações por motivo de HI, um dos quais com isquemia maciça e óbito. Desta forma, alguns serviços passaram a indicar para todos os casos o fechamento metucioso dos defeitos criados. Também ressalta-se o papel da TC no diagnóstico precoce da condição, citando-se um estudo retrospectivo onde o método foi sugestivo do diagnóstico em 15 dos 17 casos operados. Assim, a recomendação de realização precoce de TC em pacientes pós ressecções VLP que se apresentam com quadros de abdome obstrutivo pode evitar o tratamento conservador prolongado e as subsequentes complicações, por vezes fatais, advindas da isquemia e necrose das alças intestinais.

#### PO081 - CIRURGIA COLORRETAL VÍDEOLAPAROSCÓPICA: EXPERIÊNCIA INICIAL

FÁBIO RAMOS TEIXEIRA<sup>1</sup>; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA<sup>2</sup>; JUVENAL ROCHA TORRES NETO<sup>1</sup>; ALEX RODRIGUES MOURA<sup>1</sup>

*1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO, SE, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIÓ, AL, BRASIL.*

Resumo: A vídeolaparoscopia colorretal apresenta-se como uma tática operatória menos traumática com vantagens bem-estabelecidas. O objetivo deste trabalho foi apresentar a expe-



riência no tratamento cirúrgico videolaparoscópico das afecções colorretais. Método: Catalogar todos os pacientes submetidos à cirurgia colorretal Videolaparoscópica realizadas por um único cirurgião e realizar uma análise descritiva dos principais dados a partir dos prontuários destes. Resultados: O estudo analisou dados de 43 pacientes que foram submetidos à cirurgia colorretal por videolaparoscopia. A maioria era do gênero feminino (n=30; 69,77%) em relação ao masculino (n=13; 30,23%) com média de idade de 57,21 anos. Dentre as indicações cirúrgicas, doença diverticular foi a mais frequente (n=20; 46,51%), seguido de doença maligna (n=13; 30,23%). A maioria dos pacientes foi submetida a retossigmoidectomia (n=28; 65,12%), seguido de colectomia direita (n=6; 13,95%), com conversões em cinco casos (11,63%). Houve uma tendência crescente no número de cirurgias, na proporção de cânceres removidos por laparoscopia ao longo dos anos em estudo, assim como uma diminuição crescente na média do tempo operatório e nas conversões para laparotomia. Conclusão: A videolaparoscopia colorretal é um procedimento seguro e, com a evolução técnica da equipe, os Resultados vão se tornando cada vez mais satisfatórios.

**PO082 - EXTRAÇÃO TRANSVAGINAL DO ESPÉCIME CIRÚRGICO EM VÍDEOLAPAROSCOPIA COLORRETAL**

**FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; FÁBIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER; VALDIVINO ALVES FILHO; BRUNO ALCANTARA CASTILHO; MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO; VINICIUS PIRES RODRIGUES; RODRIGO ALMEIDA PAIVA**  
*HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A excisão total do mesorreto laparoscópica (ETM-L) apresenta melhores Resultados quando se compara ao procedimento aberto. A laparoscopia viabiliza recuperação precoce dos pacientes e não compromete o padrão oncológico de tratamento. As complicações tardias também são menos notadas, o que coloca essa modalidade como método de escolha no tratamento dos tumores colorretais, na ausência de contraindicações formais. Entretanto, mesmo se tratando de um procedimento cirúrgico com trauma reduzido, ainda há a necessidade de se realizar uma pequena laparotomia para a retirada do espécime cirúrgico. Na tentativa de se prevenir cada vez mais as complicações oriundas do ato operatório desenvolveu-se técnica de extração da peça cirúrgica por orifícios naturais (NOSE). Objetivo: O objetivo desse trabalho é apresentar os Resultados iniciais do emprego do NOSE pelo serviço de coloproctologia de um hospital de nível terciário/quaternário, no período de setembro de 2012 a março de 2013. Métodos: Foram estudados 5 procedimentos coloproctológicos, em mulheres. Os casos foram previamente selecionados levando-se em consideração o tamanho, extensão e localização do tumor. 4 casos correspondem a neoplasia maligna de cólon e reto e 1 caso a endometriose acometendo o reto proximal. O procedimento proposto foi excisão total do mesorreto por via laparoscópica, com extração do espécime

cirúrgico por via transvaginal. Resultados: Foram analisados 5 pacientes do sexo feminino submetidas a cirurgia por via laparoscópica para tratamento de câncer colorretal e endometriose, com n=4 e n=1 respectivamente. A idade média é de 65,8 anos. O tempo operatório médio foi de 332min, e a média de dias de internação foi de 5,6 dias. Íleo adinâmico foi encontrado em apenas uma paciente no pós-operatório, não havendo outras complicações. Conclusão: A cirurgia laparoscópica associada à NOSE apresenta benefícios ao diminuir a dor no pós-operatório, assim como evitar hérnias incisionais e infecções de ferida operatória, que são as principais complicações que ocorrem no método laparoscópico convencional.

**PO083 - A ENDOMETRIOSE RETOSSIGMOIDEANA PODE SER CONSIDERADA UM FATOR DE RISCO PARA O ACOMETIMENTO DO APÊNDICE EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA?**

**RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA<sup>1</sup>; FREDERICO JOSÉ SILVA CORRÊA<sup>2</sup>; JOSÉNICE DE ARAÚJO SILVA GOMES<sup>2</sup>; LUCIANA FERREIRA POTIGUARA AMADOR DE SOUSA<sup>2</sup>; CLAUDIA ESTELA MACIEL DÁVALOS<sup>2</sup>**  
*1. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2. CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ENDOMETRIOSE, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Avaliar a prevalência de endometriose de apêndice em pacientes com endometriose Profunda infiltrativa (EPI) com e sem comprometimento do retossigmoide. Método: Análise retrospectiva de 68 pacientes consecutivas submetidas a laparoscopia para endometriose profunda infiltrativa em um centro de excelência em atenção às mulheres com endometriose. As pacientes com suspeita clínica de EPI foram dirigidas ao centro de excelência onde submeteram-se a exames de imagem com ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e ressonância magnética, ambos realizadas por médicos treinados e dedicados ao estudo da endometriose. Após a abordagem cirúrgica a presença de endometriose foi confirmada por histopatologia. A análise estatística foi feita com o IBM SPSS 20.0. Foi utilizado o teste exato de Fisher com  $p < 0,05$ . Resultados: Das 85 pacientes submetidas a laparoscopia para EPI, endometriose de apêndice foi encontrada e confirmada com exame histopatológico em 19 casos (22,4%). Endometriose de retossigmoide foi observada em 50 casos (58,8%) versus 35 casos (41,2%) com outras formas de apresentação da doença. Das 50 pacientes com endometriose do retossigmoide, o acometimento do apêndice ocorreu em 17 casos (34%) contra 2 casos (5,7%) em 35 pacientes sem endometriose de retossigmoide. Endometriose de apêndice foi significativamente mais prevalente em pacientes com EPI com lesão do retossigmoide que em pacientes com EPI sem lesões retossigmoideanas ( $p=0,003$ ). O Odds Ratio calculado foi 8,5 (OR = 8,5; IC - 95% = 1,8 a 39,7). Conclusões: A presença de endometriose do retossigmoide em pacientes com EPI está associada a maior risco para endometriose de apêndice. Pacientes com endometriose de retossigmoide têm 8,5 vezes mais chance para acometimento do apêndice que aquelas com EPI sem lesões de retossigmoide. O exame sistemático do apêndice

em pacientes com EPI e lesões retossigmoideanas é mandatório durante a laparotomia ou a laparoscopia para o tratamento da endometriose. Objetivo.

**PO084 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR FITOBEZOAR APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE CASO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; GLAUCO LEONEL PERTICARRARI OSORIO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES

*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O fitobezoar corresponde a cerca de 40% dos bezoares, especialmente nos pacientes submetidos à cirurgia gástrica, é formado por sementes, raízes, cascas, fibras, celulose, tanina, liguina e derivados de frutas e vegetais, como abacaxi e caqui. A operação gástrica associada a uma dieta rica em fibras inabsorvíveis ou de difícil absorção rica em celulose são fatores predisponentes significativos para a formação do fitobezoar. Concomitante a estes fatores de risco a estenose da anastomose e a presença de um fio de sutura não absorvível, funciona como âncora para este fitobezoar, levando a uma obstrução geralmente ao nível do intestino delgado. Objetivo: Objetiva-se nesse trabalho relatar caso de paciente em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica que desenvolveu quadro de abdome agudo obstrutivo decorrentes de fitobezoar operado de urgência no Hospital Santa Marcelina, SP. Relato de Caso: Paciente GG submetido em 2006 a gastroplastia redutora mas com IMC atual de 46,25 dá entrada no Pronto Socorro do Hospital Santa Marcelina com quadro de dor abdominal e vômitos de característica biliosa com parada de eliminação de flatos e fezes há dois dias. Submetido a laparotomia exploradora com enterotomia com evidência de bezoar como causa do quadro de abdome agudo obstrutivo. Discussão: Com mais de um terço da população adulta norte americana portadora de obesidade, a indicação e utilização da cirurgia bariátrica como método terapêutico vêm ganhando cada vez mais espaço e, por isso, suas complicações imediatas e tardias também tendem a ascender. A ocorrência de bezoares representa complicação menos frequente e, na maioria das vezes ocorre no pós-operatório recente ou intermediário, ou seja entre 2 e 24 meses. Ferraz e colaboradores estudaram e acompanharam seus pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no período de novembro de 1997 à janeiro de 2004 e verificaram o desenvolvimento de fitobezoares em 10 de seus 512 pacientes operados. Conclusão: O paciente obeso mórbido tratado através de cirurgia bariátrica deve não se abster da educação alimentar na tentativa, além de manter peso estável, de minimizar a ocorrência de obstrução intestinal causada por acúmulo e impactação de alimentos.

**PO085 - PROCEDIMENTO DE ALTEMEIER – TRATAMENTO DE ESCOLHA PARA PROLAPSO DE RETO EM PACIENTES COM MÚLTIPLAS COMORBIDADES**  
IGOR DE SOUZA FERNANDES; YARA LIMA DE MENDONÇA; ANDRÉS PESSOA PANDELO; RONALDO HUGO

PETROSEMOLO; VIVIANE CASTRO SOUZA PASSOS  
*HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: O prolapso de reto é uma patologia que atinge principalmente mulheres em idade mais avançada e a Cirurgia de Altemeier é o tratamento de escolha para pacientes com múltiplas limitações e comorbidades devido à sua menor letalidade. O objetivo desse Relato de Caso é expor o resultado do tratamento de um paciente que apresenta um quadro prolapso de reto irreduzível recidivado. Paciente do sexo masculino de 53 anos HIV +, amaurose bilateral (Glaucoma), seqüela de Poliomielite, Epilético, Hipertenso e limitado ao leito com Risco Cirúrgico ASA III. Histórico de duas cirurgias prévias para tratamento de prolapso de reto, primeira Altemeier e segunda Promontofixação. Apresentou prolapso de reto irreduzível após período prolongado de constipação. Devido à comorbidades e limitações físicas optou-se por nova Cirurgia de Altemeier realizada sob Raqui anestesia e Sedação. Paciente apresentou evolução favorável em pós-operatório obtendo alta. Segue em acompanhamento ambulatorial referindo continência parcial para líquidos. Não fora realizado manometria anorretal pré-operatória devido o quadro do paciente e pós-operatória por indisponibilidade do Método. Conclui-se que o tratamento proposto para o caso foi satisfatório devido à evolução do paciente e a Cirurgia de Altemeier permite múltiplos procedimentos mesmo em casos recidivados.

**PO086 - CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE: MUCOCELE DO APÊNDICE.**

ANDRÉ FIGUEIREDO ACCETTA; ITALO ACCETTA; PIETRO ACCETTA; EDUARDO CORTEZ VASSALO; MARCELO SA ARAUJO; RODRIGO MELLO FERREIRA; MEG DE CARVALHO SOARES  
*UFF, NITEROI, RJ, BRASIL.*

Resumo: A mucoccele do apêndice cecal é doença pouco frequente, observada em apenas 0,2 a 0,4 % das apendicectomias realizadas. Consiste em uma dilatação apendicular cística, devido ao acúmulo de material mucinoso, decorrente da obstrução do lúmen e, ou tumores do órgão. O quadro clínico pode se manifestar de forma assintomática até quadros semelhantes à apendicite aguda, e o diagnóstico geralmente é feito no ato operatório. O objetivo desse trabalho é descrever um caso desta entidade, com sintomatologia de longa duração, ressaltando aspectos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e anatomopatológicos. Concluímos que ela pode ser causada por quatro tipos patológicos distintos, incluindo benignos e malignos. Seu tratamento é cirúrgico e deve ser individualizado, levando em consideração o tamanho, a extensão da lesão e seu acometimento linfonodal. Maiores ressecções são reservadas para os casos com suspeita de malignidade.

**PO087 - CARCINÓIDE DE RETO: RELATO DE DOIS CASOS**

DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RI-

BEIRO NASCIMENTO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA; CATARINE ABDELNOUR HOEPPNER; HALLAN DOUGLAS BERTELLI

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: relatar dois casos de carcinóide de reto. Relatos dos Casos e Discussão: Caso 1 - V.L.C, homem, 54 anos, com queixa de hematoquezia há quatro meses. A colonoscopia evidenciou duas lesões polipóides em que a polipectomia e a imunohistoquímica demonstraram carcinóide de reto. Devido ao tamanho prévio das lesões e da margem não estarem comprometidas, optou-se por conduta expectante. Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recidiva local há dois anos. Caso 2 - LADS, homem, 54 anos, sem queixas prévias foi submetido a colonoscopia de rastreamento e evidenciou um pólipó em reto que foi ressecado e veio positivo para carcinóide de reto. Discussão: o carcinóide é o tumor neuroendócrino mais comum do trato gastrointestinal. O locais mais comuns de acometimento são: íleo terminal, apêndice seguido do reto, sendo que as metástases são raras. Dependendo do tamanho da lesão e do grau de invasão a ressecção endoscópica é factível. Conclusão: o carcinóide de reto é diagnosticado através do exame endoscópico com o painel imunohistoquímico.

#### PO088 - GIST: RELATO DE DOIS CASOS

DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; DAYANE KARINA LAU DO PRADO; FELIPE SANTOS DO NASCIMENTO; JULIANA SANTOS VALENCIANO; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: relatar casos de Tumor Estromal (GIST), um caso de estômago e um caso de reto. Caso 1: M.S.F., 50 anos, mulher, admitida ao P.S. com abdome agudo inflamatório. Apresentava como antecedentes: duas drenagens por pseudocisto de pâncreas há um mês em outro serviço. Foi submetida à laparotomia de urgência que evidenciou massa extensa em região gástrica, invadindo pâncreas, baço e delgado. Foi realizada ressecção da massa em monobloco (Gastrectomia subtotal+ Pancreatectomia caudal+ Esplenectomia). Paciente apresentou boa evolução pós-operatória tendo alta no 7º PO. O diagnóstico de GIST foi confirmado com painel imunohistoquímico. Foi proposto terapia adjuvante com Imatinibe e atualmente encontra-se bem sem sinais de recidiva da doença e metástase. Caso 2: J.S., 59 anos, masculino, com queixa de proctalgia há quatro semanas acompanhada de hematoquezia, diminuição do calibre das fezes e emagrecimento de 15kg. Ao exame: REG, desnutrido, anêmico, e no toque retal uma tumoração há dois cm da borda anal com sete centímetros de extensão. Realizado colonoscopia cuja duas biópsias foram inconclusivas para carcinoma. Devido ao quadro clínico su-

gestivo, foi optado por indicação de abordagem cirúrgica com proposta de Amputação Abdominoperineal do Reto. Entretanto, a massa tumoral invadia bexiga, próstata e vesícula seminal. Com isso, o paciente foi submetido à Exanteração pélvica total. A imunohistoquímica evidenciou GIST. Conclusão: O GIST pode cursar com massas extensas e o diagnóstico ser confirmado apenas após a ressecção completa da lesão com análise do painel imunohistoquímico e a terapia de escolha nos casos de adjuvância é feita com Imatinibe.

#### PO089 - PARACOCIDIODOMICOSE COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO PERFURATIVO

DANILO TOSHIO KANNO; TIAGO CASTILHO MENDONÇA; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; ANA PAULA PIMENTEL SPADARI; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: a paracoccidiomicose é uma micose profunda que pode se manifestar nas formas aguda, subaguda ou crônica. É transmitida através da inalação do conídio infeccioso de Paracoccidiodes brasiliensis, fungo dimórfico encontrado no solo. Mais comumente o foco primário localiza-se no pulmão e pode disseminar-se para outros órgãos. A doença apresenta elevada prevalência em toda a América do Sul, México e, particularmente no Brasil, onde as regiões Centrais e o Sudeste são as mais afetadas. A paracoccidiomicose acomete o sexo masculino com maior frequência, e na faixa etária entre 30 e 50 anos onde existe maior possibilidade de contato com o conídeo infectante. Em pacientes imunossuprimidos, a disseminação do fungo é facilitada pela imunodeficiência tornando comum o aparecimento de linfonodopatia ocasionada pelo fungo. Objetivo: relatar um caso de paracoccidiomicose complicado com abdome agudo perfurativo em um paciente jovem, sem comorbidades, sem comprometimento primário pulmonar e comparar aos achados da literatura. Relato do Caso: Homem branco de 14 anos, natural e procedente da zona rural de Bragança Paulista, procurou serviço especializado com queixa de fraqueza intensa associada à perda ponderal de 15 kg em sete meses. Ao exame apresentava-se em REG, emagrecido, desnutrido, com linfonodomegalia cervical e submandibular bilateral. A radiografia de tórax e as sorologias afastaram as hipóteses de tuberculose e SIDA. A linfonodomegalia cervical além de mesenterial foi demonstrada pela ultrassonografia e tomografia cervical e abdominal. Optou-se pela biópsia excisional do linfonodo cervical que confirmou a presença do Paracoccidiodes brasiliensis na coloração da Hematoxilina-Eosina e Grocott (impregnação pela prata). O paciente encontrava-se no segundo mês de tratamento com Itraconazol na dose de 200mg/dia, com remissão dos sintomas e recuperação ponderal de 9 Kg. Entretanto, retornou ao nosso serviço após o terceiro mês com quadro de abdome agudo perfurativo em alça de delgado a 55 cm do

ângulo de Treitz, sendo submetido a enterectomia com anátomo-patológico de paracoccidiodomicose de delgado. Paciente no 5º mês de pós-operatório em acompanhamento ambulatorial em terapia com Itraconazol. Conclusão: O quadro de abdome agudo perfurativo de delgado na ausência de comprometimento primário pulmonar é uma forma de apresentação incomum da paracoccidiodomicose e raro em pacientes com esta epidemiologia.

**PO090 - TUBERCULOSE INTESTINAL SEM ACOMETIMENTO PULMONAR: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; TIAGO CASTILHO MENDONÇA; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: relatar um caso de tuberculose intestinal sem acometimento pulmonar. Com o advento da SIDA houve um aumento importante dos casos de tuberculose. A tuberculose intestinal é uma complicação da doença pulmonar, decorrente da deglutição de escarro infectado. A enfermidade apresenta maior frequência em países tropicais e subdesenvolvidos. Quando acomete o trato digestivo a válvula ileocecal e o íleo terminal são os locais mais frequentemente comprometidos. O quadro clínico geralmente cursa com: perda ponderal, sudorese noturna, febre e tosse. Na tuberculose intestinal, a dor abdominal é a principal queixa referida e a obstrução intestinal a complicação mais prevalente. A suspeita diagnóstica é feita pelo quadro clínico e confirmada pelo exame histopatológico, ou cultura de tecidos. A indicação cirúrgica está destinada nos casos de complicações representadas principalmente pela obstrução e perfuração intestinal. Relato do Caso: O objetivo do presente pôster é apresentar o caso de, PMMH, mulher, 18 anos, procedente da Bolívia, com tuberculose intestinal, sem acometimento pulmonar. A paciente veio com quadro de dor abdominal e anemia. Ao exame físico encontrava-se em REG, com distensão abdominal, ruídos hidroaéreos aumentados, dor abdominal importante a palpação. Ao toque retal apresentava fezes tocáveis no reto. A tomografia evidenciava coleção e massa anexial em pelve. Com hipótese de abdome agudo obstrutivo foi submetido laparotomia exploradora com biópsia mesenterial devido a importante linfonodomegalia, sem pontos de obstrução. O resultado da biópsia veio positiva para Tuberculose Mesenterial Intestinal e endometriose. A paciente evoluiu bem e está no sexto mês de acompanhamento ambulatorial com infectologia com Coxip. Conclusão: a região ileocecal constitui o sítio de maior comprometimento da tuberculose intestinal, sendo que a complicação mais frequente é a obstrução intestinal. O diagnóstico pré-operatório é muito difícil, sendo o de certeza dado pelo exame histopatológico ou em culturas de tecidos. Nosso caso se assemelha com os casos da literatura e, o tratamento cirúrgico está indicado nos casos das raras complicações.

**PO091 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELA TIEMI SATO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; ANA PAULA PIMENTEL SPADARI; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Com o advento da SIDA houve um aumento importante dos casos de tuberculose. A tuberculose intestinal é uma complicação da doença pulmonar, decorrente da deglutição de escarro infectado. A enfermidade apresenta maior frequência em países tropicais e subdesenvolvidos. Quando acomete o trato digestório, a válvula ileocecal e o íleo terminal são os locais mais frequentemente comprometidos. O quadro clínico geralmente cursa com: perda ponderal, sudorese noturna, febre e tosse. Na tuberculose intestinal, a dor abdominal é a principal queixa referida e a obstrução intestinal a complicação mais prevalente. A suspeita diagnóstica é feita pelo quadro clínico e confirmada pelo exame histopatológico, ou cultura de tecidos. O tratamento cirúrgico está destinado nos casos de complicações representadas principalmente pela obstrução e perfuração intestinal. Relato do Caso: T.R.M.A., homem, 23 anos, presidiário, procedente e natural de Bragança Paulista, Soropositivo para o vírus da imunodeficiência adquirida, com tuberculose pulmonar tratado irregularmente com esquema RIPE sem terapia antirretroviral. Paciente veio encaminhado do ambulatório de moléstias infecciosas com quadro de obstrução intestinal com um dia de evolução. Ao exame físico encontrava-se em MEG, emagrecido, desnutrido, com distensão abdominal, ruídos hidroaéreos aumentados, com peristaltismo visível, sem sinais de peritonite. O toque retal não apresentava tumorações, apenas pequena quantidade de fezes. Após a Rx de abdome que sugeria o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo, o paciente foi submetido a laparotomia exploradora e subsequente colectomia direita com ileotransverso anastomose devido a massa em região do ceco e íleo terminal. No 5º PO evoluiu com fistula anastomótica e peritonite fecal, sendo submetido a lavagem da cavidade e exteriorização do local da anastomose. Após a reintervenção o doente evoluiu bem e atualmente encontra-se no quarto mês pós-operatório em tratamento para tuberculose associado à terapia antirretroviral. Conclusão: a região ileocecal constitui o sítio de maior comprometimento da tuberculose intestinal, sendo que a complicação mais frequente é a obstrução intestinal, e a conduta de escolha é a ressecção do segmento obstruído, e, o diagnóstico de certeza é dado pelo resultado anamopatológico que orientará a terapia a ser instuída.

**PO092 - VOLVO DE SIGMÓIDE E CARCINÓIDE DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO<sup>1</sup>; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA<sup>1</sup>; MAYARA VIEIRA MURAD<sup>2</sup>; PAULA

DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA<sup>1</sup>; JULIANA SANTOS VALENCIANO<sup>1</sup>; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO<sup>1</sup>; RONALDO NONOSE<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ<sup>1</sup>

1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: o tumor carcinóide é neoplasia neuroendócrina mais comum, apresentando bom prognóstico que acomete o trato gastrointestinal, principalmente: íleo terminal, apêndice cecal e reto. Geralmente, seu diagnóstico é feito através do estudo anatomopatológico e painel imunohistoquímico, pois na maioria dos casos, a patologia mostra-se como achado de exame. Vale destacar que o quadro clínico é silencioso, exceto nos casos de síndrome carcinóide, no qual apresenta sintomatologia clínica em casos metastáticos ou lesões tumorais de grande volume. Relato de Caso: J.L. 26 anos, sexo masculino, solteiro, procedente de Piracaiá. Paciente procurou o Pronto Socorro com queixa de dor abdominal há um dia. Apresentava dor abdominal difusa há um dia com piora progressiva desta, acompanhado de parada de evacuação há cinco dias e de eliminação de flatos há um dia. Notou distensão abdominal e negava náuseas e vômitos. Era portador de paralisia cerebral, epilepsia, em uso de fenitoina 100mg/dia. Constantemente procurava o serviço devido a quadros de fecaloma. No exame físico de entrada se apresentava em regular estado geral, desidratado 2 +/4, corado, eupnéico, estável hemodinamicamente. Ao exame abdominal, apresentava-se distendido globalmente, ruídos hidroaéreos aumentados, sem sinais de peritonite. Toque retal esfíncter normotônico, sem fezes na ampola retal. O exame radiográfico abdominal apresentava imagem sugestiva de volvo de sigmóide com distensão de alças colônicas a montante com válvula ileocecal competente. Exames laboratoriais demonstrava leucocitose com desvio a esquerda. Paciente evoluiu em 6 horas com sepse e disfunção renal. Foi submetido a laparotomia exploradora, na qual foi identificado volvo de megassigmoide sem sofrimento vascular e pequena quantidade de líquido livre. Devido à impossibilidade de redução e fechamento da parede abdominal foi optado por realizar retossigmoidectomia com sepultamento do coto distal e ostomia proximal, juntamente a apendicectomia de oportunidade. Paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta no 3ºPO. No seguimento ambulatorial o anatomopatológico confirmou megacólon e tumor carcinóide de apêndice restrito a mucosa, foi então solicitado painel imunohistoquímico e confirmado diagnóstico. Não foi proposta terapia adjuvante. Discussão: A terapia de escolha para o tumor carcinóide é a ressecção cirúrgica com margens livres e a terapia adjuvante tem boa resposta com sobrevida de 67% em cinco anos.

**PO093 - SITUAÇÃO DA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO E HOSPITAL SÃO CARLOS, CEARÁ.** LUSMAR VERAS RODRIGUES; STHELA MARIA MURAD-REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO; MAURA TARCIANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA; FÁ-

BIO SANTIAGO RODRIGUES; LARA BURLAMAQUI VERAS; BRENO AUGUSTO CARDOSO BARROSO HUWC/UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: A polipose adenomatosa familiar (FAP) é uma doença autossômica dominante caracterizada pelo desenvolvimento de numerosos pólipos adenomatosos e um grande risco para o surgimento de tumores colorretais por isso a importância do estudo dos portadores e seguimento rigoroso dos familiares. Objetivo: Analisar pacientes com polipose adenomatosa familiar (PAF) e familiares acompanhados pelo serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hospital São Carlos, Fortaleza, Ceará. Metodologia: Foram avaliados prospectivamente os dados de prontuários de pacientes com PAF e familiares acompanhados entre 1997 e 2012. Analisados dados demográficos, diagnóstico, tipo de cirurgia e seguimento dos familiares. Resultado: Analisadas sete famílias portadoras de PAF, incluindo 72 familiares de 1º e 2º grau. Em 47/72 (65%) houve rastreamento utilizando a colonoscopia, dos quais 13 apresentaram o diagnóstico de PAF e dois de PAF atenuada. Destes, 14 pacientes foram submetidos à cirurgia. Quanto ao sexo, 10 (71%) feminino e 4(29%) masculino, com idade média de 30 anos (variando entre 17 e 50). Oito (60%) dos pacientes eram sintomáticos quando diagnosticado a doença, sendo os sintomas mais comuns diarreia e dor abdominal em cólica. Das cirurgias, 10(71%) colectomias subtotais com ileorretoanastomoses e 4 (29%) proctocolectomias com confecção de bolsa ileal, 78% acesso Videolaparoscópicas. No resultado anatomopatológico foram encontrados 12 com pólipos adenomatosos e 2 com adenocarcinomas (TisN0 e T3N0). Das manifestações extra-intestinais, um apresentou osteoma de mandíbula e 2 desenvolveram tumor desmóide, sendo submetidos a nova cirurgia. Em seguimento, dos pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta; apenas, dois tinham pólipos adenomatosos. Um paciente desenvolveu adenocarcinoma em ressecção prévia de pólipos. Conclusão: O diagnóstico da PAF esta sendo realizada de forma tardia nos pacientes sintomático em 60% dos casos e com idade média de 30 anos. A cirurgia preferencial no serviço foi a colectomia subtotal com ileorretoanastomose Videolaparoscópica. Somente 65% dos familiares são rastreados, devido à resistência dos pacientes a realizar o exame, apesar dos esclarecimentos pertinentes e a dificuldade de locomoção, pois muitos deles são provenientes do interior.

**PO094 - GRANULOMA PIOGÊNICO DE RETO SIMULANDO NEOPLASIA MALIGNA**

GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES<sup>1</sup>; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO<sup>1</sup>; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO<sup>1</sup>; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES<sup>1</sup>; NIKOLAY COELHO MOTA<sup>1</sup>; FÁBIO GOMES TEIXEIRA<sup>1</sup>; BRUNO BARRETO FIGUEIREDO SOARES<sup>2</sup>; JESSICA MENDES PAZ<sup>2</sup>

1.UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2.UNICEUMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: Introdução: O Granuloma piogênico é raro no reto e pode clinicamente mimetizar tumores malignos. Método: Re-

lato de Caso de uma paciente atendida no ambulatório de coloproctologia do Hospital Universitário Presidente Dutra em agosto de 2012. Resultados: J.M, 39a, feminino, evangélica, comerciante apresentou-se no ambulatório referindo história de dor em região anal de moderada intensidade associado a sangramento transanal intermitente há cerca de 6 meses. Referia hábito intestinal preservado, com evacuações diárias e consistência normal. Referia ainda perda ponderal não significativa de 3kg em 6 meses. Referia 2 Cesareanas prévia e tratamento medicamentoso para hemorróidas há 14 anos. Sem história familiar de câncer colorretal. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, lúcida, orientada, eupnéica, ausência de edemas ou adenomegalias, normocorada, anictérica, afebril. Exames cardiovascular, respiratória e abdominal sem alterações. No exame proctológico apresentava, ao toque, presença de lesão polipóide na parede posterior do reto inferior (junção anorretal) com provável acometimento de planos profundos. Foi realizado colonoscopia que mostrou presença de lesão polipóide séssil no reto de aproximadamente 3 cm, friável ao toque com aparelho(anatomopatológico: tecido de granulação com crosta fibrino-leucocitária superficial), foi realizado também ultrassonografia endorretal cujo resultado foi presença de Lesão neoplásica no reto inferior, posterior, invadindo todas as camadas do reto e sem invasão de gorduraperirretal além de presença de 2 imagens sugestivas de linfonodos metastáticos. Realizou nova biopsia por colonoscopia que mostrou Quadro histopatológico compatível com Granuloma piogênico e Ausência de malignidade no material examinado. CEA- 1,69 ng/ml. Submetida a tratamento cirúrgico com achado de comunicação do granuloma com a linha pectínea. Realizado excisão do granuloma e abertura do trajeto de comunicação. O anatomopatológico da peça mostrou Processo inflamatório crônico com tumoração de tecido de granulação e organização de trajeto fistuloso e ausência de malignidade. A paciente segue em acompanhamento já com ferida cicatrizada e sem recidiva. Conclusão: O granuloma piogênico é uma rara causa de sangramento retal e o conhecimento desta infrequente lesão é necessário pois a mesma pode simular neoplasia.

**PO095 - PNEUMATOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; THIAGO GONÇALVES SILVEIRA; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES

*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*  
Resumo: Introdução: A Pneumatose Intestinal (PI) caracteriza-se pela presença de gás no interior da parede intestinal também por se tratar de uma patologia de difícil diagnóstico clínico no pré-operatório devido a escassez de sintomas, os quais se manifestam na grande maioria dos casos através de suas complicações representadas pela obstrução intestinal, perfuração intestinal e hemorragia. Essa rara patologia apresenta acometimento das camadas submucosa e subserosa do intestino delgado em 42% dos casos, do intestino grosso em

36% e difusamente em 22% dos pacientes. Acomete o sexo masculino numa frequência três vezes maior, com maior incidência na faixa etária adulta. Trata-se de condição de etiologia e patogênese não plenamente conhecida, com caráter multifatorial sugerido, incluindo causas mecânicas, infecciosas e auto-ímmunes. Além disso, ressalta-se sua associação com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Objetivo: relatar caso de paciente operado no Hospital Santa Marcelina com diagnóstico intra-operatório de pneumatose intestinal de delgado. Relato de Caso: JHS, masculino, 75 anos com quadro de dor abdominal em flanco direito com 15 dias de história inespecífica, mas contínua associado a constipação intestinal com parada de evacuação há cinco dias. Apresentava história passada de tabagismo importante e inalação acidental 2 meses antes de organoclorado. Realizado exames complementares e tomografia computadorizada demonstrava dilatação de cólon transverso com grande quantidade de fezes em seu interior. Indicado laparotomia exploradora de urgência devido hipótese de abdome agudo com inventário da cavidade com 300ml de secreção turva e pneumatose sub-serosa por todo intestino delgado. Evolui no pós operatório com disfunção pulmonar severa vindo a falecer 12 dias após o procedimento cirúrgico. Conclusão: O diagnóstico e a hipótese pré-operatória de Pneumatose Intestinal é habitualmente realizado de maneira pouco frequente, mesmo porque em cerca de 30% dos casos, inaugura-se o caso com pneumoperitônio, o que torna bastante dificultada a conduta conservadora nesses casos, mesmo quando se aventa sua possibilidade.

**PO096 - INTUSSUSCEPÇÃO EM ADULTO POR TUMOR CARCINÓIDE DE INTESTINO DELGADO - RELATO DE CASO**

RAFAEL ALICEDA FERRAZ; GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM; MATEUS DE ALMEIDA MOREIRA DA SILVA; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA; CRISTIAN DE GUIDIO PERES; SILVIO LUIZ ALVES TEODORO; FERNANDA RIBEIRO DANZIERE

*SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS, SP, BRASIL.*

Resumo: A intussuscepção intestinal é rara em adultos, responsável por 1% das obstruções intestinais e tem etiologia bem definida em 80 a 90% dos casos sendo as neoplasias as principais causas. São em sua maioria benignos, porém tipos histopatológicos malignos podem ocorrer como adenocarcinomas, tumores carcinóides, tumores estromais, entre outros. Os tumores carcinóides tem uma incidência de 0,7 casos por 100.000 habitantes, encontrados no trato gastrointestinal (73,7%), e respiratório (25,1%), 25,65% o apêndice cecal é o local acometido. Relato do Caso: MRC, 33 anos, masc, encaminhado com quadro de dor abdominal e abaulamento em região inguinal D de início há 1 dia acompanhada de náuseas. Ao exame: BEG, corado, hidratado, abdome normotenso, RHA+, doloroso em região inguinal D, abaulamento local, sem sinais de peritonite. Submetido a inguinotomia transvesa com suspeita de hérnia encarcerada, onde foi observado intussus-

cepção intestinal íleo-cecal,covertido para Laparotomia exploradora, sendo realizado colectomia direita.No intra operatório foi evidenciado linfonodomegalia em mesocolon de ceco e colon ascendente os quais foram ressecados. AP:tumor neuroendócrino bem diferenciado grau I, tumor carcinóide, 1/12 linfonodos comprometidos, margens livres.Discussão:A intussuscepção é rara em adultos e podendo estar associada a tumor em 20 a 50% dos casos em geral. Os tumores carcinóides pequenos do intestino delgado variam de 1 a 2cm e tem predominância no íleo terminal podendo ter acometimento linfonodal mesmo para lesões menores que 1 cm.. A hipótese pré-operatória de tumor carcinóide é rara. O diagnóstico normalmente, se faz por análise da lesão de natureza ainda indeterminada, no pós-operatório. A maioria dos pacientes é submetida a tratamento cirúrgico por sinais e sintomas de obstrução intestinal.O tratamento consiste na ampla ressecção da lesão e extensa excisão do território de drenagem linfática regional, mesmo para pequenas lesões.

#### PO097 - GIST GÁSTRICO GIGANTE - RELATO DE UM CASO

RAFAEL ALICEDA FERRAZ; GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM; ALEXANDRÉ DA SILVA NISHIMURA; MATEUS DE ALMEIDA MOREIRA DA SILVA; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA; HENRIQUE BERNARDES; DEBORAH TEIXEIRA ALMEIDA MINHOINI; FERNANDA RIBEIRO DANZIERE

*SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS, SP, BRASIL.*

Resumo: Tumores estromais gastrointestinais (GIST) são tumores de origem mesenquimal e correspondem a aproximadamente 0,3% de todas as doenças malignas do trato gastrointestinal, caracterizada por expressão imunohistoquímica para CD117 em 95% dos casos e afetam o estômago e intestino delgado. São encontrados mais em pacientes entre a 4ª e 6ª décadas de vida.Os sintomas incluem sangramento, dor, desconforto ou uma massa abdominal, podendo ser sem sintomas. A contagem mitótica e tamanho do tumor são os principais fatores associados à progressão da doença e sobrevida.A.P.S.C., feminino, 35 anos, compareceu ao PS referindo desconforto abdominal há 3 meses com piora há 2 dias. Sem outras queixas.Ao axame: massa abdominal em região de hipocondrio esquerdo, epi e mesogastro,endurecida, ruído hidroaéreos presentes,normoativos. TC de Abdome identificou massa em região esplênica,.Optado por laparotomia e retirada da massa. No intraoperatório:massa de mais ou menos 15x10 cm, peri esplênico,com parte do antro gastrico (2cm) anglobado pela massa.Realizado secção da parte antral.Exame antopatológico:Tumor estromal gastrointestinal (GIST), 15x13x7 cm, bem delimitado, envolvendo tecido muscular liso e adiposo circunjacente,baixa atividade mitótica e pequenas áreas de necrose tumoral. Positivo para CD117 e CD34, desmina positiva, profina S-100 negativo.Relativamente raros, os tumores estromais do trato gastrointestinal (GIST) compreendem constituem 1 a 5% de todos os sarcomas.Acometem igualmente o sexo masculino e feminino.Nossa paciente engloba-se nos ca-

sos sem sintomas como sacramento ou dispepsia, hematêmese e melena, relatando apenas dor e massa abdominal palpável. A nossa paciente era portadora de massa gigante mas com contagem mitótica baixa, provavelmente um tumor pouco agressivo. Segundo Valadão, et al, o tratamento padrão para pacientes com GIST não metastático é a ressecção cirúrgica completa da lesão, pois oferece a maior chance de cura. O tratamento com imatinib (Glivec, Novartis) é utilizado para doença metastática ou irresssecável.O conhecimento desta patologia é importante para uma melhor abordagem em casos como o nosso, já que biopsias são desnecessaria e o tratamento de eleição é a ressecção cirurgica com retirada total do tumor para aumentar a sobrevida do paciente.

#### PO098 - INTUSSUSCEPÇÃO POR LEIOMIOMA DE INTESTINO DELGADO - RELATO DE CASO

RAFAEL ALICEDA FERRAZ; GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM; ALEXANDRÉ DA SILVA NISHIMURA; MATEUS DE ALMEIDA MOREIRA DA SILVA; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA; CRISTIAN DE GUIDIO PERES; SILVIO LUIZ ALVES TEODORO; RICARDO ESTEFANI

*SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS, SP, BRASIL.*

Resumo: Os leiomiomas, tumores benignos de origem do músculo liso, são as neoplasias benignas sintomáticas mais comuns do intestino delgado. Recentemente os patologistas começaram a evitar as designações como leiomioma ou leiomiossarcoma para o termo *tumores estromais*. Os tumores do intestino delgado são incomuns,considerando-se que 80% do comprimento e 90% da superfície mucosa digestiva pertencem ao delgado, esse segmento contribui apenas com 3 a 6% dos blastomas gastrointestinais e 1% das neoplasias malignas do tubo digestivo. Entre os tumores gastrointestinais, os primários do intestino delgado são raros, correspondendo de 1 a 6%.O leiomioma é o mais comum dos tumores benignos (35%), sendo usualmente encontrado no segmento jejuno-ileal.Caracterizam-se por crescimento insidioso, podendo ser assintomático por longos períodos.Relato do Caso:Paciente fem, 57 anos, branca, com dor abdominal em flanco esquerdo há cinco dias e constipação há 2 dias, associada a vômitos e anorexia. Nega febre. Ao exame:BEG, hipocorada, hidratada, afebril.Abdome flácido,doloroso a palpação profunda em região de flanco esquerdo, DB -,RH+.TC abdominal:imagem de espessamento de alça intestinal com área nodular em seu interior sugestiva de invaginação.Transito intestinal:contraste não progride alem do jejuno, com acentuada distensão de alças de delgado.A paciente foi submetida à laparotomia exploradora onde foi encontrado intussuscepção de intestino delgado, há de 50 cm após ângulo de Treitz, desfeita manualmente,evidenciando nódulo de 5 cm,identificando lesão em alça.Realizado enterotomia do segmento e feito anastomose termino-terminal.Evolução pós-operatória sem intercorrência.Realizado estudo imunoistoquimico no material emblocado em parafina:-CD117 negativo, CD3 negativo, Desmina positivo e proteína S-100 negativo.Discussão:O trato gastrintestinal é a terceira

localização mais comum de leiomiomas, após o útero e a pele. O leiomioma é a mais comum lesão benigna sintomática do intestino delgado. É usualmente diagnosticado na 5ª década de vida, mas pode ocorrer em qualquer idade. Quando sintomáticos 54% dos leiomiomas causam dor abdominal e 45% provocam hemorragia. Obstrução aguda com ou sem intuscepção é mais incomum. A ressecção é o tratamento de escolha do leiomiomas. Apesar dos avanços nos métodos diagnósticos o leiomioma é insidioso e frequentemente seu diagnóstico não é realizado no pré-operatório e o resultado imunohistoquímico é determinante para o seguimento do tratamento da paciente.

**PO099 - TUMOR DESMOPLÁSICO DE PEQUENAS CÉLULAS REDONDAS – RELATO DE CASO**

**DIEGO CEZAR DA SILVA PECHUTTI**; **ALEXANDRÉ BAKONYI NETO**; **CRISTIANO CLAUDINO OLIVEIRA**  
*FMB - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O tumor desmoplásico de pequenas células redondas (TDPCR) é uma neoplasia rara e altamente agressiva que foi recentemente relatada por Gerald et al. Afeta predominantemente jovens do sexo masculino, tendo uma localização predominantemente intra-abdominal. Relato de Caso: Relata-se o caso de um jovem de 23 anos, que começou referir uma dor abdominal localizada em flanco D, com irradiação para região inguinal D, associado à dificuldade de urinar e evacuar. Em tomografia foi constatado a presença de massa pélvica, realizada uma biópsia guiada por ultrassonografia, cujo estudo imunohistoquímico confirmou uma neoplasia maligna de células pequenas redondas e azuis. Foi optado por tratamento cirúrgico, com ressecção em bloco da lesão realizando uma abordagem extra peritoneal. Discussão: O paciente do caso relatado é portador de uma doença muito rara com dados limitados na literatura, assim não há uma padronização e protocolos sistematizados, a seguir. Há relatos de tratamento de poliquimioterapia com alta doses realizado antes da cirurgia, dados sobre a realização de cirurgia de debulking completo seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica, além de quimioterapia pós-operatória com TMO autólogo de resgate e radioterapia em abdômen total após debulking ótimo. Todas as modalidades terapêuticas descritas são praticamente semelhantes em relação aos desfechos oncológicos, nenhuma se destacando em relação outra até o momento. O prognóstico é reservado e embora o tratamento possa prolongar a vida em casos isolados, este não é curativo.

**PO100 - POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR - RELATO DE CASO**

**BRUNO ALCANTARA CASTILHO**<sup>1</sup>; **FÁBIO LOPES QUEIROZ**<sup>1</sup>; **PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER**<sup>1</sup>; **ANTÔNIO LACERDA FILHO**<sup>2</sup>; **RODRIGO ALMEIDA PAIVA**<sup>1</sup>; **FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA**<sup>1</sup>; **MARIA EMÍLIA CARVALHO CARVALHO**<sup>1</sup>; **VINÍCIUS PIRES RODRIGUES**<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO/DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Polipose Adenomatosa Familiar (FAP) é causada por uma mutação do gene APC, um supressor tumoral, ocasionando na alteração da regulação do crescimento dos tecidos e diversas manifestações clínicas. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de ao menos uma centena de pólipos adenomatosos colorretais, que inevitavelmente evoluem para carcinoma se não forem removidos. Relato do Caso: A.B.H., 39 anos, sexo feminino, iniciou com quadro de hemorragia digestiva baixa. Realizada colonoscopia, evidenciaram-se incontáveis pólipos por todo o cólon. A análise de alguns desses pólipos mostrou adenomas, sendo que no cólon transversal, adenocarcinoma intramucoso. Submetida a EDA, foram visualizados pólipos sésseis no estômago e três lesões localizadas no duodeno. Realizada mucosectomia de uma delas, com análise da peça mostrando adenoma tubular com displasia de baixo grau. A biópsia de papila também evidenciou adenoma tubular com displasia de baixo grau. Foi solicitada enteroscopia por cápsula para extensão da propedêutica, onde inúmeros pólipos foram identificados em duodeno e jejuno. A Retinografia Colorida do Olho mostrou hipertrofia pigmentar da retina, com duas lesões a direita e uma lesão a esquerda. Diagnosticada FAP, a paciente foi submetida a proctocolectomia total com bolsa ileal e ileostomia protetora Videolaparoscópicas. Discussão: Embora a maioria dos pacientes apresente história familiar de FAP, o caso estudado incorpora os cerca de 25% daqueles que apresentam nova mutação. Os pólipos originados das glândulas fúndicas são encontrados em cerca de 50% dos indivíduos com FAP. A maioria destas lesões é hiperplásica, com potencial de malignidade muito baixo, porém já foram descritos adenomas gástricos, displasia e carcinoma. Os pólipos duodenais são extremamente comuns, sendo encontrados em até 90% dos pacientes com FAP, principalmente na região periampular. Podem alcançar mais de uma centena deles e em até 30% dos casos, podem vir a desenvolver adenocarcinoma. Hipertrofia Congênita do Epitélio de Retina (CHRPE) são lesões que apresentam sensibilidade para FAP de 79% e especificidade 95%. A CHRPE isolada é encontrada em pessoas normais, mas a presença de mais de quatro lesões é um marcador fenotípico presente em até 2/3 das famílias portadoras de FAP. Estudos multicêntricos mostraram que durante o acompanhamento dos pacientes com bolsas ileais, foram detectados adenomas em até 53% dos casos, alguns com câncer.

**PO101 - APENDICITE AGUDA DECORRENTE DA INGESTA DE CORPO ESTRANHO.**

**JOSÉ INACIO ALMEIDA NETO**; **BRUNA SCHWAN GUEIRINI**; **FELIPE FERNANDES NOGUEIRA DE ALMEIDA**  
*HOSPITAL DE CLINICAS RADAMÉS NARDINI, MAUÁ, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A ingestão de corpos estranhos é um acontecimento frequente, principalmente entre crianças. A maioria destes passa de forma inócua pelo trato gastrointestinal, sem causar sintomas ou deixar sequelas. Apendicite aguda é a patologia cirúrgica emergencial de maior prevalência. Contudo, a impactação de um corpo estranho no lúmen apendicular como agente etiológico de apendicite é um evento



muito raro. Caso Clínico: Descrevemos o caso de um paciente masculino de 21 anos com quadro de dor abdominal baixa há aproximadamente 6 dias, associando-se a vômitos, febre e distensão abdominal. Após exames de imagem, identificou-se corpo estranho radiopaco em topografia pélvica, distensão e níveis hidroaéreos em alças intestinais. Foi submetido a apendicectomia laparotômica, evidenciando-se apendicite aguda perfurada e presença de dois corpos estranhos em seu lúmen. Evoluiu de forma satisfatória no pós-operatório, tendo-se feito uso de antibióticos de largo espectro. Discussão: Corpos estranhos impactados no trato gastrointestinal são usualmente retirados por técnicas endoscópicas. Quando provocam quadros infecciosos, deve-se proceder a uma resolução cirúrgica, preferencialmente por vídeolaparoscopia, a qual servirá tanto para fins diagnósticos quanto terapêuticos.

#### PO102 - SÍNDROME DO PINÇAMENTO AORTO-MESENTÉRICO – RELATO DE CASO

TALITA VILA MARTINS; PALOMA FORELL FAMER; ANTONELLA FURQUIM CONTE; DANIEL DE BARCELLOS AZAMBUJA; KAREN MALLMANN; JOSÉ VINCÍUS CRUZ

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A compressão vascular da terceira porção do duodeno entre a artéria mesentérica superior (AMS), a aorta e a coluna é condição incomum, cujo diagnóstico requer alto grau de suspeição. OBJETIVO: O objetivo do estudo é relatar um caso de síndrome do pinçamento aorto-mesentérico (SPAM), sua investigação e o sucesso no tratamento clínico. Relato do Caso: BEVP, masculino, 27 anos. Submetido a proctocolectomia total com anastomose de bolsa ileal ao canal anal e ileostomia protetora, seguida de fechamento de ileostomia três meses após, sem intercorrências. Atendido no 10ºPO da última cirurgia com vômitos e distensão abdominal. Ao exame, emagrecido (IMC 17,1Kg/m<sup>2</sup>), desidratado, abdome distendido e timpânico; TC mostrando oclusão intestinal até o nível infraumbilical, podendo estar relacionado a brida precoce em nível ileal. Indicada laparotomia exploradora com evidência de pequenina brida em local de fechamento de ileostomia, prontamente desfeita. Evolui com vômitos incoercíveis e ausência de sinais de sepse. Nova TC com marcada distensão da câmara gástrica e do duodeno, estreitamento do espaço entre a aorta e a AMS, achados compatíveis com pinçamento aorto-mesentérico. Iniciada nutrição parentral (NPT), evoluindo com melhora dos vômitos e do estado geral, recebendo alta após 15 dias. Conclusão: A SPAM apresenta sintomas inespecíficos e podem incluir plenitude pós-prandial, distensão e dor epigástrica, náuseas e vômitos, estes que aliviam temporariamente os sintomas; 75% dos pacientes são crianças e adultos jovens, com baixo peso em 80% dos casos. Situações que predispõem ao desenvolvimento da síndrome são perda aguda do coxim gorduroso retroperitoneal causada por condições como queimaduras, trauma grave, emagrecimento rápido. A anastomose de bolsa ileal no canal anal cria

condições para a acentuação do ângulo entre a aorta e AMS, sendo causa rara mas já relatada da síndrome. A TC com duplo contraste é um método rápido, confiável e relativamente não-invasivo para avaliação diagnóstica. A abordagem inicial inclui a administração de fluidos intravenosos e correção de distúrbios eletrolíticos. Suporte nutricional mais agressivo enteral ou parenteral pode ser utilizado até a via oral ser restabelecida. Se as medidas nutricionais falharem em aliviar os sintomas e a desnutrição persistir uma correção cirúrgica será necessária.

#### PO103 - TROMBOSE DE VEIA MESENTÉRICA: RELATO DE CASO

CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR; MARCOS GONÇALVES DE ALMEIDA; ALICE MOREIRA DIAS; MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Trombose venosa é uma moléstia relacionada a alterações na homeostasia do tecido hematopoiético. No quadro de trombose mesentérica os principais fatores desencadeantes seriam cirurgia abdominal prévia e hipercoagulabilidade. Ademais, é de suma importância destacar que a trombose venosa de veia mesentérica é dificilmente deparada por cirurgiões e seu tratamento por trombectomia é raro, sendo a ressecção intestinal tratamento indicado na maioria dos casos. OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo discorrer sobre afecção rara e, portanto de interesse clínico. MÉTODOS: Foi realizado levantamento bibliográfico em bases de dados LILACS e MEDLINE e posteriormente foi realizada pesquisa de prontuário. Relato de Caso: R.C.A.G, sexo feminino, solteira, 50 anos, encaminhada ao serviço via central de vagas com queixa de dor em abdome inferior com início há 01 dia, de moderada intensidade e acompanhada de distensão abdominal. Paciente referia hábito intestinal normal com eliminação de flatos e negava febre ou disúria. Ao exame apresentou abdome pouco distendido, timpânico e doloroso a palpação infraumbilical. Apresentava também Sinal de Blumberg e Lapinsky negativos. Foi realizada ultrassonografia pélvica transvaginal que constatou a presença de líquido livre no espaço hepatorenal e radiografias abdominais que revelaram presença de nível hidroaéreo em abdome superior e sinais de bloqueio em fossa ilíaca direita. Foi realizada também tomografia abdominal que evidenciou líquido livre na cavidade e distensão de estômago e intestino delgado com lentificação do trânsito intestinal. Foi indicada laparotomia exploratória sendo realizada enterectomia parcial com enteroentero anastomose por abdome agudo vascular. Durante ato cirúrgico foi identificada trombose de vasos mesentéricos e isquemia de múltiplas alças. Conclusão: A trombose de vasos mesentéricos é rara e frequentemente culmina com o óbito do paciente, sendo que neste relato o sucesso cirúrgico foi obtido, com alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.

**PO104 - ADENOMA VILOSO GIGANTE DE RETO - RELATO DE CASO**

MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS; NUALA MAIA DA FONSECA; PAULA GUIMARAES RODRIGUES; ANTONIO CARLOS MIRANDA; FÁBIO JOSÉ TELES; DINA MARTINS RODRIGUES; ADRIANA MARTINS RANGEL

*HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Objetivo deste trabalho é relatar caso de adenoma viloso gigante de reto apresentando-se com síndrome depressiva e hipocalemia severa. Material e Métodos: Relato de Caso clínico com revisão de dados contidos no prontuário médico. Resultado: MLOF, 63 anos, sem comorbidades, nega história familiar de neoplasias, encaminhada ao Serviço de Coloproctologia do Hospital da Piedade, Rio de Janeiro, em janeiro de 2011 com relato de mucorréia e hipocalemia severa (K 2,6), em tratamento com reposição oral de potássio. Paciente relata sangramento anal há 4 anos, sendo solicitado a colonoscopia em outra unidade. Exame até o cólon direito, evidenciado lesões vegetantes e polipoides entremeadas com áreas normais desde os 3cm até 10-12cm da margem anal, realizado biópsias (adenoma túbulo viloso com displasia de baixo grau). Paciente informada sofre os riscos de malignidade da lesão e a proposta cirúrgica, porém se recusou a operar. Desde então, mantém acompanhamento endoscópico anual com biópsias seriadas da lesão. Última colonoscopia realizada em novembro de 2010 evidenciou lesão de espraiamento lateral, extensa, circunferencial, aveludada, dos 3cm aos 20cm da margem anal. Histopatológico evidenciou adenoma túbulo viloso com displasia moderada. A paciente submetida à retossigmoidectomia com anastomose colôn anal mecânica. Histopatológico evidenciou adenoma viloso com displasia acentuada, medindo 15cm no maior eixo. Margens cirúrgicas e 8 linfonodos isolados, livres de neoplasia. Mucosa adjacente sem particularidades. Conclusão: A maioria dos pacientes com adenoma viloso de reto se apresenta com sintomas gastrointestinais inespecíficos ou são completamente assintomáticos. Podem se apresentar com diarreia, gerando um quadro de síndrome depressiva caracterizada por hipocalemia, hiponatremia, acidose metabólica e desidratação severa. Adenomas vilosos apresentam produção e secreção exagerada de muco. O manejo dos adenomas vilosos gigantes de reto é um problema cirúrgico. A natureza benigna da patologia demanda um tratamento conservador com baixa morbimortalidade. Em contrapartida, o grande potencial de malignização (40% nos maiores de 4cm), requer excisão completa com margens cirúrgicas de segurança para uma avaliação patológica completa e diminuição da recorrência.

**PO105 - CORPO ESTRANHO NO RETO: RELATO DE DOIS CASOS**

CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA; MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO; PAULO PEDROSO SILVEIRA

JUNIOR; ALICE MOREIRA DIAS; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: A presença de corpo estranho intrarretal pode ter várias causas, sendo, atualmente, o auto-erotismo sua principal causa, quer pelo abuso de drogas ou pela liberação sexual. Objetivo: Relatar dois casos de corpo estranho introduzido no reto como prática auto-erótica. Relato dos casos: Caso 1: Homem, 48 anos, procurou atendimento referindo Introdução “acidental” de tubo plástico como método auxiliar para remoção de fezes endurecidas. Já havia sido atendido no mesmo serviço com quadro semelhante, sendo removido tubo plástico por via retal. No episódio atual, o toque retal mostrava sangramento e presença de objeto plástico no reto baixo. No centro cirúrgico o corpo estranho removido por via anal com pinça apreensora sob raqui anestesia. Após a remoção uma anoscópia de controle mostrou laceração da mucosa retal sem sinais de sangramento ativo. Caso 2: Homem, 62 anos referia que há dois dias introduziu no reto frasco contendo óleo para massagens para aliviar prurido anal. Tentou, sem sucesso, remover o objeto aplicando enemas por dois dias. No exame abdominal não havia irritação peritoneal e no toque retal identificava-se sangramento na luva, não sendo possível tocar-se o corpo estranho. A radiografia do abdômen mostrou objeto localizado na transição retossigmoideana. Após infrutíferas tentativas de remoção por via endoscópica optouse pela realização de laparotomia exploradora, que revelou sufusões hemorrágicas no reto intraperitoneal sem sinais de perfuração. O corpo estranho foi removido pelo ânus após mobilização distal. Conclusão: A presença de corpo estranho intrarretal deve ser sempre aventada nos doentes adeptos a práticas de autoerotismo que apresentem sangramento retal.

**PO106 - ENDOMETRIOSE EM RETO: Relato de Caso NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - SALVADOR-BA**

DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIANES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A endometriose intestinal consiste na presença de glândulas e estroma endometrial no intestino e sua prevalência oscila entre 5,3% e 12%. O reto e o sigmoide são responsáveis por 70% a 93% de todas as lesões endometriais intestinais. Pode causar sintomas obstrutivos, dificultando a distinção entre a doença maligna e inflamatória. Muitos casos são diagnosticados, a partir de queixa inicial de enterorragia seguido da suspeita de tumoração maligna, já que não existem sintomas patogênicos específicos, tornando o seu diagnóstico um grande desafio. Objetivo: Relatar um caso de endometriose de reto em uma paciente do Hospital

Geral Roberto Santos. Relato de Caso: Paciente feminina, 40 anos, apresentando há 1 ano, quadro de perda de muco pelo ânus, alteração do ritmo intestinal, com obstipação e hema-toquesia. Negava perda de peso. Observava-se ao toque retal endurecimento de parede antero-lateral esquerda medindo cerca de 5cm e ao toque vaginal endurecimento de fundo de saco posterior com aparente acometimento de do colo uterino. Exame ginecológico sem alterações. Colonoscopia demonstra em mucosa de reto, lesão ulcerada de 5cm, sugerindo infiltração, endurecida, de aspecto irregular e localizada a 4cm da borda anal. Anatomia patologia trata-se de processo inflamatório crônico inespecífico de reto. RNM de pelve com área alongada, focal, acoplada á parede retal anterior, medindo 4,3x2,3x1,2cm de espessura (ântero-posterior), a imagem exibe íntimo contato com parede posterior de colo uterino e septo retovaginal com realce ao meio de contraste paramagnético e adenomiose. USG com pesquisa de endometriose profunda evidenciou imagem compatível com lesão endometrióide profunda de reto, colo uterino e parede vaginal posterior. Paciente foi encaminhada para tratamento ginecológico, com redução da sintomatologia, permanecendo ainda em acompanhamento com a coloproctologia. Conclusão: A agressividade da doença que compromete o intestino, seu diagnóstico diferencial com o câncer e o aumento da chance de concomitância de doenças malignas nestas pacientes é inegável. Dessa forma, é de fundamental importância o acompanhamento regular para controle da doença.

**PO107 - RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS**

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MARCUS VINICIUS CASTRO DE OLIVEIRA LOPES; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; INDIRA LIMA SERRA; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA; BRUNO FREIRE MARGOTTI  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Prolapso do reto significa a saída completa ou “parcial” desse segmento do intestino grosso pelo ânus, podendo ser aparente ou oculto. Tem etiologia ainda não esclarecida e relacionada a vários fatores tais seja congênitos ou adquiridos. Existem vários procedimentos cirúrgicos para correção de prolapso retal, dentre eles a retossigmoidectomia perineal. Objetivo: Analizar a experiência em retossigmoidectomia perineal para a correção prolapso retal completo operados no serviço residência em coloproctologia do Hospital Geral Roberto Santos no período de 2 anos. Métodos: Foram analisados os prontuários de 13 pacientes submetidos a retossigmoidectomia perineal de março de 2011 a março de 2013. As variáveis avaliadas foram idade, sexo, queixas clínicas, tempo do procedimento, intercorrência no intra e pós operatório precoce ou tardio, tempo de internamento e recidiva. Resultados: A média de idade dos pacientes foi de 71,3(32-97)

anos. A maioria dos pacientes eram mulheres (61,5 % contra 38,5 % dos homens). O tempo cirúrgico médio foi de 60(40 a 95)min. Todos os pacientes foram submetidos a anastomose manual. Não houveram complicações no intra – operatório. Todos os pacientes receberam antibiótico profilaxia. Somente em um paciente não foi realizado a plicatura músculo elevador do ânus. Complicações pós-operatórias ocorreram em três casos, 23% (pneumonia, sepse secundário a isquemia mesentérica e deiscência da anastomose). O período de internação hospitalar foi de 4,3(3-6)dias. Discussão: A média de idade é compatível com dados epidemiológicos em estudos. O maior número de mulheres comparados ao de homem tem relação com a fraqueza dos músculos perineais femininos e com o envelhecimento. O tempo de internamento médio de 4,3 dias é pequeno quando comparado ao pós operatório de cirurgias abdominais convencionais. Somente 1 paciente teve recidiva do prolapso e foi submetido a correção cirúrgica sem outras intercorrências. Conclusão: Observou-se que a cirurgia de Altemeier apresenta uma baixa mortalidade, morbidade e taxa de recidiva e é um procedimento satisfatório para correção de prolapso retal completa em pacientes idosos

**PO108 - HEMORRAGIA DISGESTIVA CAUSADA POR GIST DE JEJUNO – RELATO DE CASO**

GUSTAVO URBANO; OMAR FÉRES; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; ROGÉRIO SERAFIM PARRA; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO; VIVIAN REGINA GUZELA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Sangramento exteriorizado junto às fezes pode originar-se de qualquer segmento do trato gastrointestinal, sendo a fonte determinada por exame físico associado a exames endoscópicos na maioria dos casos. Menos de 5% das lesões não são assim identificadas, tendo origem provável no intestino delgado. Neste cenário a cápsula endoscópica tem se firmado como método de grande valor para estabelecer o diagnóstico e pode mostrar Resultados surpreendentes, como no presente relato. Relato de Caso: paciente masculino, 84 anos, apresentou melena durante 4 dias. Sentia-se bem e negava sintomas de anemia, dor abdominal ou perda de peso. É hipertenso, foi submetido a cirurgia de revascularização miocárdica há 7 anos e a apendicectomia quando jovem. Faz uso de anlodipina e AAS 100mg ao dia. Ao exame físico apresenta-se descorado, sem taquicardia, sem dor e sem massas palpáveis no abdome. Os exames laboratoriais indicavam anemia (hemoglobina de 8,4 g/dL, há alguns meses o valor era de 15,7 g/dL) e a endoscopia digestiva alta mostrou gastrite enantematososa leve, sem sinais de sangramento. Submetido à colonoscopia, também sem sinais de sangramento. Para avaliação do intestino delgado foi utilizada a cápsula endoscópica, que evidenciou tumoração no jejuno abaulando extrinsecamente a mucosa. Por fim foi realizada enterorressonância, que confir-

mou uma massa a cerca de 30 cm do ângulo de Treitz. Proposto e realizado o tratamento cirúrgico: tumoração endurecida na borda antimesentérica do jejuno, infiltrando toda a parede da alça, com cerca de 3 cm de diâmetro; ressecado este segmento e confeccionada anastomose mecânica látero-lateral. O paciente apresentou excelente evolução pós-operatória, e não apresenta recidiva do sangramento. O estudo anatomopatológico e imunohistoquímico da peça cirúrgica mostra neoplasia de células fusiformes, circunscrita, com raras mitose e positividade para C-kit, confirmando o diagnóstico de tumor estromal gastrointestinal (GIST). Conclusões: hemorragias digestivas de origem obscura devem suscitar hipóteses de patologias do intestino delgado, sendo a cápsula endoscópica ferramenta de grande valia para o diagnóstico adequado. O presente relato ilustra a ocorrência de uma entidade pouco frequente, um tumor estromal gastrointestinal (GIST) no jejuno, causando o sangramento. Estas tumorações apresentam comportamento benigno na maioria dos casos, e as manifestações de sangramento são em geral as responsáveis pela indicação de tratamento cirúrgico.

#### PO109 - TUMOR DESMÓIDE PARARRETAL EM POLIPOSE MÚLTIPLA

CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA; ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; CAMILA PREAZZOLI; VANESSA FORESTO MACHADO; GUSTAVO BOTECA DE SOUZA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os tumores do espaço pré-sacral e pararretais compreendem um grupo raro e heterogêneo de lesões, localizados em região anatômica de difícil acesso apresentando-se através de quadro clínico inespecífico. Esses tumores apresentam múltiplos tipos histológicos e diferentes etiologias. Podem representar um dilema diagnóstico e terapêutico ao cirurgião. Objetivo: Relatar o caso de tumor desmóide pré-sacral e descrever a abordagem diagnóstica e terapêutica instituída. Relato de Caso: Mulher, 19 anos, com queixa de tumoração em região pararretal esquerda que havia surgido há seis meses, com crescimento progressivo. Referia ainda constipação intestinal e fezes em fita. Ao exame físico observou-se abaulamento na região perineal esquerda, com extensão para o glúteo esquerdo, causando assimetria entre as nádegas. O toque retal evidenciou abaulamento da parede lateral esquerda do reto, de consistência endurecida, mucosa íntegra, com início a 3 cm da borda anal. A ressonância magnética da pelve evidenciou lesão expansiva ovalada, heterogênea, medindo 16,9x9, 2x9,4 cm, localizada na pequena bacia e protruindo para o glúteo, deslocando o útero e a bexiga ântero-superiormente e o canal anal/reto, lateralmente à direita. A colonoscopia evidenciou múltiplos micropólipos no cólon esquerdo e reto, (anatomopatológico: adenoma tubular com displasia de baixo grau), sugerindo polipose adenomatosa familiar ate-

nuada, além de abaulamento extrínseco do reto, determinado redução do lúmen. A paciente foi submetida à ressecção da lesão através de acesso combinado (via abdominal e pararretal). Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório. O exame histopatológico sugeriu tratar-se de lesão mesenquimal fusocelular sem atipias e a imunohistoquímica fibromatose do tipo desmóide (vimentina, 1A4 e Beta-Catenina positivos; CD 117, CD34, S100, AE1/AE3 negativos). Conclusão: Devido à sua raridade, o diagnóstico dos tumores pré-sacrais e pararretais pode ser um desafio. O diagnóstico por imagem preciso e confiável é essencial para identificar a abordagem cirúrgica ideal. O tratamento deve ser determinado pela natureza e localização da lesão e do grau de envolvimento das estruturas adjacentes, minimizando a morbidade.

#### PO110 - PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL IDIOPÁTICA CRÔNICA

GUSTAVO BOTECA DE SOUZA; VANESSA FORESTO MACHADO; ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; CAMILA PREAZZOLI; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A pseudo-obstrução intestinal idiopática crônica (POIIC) é uma síndrome caracterizada por quadros recorrentes de obstrução intestinal sem fator mecânico, metabólico ou sistêmico causal identificável. Em geral o diagnóstico é realizado tardiamente, após múltiplos procedimentos cirúrgicos. É uma doença rara devido a alterações neuropáticas, miopáticas ou anormalidades na célula intersticial de Cajal. O quadro é caracterizado principalmente por dor abdominal, náusea e vômitos, constipação e diarreia. Alguns pacientes, sem terapêutica adequada, apresentam perda ponderal considerável e desnutrição. O diagnóstico é estabelecido pelo reconhecimento da síndrome e exclusão de causa mecânica ou outras por endoscopia, exames radiológicos, estudos manométricos e cirurgia. Nenhuma forma de tratamento se mostrou consistentemente efetiva no tratamento da doença, sendo seu manejo feito com procinéticos, analgesia, ressecção cirúrgica na doença localizada, enterostomias descompressivas e suporte nutricional. Objetivo: Relatar dois casos de pacientes com POIIC em seguimento no Ambulatório de Coloproctologia do nosso serviço. O primeiro, homem, 47 anos, com quadros recorrentes de suboclusão intestinal de longa data, com exacerbações em intervalos menores e sintomatologia progressivamente mais intensa, submetido a duas laparotomias exploradoras em outros serviços sem identificação de fator obstrutivo. Permaneceu com queixas de distensão abdominal, vômitos e diarreia. Em agosto de 2012, foi submetido à jejunostomia descompressiva e desde então refere melhora sintomática importante. O segundo, mulher, 28 anos, veio encaminhada ao serviço após colectomia total por possível megacólon congênito e manteve queixas no pós-operatório de

dor abdominal, vômitos e diarreia. Novamente submetida à laparotomia exploradora em março de 2011, com confecção de ileostomia em alça e biópsia retal, que revelou achados compatíveis com POIIC. Em função da melhora transitória, realizada nova laparotomia exploradora com lise de aderências e jejunostomia descompressiva a Witzel. Discussão: A conduta terapêutica adotada em nosso serviço, a jejunostomia descompressiva à Witzel, tem como objetivo o alívio da distensão abdominal, permitindo aceitação da dieta intermitente.

#### PO111 - TUMOR RETRORETAL - RELATO DE DOIS CASOS

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; MARIANA ANDRADE CARVALHO; GABRIEL DE CARVALHO CUNHA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA *HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os tumores que aparecem no espaço retroretal são lesões incomuns, que se apresentam com sintomas e sinais inespecíficos, o que leva a dificuldade diagnóstica. Por causa disso, estes tumores tendem a ter um tamanho substancial ao diagnóstico. Os recentes avanços nos métodos de imagem tem ajudado no diagnóstico e escolha do tratamento cirúrgico desses tumores. O objetivo deste trabalho é apresentar o relato de dois casos de tumores retroretais submetidos a tratamento cirúrgico - cirurgia de Kraske com seus Resultados, complicações e seguimento. Caso 1: Paciente IFPIFM, 17 anos, deu com dor retal e saída de secreção purulenta pelo anus. Ao toque retal apresentava grande abaulamento em parede retal posterior endurecido e área de laceração de mucosa retal com saída de secreção purulenta. Realizou RNM de pelve que mostrou lesão cística retroretal de 6,0 x 3,5 x 3,5 cm. Iniciado tratamento com antibióticos para resolução do quadro infeccioso e posterior abordagem cirúrgica da lesão. Programada cirurgia de Kraske que foi realizada 4 semanas após. Durante o procedimento observou-se lesão multilobulada com abertura para a parede retal posterior - fistulizada, sendo totalmente ressecada. Desbridadas a borda da fistula para o reto e realizada sutura retal. A paciente evoluiu bem, recebendo alta no 2º dia pós-operatório sem complicações. O resultado do anátomo-patológico mostrou se tratar de hamartoma cístico retroretal. Seguimento de 3 meses sem sinais de recidiva. Caso 2: Paciente RLS, 52 anos, acompanhada pela ginecologista por sangramento vaginal, sendo encaminhamento por exame físico alterado. Sem queixas gastrointestinais. Toque retal com lesão endurecida em região pósterolateral esquerda a 4cm da borda anal. RNM com lesão expansiva sólida em topografia retroperitoneal pélvica de 7,7x7,6x6,8 cm com limite inferior em contato com a musculatura do elevador do ânus. Realizado procedimento pela técnica de Kraske. Procedimento sem intercorrências, utilizando a pinça seladora Enseal® para facilitar a hemostasia. Não houve abertura da parede retal. A paciente recebeu alta no 1º dia pós-operatório. Evoluiu sem complicações. O resultado do anátomo-patológico mostrou se tratar de tumor fibroso solitário. Conclusão:

O tumor retroretal é uma lesão rara e de difícil diagnóstico. É importante a realização de exame de imagem complementares para melhor estudo dos limites da lesão e correta definição da abordagem cirúrgica.

#### PO112 - CARCINOMA BASOCELULAR DE PELE PERIANAL: RELATO DE CASO.

MARIANA SANO GAROTTI; EDUARDO ROSETTI FILHO; JOÃO CARLOS MAGI; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna mais comum em humanos, principalmente em indivíduos de pele clara. As lesões em região perianal são extremamente raras, representando menos de 0,2% dos tumores anorretais. Objetivo: Relatar um caso de CBC de pele perianal, seu diagnóstico e tratamento. Relato do Caso: J.M.A., 54 anos, masculino, queixa de lesão perianal há seis meses com crescimento rápido, sangramento e odor fétido. Antecedente de exérese de CBC em ombro direito há 20 anos. Ao exame: lesão vegetante a 5 cm da borda anal em nádega direita com diâmetro de 20 cm e aderida aos planos profundos. Submetido a ressecção em bloco com margem macroscópica de 2 cm e profunda até plano gorduroso. Histopatológico de carcinoma basocelular com padrão de crescimento expansivo, margens cirúrgicas livres, invasão perineural não detectada, paliçadas periféricas mal formadas, pleomorfismo nuclear leve e estroma tumoral do tipo fibroso. Boa evolução sem recidiva até o terceiro mês de seguimento. Discussão: o CBC pode acometer o canal anal, a região perianal (anteriormente conhecido como carcinoma da margem anal, localizado a uma distância de menos de cinco centímetros da margem anal), e a pele perianal (a uma distância maior de cinco centímetros da margem anal). O tratamento de escolha é a excisão local com margens livres, senda que as taxas de cura superam 90%. Conclusão: O CBC deve ser incluído no diagnóstico diferencial de tumores da região perianal.

#### PO113 - TUMOR CARCINÓIDE DE ÍLEO TERMINAL: APRESENTAÇÕES DISTINTAS DE UM MESMO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO.

MARIANA SANO GAROTTI; CAROLINA GASTALDELLI; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; ANDRÉ LUIGI PINCINATO; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Neoplasia histologicamente menos frequente, o tumor carcinóide tem comportamento maligno de crescimento lento e compromete predominantemente o intestino delgado. Uma de suas características marcantes é a síndrome carcinóide, porém muitas outras apresentações clínicas ocorrem e podem ser de difícil diagnóstico. Objetivo: Relatar três casos de tumor carcinóide de íleo terminal e suas manifestações clínicas. Relato dos casos: Caso 1- Homem, 35 anos,

com cólica abdominal difusa há um ano, distensão, diarreia, taquicardia, sensação febril com sudorese e hipertensão arterial sistêmica de difícil controle. Colonoscopia evidenciou lesão erosiva única em íleo terminal, caracterizado como tumor carcinóide em estudo histológico, positivo para cromogranina A e Ki67. Submetido à ileocectomia segmentar, confirmando tumor carcinóide grau II, com invasão vascular e dois linfonodos. Caso 2 - Mulher, 54 anos, com diarreia há três meses, perda ponderal, rubor facial, tumoração móvel em fossa ilíaca direita e hepatomegalia. Tomografia computadorizada de abdome (TC) evidenciou múltiplas metástases hepáticas e espessamento de íleo terminal. Colonoscopia confirmou tumoração infiltrativa em ceco, caracterizada como tumor carcinóide em estudo histológico, com sinaptofisina e cromogranina A positivas. Realizado octreotida antes da ileocectomia segmentar para controle da síndrome carcinóide e visualizado, no ato cirúrgico, dois tumores multicêntricos no íleo e ceco, confirmados histologicamente como tumor carcinóide grau III, com invasão linfática e perineural e dois linfonodos comprometidos. Caso 3- Mulher, 57 anos, com oito meses de cólica abdominal, sensação de peristalse associada a alteração do hábito intestinal e perda ponderal. Apresentava tumoração palpável em hipogástrio, móvel e dolorosa. TC evidenciou enovelado de alças de delgado em mesogastro com dilatação das alças à montante. Trânsito intestinal mostrou falha de enchimento em duas áreas distintas. A laparotomia exploradora revelou espessamento de delgado (30cm de extensão) com área de estenose a 10 cm da válvula íleo-cecal. Realizada ileocectomia segmentar com diagnóstico histológico de focos sincrônicos de tumor carcinóide com um linfonodo comprometido. Considerações finais: O tumor carcinóide tem distintas apresentações clínicas que acarretam dificuldade diagnóstica, impondo-se investigação exaustiva e tratamento cirúrgico.

**PO114 - ENTEROSCOPIA ASSISTIDA POR “DEVICE” – CASUÍSTICA DOS PRIMEIROS 500 PROCEDIMENTOS NUM ÚNICO CENTRO**

MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA; ROLANDO TA-  
VEIRA PINHO; EDUARDO SERRA OLIVEIRA  
*MANOPH - INSTITUTO CUF, PORTO, PORTUGAL.*

Resumo: Introdução: As técnicas de endoscopia profunda constituem complemento importante da enteroscopia por cápsula (CE), permitindo biopsias e terapêutica. Metodologia: Revisão da nossa casuística de 500 enteroscopias: Enteroscopia por duplo balão (DBE) anterógrada - 369 exames; retrógrada- 125; Enteroscopia espiral (SE) via oral- 6. Resultados: Idade média 55.3 anos; 50.6% homens. Enteroscopia anterógrada (DBE/SE)- Indicações: Lesões na CE 226 (ectasias vasculares 97, tumores 76, erosões/úlceras 32, outros 21), suspeita DII 39, poliposes 36, estenoses 14, HDO-CE negativa 36, esclarecer TAC 7, dor abdominal 6, síndrome má absorção 5, corpo-estranho 5, enterite rádica 1, fistula 1. Profundidade: jejuno 139, íleon 230, colon 5, esôfago 1 (estenose). Duração: 62min. Diagnóstico: normal 124, ectasias vasculares 96, poliposes 33, inflamação 22,

Crohn 23, tumores 17, pólipos 12, estenoses 8, lipoma 7, divertículo(s) 5, Celiaca 4, hiperplasia linfóide 4, linfoma 3, enterite-rádica 3, corpo-estranho 5, neurofibromas 2, hemangiomas 3, fistula 1, parasitas 1, outros 15. Técnicas: biopsia 75, tatuagem 131, APC 92, polipectomia 31, clips 12, extracção corpos-estranhos 5, dilatação 5, injeção 5. Complicações: 3 perfurações (dilatação 1, APC 1, exame diagnóstico em enterite-rádica 1), 1 pancreatite. DBE retrógrada - Indicações: Lesões na CE 62 (tumores 26, erosões 20, ectasias vasculares 11, outras 4), DII 30, HDO 11, estenoses 7, esclarecer TAC 4, dor abdominal 3, colonoscopia difícil 3, corpo-estranho 2, enterite-rádica 1, suspeita de Meckel 1, poliposes 2. Profundidade: cego 4, íleon distal 51, íleon proximal/ médio 70. Duração: 54min. Diagnósticos: normal 47, inflamação 19, Crohn 16, estenoses 9, ectasias vasculares 8, pólipos 7, tumores 3, parasitas 2, enterite rádica 1, linfoma 1, outros 14. Técnicas: biopsia 49, tatuagem 40, APC 9 polipectomia 5, dilatação 2, clip 1. Sem complicações. Conclusões: A enteroscopia profunda é uma técnica complementar importante da CE, com baixa taxa de complicações (0,8%), que ocorreram em procedimentos terapêuticos e em pacientes com patologia intestinal prévia.

**PO115 - ADENOCARCINOMA DE RETO INFERIOR ASSOCIADO A ONCOCITOMA RENAL: RELATO DE CASO**  
ROBERTO CARLOS GUANDALINI JR.; EDUARDO RO-  
SETTI FILHO; JOÃO CARLOS MAGI; GALDINO JOSÉ  
SITONIO FORMIGA

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELI-  
ÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O oncocitoma é um tumor renal raro e tem sua etiologia pouco esclarecida. O diagnóstico é histopatológico e a conduta é cirúrgica, variando de nefrectomia parcial a total. Relato de Caso: Paciente feminino, 55 anos, com queixa de mucorréia puxo, tenesmo, alteração do hábito intestinal e perda ponderal de 1kg há dois meses da admissão. Exame clínico geral e abdominal sem alterações. Exame proctológico em posição de Sims: inspeção sem alterações; toque retal com lesão úlcero-vegetante, endurecida, friável e sangrante lateral direita de 1 a 8 cm da borda anal. Tomografia de abdome superior e pelve com espessamento parietal em reto distal à direita, rim esquerdo com massa de densidade de partes moles, calcificações de perimeio, realce de contraste heterogêneo, medindo 5,4cm X 4,9cm. Discussão: O oncocitoma corresponde a 6-7 % dos cânceres renais. Os sintomas mais frequentes são dor, massa palpável e hematuria. Esta neoplasia tem caráter benigno, porém metástases em fígado e pulmão já foram descritas. A associação mais comum com o adenocarcinoma colorretal é a neoplasia gástrica. Foram encontrados, na literatura internacional, apenas dois casos de adenocarcinoma colorretal associado a oncocitoma renal. Conclusão: Trata-se de caso raro de adenocarcinoma de reto inferior associado a oncocitoma renal. Portanto tumor renal não metastático deve ser considerado no diagnóstico diferencial.

**PO116 - AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE PELO POSSUM E P-POSSUM COMO INDICADOR DE QUALIDADE EM CIRURGIAS COLORRETAIS**

MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO; FÁBIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA; MARCELO GIUSTI WERNECK CÔRTEZ; BRUNO ALCANTARA CASTILHO; FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; VINICIUS PIRES RODRIGUES

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A auditoria de um serviço de cirurgia é essencial para se realizar uma avaliação crítica e para se obter ganho na qualidade, e com este objetivo torna-se essencial a utilização de scores para predição de morbimortalidade pós-operatórias. O sistema POSSUM (Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity) busca prever a morbimortalidade nos 30 primeiros dias pós-operatórios. A utilização do sistema POSSUM/P-POSSUM foi adotada pelo Serviço de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho a partir de janeiro de 2011. Objetivo: O objetivo deste trabalho é analisar os Resultados obtidos nas cirurgias colorretais de janeiro 2011 a dezembro de 2012 e compará-los com os valores de POSSUM/ P-POSSUM esperados. Métodos: Foram selecionados 229 pacientes submetidos a cirurgias entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, sendo calculados o Possuim e P-possuim no pós-operatório. Para análise de morbidade e mortalidade possuim e P-possuim os pacientes foram divididos em grupos e calculado a morbidade e mortalidade para cada grupo. Para fins de análise foi utilizado o índice O/E (divisão da morbimortalidade observada pela esperada por cada categoria). Valor O/E igual a 1 representa 100% de acurácia, menor que 1 o índice superestimou a morbimortalidade e maior que um, a morbimortalidade foi subestimada. Resultados: Dos 229 pacientes 90(39,30%) apresentavam morbidade menor que 20, 65(28,38%) morbidade entre 20 e 40 e 75(32,75%) morbidade >20 com mortalidade de 6,66%,13,84 e 14,66 respectivamente(O/E: 0,51;0,49 e 0,23). Na análise da mortalidade pelo possuim foram feitas divisões em três categorias (P<5; 5e 10; e >10), com índice O/E de 0,82;0,56 e 0,51 respectivamente e quatro categorias pelo P-possuim (Pp <5; entre 5 e 10; entre 10 e 50 e >50). O índice O/E calculado foi de 1,54;0,81;0 e 0,97. A mortalidade geral do serviço foi de 4,8%. Conclusão: Possuim e P-possuim são ferramentas precisas para prever morbidade e mortalidade repectivamente embora possam sub ou superestimar-las. A instituição apresentou índices de morbidades e mortalidade inferiores ao estimado pelo possuim, mas com índices superiores ao estimado pelo P-possuim em 84,27% dos pacientes.

**PO117 - REVISÃO DE 37 PACIENTES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO INTESTINAL NO HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI DE CAMPINAS NO PERÍODO DE 3 ANOS**

GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; JOAQUIM JOSÉ

OLIVEIRA FILHO; BRUNO PEREIRA NEVES; DECIO BERGAMINI VIERA; GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO MORAES

*HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os estomas, há muito, vem sendo utilizados como um instrumento de auxílio terapêutico nas cirurgias colorretais. No entanto, o seu uso rotineiro deve ser considerado, uma vez que a cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal não é isenta de complicações, apresentando elevados índices de morbimortalidade. Objetivos: Determinar a epidemiologia dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal e analisar a morbimortalidade decorrente do procedimento. MÉTODOS: Análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti(Campinas-SP) em um período de 3 anos (2010-2013). Resultados: Estudou-se 37 pacientes, com idade média de 52 anos, sendo 19 mulheres e 18 homens. A principal indicação para confecção do estoma foi a proteção de anastomose(46%), seguida de abdome agudo clínico(24%). O tempo médio decorrido entre a confecção do estoma e a reconstrução de trânsito intestinal foi de 11 meses. A técnica predominantemente empregada foi a manual (62%) e o tempo médio de internação foi de 8 dias. A incidência de complicações foi de 43%, sendo a mais comum, o abscesso de parede(37,5%). Comparando os índices de morbidade entre os pacientes que foram submetidos à confecção de anastomose manual e aqueles submetidos à confecção de anastomose mecânica para todos os procedimentos realizados, observou-se maior índice de deiscência nos pacientes com anastomose manual. Conclusão: A cirurgia para reconstrução de trânsito intestinal não é desprovida de riscos e apresenta taxas consideráveis de complicações.

**PO118 - PROCIDÊNCIA DE RETO TRATADA PELA CIRURGIA DELORME**

RENATO VALMASSONI PINHO<sup>1</sup>; CAROLINA GOMES GONÇALVES<sup>2</sup>; FABIANA MARQUES FERNANDES<sup>1</sup>; SILVANO SADOWSKI<sup>1</sup>; GIOVANNI BOSIO MAGGI<sup>1</sup>; MARCELO TORTELLI BAVARESCO<sup>1</sup>; LUCAS THA NASSIF<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.FACULDA DE MEDICINA POSITIVO, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: O tratamento cirúrgico da procidência de reto apresenta múltiplas opções técnicas que incluem métodos intra-abdominais, com ou sem ressecção colônica e métodos perineais. O nosso objetivo é o de demonstrar que o acesso perineal, sem ressecção intestinal, é muito útil em pacientes idosos e com alto risco cirúrgico. Método: O prolapso completo do reto ocorre principalmente em pacientes do sexo feminino, com uma incidência acima de 80% e em pacientes idosos preferencialmente. Para a cirurgia de Delorme utilizamos anestesia de bloqueio associada a leve sedação, com o paciente em posição de litotomia, minimizando as complicações de uma

anestesia geral. O procedimento consiste em incisão circular da mucosa, acima da linha pectínea, após injeção de solução salina com ou sem vaso-constritor. Procede-se a dissecação do segmento mucoso prolapsado, promovendo a sua separação da camada muscular, propiciando o controle da hemostasia e a plicatura da mesma, favorecendo desta forma a aproximação das duas margens da mucosa e facilitando a sua anastomose. Prolapso retal completo está associado a hipotonia esfinteriana invariavelmente, a qual pode ser minimizada pela técnica de Reparo Anal Posterior, com aproximação dos músculos no mesmo tempo cirúrgico. O índice de recidivas no longo prazo atinge cerca de 15% dos pacientes, mas sempre com prolapsos de muito menor volume. Índices de morbi-mortalidade secundários ao procedimento são muito baixos. Resultados: Efetuamos a cirurgia de Delorme em 14 paciente do sexo feminino, que representam 85% dos casos de prolapso retal, sem mortalidade e com 1 complicação representada pela deiscência da anastomose mucosa com resultante lesão ulcerada de reto que permaneceu por 60 dias e tendo apresentado mucorreia e leve sangramento. Em 4 pacientes, que apresentaram prolapso mucoso residual, corrigimos através de ligadura com banda elástica em regime ambulatorial. Este método cirúrgico nos permitiu solucionar os importantes sintomas evacuatoriais, a dor e o sangramento, a melhora das condições de higiene e, principalmente, evitar surtos de encarceramento ou estrangulamento do segmento prolapsado. Mesmo com algum grau residual de incontinência, o método proporcionou evidente melhora da qualidade de vida de todos os pacientes. Conclusões: A cirurgia de Delorme demonstrou ser método útil e seguro na solução de prolapso completo do reto, em especial em pacientes idosos e com alto risco cirúrgico.

#### PO119 - RELATO DE CASO: POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

ANDRÉ PANTAROTO<sup>1</sup>; ALEXANDRÉ VENANCIO DE SOUSA<sup>1</sup>; MÁRIO PANTAROTO<sup>1</sup>; HELENA SOARES DE CAMARGO PANTAROTO<sup>2</sup>; MANOELA DOS SANTOS MEZZACAPPA<sup>1</sup>; MARCELA BRASIL FORTUNATO<sup>1</sup>; ALESSANDRA PRESOTTI CORREIA<sup>1</sup>

1.FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL; 2.NAPD NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Dentre as doenças genéticas polipóides que afetam o colo, a Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante, causada por mutações no gene Adenomatous polyposis coli (APC), localizado no cromossoma 5q21-q22, responsável por 1% dos cânceres de colo. Dentro do arsenal propedêutico disponível atualmente para o diagnóstico desta e de outras doenças genéticas (poliposes), destacam-se o aconselhamento genético e testes genéticos. Estes testes, quando indicados, possibilitam o diagnóstico definitivo da doença e a identificação de alterações genéticas relacionadas as manifestações extra colônicas da doença. Carcinoma duodenal e gástrico, câncer de tireóide, tumores do sistema nervoso central (meduloblastomas), en-

tre outras, são exemplos de manifestações extra colônicas. Objetivos: Relatar o caso de uma paciente do sexo feminino, 28 anos, com diagnóstico de PAF, assintomática, operada há 10 anos de colectomia total, após colonoscopia e investigação familiar positiva para câncer de colo, sem acompanhamento há 5 anos. Em exame colonoscópico, foi visualizado múltiplos pólipos em reto remanescente, que ao exame anátomo patológico foi diagnosticado adenoma de baixo grau de diferenciação. Proposto nova cirurgia, ressecção do colo remanescente com ileostomia definitiva, porém paciente recusou-se. Método: Informações obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente e revisão da literatura nas principais bases de dados médicas. Os descritores usados para pesquisa de maneira isolada e combinações foram: “Polipose adenomatosa familiar”, “estomia”, e “Adenomatous polyposis coli”. Discussão: O câncer colorretal ocorre em quase 100% dos indivíduos não tratados. O risco do câncer em PAF deve-se ao grande número de adenomas presentes no colo, que aparecem em idade precoce. A colectomia preventiva com anastomose ileorretal apresenta poucas complicações, porém em alguns casos há recidiva dos pólipos retais, havendo indicação de proctocolectomia total com bolsa ileal ou ileostomia definitiva. Conclusão: Pessoas com PAF devem ter controle rigoroso sobre a doença. As duas técnicas cirúrgicas proctocolectomia total com bolsa ileal e ileostomia definitiva, têm vantagens e desvantagens que devem ser discutidas com o paciente dentro de uma equipe multidisciplinar, levando-se em consideração principalmente a segurança e qualidade de vida dos pacientes.

#### PO120 - VOLVO DE ÍLEO TERMINAL EM PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE CASO

FÁBIO RAMOS TEIXEIRA<sup>1</sup>; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA<sup>2</sup>; JUVENAL ROCHA TORRES NETO<sup>1</sup>; ALEX RODRIGUES MOURA<sup>1</sup>

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO, SE, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIÓ, AL, BRASIL.

Resumo: O volvo de intestino delgado é uma anomalia da rotação intestinal em que há a torção de um segmento e seu mesentério sobre si mesmo ao longo de um eixo longitudinal. Mostra-se como uma afecção rara em população adulta, com poucos relatos no Ocidente, o que inclui o Brasil. É relatado um caso de um paciente de 28 anos com paralisia cerebral que desenvolveu volvo de íleo terminal. Com quadro de dor e distensão abdominal, vômitos, febre e parada de eliminação de gases e fezes há 3 dias, foi submetido à laparotomia exploradora. Constatou-se o volvo, e realizou-se ileocolectomia direita com anastomose. O paciente apresentou evolução desfavorável gradativa iniciando drogas vasoativas a partir do 5º dia de pós-operatório e óbito no 7º dia com falência múltipla de órgãos. A paralisia cerebral pode se mostrar, à medida que novos estudos sejam feitos, como um fator de risco para as anormalidades da rotação intestinal.



**PO121 - PROCIDÊNCIA DE RETO COM HÉRNIA DE EPÍPLON ASSOCIADA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

ISABELA DIAS MARQUES CRUZ<sup>1</sup>; FLAVIA RIBEIRO FIDELIS<sup>1</sup>; LINA MARIA GOES CODES<sup>1</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; ALINE LANDIM MANO<sup>1</sup>; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA<sup>1</sup>; EULER MEDEIROS AZARO<sup>1</sup>. *1.HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A procidência de reto consiste na exteriorização de todas as camadas do órgão através do canal anal. Sua fisiopatologia envolve diversas teorias, que atribuem a exteriorização a uma intussuscepção do reto de forma progressiva, associada a frouxidão dos ligamentos da pelve e hipotonia da musculatura esfinteriana, que culmina na exteriorização do reto pelo canal anal. Ocorre com maior frequência nos indivíduos do sexo feminino, acima dos 60 anos. Diversos fatores de risco parecem estar associados a esta patologia, com destaque para a constipação crônica. O tratamento é cirúrgico, e está associado a altos índices de recidiva. Objetivo: Apresentar um caso de correção de procidência de reto em paciente adulto do sexo masculino, portador de desordem psiquiátrica, com achado de hérnia de epíplon associada, seguido por revisão de literatura sobre os temas, com base de dados do Pubmed, Capes e Medline. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 50 anos, admitido com história de ferimento perianal há cerca de 3 meses e exteriorização de massa por via anal. Ao exame físico, identificadas lesões em granulação na região perineal e procidência retal de cerca de 8cm, com formação polipóide medindo cerca de 12cm em parede anterior do reto protruso. Submetido a retossigmoidectomia perineal (cirurgia de Altmeier), com exérese da formação polipóide na peça cirúrgica e esfinteroplastia posterior. A lesão polipóide tratava-se de abaulamento da parede do reto com epíplon em seu interior. Evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 3º dia em uso de antibioticoterapia e permanecendo em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: A procidência retal configura patologia de ocorrência rara e sem uma única teoria que explique sua fisiopatologia. Seu diagnóstico advém da referência pelo paciente sobre exteriorização progressiva de conteúdo via anal, e o tratamento é cirúrgico. A experiência do Relato de Caso ilustra um caso atípico, em paciente adulto e do sexo masculino com herniação de epíplon associada à procidência, cuja etiologia pode estar associada à constipação provocada pelo uso contínuo de antipsicóticos.

**PO122 - ENDOMETRIOSE PERIANAL – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

FLAVIA RIBEIRO FIDELIS; ISABELA DIAS MARQUES CRUZ; ALINE LANDIM MANO; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA; LINA MARIA GOES CODES; EULER MEDEIROS AZARO

*HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Endometriose é a ocorrência extrauterina de tecido glandular e estromal de endométrio. Acomete cer-

ca de 7-15% da população feminina em geral e mais de 50% das mulheres em idade pré-menopausal. A endometriose pode ser diagnosticada em sítios não genitais, como o colorretal em 5% e cicatriz umbilical, e mais raramente em pleura, cicatriz cirúrgica da cesariana ou da episiotomia, diafragma e rins. Relato de Caso: Paciente com nodulação perianal há quatro anos acompanhada de aumento do volume e de dor local durante o período menstrual. A paciente tinha passado de parto normal há dez anos, com episiotomia na ocasião. Muitos tratamentos clínicos foram tentados com antibioticoterapia após vários atendimentos médicos que suspeitaram de abscesso anorretal. No último ano, a nodulação apresentou aumento de tamanho, com dor permanente. Após atendimento no ambulatório de Coloproctologia deste Serviço, em virtude da história clínica, dos antecedentes médicos e do exame físico, suspeitou-se de endometrioma perianal. A paciente foi submetida à biópsia da lesão, cujo resultado confirmou diagnóstico de tecido endometrial. Foi realizada ultrassonografia endoanal para avaliar extensão da lesão e acometimento esfinteriano, exame que revelou envolvimento principalmente do esfíncter externo do ânus pela massa. A paciente foi tratada cirurgicamente com ressecção ampla do endometrioma e da musculatura esfinteriana envolvida; a ferida operatória cicatrizou por segunda intenção. O exame anátomo-patológico confirmou margens livres. A paciente manteve a continência fecal sem alterações e os sintomas foram resolvidos. DISCUSSÃO: Suspeita-se que o implante de tecido endometrial na incisão de episiotomia durante o parto vaginal seja responsável pela fisiopatologia da doença perianal. O acometimento esfinteriano é raro, normalmente associado ao diagnóstico tardio. Frequentemente, o endometrioma perianal é confundido com abscessos e fistulas; os pacientes são submetidos a terapêuticas equivocadas que postergam a resolução do caso. A excisão da lesão deve ser completa, porém sempre buscando a preservação esfinteriana. O espécime cirúrgico deve ter margens livres de lesão, sob pena de recidiva. Tratando-se de endometriose perianal, o diagnóstico e o tratamento precoces podem significar a manutenção da continência, uma vez que o tecido ectópico pode atingir o esfíncter externo do ânus.

**PO123 - TÉCNICA DE CERCLAGEM ANAL COM USO DE TELA DE POLIPROPILENO COMO ALTERNATIVA PARA PACIENTES IDOSOS OU COM COMORBIDADES NO TRATAMENTO DO PROLAPSO RETAL – ANÁLISE DE 11 CASOS.**

ORLANDO CONTRUCCI<sup>1</sup>; FELIPE PORTELLA<sup>1</sup>; GUILHERME AGUSTIN LOUZADA PEREDA<sup>2</sup>; CAROLINE MOTTA AGUIAR<sup>2</sup>; DEBORA AGOSTINI PESSOA DA COSTA<sup>2</sup>; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOU<sup>2</sup>

*1.SANTA CASA DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A técnica de cerclagem anal é utilizada para a correção de prolapso retais principalmente em pacientes com comorbidades ou idosos que não devem ser submetidos à anestesia

geral. A primeira técnica descrita no século XIX por Thiersch consistia em uma incisão anterior e posterior ao ânus, por onde se fixava um fio metálico de prata ao redor do esfíncter externo a fim de fortalecê-lo. A cirurgia se mostrava benéfica, pois trazia resolução a curto prazo, contudo a longo prazo causava incômodo e provocava recidiva, exigindo reabordagem cirúrgica. Logo, a técnica passou a ser utilizada como último recurso. Há 30 anos, variantes da cirurgia de Thiersch com a utilização de tela ao invés de fio metálico, resgataram a utilização da técnica, conservando seu aspecto de cirurgia segura para pacientes com risco cirúrgico ao mesmo tempo que evitando complicações. Acompanhamento pós-operatório de correção de prolapso retal de 11 pacientes submetidos à técnica de cerclagem anal modificada a fim de evidenciar resolução e complicações do seu uso. Análise epidemiológica de pós-operatório de 11 pacientes com comorbidades ou idade avançada submetidos a correção de prolapso retal a partir de cirurgia de Thiersch modificada. A técnica operatória modificada consiste em uma incisão posterior ao ânus de aproximadamente 2 cm, uma ântero-lateral esquerda e uma ântero-lateral direita. Há comunicação através de tunelização com pinças de Kelly de maneira a circundar o canal anal da incisão anterior às ântero-laterais, por onde se passa uma tela de polipropileno torcida. Em seguida traciona-se a tela até que a fenda anal fique justa para a passagem do dedo indicador, fixa-se a tela, retira-se excesso desta e sutura-se as incisões. Com o passar do tempo a tela promoverá fibrose local fortalecendo o esfíncter externo.

Dos 11 pacientes submetidos a cirurgia, 8 são do gênero feminino e 3 do masculino e a média de idade foi de 65,9 anos. Os pacientes foram acompanhados de 4 a 36 meses. Dois casos tiveram como complicação a exposição da tela, nenhum apresentou infecção, nenhum apresentou recidiva, dois casos apresentaram obstipação, sem sinais de estenose anal. A cirurgia de cerclagem anal com tela de polipropileno, variante da cirurgia de Thiersch descrita, demonstra-se, através dos Resultados, como uma boa alternativa no tratamento cirúrgico do prolapso retal em casos de pacientes com comorbidades ou idade avançada que não possam ser submetidos a anestesia geral.

#### PO124 - REPOSICIONAMENTO DE COLOSTOMIA SEM LAPAROTOMIA MEDIANA

THAIS YUKA TAKAHASHI; FANG CHIA BIN; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; SUZANA LIMA TORRES; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; PERETZ CAPELHUCHNIK; WILMAR ARTUR KLUG SANTA CASA DE MISERICORDIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução É comum a apresentação de complicações na realização de colostomias definitivas, sendo a hérnia paracolostômica uma das mais frequentes. A indicação e a técnica cirúrgica utilizada para correção dessa complicação dependerá dos sintomas, das condições clínicas e do estado atual da doença de base. Relato do Caso Trata-se de um paciente do sexo masculino de 75 anos submetido previamente a laparotomia mediana para amputação abdo-

minoperineal do reto por adenocarcinoma (T3N0M0 com neoadjuvância) e após quatro anos, à correção de hérnia paracolostômica também por laparotomia mediana com colocação de tela subaponeurótica. Evoluiu em um ano, com recidiva da hérnia paracolostômica complicada por fistula colocutânea, migração da tela para o interior do cólon e infecção local. Por se tratar de um paciente muito sintomático e com a doença de base controlada foi indicado reposicionamento da colostomia. A cirurgia foi realizada sem preparo intestinal e indução anestésica com ciprofloxacino e metronidazol. Iniciou-se pela mobilização do estoma com incisão fusiforme na junção mucocutânea, seguido-se de identificação do cólon e da tela, que encontrava-se supraponeurótica. Após liberação do cólon da aponeurose e da tela aderida, foi criado o novo sítio para a colostomia no quadrante superior esquerdo, distante da cicatriz umbilical, de proeminências ósseas e de cicatrizes prévias. Pela abertura da cavidade, foi realizada lise de bridas e posterior passagem do cólon, por via intra-abdominal, para o local do novo estoma. Procedeu-se ao fechamento da aponeurose e da pele com pontos simples. Em seguida, submetido à fixação do cólon à pele. Paciente teve alta no terceiro dia de pós-operatório com antibiótico terapia, retornando ao ambulatório com infecção no sítio prévio da colostomia com resolução após drenagem. Conclusão: Consideramos uma tática cirúrgica atraente a relocação da colostomia sem laparotomia mediana por diminuir o trauma cirúrgico e a dor pós operatória, com menor tempo de recuperação.

#### PO125 - RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA DE ENTEROBACTÉRIAS ISOLADAS NOS PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA GERAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE

CAMILA ROCHA CRUZ; ÁLVARO BANDEIRA FERRAZ; CLAUDIA LACERDA VIDAL; ANA ALBERTINA ARAÚJO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, RECIFE, PE, BRASIL.

Resumo: Introdução: A profilaxia antimicrobiana prolongada e o uso indiscriminado de antibioticoterapia contribuíram para o desenvolvimento da resistência bacteriana. O aumento na incidência de patógenos multirresistentes e de cepas mais agressivas concorre para um aumento da morbimortalidade, sendo relatadas taxas de mortalidade de até 75%. Como consequência, o desenvolvimento de tratamentos alternativos e novos estudos sobre profilaxia antimicrobiana se fazem necessários. Objetivo: Avaliar o perfil de resistência antimicrobiana de enterobactérias colonizantes nos pacientes que serão submetidos à cirurgia eletiva no ambulatório de cirurgia geral do HC-UFPE. Método: Estudo descritivo, de corte transversal, quantitativo, realizado através da análise dos Resultados das culturas processadas no Setor de Bacteriologia do Laboratório de Análises Clínicas da Prefeitura da Cidade do Recife. A análise de colonização por microorganismos resistentes deu-se através da coleta do swab retal de uma amostra de 80 pacientes, no período de novembro 2012 a fevereiro de 2013. Resultados: Dentre a análise das 80

amostras de swab retal, os micro-organismos mais frequentemente isolados foram *E. coli* (66%), *Klebsiella pneumoniae* (30%) e *Pseudomonas aeruginosa* (4%). Foi utilizado o método da aproximação de disco para detecção de bactérias produtoras de beta-lactamase de espectro estendido (*ESBLs*). Foram isoladas 17.5% *E. coli ESBL* e 7.5% *Klebsiella pneumoniae ESBL*, totalizando 25% da amostra. Conclusão: Os Resultados contribuem para o conhecimento das enterobactérias mais comumente isoladas na comunidade e do seu perfil de resistência, fornecendo dados essenciais para o estabelecimento de estratégias particularizadas em relação ao uso racional de antimicrobianos, especialmente em se tratando de infecção de sítio cirúrgico, nos quais pode-se avaliar a associação de inibidores de beta-lactamases, principalmente em idosos e com comorbidades, em que foram constatados maiores incidências de bactérias *ESBLs*.

#### PO126 - COLITE ISQUÊMICA: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS E MANEJO NO PACIENTE GRAVE

NAGAMASSA YAMAGUCHI; JOSÉ EDUARDO GONÇALVES; FÁBIO YORIAKI YAMAGUCHI; PRISCILA LARA NOGUEIRA; ADERSON ARAGÃO MOURA; JOAO PAULO BARRETO DA CUNHA; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; DAYANNE DE LIMA VEIGA  
*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Relatamos o caso de paciente idoso, sexo masculino, internado para investigação de diarreia crônica, etilista, tabagista, hepatopata (Child B), coronariopata, com tratamento irregular para FA, evolui com BAVT no segundo dia de internação hospitalar. Apresentou no decorrer no manejo, distensão abdominal flácida, mantendo trânsito intestinal, sem hematoquezia. Choque séptico de foco pulmonar, em uso de droga vasoativa, sem remissão do quadro abdominal. Levantadas hipóteses diagnósticas e manejado clinicamente. Paciente foi submetido à retossigmoidectomia a Hartman por complicação perfurativa na topografia do sigmóide. Objetivamos com este relato, discutir as dificuldades no diagnóstico do abdome agudo em paciente grave, as indicações de exames complementares, como interpretá-los, bem como uma revisão literária de fatores preditores de prognóstico e indicação cirúrgica da colite isquêmica.

#### PO127 - LINFOMA PLASMOBLÁSTICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORAÇÃO PERINEAL

PAULA GUIMARAES RODRIGUES<sup>1</sup>; NUALA MAIA DA FONSECA<sup>1</sup>; MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS<sup>1</sup>; FÁBIO JOSÉ TELES<sup>1</sup>; HENRIQUE NUNES PECEGO<sup>2</sup>; ANTONIO CARLOS MIRANDA<sup>1</sup>; DINA MARTINS RODRIGUES<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL MUNICIPAL PIEDADE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.HOSPITAL ESTADUAL PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Trata-se de uma neoplasia hematológica maligna rara, que acomete principalmente homens adultos. Apresenta-se usualmente como uma massa em cavidade oral,

no entanto, pode ser encontrado em outros sítios extranodais como seios da face, cavidade nasal, órbita, pele, ossos, partes moles e trato gastrointestinal. É muito associado a imunodeficiências adquiridas principalmente infecção por HIV, além de outras infecções virais como EBV. Objetivo: Apresentar um tipo de neoplasia rara como diagnóstico diferencial de tumoração perineal. Método: Paciente 53 anos, do sexo feminino, encaminhada pelo serviço de Ginecologia ao ambulatório de Coloproctologia com relato de aparecimento de tumoração em região perineal com evolução de 2 meses, acompanhado de constipação e febre diária há 7 dias. Havia sido submetida a tratamento com antibiótico e drenagem para Bartholinite, sem resposta, tendo então realizado RNM de abdome e pelve que evidenciou volumosa formação expansiva em topografia de canal anal, com contorno irregular e limites mal definidos (13,3x8,8x7,6cm); além de múltiplas linfonomegalias retroperitoneais, em cadeias inguinais, ilíacas e femorais. Foi indicada internação pela Coloproctologia, sendo então submetida exploração da lesão com biópsia incisional. Resultados: O resultado do histopatológico/imunohistoquímica identificou linfoma plasmoblástico, sendo então iniciado rastreio sorológico que apresentou positividade para HIV, CMV, EBV, Toxoplasmose e Herpes 1 e 2. A paciente foi encaminhada para o serviço de Hematologia para tratamento quimioterápico, tendo sido iniciado esquema Hyper-cvad. Conclusão: O linfoma deve ser sempre considerado como diagnóstico diferencial das lesões expansivas perineais, principalmente quando houver evolução rápida sugerindo patologias inflamatórias como abscessos. O diagnóstico precoce é imprescindível já que o curso clínico da doença é muito agressivo com a maioria dos pacientes morrendo no primeiro ano após o diagnóstico.

#### PO128 - BENEFICIO DA RESSECÇÃO PARCIAL DE TUMOR DESMÓIDE ABDOMINAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GARDNER

SUZANA LIMA TORRES; FANG CHIA BIN; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; THAIS YUKA TAKAHASHI; MARILIA DOS SANTOS FERNANDES; PERRETZ CAPELHUCHNIK; ANTÔNIO JOSÉ GONÇALVEZ  
*SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O tumor desmóide é tumor benigno com comportamento agressivo e nos pacientes com Síndrome de Gardner tem predileção pelo sítio cirúrgico, parede abdominal e intra-abdominal, constituindo a segunda causa de morte nestes pacientes. Caso Clínico: Paciente do sexo masculino, 22 anos, com diagnóstico de Síndrome de Gardner e queixa de náuseas e vômitos pós-alimentares há um mês, associados a episódios de suboclusão intestinal e abaulamento abdominal progressivo. Paciente em pós-operatório de colectomia total há dois anos e duas laparotomias neste intervalo para drenagem de tumor desmóide intra-abdominal abscedado. Exames de imagem evidenciaram múltiplas formações expansivas intra-abdominais sendo a maior de 23,5 x 14,7 x 20 cm deslocando o fígado superiormente e o pâncreas posteriormente.

Antecedente de pai falecido com Síndrome de Gardner aos 35 anos e irmão com polipose colônica adenomatosa. Paciente foi submetido à operação de exérese do tumor abdominal associado à enterectomia segmentar e colocação de tela mista (celulose e polipropileno) em parede abdominal. Apesar de não ter sido possível a ressecção completa de todos os tumores desmóides o paciente evoluiu bem, com melhora dos sintomas compressivos, ganho de peso e sem dificuldades para alimentação ou atividades diárias. Segue em uso contínuo de tamoxifeno e sulindaco. Conclusão: O tratamento do tumor desmóide intra-abdominal ainda é um desafio na prática médica e deve ser individualizado. A ressecção parcial, uso de anti-inflamatórios, antiestrogênicos e até quimioterapia são estratégias para redução do volume e taxas de crescimento tumoral, proporcionando melhor qualidade de vida a estes pacientes.

**PO129 - PRESERVAÇÃO DOS OVÁRIOS E GRAVIDEZ APÓS CIRURGIA CITORREDUTORA E QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL NO PSEUDOMIXOMA PERITONEAL.**

RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA; VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; RANIERE LEONARDO DE ANDRADE SANTOS; BERNADO HANAN; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ *GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O pseudomixoma peritoneal (PMP) é uma condição clínica rara caracterizada por ascite mucinosa decorrente do crescimento neoplásico na superfície peritoneal. O tratamento com maior sobrevida (cerca de 77% dos casos, em 5 anos) é a cirurgia citorredutora (CCR) seguida de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (QHIP), que consiste na ressecção do peritônio acometido e muitas vezes de órgãos pélvicos, como os ovários, por se tratarem de sítio comum de implantes. Objetivo: Esse trabalho visa apresentar o caso de uma paciente de 35 anos de idade, submetida a CCR com preservação de ambos os ovários e QHIP, que concebeu 4 anos depois. Método: Descrição de caso de paciente de 35 anos de idade submetida a CCR com preservação de ambos os ovários e QHIP, que concebeu 4 anos depois. Relato do Caso: Paciente, sexo feminino, 35 anos de idade em investigação para causa de suposta infertilidade foi submetida à laparoscopia exploradora e diagnosticada com PMP de baixo grau. A paciente expressou a vontade de manter sua capacidade reprodutiva. Cerca de 2 meses depois, foi submetida a CCR e QHIP com Mitomicina C à 41 °C durante 90 minutos. O pós operatório seguiu sem intercorrências, apenas com dois episódios de cólica abdominal e diarreia. Estudos de imagem nos 4 anos subsequentes não demonstraram recorrência tumoral. A paciente manteve acompanhamento e investigação da infertilidade e 4 anos depois optou por fertilização in vitro. A gravidez seguiu sem intercorrências e às 39 semanas de gestação, deu a luz a uma criança do sexo feminino, saudável e por via cesariana.

Conclusão: A ressecção sistemática dos ovários na CCR é baseada em um único trabalho, no qual menos de 10% das pacientes tinham menos de 41 anos. Recentemente, foi proposta uma nova estratégia para decidir pela preservação dos ovários, que leva em consideração a idade da paciente, o desejo de engravidar e os implantes neoplásicos no ovário. Finalmente, destaca-se que esse caso corrobora a crescente evidência atual da possibilidade de gravidez após a CCR e QHIP. Ressalta-se ainda que o resultado final é obtido apenas através de abordagem multidisciplinar, levando-se em conta o tratamento oncológico e a abordagem gineco-obstétrica.

**PO130 - APRESENTAÇÃO NÃO USUAL DE FÍSTULA APÓS FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA EM ALÇA – RELATO DE CASO**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANDRÉ GATTO; HENRIQUE SABOIA; GIANA CAROLINE STRACK NEVES; ANTONIO BALDIN JUNIOR; ANTONIO SERGIO BRENNER; RENATO ARAUJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As fístulas anastomóticas, ainda que com graus variados de gravidade, aumentam a duração do internamento, os custos do tratamento e a morbi-mortalidade pós-operatória. O enfisema subcutâneo é uma forma de apresentação atípica desse quadro. Objetivo: Registrar na literatura manifestação atípica de fistula anastomótica e reforçar a importância da suspeição diagnóstica, frente ao espectro clínico amplo dessa complicação, para reconhecimento e tratamento precoces. Relato do Caso: S.S.S., 39 anos, feminina, portadora de polipose adenomatosa familiar, submetida em 2010 a proctocolectomia total com bolsa ileal e ileostomia protetora, além de colpectomia e pan-histerectomia, por adenocarcinoma do reto distal. Internou em abril de 2013 para fechamento de ileostomia. Realizado fechamento da face antimesentérica em plano único com pontos separados com vicryl 2,0; alta no 4ºPO, sem queixas. Procurou o hospital no 10ºPO com queixa de enfisema subcutâneo extenso e saída de secreção pela ferida na fossa ilíaca direita (FID), com episódio de febre aferida, sem dor abdominal e com trânsito intestinal preservado. Ao exame, enfisema subcutâneo se estendendo pela região cervical, tórax, abdome até a raiz da coxa, à direita. Ferida com pequena quantidade de secreção purulenta, com odor fétido. Abdome indolor à palpação, sem sinais de peritonite. A TAC revelou enfisema de planos musculares da parede abdominal e derrame pleural bilateral associado a pneumomediastino, sem pneumoperitônio. Após abertura dos pontos da ferida e exploração local, encontrado pequeno orifício na aponeurose, com saída de ar e pequena quantidade de secreção entérica através dele. A paciente foi submetida a laparotomia que revelou anastomose prévia com fistula bloqueada na parede abdominal, na região da incisão na FID, sem contaminação da cavidade. Devido ao aspecto isquêmico dos bordos da anastomose prévia, optou-se pela realização de enterectomia segmentar,

fechamento apenas do plano posterior e exteriorização das bocas aferente e eferente como ileostomia em alça maturada na fossa ilíaca contralateral. Boa evolução no pós-operatório. Conclusão: Esse caso demonstra forma rara de manifestação de fistula anastomótica, com enfisema subcutâneo. Essa apresentação de fistula possui poucas descrições na literatura, geralmente relacionadas a perfuração de divertículos colônicos, tumores e pós-operatório de cirurgia colorretal. O diagnóstico diferencial com infecção por anaeróbios também é necessário.

#### **PO131 - TUMOR DE ÍLEO INCIDENTAL - PÓLIPO FRIBRÓIDE INFLAMATÓRIO**

JORGE BENJAMIN FAYAD; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; RENATA ROCHA BARBI; RINALDO PRATES PERIARD; MARCELO NEVES CARVALHO; PRICILA RIBEIRO BRISOLARA *HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os tumores de intestino delgado são raros. As lesões benignas são mais frequentes que as malignas, porém ambas estão relacionadas a diagnóstico difícil, pois determinam queixas inespecíficas. Exames de imagem e endoscópicos podem ser úteis para auxiliar o diagnóstico e o princípio geral do tratamento é a ressecção cirúrgica. Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com tumor incidental de intestino delgado assintomático, descrevendo a conduta adotada pelo Serviço de Coloproctologia do Hospital Federal de Ipanema. Métodos: Paciente assintomática do ponto de vista intestinal, encaminhada pelo Serviço de Ginecologia. Durante avaliação periódica ginecológica realizou ultrassonografia trans-vaginal evidenciando imagem hiperecótica em projeção anexial esquerda medindo 5,1 x 4,6 x 3,7cm, de contornos regulares sugestivo de cisto ovariano de conteúdo espesso, sem fluxo ao doppler colorido (17/07/08). Submetida a laparoscopia exploradora que não encontrou alterações em útero e anexos, sendo identificada apenas doença diverticular de sigmóide sem evidências de complicações. Solicitado clister opaco que evidenciou a presença de doença diverticular de sigmóide importante. Como a paciente era assintomática, optamos por manter conduta conservadora inicialmente. Em março de 2010 a paciente apresentou dor abdominal procurando o Serviço de Emergência. Realizou tomografia sem contraste, com suspeita diagnóstica de diverticulite aguda. O exame não demonstrou sinais de diverticulite aguda, mas apresentava lesão de aspecto cístico na pelve. A paciente recebeu orientação de retornar ao Hospital de Ipanema para investigação. Solicitamos nova tomografia de abdome e pelve com contraste oral e venoso que evidenciou a presença de lesão intraluminal em íleo que ocupava quase toda a sua luz sem obstruí-la. Resultados: Paciente apresentou boa evolução, com laudo histopatológico de lesão de origem mesenquimal. Estudo imuno-histoquímico: pólipo fibroide inflamatório de intestino delgado. Conclusão: Pólipo fibroide inflamatório é uma lesão rara visualizada no trato gastrointestinal. Sua pa-

tologia e história natural são desconhecidas, aceitando-se que haja um processo reativo pseudotumoral, provavelmente produzido por fenômenos alérgicos, reação de corpo estranho ou processo reparativo intestinal. O tratamento é cirúrgico, já que há o risco de sangramento, invaginação ou obstrução, além de não poder afastar a natureza neoplásica até o momento em que haja a confirmação histopatológica

#### **PO132 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DISTÚRPIO ANATOMICO DO ASSOALHO PÉLVICO.**

RINALDO PRATES PERIARD; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; MARCELO NEVES CARVALHO; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; RENATA ROCHA BARBI; JORGE BENJAMIN FAYAD; PRICILA RIBEIRO BRISOLARA *HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os distúrbios do assoalho pélvico são uma condição que englobam várias entidades nosológicas. Sua condução adequada é fundamental, uma vez que podem impor graves restrições às atividades de vida diária. Muitas vezes é necessária uma abordagem multidisciplinar envolvendo profissionais com experiência em cirurgia colo-retal e ginecológica, a fim de obter os melhores Resultados com a menor morbidade. Objetivos: Relatar um caso onde houve prolapso do fundo de saco posterior pelo canal vaginal com herniação do intestino delgado, tratado em conjunto pelos serviços de coloproctologia e ginecologia do hospital federal de Ipanema. Métodos: Paciente com 83 anos apresentava diagnóstico de distopia genital há pelo menos cinco anos, já tendo sido submetida à diversos procedimentos cirúrgicos, inclusive histerectomia vaginal, sem melhora do quadro. No hospital de Ipanema foi realizada avaliação proctológica completa que na mostrou alterações significativas. A RMN mostrou volumosa enterocele perineal a qual fazia protrusão pelo fundo de saco posterior, se insinuando entre a uretra e o reto. Foi submetida a tratamento cirúrgico em conjunto com o serviço de ginecologia onde foi realizada correção da enterocele, cerclagem do peritônio pélvico e promontofixação da cúpula vaginal com tela, obtendo ótimos Resultados. Resultados: O pós-operatório imediato foi bastante penoso em função das comorbidades clínicas. No entanto, após estabilização inicial, pode-se observar com clareza o excelente resultado, onde houve correção completa do distúrbio anatômico do assoalho pélvico, importante melhora funcional sem qualquer comprometimento da função gastrointestinal. A paciente se mantém em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidiva e com incalculável melhora em sua qualidade de vida. Discussão: Existem diversas técnicas cirúrgicas para o tratamento das patologias relacionadas com os distúrbios do assoalho pélvico. A escolha da melhor modalidade terapêutica é baseada em uma avaliação pré-operatória adequada e por vezes dispendiosa, muitas vezes sendo necessária a abordagem conjunta com profissionais de outras especialidades. No entanto a melhora funcional que se pode obter justifica todo esse investimento.

**PO133 - CIRURGIA DE ALTEMEIER NA EMERGÊNCIA**  
**PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI<sup>1</sup>**; WASHINGTON SERGIO GONÇALVES MILEZI<sup>2</sup>; JORGE BENJAMIN FAYAD<sup>1</sup>; RINALDO PRATES PERIARD<sup>1</sup>; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO<sup>1</sup>; RENATA ROCHA BARBI<sup>1</sup>; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO<sup>1</sup>; MARCELO NEVES CARVALHO<sup>1</sup>

*1.HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO, TERESÓPOLIS, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O tratamento cirúrgico ideal para a prolapso, visa restaurar a anatomia, ter baixa morbimortalidade, corrigir o distúrbio funcional e não apresentar recidiva ou cursar com incontinência no pós-operatório. Várias procedimentos cirúrgicos foram propostos, sendo eles divididos em perineais e abdominais. Objetivo: Relatar o caso de um paciente que apresentou prolapso de reto estrangulado, tendo como única opção para seu tratamento a realização da cirurgia sendo feito a retossigmoidectomia perineal. Optamos por mostrar este caso, onde houve a indicação precisa da cirurgia idealizada por Mickulicz há mais de 100 anos e modificado por Altemeier. Métodos: CRPC, 50 anos, masculino, etilista crônico, sem comorbidades foi admitido em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de dor e prolapso anal irreduzíveis manualmente. Após solicitação de transferência o mesmo foi admitido no Hospital sendo confirmado que apresentava prolapso de reto encarcerado com sinais de estrangulamento, já que apresentava áreas de isquemia na mucosa. O paciente relatava que de forma esporádica apresentava prolapso do reto desde a infância, com redução espontânea da mesma, com o hábito intestinal regular sem esforço. Resultados: Realizamos a cirurgia de Altemeier de forma emergencial, já que o segmento prolapsado além de encarcerado apresentava sinais de estrangulamento, tornando-se a alternativa para a resolução do caso do paciente. O mesmo recebeu alta no 7º dia de pós-operatório, apresentando boa evolução, sendo evidenciado no ambulatório inicialmente incontinência para gases e fezes líquidas com melhora posterior. Conclusão: Diante das várias propostas cirúrgicas para o tratamento de prolapso retal com o intuito de encontrar a técnica ideal, apresentamos um caso onde sem dúvida há a indicação precisa do procedimento perineal com a ressecção cirúrgica do retossigmoide. Para tal é necessário que o coloproctologista esteja familiarizado com esta técnica, já que na ocasião do encarceramento do reto, o tratamento cirúrgico que resolverá a patologia do paciente é a cirurgia de Altemeier.

**PO134 - LIPOMA DE CÍLON TRANSVERSO SIMULANDO NEOPLASIA MALIGNA COLORRETAL**  
**MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA**; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; FANG CHIA BIN; THAIS YUKA TAKAHASHI; PAULO DE AZEREDO CANDELÁRIA; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; KARINA DAGRE MAGRI  
*SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Lipomas colorretais são tumores benignos raros, mesenquimais, geralmente solitários e assintomáticos. Seu diagnóstico, na maioria dos casos, é feito por acaso. Apesar de raros, são os tumores não-epiteliais mais comuns do trato gastrointestinal e o terceiro tipo de tumor mais comumente encontrado. Ocorrem predominantemente no cólon direito e ceco, cerca de 90%, e diminui progressivamente em direção aos segmentos distais. Há distribuição preferencial no sexo feminino e a maior incidência desses tumores ocorre na quinta e sexta décadas da vida. Cerca de 75% dos lipomas são achados acidentais em colonoscopias, cirurgias (intra-operatório) ou autópsias. Os autores são unânimes em apontar o diâmetro de 2cm para o aparecimento de sintomas, sendo os mais comuns: dor abdominal, alterações do hábito intestinal e sangramento retal. Caso clínico: Paciente com 52 anos de idade, mulher, com queixa de dor em flanco esquerdo há um ano e um episódio de hematoquezia há cinco meses. Não apresentava alterações de hábito intestinal e relatou perda de peso de 5kg no último ano. Realizou colonoscopia que evidenciou lesão vegetante em cólon transverso próximo ao ângulo esplênico, intratransponível ao aparelho, porém a histologia apresentou-se como processo inflamatório ulcerado de mucosa colônica. A tomografia evidenciava uma lesão expansiva em colon transverso sem sinais de linfonomegalias ou metástases pulmonares ou hepática. Realizado tratamento cirúrgico devido à possibilidade de quadro obstrutivo e diagnóstico diferencial com neoplasias malignas. Paciente foi submetida à transectomia vídeoassistida com anastomose manual término terminal. A análise histológica revelou tratar-se de lesão polipóide medindo 5x5x3,5 cm, e à microscopia evidenciou parede do cólon com área de ulceração da mucosa sob a qual há uma lesão nodular e circunscrita composta por adipócitos maduros sem atípias que substituem as camadas submucosa, muscular própria e subserosa da parede do órgão. A paciente evoluiu bem após o procedimento, sem complicações recebendo alta hospitalar e alta ambulatorial após confirmação diagnóstica e retirada dos pontos. Conclusão: Habitualmente o lipoma não requer tratamento cirúrgico, porém em casos sintomáticos e de dúvida diagnóstica, o tratamento deve ser a ressecção, que pode ser realizada por via endoscópica, laparoscópica ou laparotômica.

**PO135 - TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DO MESENTÉRIO**  
**CAROLINE VILELA NASCIMENTO**; GUSTAVO TRAVAGLIA SANTOS; EDUARDO GOMES SOUZA; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA

*HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASILIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O tumor fibroso solitário (TFS) é um raro tumor de partes moles caracterizado pela proliferação de células fusiformes, com arranjos desorganizados, separadas por bandas espessas de colágeno, mostrando riqueza vascular. Ocorre usualmente na pleura, mas tem sido descrito em formas extrapleurais. As células tumorais apresentam à imunoistoquímica reatividade para CD34 e vimentina. Objetivo: Relatar caso de TFS extrapleural, localizado em mesentério, poucas

vezes descrito na literatura. Métodos: Relato de Caso. Resultados: M.S.B., 38 anos, feminino, branca, com cólicas abdominais em hipogástrio, flanco e fossa ilíaca esquerda há 6 meses. Negava outros sintomas. História de Cesariana, Histerectomia e Colectomia. Nega neoplasia na família e sem comorbidades. Ao exame: BEG, abdome plano, doloroso à palpação de flanco e fossa ilíaca esquerda, com massa palpável nessa topografia, endurecida, pouco móvel. Trazia TC de maio/12-lesão expansiva mesentérica, 6,3 x 3,1 x 6,9cm, considerar os diagnósticos: tumor carcinóide, desmóide, metástase. Foi submetida à Laparotomia Exploradora em out/12 com achados de líquido sero-hemático livre, tumoração em mesentério do intestino delgado, com alças formando enovelamento secundário à tumoração em meso, com peristalse aumentada. Veia e a artéria mesentérica superior envolvidas pela tumoração, sem plano de ressecção. Não fazia parte da lesão 110cm de jejuno após o ângulo de Treitz e 10cm de íleo terminal. Sem metástase à distância. Biópsia por congelação demonstrou lesão fibrosa inflamatória crônica, sem malignidade. Optou-se pela não ressecção do tumor devido à extensão da massa tumoral, invasão de vasos mesentéricos superiores e possibilidade de benignidade da tumoração. Evoluiu bem no pós-operatório e histopatológico concluiu tratar-se de TFS do mesentério. Imunoistoquímica com positividade para marcadores CD34 e vimentina. Foi avaliada pela Oncologia com vistas a tratamento quimioterápico, mas por estar oligossintomática e os Resultados da quimioterapia serem pouco satisfatórios optaram por não iniciar tratamento. Segue em acompanhamento, realizou TC de controle em dez/12 sem aumento da massa tumoral. Conclusão: Grande parte dos TFS são benignos, mas comportamento agressivo tem sido relatado em 13 a 23% dos casos. A terapia varia desde observação até cirurgia. Tratamento quimioterápico pode ser indicado para tumores malignos, especialmente quando ressecção torna-se inviável. Entretanto, eficácia dessa terapia é controversa.

**PO136 - ALTERAÇÕES TOMOGRÁFICAS NA ISQUEMIA MESENTÉRICA EM PACIENTE NO PÓS OPERATÓRIO DE CORREÇÃO DE ANEURISMA AORTOILIACO ROTO. RELATO DE CASO.**

FÁBIO PIOVEZAN FONTE; ROGERIO TADEU PALMA; AGEU DE LIMA VALVERDE; PAULO MONTE ALEGRE DE OLIVEIRA; MARIANA CHRISTINA FREUA; AGENOR JOSÉ VASCONCELOS COSTA; MARTA OSORIO DE MORAES  
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Em 1966, Marston, foi quem primeiro descreveu a colite isquêmica por insuficiência circulatória do cólon. Sabemos que a circulação mesentérica é interligada por uma rede de colaterais e que a principal artéria nutridora do cólon descendente, sigmoide e reto é a artéria mesentérica inferior. Os pacientes com maior risco de apresentarem isquemia do cólon após correção cirúrgica de aneurisma de aorta abdominal (AAA) são os operados na vigência de rotura, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica e quando

a artéria mesentérica inferior apresenta bom fluxo. Objetivo: Relatar um caso de isquemia mesentérica após correção cirúrgica de AAA roto enfatizando os aspectos radiológicos encontrados na tomografia computadorizada (TC). Relato do Caso: LGS, masculino, 65 anos, deu entrada no Hospital Estadual Mario Covas em Santo André com queixa de dor e distensão abdominal súbitas há 2 dias, diagnosticado aneurisma aortoiliaco bilateral roto foi indicada laparotomia por instabilidade durante a hemodinâmica. Evoluiu no 7º pós-operatório (PO) com distensão abdominal e rigidez, a TC de abdome e pelve evidenciou sinais característicos com isquemia do cólon esquerdo, sendo indicada laparotomia exploradora com hemicolectomia esquerda, retossigmoidectomia e colostomia à Hartmann por isquemia mesentérica. Atualmente paciente permanece internado em desmame da ventilação mecânica. Discussão: A tomografia computadorizada é de extrema importância, pois pode excluir muitas outras causas de dor abdominal e também pode estabelecer o diagnóstico de isquemia intestinal, sendo os sinais de gás intramural, espessamento segmentar da parede intestinal, ausência de realce da parede do intestino com contraste, estreitamento irregular da luz intestinal devido o edema da mucosa conhecido como sinal de "thumbprinting", dilatação do intestino proximal ao segmento isquêmico e outros sinais inespecíficos. Lembrando que o grau de isquemia é gradativamente proporcional aos achados tomográficos. No caso relatado vimos alterações tomográficas com distensão do cólon transverso, ascendente e de alças de delgado, edema em alça do cólon esquerdo e baixa captação do contraste neste cólon dando sinais bastante indicativos de isquemia mesentérica. Conclusão: A isquemia mesentérica é uma complicação notável em pós-operatório de AAA e a tomografia computadorizada é um exame de grande valor e rico em sinais na isquemia mesentérica auxiliando no diagnóstico precoce e no prognóstico desta patologia.

**PO137 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA DEVIDO A TUMOR GLÔMICO DE ÍLEO: RELATO DE CASO**

GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES<sup>1</sup>; FÁBIO GOMES TEIXEIRA<sup>1</sup>; JULIANA DE CARVALHO VASCONCELOS<sup>1</sup>; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO<sup>1</sup>; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO<sup>1</sup>; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES<sup>1</sup>; NIKOLAY COELHO MOTA<sup>1</sup>; BRUNO BARRETO FIGUEIREDO SOARES<sup>2</sup>

1. UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2. UNICEUMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: Introdução: Os tumores são causas de hemorragia obscura do intestino médio (HIM) em apenas de 5% a 10% dos casos. A maioria dos casos de tumor glômico no trato gastrointestinal é localizada no estômago. Em íleo, atualmente, existem apenas quatro casos relatados mundialmente. Este trabalho relata um caso de tumor glômico de íleo como causa de sangramento gastrointestinal obscuro, diagnosticado por cápsula endoscópica. Relato do Caso: Paciente de 39 anos, masculino, foi admitido com história de episódio de enterorragia importante há oito meses, com repercussão hemodinâmica.

As queixas iniciaram-se com melena, evoluindo em poucos dias para hematoquezia. Feita então endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou apenas úlcera duodenal cicatrizada (S2 de Sakita) e colonoscopia normal. Permaneceu assintomático por seis meses e não foi investigado neste período. Apresentou novo episódio de enterorragia, sendo repetida a EDA, evidenciando gastrite enantematosa leve. Necessitou de três unidades de concentrado de hemácias (Hg 6,0g/dl) e, após encontrar-se estável hemodinamicamente, foi encaminhado para a realização de cápsula endoscópica. Foi demonstrada lesão polipóide no íleo, de cerca de 1,5cm, com componente subepitelial na base e ulceração central no ápice com pontos de hematina escura, além de sangue na porção distal próximo a válvula ileocecal. Realizada cirurgia Videolaparoscópica com ressecção total da lesão, cujo histopatológico sugeria Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST). A imuno-histoquímica foi evidenciado Tumor Glômico ileal (expressão dos marcadores de Colágeno do tipo IV e Actina de músculo liso). Paciente evoluiu bem no pós-operatório e foi encaminhado para acompanhamento oncológico. Conclusão: Tumor glômico de intestino delgado é uma causa extremamente rara de sangramento digestivo. Por ser um método não invasivo, a cápsula endoscópica deve ser o primeiro e principal exame após o paciente ser rotulado como portador de hemorragia obscura do intestino médio.

#### PO138 - SÍNDROME DE GARDNER ASSOCIADO A TUMOR DESMÓIDE

PAULO BOARINI; LUCAS RODRIGUES BOARINI; EDGARD MESQUITA LIMA; FÁBIO AFONSO P. C. MONTEIRO; PATRÍCIA DEL CORONA CAVALCANTI  
*HOSPITAL VITORIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A Síndrome de Gardner é uma variante da polipose adenomatosa familiar, caracterizado inicialmente em 1951 por Gardner por múltiplos pólipos adenomatosos colônicos, osteomas, cistos e fibroma de pele. A detecção de mutações idênticas em indivíduos com polipose adenomatosa familiar (FAP) e síndrome de Gardner, ajudam a confirmar que o fator genético são variantes de uma entidade em comum. Essa doença afeta todo o corpo, envolvendo tecidos derivados das três camadas germinativa. Como alteração mais significativa do mesoderma temos os tumores desmóides. O tumor desmóide é uma neoplasia benigna derivado dos tecidos fibroaponeuróticos, observado mais comumente no mesentério e parede abdominal, ocorrendo entre 4 a 13 % dos paciente com polipose adenomatosa familiar. Apesar de sua benignidade são localmente invasivos apresentando comportamento maligno o que pode causar obstrução e compressão de órgãos adjacentes como intestino delgado e sistema urinário. Os autores relatam a seguir o caso de G.F.M., 29 anos, branca, solteira, com sintomas de fezes disentericas e antecedentes familiares (mãe) de polipose adenomatosa colônica, sem outras manifestações. Realizou colonoscopia que evidenciou múltiplos pólipos adenomatosos colônicos (>100). Foi submetida a proctocolectomia total e ileorretroanastomose com bolsa ileal em J, em 2011, com boa

evolução. Em abril de 2013 procurou-nos com dor em região pélvica e lombar. Realizou-se tomografia computadorizada de abdome e pelve que evidenciou massa lobulada de 10cmx9,-5cmx6,5cm em hipogastro, com compressão de ureteres e hidronefrose bilateral, além de, densificações difusas, heterogêneas, dos planos adiposos mesentéricos de difícil delimitação, sugestiva de tumor desmóide. Foi realizada cateterização com cateter duplo J em ambos os ureteres, laparotomia com ressecção parcial da tumoração principal em hipogastro e ressecção de algumas tumorações mesentéricas de delgado. Recebeu alta no 7º PO em programação do uso de tamoxifeno. Conclusão: A síndrome de Gardner deve ser tratada profilaticamente com ressecção total do colon devido sua malignização em aproximadamente 100% dos casos, sendo que pode cursar com manifestações extraintestinais que necessitam de tratamento cirúrgico complementar, normalmente decorrente de alterações orgânicas funcionais, como no caso relatado

#### PO139 - CIRURGIA DE ALTEMEIER NO ENCARCERAMENTO RETAL

ANTONIO EDNARDO DE SOUZA; NADJA KAMILA DA SILVA RODRIGUES OLIVEIRA E SANTOS  
*HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU, IGUATU, CE, BRASIL.*

Resumo: Paciente do sexo masculino, idoso, admitido na emergência do Hospital Regional de Iguatu/ce com prolapso retal. Ao exame: Grande prolapso retal com edema acentuado, isquemia e friabilidade das paredes retais. Tentativas de redução sem sucesso. Optado, na urgência, pela correção cirúrgica através da retossigmoidectomia perineal (cirurgia de Altemeier). Paciente recebe alta no 2º dia de pós-operatório. Seguimento do caso sem intercorrências, complicações e recorrência.

#### PO140 - ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DA SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR DE ORIGEM GESTACIONAL

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; ARISTIDES MANOEL SANTOS BRAGHETO; ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA; ISADORA MATIAS DE BARROS BUENO; CAROLINA SIQUEIRA MARTINS; LILIANA HANA ICHINOHE; VICTOR CASEMIRO D'INCAO SANCHEZ  
*PUC CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (síndrome de Wilkie) deve-se a uma obstrução ao nível da terceira porção duodenal, ocasionada pelo seu pinçamento entre as artérias aorta abdominal e mesentérica superior. Sua etiologia esta relacionada a causas congênitas, adquiridas ou mistas, e são desencadeadas por retração ou depleção da gordura mesentérica. Dentre as causas adquiridas mais raras encontra-se a gestação, que pode ser confundida com quadros mais comuns de hiperemese gravídica. O diagnóstico é confirmado através da seriografia gastroduodenal contrastada, TC abdominal e arteriografia. O tratamento clínico deve ser inicialmente preconizado, embora uma grande parcela dos



doentes evolua para tratamento cirúrgico. Objetivos: Analisar os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da Síndrome da Artéria Mesentérica Superior causada por gestação gemelar. Métodos: Relato de Caso de gestante gemelar de 35 anos, inicialmente tratada por quadro de hiperemese gravídica evoluiu com piora do estado geral e nutricional. Apresentava dor abdominal, parada de eliminações, vômitos de estase gástrica, emagrecimento significativo, abaulamento no abdome superior com pouca distensão abdominal, além de manifestações sistêmicas. Necessitou de terapia nutricional específica e jejum via oral visando melhora do quadro. Realizou exame contrastado gastroduodenal, trânsito intestinal e TC abdome, os quais confirmaram a obstrução da terceira porção duodenal por compressão arterial aórtica-mesentérica superior. Devido à dificuldade técnica cirúrgica, à gravidade do quadro clínico geral e, principalmente, gestacional, foi tratada clinicamente e evoluiu de forma lenta, porém com remissão dos sinais e sintomas apresentados até interrupção da gestação, em período pré-termo. Resultados: Após interrupção da gravidez a paciente apresentou boa evolução com recuperação do estado geral e nutricional embora com persistência de dilatação duodenal a montante do pinçamento aórtico-mesentérico. Os sinais e sintomas que sucederam a esta fase foram de pouca expressão dispensando terapêuticas cirúrgicas. Conclusões: Na maioria dos casos, a simples descompressão aliada à prevenção ou correção de distúrbios nutricionais, hidroeletrólíticos, cardiovasculares e sépticos permite a resolução do quadro. Há, no entanto, situações em que o tratamento deve ser cirúrgico mesmo durante a gestação.

**PO141 - INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-ILEAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS: RELATO DE CASO**

MAIRO GROSSI MORATO; FERNANDA NUNES DE CASTRO; RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA; ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS; JOÃO BATISTA DE SOUSA; PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: A síndrome de Peutz Jeghers (SPJ) é uma doença polipoide autossômica dominante que se caracteriza pela associação de polipose gastrointestinal e pigmentação mucocutânea. Foi primeiramente descrita, em 1896, pelo médico inglês Sir Jonathan Hutchinson, e recebeu este nome devido aos trabalhos do holandês Peutz e do americano Jeghers que firmaram os caracteres da doença. Essa desordem apresenta incidência de 1:120.000 pessoas e afeta igualmente os sexos. Os pólipos apresentam características histológicas de hamartomas. Múltiplas mutações genéticas são responsáveis pela variabilidade fenotípica da síndrome bem como o desenvolvimento de casos mais agressivos e outros que nunca desenvolverão câncer. O quadro clínico é caracterizado por pigmentação melânica mucocutânea, principalmente ao redor dos lábios, olhos e extremidades, por polipose intestinal e história familiar. Os sintomas surgem em qualquer idade, com predomínio na se-

gunda e terceira décadas de vida e podem variar desde dor abdominal leve à obstrução intestinal e hemorragia maciça. O tratamento cirúrgico deve ser o mais conservador possível. Objetivo: Relatar o caso de uma paciente portadora de SPJ e apresentar uma breve revisão da literatura sobre o assunto. Método: Trata-se de uma paciente portadora de SPJ acompanhada, desde 1996, e que foi operada em 2013. Resultados: paciente de 43 anos, feminina, diagnóstico de SPJ desde 1996, quando foi operada por obstrução intestinal sendo identificados diversos pólipos naquela ocasião. Evoluiu com episódios recorrentes de cólica abdominal de baixa intensidade e várias internações por semioclusão intestinal. Foi submetida a várias polipectomias endoscópicas no período. Há 01 ano apresentou piora progressiva da dor abdominal. Realizou enterotomografia computadorizada que mostrou múltiplos pólipos no jejuno e íleo e intussuscepção íleo-íleal. Por conta das dores abdominais, em 2013 foi submetida à laparotomia exploradora sendo identificados quatro pontos de intussuscepção intestinal, duas no jejuno e duas no íleo. Foram realizadas enterotomias com ressecção de pólipos de 04 cm, 03 cm e dois de 2,5 cm. O exame histopatológico das peças mostrou tratar-se de pólipos hamartomatosos e em um deles havia foco de displasia de baixo grau. Atualmente relata melhora dos sintomas. Conclusão: O acompanhamento de pacientes com SPJ deve ser frequente e as ressecções cirúrgicas deverão ser econômicas buscando evitar sequelas para o paciente.

**PO142 - ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR PERITONITE ENCAPSULANTE**

VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES; SARAH LICHTI PAIVA; MURILO OLIVEIRA FERANDES; GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU  
*HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATE, SP, BRASIL.*

Resumo: A peritonite esclerosante encapsulante (PEE) é um quadro raro descrito inicialmente por Owtschin-Nikow em 1907, foi associada a diálise peritoneal em 1978 por Gandhi et al. O termo PEE denomina o achado de alças intestinais, principalmente de delgado, encapsuladas por membrana fibrótica opaca que tem como etiologia principal a diálise peritoneal, seguida do uso de beta-bloqueadores, derivações veno-peritoneais, pós cirúrgicas e idiopática. Clinicamente apresenta-se com quadro de obstrução intestinal com dor e distensão abdominal, vômitos, parada da eliminação de gases e fezes e perda de peso, sendo possível a palpação de massa abdominal em 54% dos casos. Sua fisiopatologia permanece obscura, sendo o diagnóstico muitas vezes confirmado com laparotomia e biópsia. A TC de abdome é o exame de escolha para o diagnóstico de PEE.

**PO143 - PNEUMATOS INTESTINAL ASSOCIADA A OBSTRUÇÃO INTESTINAL E DPOC**

VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES; SARAH LICHTI PAIVA; GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU; MURILO OLIVEIRA FERANDES

*HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATE, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Pneumatose cistóide intestinal (PCI) é uma condição relativamente incomum, caracterizada pela presença de múltiplos cistos na submucosa e serosa, preenchidos de gás na parede do trato gastrointestinal. Pode ser originada por numerosas condições clínicas. Objetivo: Relatar um caso raro de pneumatose intestinal associada a obstrução e DPOC. Materiais e Métodos: AJS, 72 anos, masculino, com queixa de dor abdominal difusa há 01 dia associada a distensão abdominal, náuseas e parada de eliminação de gases e fezes. Portador de DPOC. Ao Exame REG, desidratado, abdome globoso, ruídos aumentados, distendido, hipertimpânico, doloroso a palpação difusa, hérnia inguinal bilateral – encarcerada a direita. Rx abdome agudo evidenciou pneumoperitônio (fig. 1). Paciente foi submetido a laparotomia exploradora (LE). Resultados: A LE evidenciou aderências e bridas em delgado com obstrução intestinal a nível ileal, além de lesões de aspecto bolhoso localizadas em delgado e colon (figs. 2 e 3). Realizada lise de aderências e ressecção de porção ileal. Paciente evoluiu mal indo a óbito no 3º PO. A imunohistoquímica mostrou pneumatose cistoide intestinal. Conclusão: Apesar da patogênese não ser claramente conhecida, a PCI é associada à doenças intestinais inflamatórias ou infecciosas, obstruções, isquemias mesentéricas, doenças do colágeno, imunodeficiência adquirida e, principalmente, com DPOC. No caso em questão a presença de obstrução intestinal e DPOC como prováveis etiopatogênias da PCI.

**PO144 - ADENOCARCINOMA ANOPERINEAL: RELATO DE CASO**

LÍLIAN SOUZA ARAÚJO; CLAUDIA ROSALI ESMEERALDO; CAMILA ROCHA CRUZ; CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA; MAURÍCIO JOSÉ MATOS SILVA; ALINE DAVID SILVA; JOSÉANE CANTON; BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES

*HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer de canal anal é raro e representa de 1 a 2% de todos os tumores do cólon e de 2 a 4% de todos os tipos de câncer que acometem o intestino grosso. Uma incidência aumentada tem sido associada com o sexo feminino, a infecção com HPV, o número de tempo de vida de parceiros sexuais, verrugas genitais, tabagismo, sexo anal receptivo e infecção com o vírus da imunodeficiência humana. O tipo histológico mais comum é o Carcinoma de células escamosas, sendo o Adenocarcinoma primário do ânus um tumor ainda mais raro. Objetivo: Relatar caso de Adenocarcinoma anoperineal em paciente de 66 anos atendido no Serviço de Coloproctologia do Hospital Barão de Lucena (HBL), em Recife-Pernambuco, apresentado lesão perianal ulcerada. Materiais e Métodos: Realizado revisão do prontuário e revisão literária sobre o tema. Resultados: Paciente, sexo masculino, 66 anos, atendido no ambulatório de Coloproctologia do HBL com queixa de prurido, ardor e drenagem de secreção purulenta em região anal. Ao exame físico identificado grande tu-

moração perianal ulcerada, com saída de secreção purulenta, com cerca de 7 cm de diâmetro. Ao toque, observado estenose parcial do canal anal e ulceração palpável até 01 cm da margem anal. Colonoscopia mostrou lesão ulcero-infiltrativa anoperineal, reto e demais segmentos do cólon íntegros. TAC de tórax e abdome sem evidência de metástases, CEA elevado (98,96 ng/ml). Anatomo-patológico evidenciou Adenocarcinoma bem diferenciado infiltrando cório de mucosa escamosa de região anal. Revisão de lâmina e Imunohistoquímica conformaram o diagnóstico histológico. Paciente submetido a quimio e radioterapia neoadjuvante sem alteração da lesão anoperineal. Encontra-se em pré-operatório para Ressecção abdomino-perineal a ser realizado 08 semanas após término de neoadjuvância. Conclusão: Adenocarcinoma primário do canal anal é raro, e muitos destes tumores representam câncer de reto distal. Para estadiamento, esses tumores são classificados como câncer retal. O tratamento primário é a ressecção cirúrgica. A quimioterapia e a radioterapia no pré-operatório e pós-operatório servem para melhorar o controle local e sistêmico da doença. Estudos mostram alta taxa de recidiva local em pacientes tratados apenas com radioquimioterapia. O paciente apresentado no caso irá ser submetido a Ressecção Abdomino-perineal após completar 08 semanas do término da neoadjuvância.

**PO145 - INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCECAL EM ADULTO POR LESÃO POLIPÓIDE**

ANTONIO EDNARDO DE SOUZA; NADJA KAMILA DA SILVA RODRIGUES OLIVEIRA E SANTOS

*HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU, IGUATU, CE, BRASIL.*

Resumo: Paciente, sexo feminino, 28 anos, com quadro de dor abdominal recorrente há 1 mês, evoluindo na última semana com distensão e vômitos. USG: imagem em alvo. Durante a laparotomia exploradora foi identificada invaginação ileocecal irreduzível. Optado por íleo-colectomia direita. Abrindo-se a peça fora do campo cirúrgico, depara-se com lesão polipóide de três centímetros em válvula íleo-cecal que corresponde ao ponto inicial patológico da invaginação. A peça foi enviada para estudo anátomo-histo-patológico. A paciente apresentou boa evolução, recebendo alta no 6º dia de pós-operatório.

**PO146 - EVISCERAÇÃO INTESTINAL POR ORIFÍCIO DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO**

VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES; MURILO OLIVEIRA FERANDES; SARAH LICHTI PAIVA; GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU

*HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATE, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A evisceração intestinal em orifícios de estomas é uma complicação rara e com alta morbimortalidade, sendo mais comum entre o sexto e sétimo dia de pós operatório do procedimento. Os principais fatores de risco para evisceração são: elevada pressão intra-abdominal, neoplasias malignas do aparelho digestório, cirurgias de urgência e estomias na incisão cirúrgica. Relato: Paciente do sexo masculino, 62

anos, portador de adenocarcinoma do reto médio com abdômen agudo obstrutivo, submetido à transversostomia em alça com finalidade descompressiva. No quarto dia de pós-operatório com crise de broncoespasmo por agudização de doença pulmonar obstrutiva crônica, apresentou evisceração de cólon e íleo pelo orifício da colostomia. Discussão: Encontramos os fatores desencadeantes descritos na literatura no caso relatado: cirurgia de urgência, doença neoplásica colorretal maligna e aumento da pressão intra-abdominal. A associação destes fatores contribuíram para o desenvolvimento desta rara complicação periclostômica.

**PO147 - PROTÓTIPO DE UM SISTEMA MÓVEL PARA A EXTRAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS EM FRAGMENTOS DE IMAGEM DE TECIDO CÓLICO**

HUEI DIANA LEE<sup>1</sup>; JEFFERSON TALES OLIVA<sup>1</sup>; ANDRÉ GUSTAVO MALETZKE<sup>1</sup>; RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>1</sup>; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>2</sup>; JOAO JOSÉ FAGUNDES<sup>2</sup>; FENG CHUNG WU<sup>1</sup>

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O câncer colorretal constitui a terceira neoplasia maligna de maior incidência no Brasil. O diagnóstico dessa doença é auxiliado pela coleta de imagens de exames de coloscopia, as quais são armazenadas para manter histórico de pacientes e podem também auxiliar em diagnósticos futuros. No entanto, a análise manual de grandes quantidades de imagens pode ser uma tarefa custosa, bem como podem existir anormalidades de difícil identificação observando-se a olho nu. Assim, métodos computacionais podem auxiliar na análise dessas imagens através da extração de características. Objetivo: Apresentar um Sistema Computacional para Dispositivo Móvel (SCAIMED-Mobile) para a extração de características em Imagens Médicas (IM) por meio de técnicas de Análise de Imagens. Materiais e Métodos: o sistema foi construído utilizando o modelo de desenvolvimento por prototipagem aplicado em cinco etapas: comunicação; plano rápido; modelagem; construção do protótipo; e avaliação e *feedback*. Os principais recursos utilizados para a construção do sistema foram: linguagem de programação Java; linguagem de marcação XML; sistemas operacionais Windows e Android; gerenciador de dispositivos virtuais AVD; ferramenta de apoio SDK Manager; e ambiente de desenvolvimento de sistemas Netbeans. Resultados: o sistema foi estruturado em quatro cenários: (1) gerenciamento de IM normais, (2) gerenciamento de IM que apresentam anormalidades, (3) extração de características baseadas em textura nos conjuntos de imagens selecionados e (4) visualização e armazenamento das características extraídas em arquivos de texto. Para facilitar a interação de modo amigável e ágil entre o sistema e o usuário, foi desenvolvida uma interface gráfica para dispositivos móveis Android. Com o auxílio desse sistema para a extração de características em um conjunto de IM artificiais, foi construído um mode-

lo inicial de classificação usando a técnica de Aprendizado de Máquina (AM) denominada Árvore de Decisão por meio do algoritmo C4.5. Com esse modelo, foi possível classificar corretamente 89,796% das imagens utilizadas. Conclusão: o SCAIMED-Mobile possibilitou o ganho na agilidade para a extração de características em IM por meio do uso de dispositivos móveis, como *tablets*. Nesse sentido, o uso desse sistema pode contribuir no estudo e no diagnóstico de doenças em IM por meio da construção de estruturas adequadas para a aplicação de métodos de AM, auxiliando na identificação de padrões relevantes nas mesmas.

**PO148 - RELATO DO CASO: INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL COLO-COLÔNICA POR PÓLIPO EM PACIENTE ADULTO**

FRANCISCO ARAUJO DIAS; MARIO LUIZ QUINTAS  
HOSPITAL ESTADUAL DA VILA ALPINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: QUINTAS, M. L., DIAS, F. A. Introdução: Intussuscepção intestinal é uma causa rara de obstrução intestinal, ocorrendo principalmente em crianças, sendo incomum em adultos, representando apenas 5% do total de casos. Este trabalho relata um caso de intussuscepção colônica ocasionada por lipoma em adulto atendido em hospital da cidade de São Paulo. Relato de Caso: Paciente de 34 anos, sexo masculino. Foi admitido com dor súbita em cólica em fossa ilíaca esquerda e flanco esquerdo há cerca de 3 dias, de moderada intensidade, associada a vômitos e eliminação de fezes diarreicas e sanguinolentas em geléia de morango há 1 dia, quando a parou desde então de eliminar flatos e fezes. Exame físico: Redução dos ruídos hidroaéreos, dor e massa palpável em fossa ilíaca esquerda, porém sem sinais de peritonismo, toque retal normal. TC abdome: Imagem ovalada em alvo em fossa ilíaca esquerda sugestiva de intussuscepção colô-côlonica. Inventário da cavidade: Intussuscepção do cólon descendente com sigmoide, sem sofrimento vascular. Tática cirúrgica: O segmento invaginado foi desfeito de forma espontânea, evidenciando no interior do cólon esquerdo, próximo ao ângulo esplênico, lesão intraluminal obstruindo parcialmente a luz, assim como linfonodos em mesocólon aumentados. Feita ressecção com margem de segurança que se estendeu de metade do cólon transverso até proximidade da junção do cólon esquerdo e o sigmoide e ressecção dos linfonodos acometidos. Feita anastomose termino-terminal colo-colônica em plano único. Peça cirúrgica: Lesão polipoide de 7x4cm, de cor acastanhada, superfície regular e amolecida à palpação. A microscopia mostrou lipoma submucoso de 7,0cm no maior eixo, mucosa adjacente com processo inflamatório crônico inespecífico e intussuscepção em segmento de intestino grosso, sem sinais de malignidade. Sinais de hiperplasia linfoide reativa em 16 linfonodos. Conclusão: Mesmo sendo rara a intussuscepção como quadro de obstrução intestinal em adultos, deve-se ter em mente que existe e que na maioria das vezes é cirúrgica, podendo necessitar de ressecções de segmentos intestinais.

**PO149 - TUMOR DESMÓIDE EM POUCH ILEAL**

**PATRÍCIA ZACHARIAS<sup>1</sup>; PETERSON FASOLO BILHAR<sup>2</sup>; MYRIAN VELOSO WISNIEWSKI<sup>3</sup>; SUELIN PEREIRA<sup>3</sup>; JEAN CARLO BARBOSA<sup>3</sup>; JOSÉ EMÍLIO MENEGATTI<sup>1</sup>; ANDRÉ PEREIRA WESTPHALEN<sup>1</sup>**

*1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.HOSPITAL DO CANCER DE CASCAVEL, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução Tumores desmóides são raros, sendo relacionados a traumas ou cirurgias abdominais, como as colectomias profiláticas realizadas na Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), e são a segunda causa de mortalidade nesta síndrome. O aparecimento destes tumores especialmente no mesentério do *pouch* ileal após proctocolectomia constitui um desafio de tratamento, sendo sua conduta não padronizada. Objetivo Descrever o caso de um tumor desmóide em *pouch* ileal de paciente submetido à proctocolectomia total, devido à PAF e avaliar o resultado de diferentes tratamentos. Método Análise de prontuário do paciente. Relato de Caso M. S., masculino, 30 anos, história familiar de câncer colorretal por PAF. Após diagnóstico de PAF, foi submetido à proctocolectomia total Videolaparoscópica e anastomose ileoanal com *pouch* ileal em J em 2008. Evoluiu com dois quadros de abscesso perianal e com formação de fistula complexa. Para melhor avaliação da fistula foi realizada ressonância magnética (RNM), que revelou massa pélvica. Biópsia transanal realizada confirmou hipótese de tumor desmóide. Foi submetido a tratamento com celecoxibe, porém sem resposta clínica. Em RNM de seguimento foi constatado aumento da massa, sendo optado por tratamento cirúrgico em maio de 2013. No intraoperatório o tumor foi considerado irressecável. Indicada manutenção do tratamento clínico com celecoxibe e iniciado quimioterapia com doxorrubina, já no quarto ciclo. Resultado Várias foram as opções terapêuticas manuseadas nesse caso, como a tentativa de ressecção cirúrgica, o uso do celecoxibe e a quimioterapia. O tratamento do tumor desmóide ainda não é consenso, pois a cirurgia nem sempre é possível e muitas vezes está associada a altas taxas de recorrência. Sendo assim, tem-se procurado outras opções terapêuticas como quimioterapia, radioterapia, terapia anti-estrogênica, uso de anti-inflamatórios não esteroidais, associados ou não à exérese tumoral. A literatura ainda é muito escassa sobre o manejo dos tumores desmóides no *pouch* ileal, mas apresenta relatos do uso de quimioterapia como alternativa no salvamento do *pouch*. Conclusão O tumor desmóide é um tumor benigno, porém agressivo devido ao aumento de volume. Pode ocorrer esporadicamente ou comumente associado à PAF e seu tratamento ainda não é consenso. Destarte são necessários mais estudos e investigações clínicas das formas de manejo do tumor desmóide em pacientes com PAF, na busca de diminuir a morbimortalidade relacionada a esse tumor.

**PO150 - "TAIL GUT CYST": RELATO DE CASO**

**GABRIEL GARBATO; LUIS CESAR FERNANDES; ELIZABETH DEAK; DELCIO MATOS; SARHAN SYDNEY SAAD; DANIEL MORAES DOMINGOS**

*ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Relata-se caso de paciente atendida com raro diagnóstico de "Tail Gut Cyst". Objetivo: Demonstrar algoritmo de tratamento para estes raros tumores pré-sacrais. Método: Paciente RGP, 62 anos, RH 390568, com abaulamento em região sacro-coccígea há 6 anos e proctalgia; nega alterações em hábito intestinal; refere perda ponderal não aferida. Exame físico: bom estado geral, acianótica, anictérica, afebril, corada, hidratada, eupnéica. Incisão transversa em região cervical e abdome com cicatriz transversa supra púbica; abdome plano, flácido, indolor, ruídos hidroaéreos presentes sem alterações, sem massas abdominais. Abaulamento doloroso em nádega direita. Toque retal sem alterações. Exames subsidiários: ressonância magnética de novembro de 2012 - formação cística multilobulada, conteúdo espesso, localizada no espaço pré-sacral pararectal direito, envolvendo e deslocando o reto para a esquerda, estendendo-se para subcutâneo da região glútea e deslocando o músculo elevador do ânus. Mede 16,0cm x 10,0cm e é compatível com Tail Gut Cyst. Exame proctológico evidenciou tumor retro-retal de natureza a esclarecer. Colonoscopia não demonstrou lesão. Resultados: Cirurgia: paciente submetida a ressecção da lesão, por acessos combinados abdominal e perineal, em 17 de dezembro de 2012. Exame anátomo-patológico: Cisto revestido por epitélio colunar e escamoso com processo inflamatório crônico, por vezes xantogranulomatoso, com cristais de colesterol, delimitado por parede muscular, compatível com HAMARTOMA CÍSTICO RETRO RETAL (*TAIL GUT CYST*). Ausência de malignidade neste material. Evolução pós-operatória: apresentou incontinência fecal temporária. Refere incontinência urinária, que será resolvida cirurgicamente.

**PO151 - APENDICITE AGUDA COMPLICADA POR ENDOMETRIOSE. RELATO DE CASO.**

**STEPHANIE SANTIN; MURILLO LIMA FAVARO; SILVIO GABOR; RENATA CHRISTINE ALVES OLIVEIRA; MARCELO AUGUSTO FONTENELLE RIBEIRO JUNIOR UNIVERSIDADE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.**

Resumo: Introdução: Endometriose é uma doença inflamatória caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Esse tecido ectópico de endométrio é mais comumente encontrado nos ovários, peritônio, ligamentos uterossacros e fundo de saco reto-vaginal, sendo o acometimento do apêndice cecal raro. Relato de Caso: M.L.A.P., 42 anos, sexo feminino, procurou o pronto-socorro Hospital Geral do Grajaú com queixa de náuseas, vômitos e dor abdominal progressiva em fossa ilíaca direita (FID), com início há 5 dias. Ao exame físico, apresentava-se em mal estado geral, descorada, desidratada, taquicárdica, febril, com o abdome flácido, doloroso à palpação profunda de FID, com sinal de Blumberg presente. Realizada tomografia computadorizada com diagnóstico de apendicite aguda. Indicado tratamento operatório, com realização de apendicectomia via McBurney, com identificação de apêndice perfurado bloqueado com líquido purulento periapendicular. Evoluiu com sepse grave, encaminhada ao tra-

tamento intensivo, com piora do quadro, evolui para choque séptico, realizou se nova tomografia de abdome e pelve, com identificação de coleção retro-uterina. Indicada reabordagem cirúrgica com limpeza intracavitária e desfeito bloqueios. Evolui satisfatoriamente com alta após. O anatomopatológico do apêndice cecal revelou apendicite aguda purulenta associada à endometriose. Discussão: A endometriose geralmente está associada à dismenorreia, dor pélvica crônica e infertilidade. No entanto, algumas mulheres podem permanecer assintomáticas por longo período e apresentar quadro de abdome agudo como única manifestação da doença. Conclusão: Endometriose do apêndice pode mimetizar ou até mesmo favorecer a ocorrência de apendicite e deve sempre ser considerada no diagnóstico diferencial de abdome agudo em mulheres jovens.

**PO152 - RELATO DE CASO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A MEGACÓLON CHAGÁSICO AVANÇADO**

LAIS ROBERTA GARCIA BERNARDINI; LUCIANA FREIRE GAVINO; RENATO KATIPIAM GIRON; CAROLINE VON ABEL DE SOUSA; ALEXANDRÉ VENANCIO DE SOUSA

*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*

Resumo: Descreve-se o caso de uma mulher, 66 anos, natural da Bahia, com história de constipação há mais de 10 anos, dificuldade de evacuação e esforço evacuatório. Hábito intestinal: 1 x a cada dez dias, com fezes ressecadas e endurecidas associada a dor e discreto sangramento para evacuar. Possuía antecedente familiar de doença de Chagas e antecedente pessoal de arritmia cardíaca. Apresentou quadro de distensão abdominal, cólica e dificuldade para evacuar. O eletrocardiograma com bloqueio de ramo direito. Raio X de abdome apresentou distensão e dilatação de alças colônicas compatíveis com níveis hidroaéreos. Enema opaco evidenciou distensão e dilatação das alças colônicas compatíveis com megacólon chagásico e dificuldade de extravasamento de contraste. Após ser realizado o diagnóstico de megacólon chagásico, foi optado tratamento clínico com dieta laxativa e uso de laxantes orais, cujo resultado foi ineficaz. Após quase um ano de tratamento clínico não efetivo, frequência evacuatória lenta e vários episódios de internações por sub-oclusão intestinal, o megacólon evoluiu para abdome agudo obstrutivo. Foi optado por colectomia total com íleo reto anastomose pelo fato de todos os segmentos colônicos estarem amplamente comprometidos e com dilatações importantes.

**PO153 - COLITE HEMORRÁGICA POR CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**

VANESSA FORESTO MACHADO; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; CAMILA PREAZZOLI; ROGÉRIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O citomegalovírus (CMV) acomete mais de 40% da população mundial, porém, na maioria das vezes, a doença é assintomática. Os casos graves estão, geralmente, associados a pacientes imunocomprometidos. O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) leva à predisposição a infecções oportunistas devido à imunossupressão induzida pela própria doença ou pelas medicações utilizadas. Objetivo: Relatar caso de colite por citomegalovírus em paciente lúpico e descrever abordagem diagnóstica e terapêutica. Relato de Caso: Mulher, 59 anos, diagnóstico de LES há 2 anos, em tratamento com micofenolato e prednisona. Iniciou quadro de perda ponderal, astenia e diarreia não sanguinolenta, que evoluiu com episódios de enterorragia e queda importante dos níveis de hemoglobina. Apresentava-se em regular estado geral, descorada, com o abdome distendido e doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritonal. Ao exame proctológico, não havia lesões orificiais e o toque retal evidenciava sangue vivo em dedo de luva. Paciente foi internada no CTI onde foi realizada reposição volêmica. A colonoscopia evidenciou enantema em todo cólon, com áreas de sufusões hemorrágicas intercaladas com mucosa normal. A biópsia mostrou infiltrado inflamatório misto, com fibrose moderada e focos de hemorragia na mucosa. O exame de imunohistoquímica foi sugestivo de infecção por citomegalovírus. Iniciado tratamento com ganciclovir, porém permaneceu com episódios de enterorragia volumosa. Após 19 dias de tratamento, sem sucesso, optou-se pelo tratamento cirúrgico. Foi submetida à colectomia subtotal com ileostomia terminal e sepultamento do reto. O cólon ressecado apresentava lesões ulceradas com abundante tecido de granulação. A análise histopatológica evidenciou células grandes com inclusões nucleares do tipo "olho de coruja", suspeitas de infecção por citomegalovírus, que apresentaram imunorreatividade para os marcadores CMV e CMV-late. Após a cirurgia, não apresentou novos episódios de sangramento e recebeu alta do CTI no segundo pós-operatório. Conclusão: A colite por citomegalovírus em paciente imunocomprometidos tem altas taxas de complicações e óbitos e, nesse caso, não evoluiu bem apenas com tratamento anti-viral. Portanto, após o diagnóstico, é necessário vigilância ativa na evolução da doença para decidir o momento certo de submeter o paciente a procedimento cirúrgico. A colectomia total com ileostomia terminal é a cirurgia indicada nessa situação.

**PO154 - TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN COM IMPLANTES EM MÃOS E LÁBIOS**

CÁSSIO ALFRED BRATTIG CANTÃO; BRUNO ZENE MOTTA; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; CAMILA PREAZZOLI; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: O condiloma acuminado gigante, Tumor de Buschke-Lowenstein (TBL), causado pelo HPV, apresenta histologia benigna, com comportamento localmente agressivo e malignização em 30-50% dos casos. Diferente do condiloma, que em geral regride em até 2 anos mesmo sem tratamento, o TBL não regride e tem taxa de recidiva de 33-67%. **Objetivo:** Relatar caso de locais incomuns de implantes de TBL e o manejo terapêutico, confrontando-o com o proposto pela literatura. **Relato de Caso:** Homem, 45 anos, portador de HIV há 17 anos, em tratamento regular com terapia antirretroviral, apresentava lesões verrucosas na região anal desde 2004. Em 2010 surgiram lesões nas mãos, as quais foram tratadas com Imiquimode, sem resposta clínica. Chegou ao nosso serviço em 2012, após realizar radioterapia perineal com redução parcial das lesões. Realizada exérese do condiloma perianal, confecção de colostomia e eletrocoagulação das lesões das mãos. **Anatomo-patológico** evidenciou condiloma acuminado com áreas de neoplasia intra-epitelial de alto grau, foco de CEC invasivo, moderadamente diferenciado, com margens livres. Não houve recidiva das lesões até o momento. Apresentava lesões verrucosas nas mãos, região anal e lábio inferior. **Biópsia** das lesões das mãos: CEC *in situ*, associado à infecção pelo HPV. **Condição imunitária:** carga viral indetectável e CD4 de 518. Iniciado tratamento tópico com fluoracil nas mãos e lábios, com remissão apenas da lesão labial. **Discussão:** Este caso chama atenção por tratar-se de TBL com lesões em locais atípicos. Por definição no TBL não ocorrem metástases, por isso acreditamos que estas lesões devem-se a contato direto. As lesões dos lábios, mãos e perianal foram tratadas de formas diferentes, com sucesso apenas na primeira, com uso do fluoracil. Podem ser usadas terapias tópicas, sistêmicas, destruição do tumor ou radioterapia. Revisão da literatura mostra maiores taxas de sucesso com excisão cirúrgica com ou sem outras terapias, o que foi observado no resultado do tratamento das lesões das mãos. **Conclusão:** No TBL com apresentações menos comuns, o tratamento deve ser o mesmo das apresentações pélvicas, sendo a primeira opção a cirúrgica.

**PO155 - TRATAMENTO TÓPICO DE CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE DA MARGEM ANAL**  
JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; RINALDO PRATES PERIARD; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; RENATA ROCHA BARBI; JORGE BENJAMIN FAYAD; MARCELO NEVES CARVALHO; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; PRICILA RIBEIRO BRISOLARA  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: O condiloma acuminado gigante é uma rara modalidade da doença pelo HPV, geralmente produzida pelos tipos chamados de baixo risco, que gera muita controvérsia em relação ao seu tratamento. Ele é caracterizado por um comportamento clínico maligno em face de benignidade histológica. Transformação maligna para tumores francamente invasivos tem sido descrita em 1/3 dos casos. A maior parte dos autores sugere tratamentos cirúrgicos isolados ou asso-

ciados a tratamentos tópicos com substâncias caras ou não disponíveis em nosso meio. Não raramente os tratamentos cirúrgicos consistem de grandes ressecções com necessidade de procedimentos plásticos complexos, muitas vezes acompanhados por colostomias. **Objetivo:** Nós acreditamos que existem situações em que o tratamento tópico com uma medicação de baixo custo, o creme de Podofilina a 25 %, já largamente utilizado no tratamento da condilomatose da margem anal, possa envolver o condiloma gigante totalmente ou pelo menos até um volume que torne mais fácil a manipulação cirúrgica. Apresentamos 2 casos em que tivemos êxito com essa conduta. **Caso 1 - Homossexual masculino, HIV positivo, em tratamento antirretroviral. Também em tratamento para hanseníase, usando como medicação acessória 80 mg de prednisona diariamente. A tumoração era grande, macia, não ulcerada. Após suspensão da prednisona iniciamos aplicações locais de Podofilina a 25 % em vaselina sólida. A lesão regrediu totalmente após 17 aplicações semanais do creme de Podofilina, e a seguir o paciente foi operado com finalidade cosmética, para retirada de plicomas. Caso 2 – Homossexual masculino, HIV negativo, apresentando lesão condilomatosa gigante na margem anal. A biópsia mostrou condiloma acuminado. A lesão regrediu quase que totalmente após 10 aplicações locais de creme de Podofilina a 25 %. Resultados:** Tivemos excelentes Resultados com o creme de Podofilina tópico em sessões semanais nos dois pacientes descritos, evitando tratamentos cirúrgicos complexos e colostomias. **Conclusões:** Acreditamos que esse método deva ser sempre tentado como primeira opção em pacientes com condilomas gigantes que apresentem como características tumorações macias, não ulceradas, sem fistulização e com biópsia de benignidade. Considerando as manifestações tóxicas descritas na literatura associadas ao uso da Podofilina, sugerimos não utilizá-la em mucosas, não utilizar em área superior a 10 cm<sup>2</sup>, e também não utilizar em gestantes.

**PO156 - FÍSTULA ANORRETAL POR SCHISTOSSOMA MANSONI: RELATO DE CASO**

SILVIA MAMPRIM PADOVESE; DÉBORA YURI SATO; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; MARIO ANTONIO FERRARI; MARIANA OKINO MITUO; LUIZ SÉRGIO RONCHI; JOÃO GOMES NETINHO

*HOSPITAL DE BASE, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Relato do Caso: MMS, masculino, 31 anos com fistula anal. Realizada colonoscopia que visualizou áreas de enantema focal esparsas em transição retossigmóidea. O resultado anatomopatológico destas lesões foi colite crônica parasitária por *S. mansoni*, com presença de ovos do parasita. Na ressonância magnética observou-se fistula perianal que se estende ântero-inferiormente com exteriorização para períneo e com trajeto fistuloso se estendendo para bolsa testicular esquerda. Paciente recebeu tratamento sistêmico para esquistossomose com praziquantel e após ser considerado curado foi submetido à fistulotomia. Permaneceu em acompanhamento

com a equipe por mais seis meses, recebendo alta ambulatorial sem apresentar recidivas ou outras complicações. Discussão: As fistulas anorretais são processos supurativos crônicos e em 95% dos casos se iniciam pela infecção da cripta, levando a formação de abscesso anorretal e, posteriormente formação do trajeto. Entretanto, 5% dos casos podem ser decorrentes a outras patologias como Doença de Crohn, doenças venéreas, tuberculose, neoplasias ou corpo estranho. Dessa forma a etiologia é essencial para definir o tratamento correto. A esquistossomose apresenta um amplo espectro clínico, tendo o acometimento do aparelho digestivo presente em todas as apresentações, sendo o reto e o sigmóide os segmentos mais afetados. A suspeita de esquistossomose é em função do quadro clínico e dos dados epidemiológicos, sendo o diagnóstico confirmado pelos exames laboratoriais, que podem ser por métodos diretos (exames de fezes, biópsia retal ou hepática e pesquisa de anticorpos circulantes) ou indiretos (intradermorreação, reações sorológicas, hemograma, ultrassonografia do abdome, radiologia, retossigmoidoscopia). O tratamento específico combate diretamente o parasita através de drogas como o Oxamniquine e o Praziquantel. Nos casos graves intestinais com múltiplos pólipos cólon, particularmente retossigmoideanos, com anemia grave, sangramentos volumosos e emagrecimento acentuado pela diarreia mucossanguinolenta, a indicação cirúrgica se faz necessária. Conclusão: O diagnóstico correto da etiologia das fistulas anais é imprescindível para indicar o tratamento adequado. No caso apresentado, sem o devido tratamento para esquistossomose poderia ocorrer recidivas e formação de fistulas complexas, bem como evoluir para quadros mais graves da doença de base.

**PO157 - FÍSTULA DUODENO-COLÔNICA EM PACIENTE COM MUCORMICOSE APÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA - RELATO DE CASO**

**ENRIQUE SABOIA;** VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANDRÉ GATTO; MARCO ANTONIO BITENCOURT; ANTONIO BALDIN JUNIOR; ANTONIO SERGIO BRENNER; RENATO ARAUJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR *HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Relatar o caso de paciente que foi imunossuprimida para receber transplante de medula óssea (TMO) e que evoluiu com quadro de mucormicose no fígado, pulmão e músculo, complicando com fistula duodenocolônica. Relato de Caso: CSP, 42 anos, feminina. Diagnóstico de anemia aplásica, submetida a TMO. Após receber ciclosporina para o transplante, apresentou febre persistente e lesões hepáticas e pulmonares, biopsiadas. A histologia revelou mucormicose. Iniciado anfotericina lipossomal. As lesões pulmonares e hepáticas regrediram, porém drenaram para o hilo hepático e duodeno evoluindo com fistula duodeno-colônica confirmada por exame endoscópico. Optou-se por jejunostomia Videolaparoscópica para melhorar o estado nutricional e num segundo tempo realizou-se derivação gastrointestinal, não sendo possível a abordagem da fistula devido ao intenso

processo inflamatório. Mesmo com melhora do quadro, ainda apresentava náuseas e vômitos, mas de menor intensidade. Houve piora progressiva, com recidiva das lesões pulmonares e hepática, sendo contraindicado qualquer procedimento devido ao péssimo estado geral. Foi, então, decidido por cuidados paliativos. Após 285 dias do transplante, evoluiu a óbito. Discussão: Mucormicose é uma infecção causada por fungos da ordem *Mucorales* e acomete principalmente pacientes imunocomprometidos. Acomete vias aéreas altas ou baixas e trato gastrointestinal, mas pode se estender além desses tecidos e causar mucormicose disseminada. Qualquer que seja o local, a patologia é sempre a mesma, com invasão de vasos sanguíneos e necrose tecidual. As manifestações incluem a forma pulmonar com pneumonia grave e progressiva; a gastrointestinal, mais comum em pacientes desnutridos; a cutânea, a mais comum e que se desenvolve após feridas traumáticas contaminadas, com áreas de necrose. O diagnóstico é feito com exame microscópico de culturas e amostras de biópsias, e a diferenciação é feita com outras infecções fúngicas e com infecções bacterianas graves. O tratamento se baseia em eliminar a causa base, desbridamento cirúrgico amplo e antifúngico em altas doses. Mesmo sem realizar desbridamento das áreas acometidas, houve boa resposta ao tratamento com anfotericina lipossomal, permitindo a abordagem cirúrgica. Não ficou esclarecido o motivo dos vômitos persistentes, mesmo após a suspensão das medicações possivelmente implicadas na fisiopatologia. O quadro geral de imunossupressão foi um fator determinante na evolução desfavorável da paciente.

**PO158 - GRANULOMA PARASITÁRIO: RELATO DE CASO**

**MARIANA OKINO MITUO<sup>1</sup>;** CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE<sup>1</sup>; MARIO ANTONIO FERRARI<sup>1</sup>; SILVIA MAMPRIM PADOVESE<sup>1</sup>; JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO<sup>1</sup>; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO<sup>2</sup>; JOÃO GOMES NETINHO<sup>1</sup>

*1.FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Toxocaríase é uma enfermidade causada pela infecção com as larvas do nematódeo canino *Toxocara canis*, quando ingerido seus ovos embrionados pelos humanos. As larvas invadem a parede do intestino delgado, migram pelo organismo, mas não completam seu ciclo, chegando à fase adulta. As manifestações clínicas são decorrentes do dano causado pela migração das larvas e da reação inflamatória do hospedeiro, como granulomas ou abscessos eosinofílicos. Relato de Caso: Paciente sexo feminino, 39 anos, encaminhada ao serviço de coloproctologia de hospital universitário para investigação de lesão infiltrativa em ceco. Relatava dor abdominal, principalmente em hipocôndrio e flanco direito, associado a dois episódios de hematoquezia e perda ponderal de 19 quilos em três meses. Antecedentes pessoais prévios de hipertensão arterial sistêmica e persistência de ducto arterial.

Realizou colonoscopia prévia com evidencia de lesão infiltrativa de cerca de 3 cm de diâmetro, no ceco, próximo óstio apendicular. Biópsia evidenciou colite crônica moderada e erosiva associado a pequeno pólipó hiperplásico, sem atípias. Paciente apresentava exames laboratoriais sem evidência de anemia ou de eosinofilia. Solicitado nova colonoscopia que evidenciou pólipó sésil de 2,5 cm localizado no ceco entre óstio apendicular e a válvula íleo-cecal. Realizado polipectomia com alça diatérmica cujo exame anatomo-patológico evidenciou tífite crônica com reação gigantocelular tipo corpo estranho com moderada eosinofilia, compatível com granuloma parasitário. Sugerindo investigação para *Toxocara canis*. Após achado histopatológico realizado tratamento antiparasitário com secnidazol e albendazol e mantido seguimento ambulatorial. Conclusão: O diagnóstico de parasitoses e granulomas parasitários, como a toxocaríase, sempre devem ser considerados na investigação de lesões intestinais associadas à dor abdominal, hematoquezia e perda ponderal, principalmente em países de clima tropical como o Brasil.

#### PO159 - ESQUISTOSSOMOSE PSEUDOTUMORAL DE RETO – RELATO DE CASO

ALEXANDRÉ LOPES CARVALHO<sup>1</sup>; DARCY MURITIBA JUNIOR<sup>1</sup>; EDUARDO FONSECA FILHO<sup>2</sup>; PAULO FREDERICO COSTA<sup>2</sup>; JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO SILVA BARRETO<sup>1</sup>  
1.AOSID, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGUÊS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A esquistossomose ainda é uma doença endêmica em algumas regiões do Brasil. O *Shistosoma mansoni*, principal agente etiológico, acarreta graus variáveis de doença, desde as formas agudas e oligossintomáticas, até as formas crônicas, intestinal e hepatoesplênica. O acometimento retal sob a forma pseudotumoral é raro. Relato de Caso: Paciente AC, 54 anos, masculino, natural de Angola / África e prodente ao Brasil há cerca de 1 ano, com queixa de desconforto retal inespecífico e fezes afiladas. O exame proctológico evidenciou abaulamento submucoso volumoso em parede retal anterior a cerca de 4 cm da borda anal. Foi submetido a ileocolonoscopia que demonstrou lesão em parede retal anterior, extra-mucosa, de etiologia a esclarecer. Ultrassonografia endorretal evidenciou lesão restrita a submucosa, sem invasão da muscular. Foi submetido a ressecção transanal da lesão com margens de segurança e enviado material para estudo histopatológico. O estudo microscópico da peça cirúrgica revelou densa reação inflamatória crônica de células linfoplasmocitárias que se associam a frequentes polimosfonucleares eosinófilos. Formação de abscesso e trajetos fistulosos com graus variáveis de fibrose. Notam-se ainda, eventuais granulomas com células gigantes tipo corpo estranho que fagocitam restos de ovos de *Shistosoma mansoni*. Paciente foi submetido a tratamento com Oxaminiquine (Mansil) e tornou-se assintomático. Discussão: Acredita-se que o surgimento da esquistossomose no Brasil esteja ligado a migração de escravos africanos. Embora a esquistossomose retal seja uma complicação rara,

deve ser considerada no diagnóstico diferencial da pacientes provenientes de zonas endêmicas, como é o caso de Angola. Neste caso clínico, o diagnóstico etiológico da tumoração retal só pôde ser feito após a realização da cirurgia, através do exame histopatológico. O tratamento específico foi realizado e o paciente apresentou boa evolução.

#### PO160 - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA LESÃO SIFILÍTICA EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDO

PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; JORGE BENJAMIN FAYAD; RINALDO PRATES PERIARD; RENATA ROCHA BARBI; CHRISTIAN SPALLA LEPESTEUR MOREIRA; JOAQUIM TIA-GO LELES DE JESUS

HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Introdução: O crescimento recente da sífilis, principalmente associado a emergência da AIDS, parece aumentar o número dos casos atípicos observados na prática médica. Desta forma, devido a diversidade de formas de apresentação, devemos manter elevada suspeição clínica para a mesma, principalmente em pacientes imunocomprometidos. Objetivo: Relatar o caso de um paciente com apresentação atípica de lesão sifilítica, em paciente soropositivo com atividade sexual anal. Métodos: AAG, 38 anos, masculino, diagnosticado em novembro de 2012 como sendo portador do vírus HIV sem necessidade de terapia anti-retroviral até o momento, praticante de atividade sexual anal, apresentou por 2 semanas, lesão ulcerada na margem e canal anal, pouco dolorosa, seca e não sangrante, além de lesão de aspecto semelhante no 2º quirodáctilo de mão esquerda. Após ser avaliado e medicado com Aciclovir oral e tópico pela médica assistente, a lesão não apresentou melhora, sendo atendido assim no serviço de coloproctologia do Hospital Federal de Ipanema. Há 4 meses atrás já havia realizado tratamento para sífilis terciária, com Penicilina Benzatina 7.200.000 U, ao ser identificado VDRL 1:64, porém no dia seguinte a consulta onde foi identificado a lesão atípica foi colhido novo VDRL que apresentou resultado negativo. O paciente foi submetido a biópsia da lesão de margem anal e encaminhamento para serviço de infectologia. Resultados: Na época da consulta o paciente apresentava CD4 551 e carga viral de 1.667 cópias. Devido o VDRL ter apresentando-se negativo, foi prescrito novamente Aciclovir para o paciente, que apresentou desta vez, melhora completa das lesões em região anal e quirodáctilo com o tratamento para herpes. O posterior resultado histopatológico da biópsia sugeriu que a lesão fosse de origem luética, com novo teste não treponêmico sendo solicitado e evidenciando VDRL 1:64. O paciente foi submetido a um novo tratamento para sífilis com Penicilina Benzatina 7.200.000 U, observando-se assim que houve reinfecção pelo treponema. Conclusão: A apresentação atípica da lesão sifilítica tem que ser lembrada quando estamos diante de um paciente com deficiência na imunidade. O fato do resultado do VDRL ter apresentando resultado negati-



vo 2 semanas após início dos sintomas, evidencia que a lesão sífilítica era de natureza primária, confirmado com o resultado histopatológico da biópsia e com a regressão da lesão de forma espontânea, e não por causa do tratamento com Aciclovir.

**PO161 - DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE INTES-  
TINAL EM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA  
CONCOMITANTE DO CÓLON**

ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES; SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA; DANIELLA NUNES CAMARGO; DANILO ALVES ANDRADE; JONICE BLASIOLI COSTA; LARA ZANCANER UETA; WANESSA DE LOURDES PINTO  
*PUC CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A tuberculose intestinal pode ser oriunda da colonização dos linfonodos mesentéricos durante a fase bacterêmica da doença pulmonar ou causada pela ingestão de muco ou leite contaminados. O quadro clínico é variável, porém a dor abdominal é encontrada entre 85 a 100 % dos casos. As três formas descritas na literatura são: ulcerativa, hipertrófica (pseudotumoral) e estenosante. O diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com a doença de Crohn e neoplasias malignas. Um alto índice de suspeição é necessário para o diagnóstico correto, visto que em 20% dos exames de colonoscopia e em 15% das laparotomias o diagnóstico definitivo não é possível. Objetivos: Estudar fatores que possam auxiliar no diagnóstico precoce da tuberculose intestinal hipertrófica diminuindo assim o retardo do tratamento. Métodos: Relato de Caso de um paciente do sexo masculino, de 60 anos, etilista, com quadro de dor abdominal importante, perda de peso e tumoração palpável em fossa ilíaca direita há 4 meses. Veio encaminhado ao serviço de coloproctologia devido a suspeita de neoplasia do cólon. Resultados: Paciente submetido a exame de colonoscopia, o qual detectou lesão vegetante de aspecto infiltrativo em ceco, sem comprometimento do íleo terminal e lesão plana de crescimento lateral (LST) em cólon sigmóide. O exame anátomo patológico da lesão em ceco veio inconclusivo e da LST em sigmoide veio como adenocarcinoma “in situ” com margens livres. Paciente então recebeu o diagnóstico de TB pulmonar, sendo submetido a tratamento clínico com regressão completa da tumoração abdominal. Uma revisão de lâminas com coloração de Ziel Nielsen demonstrou a presença de bacilos álcool ácido resistentes na lesão infiltrativa em ceco. Conclusões: Diante de tumorações abdominais do cólon direito, especialmente quando a dor for um sintoma importante, deve-se estar atento para a tuberculose intestinal como um possível diagnóstico, mesmo que o paciente apresente fatores de risco para outras doenças, como o adenocarcinoma do cólon.

**PO162 - RELATO DE CASO: HIDROADENITE SUPU-  
RATIVA**

ESTHER ANDRADE RODRIGUES; VIRGINIO CANDIDO TOSTA DE SOUZA; ELISIO MEIRELLES DE MIRANDA; CARLOS ROBERTO AMORIM; NÍCOLAS BIAGIONE TIBURZIO

*HOSPITAL DAS CLINICAS SAMUEL LIBANIO, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A hidroadenite supurativa é considerada uma disfunção das glândulas sudoríparas apócrinas, a primeira descrição foi 1839 por Velpeau. Ocorre hiperqueratinização folicular e infecção bacteriana secundária, geralmente causada por estafilococos. Foi constatado que os efeitos socioeconômicos da doença é a perda de aproximadamente 2,7 dias de trabalho/ano. Nota-se que os homens procuram menos ajuda médica o que corrobora a hipótese de uma evolução mais branda neste sexo. Há uma frequência maior em raça negra, devido a uma maior densidade de glândulas apócrinas com relação a raça branca. Lesões genitofemorais são significativamente mais comuns no sexo feminino, enquanto no sexo masculino o acometimento perianal é mais comum. A etiologia proposta como oclusão folicular, infecção bacteriana, genética, defeitos imunológicos, hormônios, tabagismo e irritantes são considerados secundários, a pele espessada pode ter alguns efeitos na patogênese da doença. A doença é insidiosa e os primeiros sintomas são: prurido, eritema e hiperidrose local e mais tarde se tornam dolorosas. Objetivos: Apresentar o caso clínico de um paciente com o diagnóstico de hidroadenite supurativa em região nádega direita e perineo atendido no serviço de coloproctologia do hospital Samuel Libanio no ano de 2013. Relato de Caso: A.A.B, 46 anos, branco, casado, católico, natural e procedente de Bom Repouso - Minas Gerais, hipertenso, diabético e tabagista, apresentando quadro de dor em região de nádega direita e perineo com drenagem de secreção purulenta em roupa íntima há aproximadamente oito meses. Ao exame apresentava orifícios fistulosos em nádega direita e perineo, drenando secreção purulenta em grande quantidade e presença de equimoses nas nádegas. Exame proctológico sem alterações. Foi iniciado tratamento com ciprofloxacina 500 mg de 12/12 por 10 dias, banhos de assento com água morna e encaminhado a dermatologista devido lesões em região de axilas. Introduzido pela mesma rifampicina 600 mg em uso há 04 meses e metronidazol 500 mg/d. após início do tratamento clínico paciente apresentou melhora do quadro infeccioso sendo submetido ao procedimento cirúrgico (fistulotomia 1- tempo) no dia 18/06/13. Paciente mantém acompanhamento no ambulatório de coloproctologia para programação do 2 tempo cirúrgico em seguimentos remanescentes.

**PO163- INFECÇÃO POR CHLAMYDIATRACHOMATIS  
SIMULANDO RETITE ULCERATIVA INESPECÍFICA**  
CARMEN RUTH MANZIONE; SIDNEY ROBERTO NADAL; LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL  
*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: O objetivo deste trabalho é apresentar caso de infecção por Clamídia tipo LGV, simulando retite ulcerativa inespecífica e chamar atenção para agentes sexualmente transmissíveis na etiologia das retites distais. Relato do Caso: Homem de 43 anos, HIV-positivo, usando terapia antirretroviral, veio ao nosso ambulatório referindo tratamento para retocolite ul-

cerativa inespecífica com mesalazina há dois anos, sem melhora. Sua queixa era dor retal, tenesmo e saída de secreção purulenta junto com as fezes. A princípio citava ter fissura anal, cujo tratamento com tópicos foi ineficaz. A colonoscopia naquela ocasião (2011) revelou úlceras aftóides no reto e a biopsia encontrou processo inflamatório crônico erosivo. Teve a fissura operada e usou ciprofloxacina e metronidazol durante sete dias, com discreta melhora inicial. Após um ano, repetiu a colonoscopia(2012) pela persistência dos mesmos sintomas. Desta vez, o laudo afirmava haver características de retite ulcerativa com o restante do cólon e do íleo terminal normais. O laudo das biopsias resultou em colite crônica focalmente ativa. Iniciou tratamento com mesalazina supositórios, sem efeito. No início de 2013, foi submetido a retossigmoidoscopia flexível que mostrou retite ulcerativa e lesões subelevadas no reto. Foram realizadas polipectomias cujo resultado anatomicopatológico diagnosticou processo inflamatório crônico ulcerado. Desta vez, utilizou mesalazina oral e retal, sem melhora. Nosso exame identificou saída de pus pelo ânus e lesões vegetantes com hiperemia e muito dolorosas. Suspeitamos de doença sexualmente transmissível e solicitamos sorologias para sífilis e teste rápido para clamídia. Este último foi positivo. Após tratamento com doxiciclina 100 mg, a cada 12 horas, durante 21 dias, houve desaparecimento completo dos sintomas e das lesões retais. A retossigmoidoscopia flexível, feita após 30 dias, encontrou discreto edema da mucosa retal.

#### PO164 - CANCRO SIFILÍTICO SIMULANDO TUMOR DO RETO

CARMEN RUTH MANZIONE; SIDNEY ROBERTO NADAL; LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL  
*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Várias doenças sexualmente transmissíveis estão apresentando aumento na incidência mundial. O uso do anorreto para prazer sexual propicia a que esses agentes etiológicos provoquem lesões no reto, e entre elas, as provocadas pela sífilis. O objetivo deste relato é apresentar paciente com sífilis primária com localização retal, simulando tumor. Relato do Caso: trata-se de homem que faz sexo com homem (HSH), com 57 anos, HIV-positivo, em tratamento com drogas antirretrovirais que veio ao ambulatório queixando-se de secreção mucossanguinolenta junto com as fezes e tenesmo. O exame proctológico revelou tumor ulcerado no reto distal, cujas biopsias revelaram processo inflamatório crônico inespecífico. Resolvemos repetir a biópsia, após 20 dias, e observamos o desaparecimento completo da lesão. Naquele momento, suspeitamos que a lesão fosse provocada pelo *Treponema pallidum* e solicitamos os exames sorológicos para sífilis. O VRDL era de 1/256 e o FTA-Abs era reagente. Optamos pelo tratamento com penicilina benzatina, 4.800.000 U intramusculares, divididas em duas aplicações com intervalo de sete dias. O VDRL de controle, após 3 e 6 meses, foi de 1/8 e 1/2, respectivamente. Chamamos a atenção para a possibilidade de tumor do reto provocado por agentes sexualmente transmissíveis.

#### PO165 - TUMOR DE BUSCHKE – LÖWENSTEIN EM ASSOCIAÇÃO COM CARCINOMA ESPINOCELULAR. RELATO DE CASO

MARINA GABRIELLE EPSTEIN; LUIZ VAGNER SIPRIANI JUNIOR; BENJAMIN MARCELO HWANG; MAYTE SOARES; ARIADNE DUTRA OLIVEIRA; MURILLO LIMA FAVARO; LEANDRO TEIXEIRA ROCHA; MARCELO AUGUSTO FONTENELLE RIBEIRO JUNIOR  
*UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: descrever um caso clínico de um paciente com tumor de Buschke-Lowenstein há 2 anos uma vez que esta variedade de condiloma é pouco descrita na literatura.

Relato de Caso: CO, 51 anos procurou atendimento médico com história de lesão perianal há 2 anos, com piora há 1 mês associado a odor fétido. Paciente negava comorbidades. Ao exame proctológico apresentava lesão verrucosa com áreas necróticas, friável ao toque, medindo cerca de 15cm no maior diâmetro, infiltrando o músculo do esfíncter anal externo. Sorologia para HIV negativa. Foi submetido a ressecção cirúrgica, com ressecção ampla da lesão. O anátomo-patológico evidenciou a presença de coilocitose, sugestiva de infecção pelo HPV e áreas de carcinoma espinocelular. Imunohistoquímica expressou p16 nos componentes invasivo e *in situ*. Discussão: O condiloma acuminado gigante ou tumor de Buschke-Lowenstein é uma forma rara de apresentação do condiloma acuminado anogenital, que por sua vez é uma doença sexualmente transmissível relacionada ao Papilomavírus humano. Este tumor, com alta taxa de transformação maligna, comporta-se localmente como uma neoplasia com capacidade de invasão das estruturas adjacentes, apesar de apresentar características histológicas benignas e de não ter potencial metastático. As modalidades terapêuticas existentes incluem a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a imunoterapia mas nenhum dos métodos é universalmente eficaz. Conclusão: A ressecção constitui terapêutica de escolha devido ao alto potencial de recorrência e transformação maligna, sendo a terapêutica tópica reservada para os casos irrecorríveis ou onde a preservação do tecido é crucial.

#### PO166 - TRATAMENTO DO HPV ANAL E PERIANAL COM PLASMA DE ARGÔNIO

EDUARDO ANGELO BRAGA; TARCIZO AFONSO NUNEZ  
*UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: O tratamento do Hpv anal e perianal ainda é um desafio por não existir um método de consenso na atual prática cirúrgica. Todos os métodos utilizados desde agentes químicos a ressecções cirúrgicas extensas ou são pouco eficazes ou trazem morbidade considerável ao paciente. A evolução da doença com a possibilidade de transformação maligna é uma preocupação constante, pois o condiloma acuminado é a doença sexualmente transmissível mais comum em coloproctologia. A utilização do plasma de argônio permite tratar áreas extensas de epitélio acometido pelo Hpv em nível ambulatorial antes só possíveis de serem tratadas em nível hospitalar e

sob bloqueio. O nível de profundidade atingido pelo argônio pode ser controlado permitindo assim minimizar os efeitos adversos do tratamento convencional como a formação de queimaduras profundas ou extensas demais.

**PO167 - ASSOCIAÇÃO ENTRE CÂNCER COLORRETAL E O TIPO SANGUÍNEO (SISTEMAS ABO E RH)**  
CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE<sup>1</sup>; JOÃO PAULO PRETTI FANTIN<sup>1</sup>; PEDRO HENRIQUE MORIGUCHI CAÇÃO<sup>2</sup>; JOÃO GOMES NETINHO<sup>1</sup>; MARIO ANTONIO FERRARI<sup>3</sup>; MARIANA OKINO MITUO<sup>3</sup>; SILVIA MAMPRIM PADOVESE<sup>3</sup>; JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO<sup>3</sup>

*1.HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Avaliar associação entre os tipos sanguíneos nos sistemas ABO e RH e câncer colorretal. Métodos: Estudo transversal observacional descritivo, com coleta retrospectiva de dados de pacientes submetidos à cirurgia pelo Departamento de Coloproctologia -Hospital de Base – São José do Rio Preto entre janeiro/2000 e dezembro/2008 com diagnóstico anatomopatológico de câncer colorretal (CCR) e com informação do tipo sanguíneo nos sistemas ABO e RH. Sexo, idade, histologia, localização do tumor e tipo sanguíneo nos sistemas ABO e RH foram analisados. Teste do qui-quadrado com nível de significância de  $p < 0,05$ . Resultados: Dos 866 pacientes submetidos à cirurgia em nove anos, foram incluídos 650, totalizando 732 sítios tumorais. Houve acometimento de homens e mulheres praticamente na mesma proporção. A média de idade no diagnóstico foi aos 62 anos, com predomínio após 50 anos. O adenocarcinoma foi isoladamente o tipo histológico mais comum. Houve distribuição mais concentrada de neoplasia no reto, seguida pelo sigmóide e cólon direito. Os grupos A e O foram mais comuns, seguido pelo B e AB. O RH+ foi mais prevalente independente do grupo de sistema ABO. Não houve diferença estatística entre a distribuição esperada na população em geral dos grupos sanguíneos, sistemas ABO e RH, e a população com CCR, bem como a localização da neoplasia entre os tipos sanguíneos ( $p > 0,057$ ). Conclusão: Não foi observada associação consistente entre sorotipos de grupo sanguíneo, sistemas ABO e RH e o risco de câncer colorretal.

**PO168 - TUMOR ESTROMAL GASTRINTESTINAL DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASOS**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O Tumor Estromal Gastrintestinal (GIST) deriva de mutações ocorridas na proteína c-Kit, a qual

ocorre em 85 a 88% dos casos. Constituem a neoplasia mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal e de 1 a 5% das neoplasias digestivas e de maneira geral situam-se na submucosa e muscular própria dos órgãos acometidos com projeção exofítica e/ou intraluminal. No TGI, podem acometer desde o esôfago até o canal anal, sendo mais comumente encontrados no estômago (55-70%), intestino delgado (25-30%) e cólon (7-10%). Objetivo: Objetiva-se nesse artigo descrever três casos de GIST de intestino delgado, um deles sincrônico com adenocarcinoma de reto distal, operados no ano de 2012 no Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP. Relato de Casos: Caso 1: VJSG, feminino, 44 anos com história de dor abdominal difusa com duas horas de evolução e um episódio emético sem alterações de hábito intestinal. Ao exame físico evidenciado abdome doloroso difusamente com descompressão brusca dolorosa principalmente em fossa ilíaca direita. Radiografia de abdome revelava alças de intestino delgado paréticas e com níveis hidro-aéreos. Leucograma evidenciava leucocitose com desvio a esquerda com valores de  $19170/\text{mm}^3$  com 09 bastões. Submetida a Laparotomia Exploradora com enterectomia segmentar. Caso 2: LPS, masculino, 59 anos com quadro de dor abdominal difusa intensa com início há um dia com hiporexia, mal-estar, vômitos e dispneia. Apresentava taquidispneia e abdome distendido e doloroso a palpação profunda com débito fecalóide em sonda nasogástrica. Exames de sangue revelavam aumento de creatinina com  $3,3\text{mg/dl}$ , leucócitos de  $17760/\text{mm}^3$ , PH de 7,21 e lactato de 11. Realizado tomografia computadorizada com evidência de importante distensão gástrica e de todo intestino delgado com níveis hidro-aéreos. Caso 3: JAF, masculino, submetido em 23/10/12 a proctocolectomia total com enterectomia segmentar e ileostomia terminal com inventário da cavidade demonstrando tumoração a 2cm da borda anal sem invasão do puborretal e lesão endurecida em íleo terminal a 5cm da válvula íleo cecal com 1cm de diâmetro em sua serosa. Conclusão: A importância dos GISTs deve ser reconhecida, pois são os tumores mesenquimais mais comuns localizados no trato gastrointestinal, podendo abranger do esôfago ao canal anal. Ademais, esses tumores devem sempre ser lembrados no diagnóstico diferencial das massas sólidas ou sólidas/císticas da cavidade abdominal

**PO169 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE PACIENTES OPERADOS POR ADENOCARCINOMA COLORRETAL COM INVASÃO DA PAREDE ATÉ A CAMADA MUSCULAR COM ACOMETIMENTO LINFONODAL**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal (CCR) atualmente é o segundo câncer mais frequente em todo o mundo. Sabe-se que variáveis clínicas, histopatológicas, moleculares e genéticas relacionam-se com a sobrevida global e livre de doença. Além disso, destaca-se, dentre outros a graduação histológica,

o grau de penetração na parede intestinal, o comprometimento linfonodal e a evidência de doença a distância como uma das mais importantes variáveis envolvidas nos fatores prognósticos do CCR. Objetivo: Demonstrar e analisar os pacientes com adenocarcinomas colorretais T2 operados pelo serviço de residência médica de coloproctologia do Hospital Santa Marcelina. Resultados: Durante o período do estudo, entre julho de 2008 e agosto de 2012, o serviço de residência médica de coloproctologia do Hospital Santa Marcelina realizou 222 cirurgias colorretais por neoplasia. Desse total, 118 pacientes (53,2%) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 67,3 anos, com variação de 30 a 92 anos. Quando se analisa as cirurgias realizadas, 109 foram representadas pela retossigmoidectomias (49,1%), 47 hemicolectomias direitas (21,2%), 31 amputação abdomino-perineal de reto (14%) e 15 hemicolectomias esquerdas (6,7%). Os outros procedimentos foram representados pela proctocolectomia, transversectomia, exenteração pélvica e colectomia subtotal que perfizeram 9% dos casos. O comprometimento anatomopatológico das camadas das paredes colorretais, revelou que 16 pacientes (7,2%) apresentavam acometimento até a camada muscular (T2) e desses 4 pacientes (25%) apresentavam envolvimento linfonodal. Entre os pacientes com lesão neoplásica T2, 15 apresentavam tumoração em cólon distal e reto (93,7%) e apenas um paciente possuía neoplasia em cólon direito (6,3%). O valor do CEA entre os pacientes T2 foi em média de 4,06ng/mL com variação de 0,5 a 20,9 ng/mL. Ressalta-se que dois pacientes (12,5%) apresentavam CEA com valor superior a 5 ng/mL. Além disso, foi observado que entre os pacientes com metástase linfonodal o valor médio do CEA foi de 8,56 e entre aqueles sem evidência de comprometimento linfonodal foi de 2,56 ng/ml. Conclusão: A incidência de acometimento linfonodal nos estadios menos avançados do CCR ocorre de maneira bastante menor quando comparados aos casos T3 e T4

**PO170 - TUMOR CARCINÓIDE DE APÊNDICE CECAL: INCIDÊNCIA NO ANO DE 2011 NO HOSPITAL SANTA MARCELINA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; RAFAEL EDUARDO DOMINGUES MARQUES; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES

*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os tumores carcinóides são neoplasias malignas neuroendócrinas que se originam em células neuro-ectodérmicas do sistema APUD (Amine, Peptide Uptake and Decarboxilation), dispersas na mucosa gastrointestinal e representam cerca de 80-88% das neoplasias do apêndice cecal. São tumores diagnosticados geralmente durante apendicectomias e, estima-se que de cada 100 apendicectomias realizadas por ano ao menos um caso será Tumor Neuroendócrino (TNE). Objetivos: Objetiva-se nesse artigo relatar experiência de Hospital Universitário e de Ensino (HUE) em saúde e referência na zona leste de São Paulo e grande São Paulo

em casos desses raros tumores apendiculares, com ênfase na importância dessas descrições, já que provavelmente raros cirurgiões em particular irão adquirir uma extensa sapiência nesses casos. Método: Análise retrospectiva de 237 pacientes submetidos a apendicectomia no período de setembro de 2010 a setembro de 2012 no Hospital Santa Marcelina-SP. Avaliou-se os dados referentes a idade, sexo, quadro clínico inicial, achados operatórios dos pacientes submetidos a apendicectomia com posterior diagnóstico anatomo e imunopatológico de tumor carcinóide de apêndice. Resultados: Verificou-se a presença de tumor carcinóide de apêndice em 5 pacientes, o que corresponde a 2,1% das apendicectomias realizadas. Com relação ao gênero, 4 pacientes (80%) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 34,2 anos com variação de 17 a 68 anos. Em todos os pacientes a hipótese inicial para indicação de cirurgia fora de apendicite aguda, com achado intra-operatório de apendicite aguda fase necro-perfurada em 3 pacientes (60%). Adotou-se a conduta de hemicolectomia direita em dois pacientes e a expectante nos outros três, sendo a opção de cirurgia o fato de na primeira paciente ter-se verificado invasão maciça do mesoapêndice e no paciente 2 o laudo de imunohistoquímica ter como resultado inconclusivo para a definição da histogênese. Conclusão: A conduta após o diagnóstico de tumores carcinóides de apêndice cecal deve ser alicerçada nos dados fornecidos por exames anatomopatológicos e imunohistoquímicos, além do julgamento criterioso do médico assistente.

**PO171 - CÂNCER AVANÇADO: ESCOLHAS DIFÍCEIS**  
MARIA CRISTINA DEFÁVERI FIGUEIRA; PAULO CESAR DE CASTRO JUNIOR; JULIA REZENDE SCHLINZ; MARLLUS BRAGA SOARES; ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; FRANCISCO LOPES PAULO; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL;*

Resumo: O câncer colorretal é atualmente um dos tumores malignos mais comuns no mundo, sendo a idade o maior fator de risco isolado. Essa neoplasia é considerada de bom prognóstico se a doença for diagnosticada em estágios iniciais, por isso a detecção precoce é considerada tão importante. Devendo ser realizada por meio de colonoscopias, onde podem ser identificados e removidos pólipos e tumores em estágios bem iniciais. A dificuldade se encontra em este ser um exame de alto custo, sendo ainda de difícil acesso para a população em massa. Por isso, necessitamos de maiores investimentos e estratégias para prevenção e detecção precoce, diminuindo assim a incidência e mortalidade por esse tipo de neoplasia. Apresentamos um caso de um paciente com 84 anos, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica e que se encontrava em investigação diagnóstica para um quadro de diarreia paradoxal e alguns episódios de suboclusão intestinal há seis meses. Após tentativa de preparo para colonoscopia, foi internado com um quadro de obstrução intestinal, tratada clinicamente. Permaneceu então internado, realizando retossig-

moidoscopia flexível e tomografia computadorizada de abdômen. A tomografia mostrava uma fistula do cólon sigmoide redundante para o ceco, deixando dúvida quanto ao diagnóstico, sendo as possibilidades aventadas de apendicite, tumor de ceco ou tumor de sigmoide. Pela retossigmoidoscopia flexível foi encontrada uma massa estenosante em sigmoide, a aproximadamente 30 cm da margem anal, com biópsia confirmando adenocarcinoma. Foi então submetido a uma cirurgia de colectomia total com ileostomia terminal e fechamento do coto retal. Apresentou uma evolução lenta no pós-operatório com alta após 15 dias devido ao estado clínico geral e a patologia pulmonar prévia. Apresentou quadro de eventração e foi reoperado 30 dias após. Em tempos de discussão sobre o tratamento precoce de adenomas, estudos genéticos sobre possibilidades de se desenvolver o câncer no futuro ainda nos deparamos com casos avançados como esse. Nesse episódio em particular estivemos em dúvidas quanto à possibilidade de se realizar duas ressecções simultâneas do cólon ou uma única ressecção total. Pesaram nessa escolha uma melhor intenção curativa para a ressecção do câncer, o tempo total de cirurgia e, por outro lado, as complicações inerentes ao grande porte da cirurgia em um paciente cronicamente desnutrido e portador de patologia pulmonar crônica.

#### **PO172 - RELATO DE CASO: METÁSTASE ESPLÊNICA ISOLADA EM CÂNCER DO CÓLON**

GABRIEL DE CARVALHO CUNHA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; MARIANA ANDRADE CARVALHO  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: O câncer colorretal (CCR) constitui-se numa prevalente causa de morbi-mortalidade, principalmente na população geriátrica. Tal enfermidade pode se apresentar muitas vezes de maneira oligossintomática ou através de queixas inespecíficas, não sendo incomum o seu diagnóstico ocorrer em fase mais avançada, com a constatação de doença metastática. A finalidade deste trabalho é relatar um caso clínico de um paciente masculino, 65 anos, diagnosticado com CCR em cólon descendente, submetido a cirurgia com proposta curativa em 2009. Durante acompanhamento pós-operatório, em 2013, foi constatado metástase metacrônica esplênica isolada, diagnosticada por tomografia computadorizada, após investigação de elevação do CEA. O Paciente foi submetido a esplenectomia em 2013, com achado intra operatório de lesão restrita ao baço. A metástase esplênica isolada decorrente de CCR é uma entidade rara, sendo bastante restrito o número de casos relatados desta entidade na plataforma medline.

#### **PO173 - ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR NEOPLASIA DE CÓLON DIREITO EM PACIENTE COM DOENÇA DE CHRON: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; JÚLIO AUGUSTO PADOVA-

NI; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; JULIANA SANTOS VALENCIANO

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: o primeiro caso descrito de associação câncer a Doença de Chron foi por Ginzburg e colaboradores em 1956, e, no Brasil o primeiro caso foi relatado em 1982 por Mincis e colaboradores. Relato do Caso: JM, MULHER, BRANCA, 36 ANOS, deu entrada no Pronto Socorro com quadro de dor abdominal há 3 dias com piora importante há 6 horas, inicialmente difusa que se localizou em flanco direito e fossa ilíaca direita. Referia como fatores acompanhantes: náuseas, vômitos de conteúdo gástrico, queda do estado geral, febre, e hiporexia. Ao exame: regular estado geral, descorada, desidratada, taquipnéica, sudoréica, com sinais de sepse. Sinais Vitais: PA 100x60mmHg, Pulso 110 bpm, FR 24imp, T°Ax de 37,8°C. Abdome: distendido globalmente, ruído hidroaéreo ausente, timpanismo difuso, doloroso difusamente a palpação, sem visceromegalias palpáveis, sem sinais de peritonite. Exame proctológico e toque retal sem particularidades: com fezes em ampola retal sem sangue ou lesões tocáveis ou visíveis. Exames complementares laboratoriais evidenciavam leucocitose com desvio a esquerda com provas inflamatórias elevadas, e sinais de repercussão em órgãos alvo. Exames complementares de imagem mostravam distensão e edema de alças, níveis hidroaéreos em cólons e delgado sem ar em ampola retal. Com a hipótese de abdome agudo inflamatório complicado, foi indicada laparotomia exploradora. Foi realizada colectomia direita ampliada devido a lesão estenosante em flexura hepática do cólon direito. A paciente evoluiu bem com alta hospitalar no 5º PO. No retorno ambulatorial, o laudo anátomo-patológico veio de: Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado em Cólon com estadiamento pT3pN1pMx, com metástase em um linfonodo de 33 ressecados, margens livres, e, colite ulcerativa compatível com Doença de Chron. A paciente está em acompanhamento ambulatorial em terapia com salicilato e não foi indicada terapia neoadjuvante pela Oncologia. No momento, está no 12º mês de acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: a associação do desenvolvimento de neoplasia em pacientes com doença de Chron apresenta-se como enfermidade rara que deve ser abordada de forma agressiva com ressecção oncológica, e, seu prognóstico é definido pela cirurgia e o estadiamento.

#### **PO174 - É POSSÍVEL PREVER SOBREVIDA PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL ESTADIO IV?**

FERNANDA BELLOTTI FORMIGA<sup>1</sup>; MARINEIDE PRUDÊNCIO DE CARVALHO<sup>2</sup>; WILMAR ARTUR KLUG<sup>1</sup>; FANG CHIA BIN<sup>1</sup>

*1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - DEPTO CIRURGIA, ÁREA DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SERVIÇO DE ONCOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: O tratamento cirúrgico de pacientes com câncer colorretal (CCR) estadiado IV, apesar de controverso em pacientes assintomáticos, é amplamente realizado. Determinar fatores prognósticos de sobrevida pós-operatória pode ajudar nesta decisão terapêutica. Objetivo: Identificar fatores prognósticos que interferem na sobrevida pós-operatória em pacientes com CCR metastático no momento do diagnóstico. Método: Estudo de Coorte realizado com 81 variáveis (relacionadas ao doente, ao tumor e ao tratamento) em 131 pacientes operados por CCR estadiado IV, entre 2000 e 2010. Cada variável foi comparada ao desfecho pelos testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis e teste de Spearman. Para as variáveis  $p < 0,05$  na análise univariada, foi realizada regressão Cox (análise multivariada). Resultados: A média de idade foi 58,2 anos. Tumor de cólon esquerdo (49,6%) e reto extra-peritoneal (32%) predominaram na amostra, assim como pT3 (72,8%) e pN2 (31,2%). Fígado (80,9%) foi o sítio metastático mais comum, com 33,5% dos pacientes apresentando mais de um sítio. Cirurgia ressectiva foi realizada em 78,6% e derivação em 16,7%. A morbidade pós-operatória foi 33,5% e a mortalidade, 9,9%. A sobrevida pós-operatória foi 15,8 meses com 22,9% vivos em 2 e 3% em 5 anos. Os pacientes que foram submetidos a exérese do tumor primário e sobreviveram aos 30 dias de pós-operatório foram os que atingiram a maior sobrevida (19,4 meses). As variáveis independentes de mau prognóstico foram carcinomatose peritoneal (7,3 vs 19,5 meses,  $p=0,001$ ), complicação pós-operatória (8,3 vs 22,2 meses,  $p=0,037$ ) e reoperação (7,6 vs 18,6 meses,  $p=0,036$ ). Além disso, fazer quimioterapia (23,6 vs 3,4 meses,  $p < 0,001$ ), antiangiogênico (33,6 vs 15,8 meses,  $p=0,024$ ) e tratar metástase (28,6 vs 11,2 meses,  $p=0,007$ ) se relacionaram a melhor sobrevida. Conclusões: Há influência positiva do uso da quimioterapia, do antiangiogênico e do tratamento das metástases para a sobrevida dos pacientes com CCR. Carcinomatose peritoneal e pacientes que evoluem com complicação pós-operatória, principalmente reoperação, tem pior prognóstico. Tal avaliação sugere que o tratamento extirpativo do tumor primário em pacientes com CCR assintomáticos com carcinomatose peritoneal não é bem indicado. Além disso, sugere que a cirurgia dos pacientes com CCR estadiado IV deve priorizar procedimento extirpativo que gerem pouco risco de complicação.

**PO175 - LESÃO METASTÁTICA DE CÓLON ASSOCIADO A CARCINOMATOSE PERITONEAL ORIGINADA DE CARCINOMA PRIMÁRIO DE MAMA – RELATO DE CASO**

ANDRÉ BARRETO SILVA; RICARDO LIRA REIS; IGOR DIAZ YAMANE; CAROLINA CHACON CONSENTINO; EDNA DELABIO FERRAZ; JOAO AGUIAR PUPO NETO *UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: O câncer de mama é a neoplasia mais incidente no sexo feminino. Os principais sítios de metástases são: ossos, pele, linfonodos, pulmões, pleura, fígado e cérebro. A metástase para intestino é rara e pouco relatada.

Apresentação inicial de metástase de cólon sem diagnóstico da lesão primária ainda não foi relatada. O prognóstico é ruim. O tratamento é paliativo e inclui quimioterapia, terapia hormonal. Objetivo: Relatar um caso de câncer de mama com apresentação inicial com metástase para cólon. Relato do Caso: Paciente 63 anos, sexo feminino, iniciou em 2006 com dor abdominal, diarreia e emagrecimento (10 kg/6 meses). Colonoscopia mostrou lesão estenosante em cólon direito com biópsia. Histopatológico: adenocarcinoma tipo células de anel de sinete não sendo possível excluir origem metastática. TC de tórax e abdômen normais. Endoscopia digestiva alta normal. Submetida laparotomia onde foi realizado transversectomia com identificação de carcinomatose peritoneal. O exame histopatológico revelou carcinoma pouco diferenciado com padrão difuso tipo células em anel de sinete e comprometimento multifocal compatível com neoplasia metastática. A imunohistoquímica sugeriu como sítio primário o estômago (CK7+). Iniciado quimioterapia com leucovorin/5FU/cisplastina. Quatro meses após colectomia apresentou retração de mamilo esquerdo. Mamografia apresentou nódulo bi-rads 5. Sendo realizada biópsia onde histopatológico concluiu tratar-se de carcinoma ductal como sítio primário da metástase de cólon. Realizado terapia com tamoxifeno por 5 anos. Paciente apresentou em 2012 obstrução digestiva alta devido a massa linfonodal causando compressão extrínseca do duodeno. Realizado gastro-enteroanastomose. Paciente evoluindo bem recupera peso e no momento em uso de anastrozol. Conclusão: O cólon raramente é envolvido por doença metastática de qualquer origem. Estima-se que a incidência de metástases gastrointestinais de neoplasias mamárias chegue a no máximo 18% dos casos. Nestes pacientes, o estômago parece ser o segmento mais frequentemente comprometido por metástases. Algumas series mostraram que o tempo médio entre o diagnóstico da lesão primária e o diagnóstico da metástase é de 6 anos. Na literatura foram encontrados relatos individuais de metástases de carcinomas de mama para o intestino grosso, entretanto nenhum relato foi encontrado, em que a metástase para o cólon foi diagnosticada previamente ao sítio primário do tumor - neste caso, da mama.

**PO176 - NEOPLASIA DE CÓLON TRANSVERSO EM PACIENTE ABAIXO DE 40 ANOS: RELATO DE CASO**  
TIAGO CASTILHO MENDONÇA; DANIELA TIEMI SATO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ *HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: O carcinoma colorretal é a terceira neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres no mundo. No Brasil, esse é terceiro tipo mais comum de câncer, sendo previstos cerca de 30 mil novos casos para o ano de 2013. Apesar dos avanços em diagnóstico e tratamento, a mortalidade causada por esses tumores

continua alta e mantém-se praticamente no mesmo nível nos últimos 40 anos, de tal forma que sua sobrevivência média global em cinco anos tem sido descrita como em torno de 55% nos países desenvolvidos e de 40% para países em desenvolvimento. Pelo fato de indivíduos mais jovens julgarem-se portadores de enfermidades de pequena relevância clínica, o período entre o início dos sintomas e o diagnóstico pode ser estendido. Tendo em vista as remanescentes lacunas existentes na literatura com relação ao comportamento do câncer colorretal em indivíduos mais jovens, o presente relato teve por objetivo avaliar a característica epidemiológica, clínica, histopatológica e terapêutica da paciente com câncer colorretal, abaixo de 40 anos. Relato do Caso: A.P.A., 37 anos, mulher, branca, admitida ao ambulatório, com queixa de dor abdominal difusa do tipo cólica, e hematoquezia, associado ao quadro de perda de peso, aproximadamente 8 kg, há 10 meses. Apresentava como antecedentes: duas cesarianas, negava comorbidades, uso de medicações ou alergia. Não sabia referir histórico familiar pois é filha adotiva. A colonoscopia evidenciou lesão de 3 cm em cólon transverso estenosante, com biópsia evidenciando adenocarcinoma moderadamente diferenciado. O estadiamento clínico radiológico era de T3N0M0. Foi realizada colectomia subtotal devido a intensa linfonodomegalia mesenterial, ileorretoanastomose latero lateral, e, exérese de lesão puntiforme em íleo terminal. Paciente evoluiu bem com alta hospitalar no 5ºPO. Retornou ao ambulatório com resultado anatomopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado em colon transversso que invade ate sub serosa com invasão perineural, sem metástases em 36 linfonodos ressecados, pT3pN0pMx, lesão de delgado como neoplasia de células fusiformes. Paciente foi encaminhada a oncologia e solicitado imunohistoquímica e realizado pesquisa gênica para Síndrome de Lynch.

#### PO177 - A UTILIZAÇÃO DO FLAVONOÍDE QUERCETINA-3-GLUCOSÍDEO É SEGURA NA PREVENÇÃO DE CÂNCER DE CÓLON?

NATALIA PERES MARTINEZ<sup>1</sup>; A DELLA TORRE<sup>2</sup>; MARIA ELISA MELO DE ARAUJO<sup>1</sup>; ANA LUCIA GOIZ RUIZ<sup>2</sup>; PATRÍCIA DE OLIVEIRA CARVALHO<sup>1</sup>; DENISE GONÇALVES PRIOLLI<sup>1</sup>; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA<sup>1</sup>; MARIANA ALVES SOBREIRO<sup>2</sup>  
1.USF, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Polifenóis têm tido grande interesse na atualidade por inúmeras razões. Epidemiologicamente estudos têm sugerido que o seu consumo pode prevenir doenças, incluindo os tumores malignos. Esta característica baseia-se no fato destes compostos, incluindo o flavonoide quercetina, ser agente redutor e, portanto, proteger os tecidos do estresse oxidativo. O câncer de colon é atualmente uma das principais causas de morte em todo o mundo. A prevenção baseada em adição de polifenóis poderiam ser indicadas para a redução do risco do adenocarcinoma de cólon? Embora evidências indiquem que sim, há estudos sugerindo propriedades deletérias destes compostos, derivado de sua conversão metabólica em

compostos tóxicos ou mutagênicos, pela indução de carcinogênese por ativação de enzimas ou pela alteração da microflora humana. Objetivo: O objetivo deste estudo é investigar o potencial mutagênico e antimutagênico da quercetina-3-glicosídeo (Q3G), além de seu efeito antiproliferativo em células de tumor de cólon humano. Método: O efeito antiproliferativo da Q3G foi avaliado em células de tumor de cólon humano (HT-29) e queratinócitos humanos normais (HaCat). O ensaio de micronúcleo seguiu orientações do “Guideline for the Testing of Chemicals” utilizando-se células normais de ovário de hamster (CHO-K1) para a determinação de mutagenicidade. Resultados: A Q3G na concentração de 2.5 µg/mL exerce efeito antiproliferativo em linhagem celular de adenocarcinoma de cólon (GI<sub>50</sub> <10 µg/mL), não eleva a incidência de micronúcleos, apresentando efeito protetor contra a genotoxicidade do metilmetanosulfato (MMS). Conclusão: Na concentração avaliada, a Q3G mantém grande potencial modulador de atividade tumoral em linhagem celular de adenocarcinoma de cólon. Nesta concentração, não induz a risco mutagênico, podendo inclusive exercer efeito protetor contra genotóxicos bem estabelecidos (MMS). Desta forma a utilização da Q3G mostra-se segura *in vitro*, sugerindo tratar-se de potencial composto antitumorigênico para adenocarcinoma de cólon.

#### PO178 - PODERIA O DANO OXIDATIVO AO DNA ALTERAR A P53?

DENISE GONÇALVES PRIOLLI; JOSÉ RICARDO SCALISE; NATALIA PERES MARTINEZ; ANA LUCIA GOIZ RUIZ  
USF, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.

Resumo: Estudos vêm demonstrando diferentes mecanismos de carcinogênese. Recentemente vem se discutindo a ação do dano oxidativo ao DNA nas células e o desenvolvimento dos tumores humanos. Ao se considerar os diferentes mecanismos de carcinogênese, bem como os diversos aspectos epidemiológicos envolvidos no câncer colorretal, ainda existem dúvidas quanto à maior ou menor frequência de mutações da proteína p53. A principal função da proteína p53 encontra-se relacionada à preservação da integridade do código genético de cada célula individual, mantendo a mesma seqüência de nucleotídeos ao longo de toda a cadeia de DNA presente em cada célula do organismo. Objetivo: Relacionar o dano oxidativo ao DNA com a mutação da proteína p53 em adenocarcinoma de colon. Método: Pacientes portadores de adenocarcinoma, adenoma e voluntários normais foram biopsiados por colonoscopia, sendo obtidos espécimes tumorais e de tecido normal. Análise do dano oxidativo foi executado por técnica do Cometa (Comet assay). Estudo histopatológico foi feito por anatomopatologia convencional (HE) e por imunohistoquímica com utilização de anticorpo monoclonal anti-p53. Análise estatística adotou significância de 5% para testar a hipótese de nulidade. Resultados: Há diferença na expressão de dano oxidativo entre os diferentes tecidos; normal, adenoma ou adenocarcinoma (p<0.05), assim como na quantidade de p53 nos diferentes tecidos (p<0.05). O dano relaciona-se a mutação da proteína p53 (correlação parcial p<0.05). Conclusão: O dano oxidativo ao DNA é fator causal determinante da mutação da proteína p53.

**PO179 - CONTRIBUIÇÃO DA BIOLOGIA MOLECULAR DOS TUMORES: NECESSIDADE DE TERAPÊUTICA INDIVIDUALIZADA PARA OS ADENOCARCINOMAS DE COLON ESQUERDO E DIREITO.**

DENISE GONÇALVES PRIOLLI<sup>1</sup>; NATALIA PERES MARTINEZ<sup>1</sup>; ANA MARGARIDA ABRANTES<sup>2</sup>; ANA CRISTINA GONÇALVES<sup>2</sup>; SILVIA NEVES<sup>2</sup>; ANA BELA SARMENTO<sup>2</sup>; JOSÉ AIRES PEREIRA<sup>1</sup>; MARIA FILOMENA BOTELHO<sup>2</sup>

1.USF, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DE COIMBRA, COIMBRA, PORTUGAL.

Resumo: Introdução: A despeito das novas propostas terapêuticas em oncologia os adenocarcinomas de cólon mantêm-se tratados como doença única, independente de sua localização esquerda ou direita. Objetivo: Identificar diferenças entre adenocarcinomas de origem clonal idêntica implantados nos cólon esquerdo e direito em modelo animal e, desta forma, contribuir para a melhor compreensão da necessidade de terapias antineoplásicas individualizadas. Objetiva-se também buscar a influência do ambiente tumoral sobre os genes MMP2, Tp53 e da beta Catenina e de proteínas expressas no núcleo (p53) e na membrana das células tumorais (beta Catenina) de forma a orientar, a partir destas diferenças, novos potenciais terapêuticos. Método: Ratos atímicos (RNU) foram submetidos a cecostomia (n=10) ou a derivação com fistula mucosa distal no colon descendente (n=13) para o desenvolvimento do modelo ortotópico de cólon direito e esquerdo, respectivamente. Células de adenocarcinoma de cólon (CCL-218) cultivadas foram inoculadas na submucosa das cecostomias e fistulas distais. Fez-se estudos de patologia convencional (HE), análise da expressão genética (RT-PCR) para a beta Catenina, Tp53, MMP2 imunohistoquímica de p53 e beta Catenina. Análise estatística adotou significância de 5%, sendo realizada por tendência de medida de central, análise de variância e Teste de Livak. Resultados: No cólon esquerdo 100% dos tumores exibiram padrão infiltrativo enquanto no cólon direito o fenótipo foi predominantemente exofítico (67%). O crescimento tumoral no cólon esquerdo foi do tipo indiferenciado (100%) enquanto no cólon direito, em sua maioria, moderadamente diferenciado (83%). Análise gênica revelou maior expressão de MMP2, Tp53 e beta Catenina em tumores de cólon direito em relação aos tumores do cólon esquerdo. Expressões teciduais de p53 e beta Catenina foram maiores nos adenocarcinomas de colon direito. Conclusão: Adenocarcinomas de colon a esquerda e a direita, desenvolvidos em modelos animais, têm características distintas, sugerindo que a ação do micromeio modifica os genes Tp53, beta Catenina e MMP2 e expressão tecidual de p53 e beta Catenina, gerando características distintas mesmo quando a origem da neoplasia é monoclonal. Este fato alerta para a necessidade do desenvolvimento de terapias antitumorais individualizadas, à esquerda e à direita e sugere que marcadores de superfície, nucleares ou do ambiente tumoral podem ser potenciais alvos terapêuticos futuros.

**PO180 - ADENOCARCINOMA DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE 2 CASOS**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORREA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; OTÁVIO NUNES SIA; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGERIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER SA ROLIM; LAERCIO ROBLES  
HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O adenocarcinoma de apêndice é afecção rara com incidência entre 0,01 e 0,5% dos anatomopatológicos de apendicectomias e constitui 3,5% dos tumores malignos do apêndice cecal. Encontrado principalmente entre a 5ª e 6ª décadas com igual distribuição entre os sexos. Geralmente o quadro clínico inicial é o de apendicite aguda e em poucas ocasiões é possível se aventar esse diagnóstico no pré-operatório. Quanto a classificação reconhece-se cinco tipos de neoplasia de apêndice, a saber: adenocarcinoma mucinoso, adenocarcinoma colônico, adenocarcinoma com células e anel de sinete, tumor carcinoide e adenocarcinóide. Objetivo: relatar dois casos de adenocarcinomas de apêndice cecal operados e conduzidos no Hospital Santa Marcelina, São Paulo nos anos de 2011 e 2012. Relato dos casos: Caso 1: MRQS, feminino, 34 anos com quadro de dor abdominal difusa com três dias de evolução e posterior migração para Fossa Íliaca Direita (FID) com leucograma e radiografia de abdome normais. Submetida em 25/07/2011 a apendicectomia com inventário locorregional demonstrando bloqueio em FID com apêndice cecal de consistência fibrosa e espessamento de suas paredes e base com cerca de 3cm de diâmetro. Anatomopatológico demonstrava adenocarcinoma de apêndice cecal e por isso procedido a hemicolectomia direita com resultado oncológico estágio IIIB com 60% de componente mucinoso Caso 2: MATS, feminino, 71 anos com quadro de dor abdominal em cólica de forte intensidade em hemiabdomen direito com piora nos últimos dois dias com passado de hematoquezia associada. Ao exame físico apresentava dor em hipocôndrio direito e tomografia computadorizada revelava espessamento concêntrico das paredes de cólon ascendente e ceco. Submetida a hemicolectomia direita dia 18/11/12 com evidência de ascite e tumoração estenosante na topografia da válvula íleo-cecal. Anatomopatológico demonstrou tratar-se de adenocarcinoma de apêndice cecal mucinoso com 50 linfonodos comprometidos de 68 analisados. Encontra-se em tratamento adjuvante quimioterápico. Conclusão: Tivemos em nosso serviço dois casos em dois anos de análise de apendicectomias cujos anatomopatológicos revelaram adenocarcinoma de apêndice cecal, demonstrando que a condução dos casos necessita sobremaneira dos achados anatomopatológicos.

**PO181 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL ATENDIDOS NO HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO; MARIO ANTONIO FERRARI; SILVIA MAMPRIM PADOVESE; MARIANA OKINO



MITUO; LUIZ SÉRGIO RONCHI; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOÃO GOMES NETINHO  
*FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os Cânceres colorretais (CCR) são as neoplasias primárias, de comportamento maligno que atingem o intestino grosso. O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma, correspondendo a aproximadamente 97% dos casos. Em todo o mundo, o CCR é uma causa importante de morbidade e mortalidade sendo o terceiro tipo de câncer mais comum e a segunda maior causa de morte por câncer. Sua incidência é semelhante entre homens e mulheres atingindo uma taxa de mais de um milhão de casos novos no ano de 2002. No Brasil, em 2012, esperam-se 14.180 casos novos de câncer do cólon e reto em homens e 15.960 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 15 casos novos a cada 100 mil homens e 16 a cada 100 mil mulheres. A magnitude do impacto na qualidade de vida, as elevadas taxas de mortalidade, os custos financeiros elevados para o tratamento, a falta de dados epidemiológicos e o grande potencial de diagnóstico e tratamento precoce justificam a realização de estudos como esse. Objetivo: O objetivo deste estudo foi estudar os dados demográficos dos pacientes portadores de CCR atendidos no Hospital de Base de São José do Rio Preto no período compreendido entre 2000 e 2011. Casuística e Método: Foram analisados os prontuários dos pacientes portadores de CCR, independente de sexo, idade e raça, atendidos no Hospital de Base de São José do Rio Preto, no período compreendido entre Janeiro de 2000 a Junho de 2011. Os dados foram obtidos por meio de revisão de prontuários e análise das seguintes variáveis: Sexo, idade e tipo histológico. Resultados: Foram avaliados 1204 prontuários de pacientes entre 2000 e 2011 e encontrados os seguintes Resultados referentes a: Sexo: 51% masculino e 49% feminino. Idade: 80,1% dos pacientes com 50 anos ou mais, com idade média de 62,1 anos. Dos pacientes com menos de 50 anos 38% tinham menos que 40 anos ao diagnóstico. Tipo histológico: 97,8% dos casos foram adenocarcinomas. Analisando trienalmente a porcentagem de pacientes com idade inferior a 50 anos ao diagnóstico do CCR observamos: Entre 2000 e 2002 – 22,6% / Entre 2003 e 2005 – 18,1% / Entre 2006 e 2008 – 18,5% / Entre 2009 e 2011 – 20,8%. Conclusões: A incidência de CCR foi semelhante entre os sexos. O tipo histológico mais frequentemente encontrado foi o adenocarcinoma. Um quinto dos pacientes com diagnóstico de CCR foi diagnosticado antes da sexta década de vida.

#### **PO182 - LESÃO COLÔNICA METASTÁTICA DE SARCOMA MAMÁRIO NO SEXO MASCULINO**

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; ANDRÉ ANTONIO ABSSAMRA; CAMILA PREAZZOLI; GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; RICARDO LUIZ DOS SANTOS GARCIA; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; OMAR FÉRES; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer de mama é o segundo tipo de tumor mais comum nas mulheres. Nos homens é doença rara e corresponde a 0,8% de todos os casos de carcinomas mamários. Por sua vez, os sarcomas, tumores malignos do tecido conjuntivo são neoplasias infrequentes representando de 3-5% dos cânceres em adulto e menos de 1% de todos os tumores de mama. O sarcoma de mama pode assumir os mais variados tipos histológicos, como o histiocitoma fibroso, lipossarcoma, leiomiossarcoma, angiossarcoma, dentre outros. Objetivo: Relatar o surgimento de lesão metastática oriunda de um sarcoma de mama, no cólon direito em paciente do sexo masculino. Relato de Caso: Homem de 59 anos notou uma lesão endurecida, nodular e indolor na mama direita. Durante a investigação foi diagnosticado histiocitoma fibroso maligno, sendo indicado mastectomia radical e tratamento quimioterápico. Ao longo do seguimento oncológico o paciente desenvolveu múltiplas lesões pulmonares e, após 3 anos, dor abdominal e melena. Na colonoscopia foi visualizada lesão vegetante no cólon direito. Discussão e Conclusão: O histiocitoma fibroso maligno é pouco comum na mama tendo origem no parênquima mamário ou em pele irradiada. O diagnóstico é baseado exclusivamente na histologia, pois não há marcadores específicos. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica. Os principais sítios de metástase são fígado e pulmão. No entanto, em alguns poucos casos o cólon, de forma geral, também é visto como sede de metástases desse tipo de neoplasia com poucas manifestações clínicas, como sangramento e obstrução. O cólon pode sofrer alterações genéticas e originar diversos tipos histológicos de neoplasia. No entanto, também pode ser sítio metastático dos mais diversos focos, dentre eles os sarcomas. Dessa forma, torna-se fundamental a associação da história clínica, do exame físico e de imagens voltados para o aparelho intestinal, na rotina do seguimento oncológico.

#### **PO183 - PREVALÊNCIA DE ADENOMA EM COLONOSCOPIA PARA RASTREAMENTO DO CANCER COLORRETAL**

BRUNA SCHWAN GUERINI; THIAGO IBIAPINA; MAYRA CRISTINE EMERICK NUNES; CARMEN RUTH MANZIONE; JULIANA MAGALHAES LOPES; MARISTELA GOMES ALMEIDA; VINICIO FALLEIROS; ANTONIO CARLOS BARAVIERA  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A prevenção do câncer colorretal (CCR) é um tema de grande importância para a sociedade, por ser uma doença de incidência crescente. O rastreamento do CCR pela colonoscopia, recomendado para pacientes com idade  $\geq$  50 anos, propicia o diagnóstico do câncer nas fases iniciais, além de identificar lesões precursoras e ressecá-las, interrompendo a cadeia adenoma-adenocarcinoma, diminuindo sua incidência em 66 a 90%. O adenoma é o tipo histológico de pólipos mais comum que está associado a um risco aumentado para CCR. Os adenomas de padrão tubular é o mais frequente, mas, naqueles com componente viloso, a transformação para can-

cer é ainda maior. A história familiar é importante na classificação de risco para CCR, pois esta característica classifica o paciente como risco aumentado. Pacientes de médio risco são aqueles acima de 50 anos, sem história de adenoma, CCR ou história familiar para CCR. Objetivo: O objetivo desse estudo foi conhecer a prevalência de adenomas no rastreamento com colonoscopia de pacientes assintomáticos, com e sem história familiar para CCR. Métodos: Analisamos retrospectivamente 256 laudos de colonoscopias realizadas no HSPM-SP, entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012, de pacientes assintomáticos com idade igual ou superior a 50 anos, divididos em dois grupos, com história familiar de CCR (grupo 1) e sem história familiar de CCR (grupo 2). Resultados: Encontramos no grupo 1, a prevalência correspondente a 12,85% (14) de adenomas tubulares nas 109 colonoscopias analisadas. Dentre estes, 42,85% com componente viloso, sendo 1 adenocarcinoma in situ em adenoma túbulo-viloso. No grupo 2, foi encontrada a prevalência de 13,6% (20) de adenomas tubulares, sendo 20% com componente viloso, em 147 colonoscopias. A análise estatística dos dados, comparando os casos com adenomas e sem adenomas entre os 2 grupos, não mostrou diferença estatística ( $p = 0,993$ ), quando usamos o chi-quadrado. Também não foi encontrada diferença estatística ( $p = 0,252$ ) quando comparamos os adenomas com componente viloso nos dois grupos usando o teste exato de Fisher. Conclusão: A avaliação dos nossos Resultados revelou a importância do rastreamento para identificar e remover as lesões pré-neoplásicas para o CCR, em pacientes assintomáticos com idade igual ou superior a 50 anos, sem diferença significativa entre os grupos estudados.

**PO184 - MORBIMORTALIDADE DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR NEOPLASIA COLORRETAL EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA – CEARÁ – BRASIL.**

CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA<sup>1</sup>; THIAGO ALBUQUERQUE MARTINS<sup>1</sup>; RICARDO BEZERRA WALRAVEN<sup>2</sup>; FRANCISCO DE ASSIS COSTA<sup>1</sup>; OLAVO NAPOLEÃO ARAÚJO JÚNIOR<sup>1</sup>; MARCELO LEITE VIEIRA COSTA<sup>1</sup>  
*HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: A obstrução intestinal aguda (LBO) de etiologia maligna é, atualmente, a causa mais comum de cirurgia de emergência do cólon, representando cerca de 60 % de todas as LBOs mecânicas. Tem sido observado que pacientes que evoluem com obstrução têm pior prognóstico do que aqueles submetidos à cirurgia eletiva. Câncer de cólon obstrutivo tende a estar em um estágio mais avançado ao diagnóstico, com uma maior proporção de pacientes com metástase hepática. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo-analítico, observacional, baseado na revisão de prontuários dos pacientes com diagnóstico de obstrução intestinal por neoplasia colorretal (localizados a mais de 10 cm da margem anal) que foram admitidos no Hospital Geral de Fortaleza, através de atendimento emergencial durante o período de Janeiro de 2008 a

Dezembro de 2011. Foram incluídos nesse estudo vinte e seis pacientes. O tempo médio de internação hospitalar foi de 16 dias (5-94 dias). Uma ou mais complicações pós-operatórias foram observadas em 11 pacientes (42,3%), sendo as mais frequentes: infecção respiratória (19,2%), coleção intracavitária (15,4%) e evisceração (15,4%). A taxa de mortalidade pós – operatória foi de 16% (04 pacientes). Após a cirurgia, 09 pacientes (34,6%) foram submetidos à quimioterapia adjuvante, seguindo os protocolos estabelecidos. Seis (23,1%) pacientes perderam o seguimento. O tempo médio de follow-up foi de 23,9 (intervalo de 1 – 60 meses) meses. A sobrevida média livre de doença foi de 16,8 meses e a sobrevida global média foi de 19,2 meses. A despeito do estadiamento tumoral dos pacientes que são submetidos ao tratamento cirúrgico emergencial, o objetivo do cirurgião deve ser oferecer a forma mais adequada de tratamento, utilizando-se de critérios oncológicos radicais, se a condição do pacientes permitir. Somente respeitando esses princípios será possível diminuir a morbimortalidade desse grupo de pacientes.

**PO185 - PERFIL DOS PACIENTES COM NEOPLASIA COLORRETAL OPERADOS ELETIVAMENTE EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA – CEARÁ – BRASIL.**

CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA<sup>1</sup>; THIAGO ALBUQUERQUE MARTINS<sup>1</sup>; BRUNA ROCHA BEZERRA<sup>1</sup>; RICARDO BEZERRA WALRAVEN<sup>2</sup>; FRANCISCO DE ASSIS COSTA<sup>1</sup>; OLAVO NAPOLEÃO ARAÚJO JÚNIOR<sup>1</sup>; MARCELO LEITE VIEIRA COSTA<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.HOSPITAL WALTER CANTÍDEO, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: O câncer colorretal (CCR) é um problema mundial, com uma incidência anual de cerca de 1 milhão de casos e uma mortalidade anual de mais de 500.000. O CCR é o segundo câncer mais comum em homens e o terceiro mais comum em mulheres. Objetivo: descrever o perfil dos pacientes com diagnóstico de neoplasia de cólon e reto (localizados a mais de 10 cm) operados eletivamente em um Hospital terciário de Fortaleza \_ Ceará \_ Brasil, durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011. Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo-analítico, observacional, baseado na revisão de prontuários dos pacientes com diagnóstico de obstrução intestinal por neoplasia colorretal (localizados a mais de 10 cm da margem anal) que foram admitidos no Hospital Geral de Fortaleza, através de atendimento emergencial durante o período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2011. Resultados: Foram incluídos nesse estudo quarenta e quatro pacientes; a idade média ao diagnóstico foi de 59,3 anos, 22 (50%) pacientes eram do gênero masculino. O valor médio da hemoglobina à admissão foi 11,9mg/dl (desvio padrão 1,71); A albumina sérica à admissão foi solicitada, apenas, para 24 pacientes, sendo o seu valor médio: 3,6g/dl. O antígeno carcinoembrionário, à admissão, foi superior a 5ng/dl em 20 (54,05%) pacientes que foram admitidos no HGF

com diagnóstico de CCR. Quarenta e cinco por cento (20) das neoplasias localizavam-se no cólon direito e a maioria dos (90,9% / 40) pacientes foram submetidos a ressecção cirúrgica com anastomose primária. Foram ressecados em média 17,67 linfonodos. Trinta e sete pacientes (90,2%) apresentavam tumor do subtipo histológico adenocarcinoma moderadamente diferenciado e 59,5% (25) dos pacientes apresentaram o diagnóstico tardio (estadio III ou IV, segundo o TNM). Conclusão: Um dos fatores mais importantes para a diminuição da morbimortalidade do CCR é o tempo de evolução da lesão. Apesar da realização mais frequente de endoscopia digestiva baixa e dos programas de screening para neoplasia colorretal, o diagnóstico de câncer colorretal ainda é tardio em muitos casos. O objetivo do cirurgião deve ser oferecer a forma mais adequada de tratamento, utilizando-se de critérios oncológicos radicais, se a condição dos pacientes permitir.

**PO186 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR NEOPLASIA COLORRETAL: Resultados PRELIMINARES DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA – CEARÁ – BRASIL.** CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA<sup>1</sup>; THIAGO ALBUQUERQUE MARTINS<sup>1</sup>; BRUNA ROCHA BEZERRA<sup>2</sup>; RICARDO BEZERRA WALRAVEN<sup>1</sup>; OLAVO NAPOLEÃO ARAÚJO JÚNIOR<sup>1</sup>; FRANCISCO DE ASSIS COSTA<sup>1</sup>; MARCELO LEITE VIEIRA COSTA<sup>1</sup>

*1. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL WALTER CANTÍDEO, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: A obstrução intestinal aguda (LBO) de etiologia maligna é, atualmente, a causa mais comum de cirurgia de emergência do cólon, representando cerca de 60 % de todas as LBOs mecânicas. Tem sido observado que pacientes que evoluem com obstrução têm pior prognóstico do que aqueles submetidos à cirurgia eletiva. Câncer de cólon obstrutivo tende a estar em um estágio mais avançado ao diagnóstico. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, observacional, baseado na revisão de prontuários dos pacientes com diagnóstico de obstrução intestinal por neoplasia colorretal (localizados a mais de 10 cm da margem anal) que foram admitidos no Hospital Geral de Fortaleza, através de atendimento emergencial durante o período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2011. Objetivo: mostrar os Resultados preliminares dos pacientes atendidos com diagnóstico de obstrução intestinal por neoplasia colorretal em um hospital terciário de Fortaleza – Ceará – Brasil. Foram incluídos nesse estudo vinte e seis pacientes; a idade média ao diagnóstico foi de 61,77 anos, 14 (53,8%) pacientes com obstrução intestinal por neoplasia colorretal eram do gênero masculino. 46,2% (12) dos tumores obstrutivos localizavam-se no cólon esquerdo e vinte (75,9%) pacientes foram submetidos a ressecção cirúrgica sem anastomose primária. Vinte e quatro pacientes (96%) apresentavam tumor do subtipo histológico adenocarcinoma moderadamente diferenciado. A média de linfonodos ressecados no grupo com neoplasia colorretal obstrutiva, operados emergencialmente, foi de 13,73 linfonodos. Catorze pacientes (53,8%) foram classificados no estadio III segundo o TNM. O tempo

médio de internação hospitalar foi de 21 dias e 11 pacientes (42,3%) apresentaram 1 ou mais complicações pós-operatórias. A taxa de mortalidade pós-operatória (até 30 dias) foi de 16%. Apesar da realização mais frequente de endoscopia digestiva baixa e dos programas de screening para neoplasia colorretal, cerca de 20% dos pacientes com câncer colorretal são admitidos com quadro de obstrução intestinal, perfuração ou hemorragia e, particularmente, apresentam pior prognóstico. A despeito do estadiamento tumoral dos pacientes que são submetidos ao tratamento cirúrgico emergencial, o objetivo do cirurgião deve ser oferecer a forma mais adequada de tratamento, utilizando-se de critérios oncológicos radicais, se a condição dos pacientes permitir.

#### **PO187 - EVISCERAÇÃO EM COLOSTOMIA**

ANDRÉ PANTAROTO<sup>1</sup>; ALEXANDRÉ VENANCIO DE SOUSA<sup>1</sup>; MÁRIO PANTAROTO<sup>1</sup>; HELENA SOARES DE CAMARGO PANTAROTO<sup>2</sup>; MANOELA DOS SANTOS MEZZACAPPA<sup>1</sup>; MARCELA BRASIL FORTUNATO<sup>1</sup>; GABRIEL AUGUSTO BIASI GEROMEL<sup>1</sup>; ALESSANDRA PRESOTTI CORREIA<sup>1</sup>

*1. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL; 2. NAPD NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O primeiro relato de uma colostomia é atribuído a Pillore, em 1776. Embora constitua procedimento de simples execução, as colostomias apresentam alto índice de complicações precoces e tardias, e mais comumente acontecem no pós-operatório imediato. Objetivos: Relatar caso de evisceração pelo orifício de colostomia em paciente de 84 anos, submetida à cirurgia por neoplasia de sigmóide e aderências entre alças intestinais, trompa e ovário esquerdos. Método: Informações obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico e revisão da literatura nas principais bases de dados médicas. Os descritores usados de maneira isolada e combinações foram: “evisceração”, “estoma”, e “deiscência”. Discussão: Evisceração é uma complicação resultante da interação de diversos fatores locais e sistêmicos, que resultam na falência total do processo de cicatrização e fechamento da parede abdominal. Ocorre geralmente entre o sexto e sétimo dia de pós-operatório. Aumento da pressão intra-abdominal, câncer no trato digestivo, cirurgia de urgência e a realização de estomas são descritos como os principais fatores de risco para a ocorrência das eviscerações. Sendo que evisceração através do estoma é uma complicação rara, com incidência entre 2 e 3,5%. Conclusão: Embora a confecção de estoma seja um procedimento simples, cabe ao cirurgião o preparo do paciente no pré-operatório, observar a técnica cirúrgica e instituir cuidados que visem diminuir complicações no pós-operatório.

#### **PO188 - IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL NO DIAGNÓSTICO PRECOCE: ANÁLISE RETROSPECTIVA**

MAURILIO RAMOS PAIVA; MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS; LUCIANA MARIA PYRAMO DA COSTA

*HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal (CCR) é uma das neoplasias mais frequentes em todo o mundo e encontra-se entre os cinco tumores mais prevalentes no Brasil. Apesar de ser considerado de bom prognóstico quando a doença é diagnosticada em estádios iniciais, está entre as quatro causas principais de morte por câncer. Já foi comprovado que programas bem conduzidos de rastreamento diminuem a mortalidade por CCR. No entanto, o diagnóstico do CCR, em nosso meio, normalmente é realizado somente após o surgimento de sintomas o que reflete em tumores em fases mais avançadas. Objetivo: Demonstrar a importância do rastreamento do CCR no diagnóstico precoce e, desta forma, no prognóstico dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico. Método: Realizada análise retrospectiva de arquivo de residência médica e prontuários de 199 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por CCR nos períodos de fevereiro de 2009 a janeiro de 2010 e fevereiro de 2011 a julho de 2012, pela equipe de Coloproctologia do Hospital Governador Israel Pinheiro, sendo que 129 tiveram resgatadas todas as informações necessárias para a realização do estudo. Foram separados dois grupos: grupo 1 – pacientes com diagnóstico devido à sintomatologia (n=100) e grupo 2 – pacientes com diagnóstico secundário ao rastreamento do CCR (n=29). Resultados: Foi observado que 55,5% dos pacientes do grupo 1 apresentaram estadiamento Dukes C ou D, contra 13,3% dos pacientes do grupo 2. Hematoquezia constituiu sintomatologia mais comum. Excluído massa abdominal, presente em apenas 1 paciente, alteração do hábito intestinal, dor abdominal ou pélvica e obstrução intestinal foram os quadros associadas a pior prognóstico, com 75%, 69% e 57%, respectivamente, classificados como Dukes C ou D. Dentre os pacientes com obstrução classificados como Dukes C ou D (4 no total), todos tinham doença metastática em peritônio. Nove pacientes apresentavam mais de um sintoma, sendo que 8 deles (88,8%) foram classificados como Dukes C ou D. Os pacientes do grupo 1 com neoplasia em cólon proximal (direito e transversal) apresentaram doença avançada (Dukes C ou D) em 45,8% dos casos. Esta taxa foi de 55,8% nos pacientes com acometimento de cólon distal (esquerdo e sigmóide) e 60,6% em pacientes com lesão retal. Conclusão: Pacientes com risco habitual de desenvolvimento de CCR devem ser submetidos a programas bem estabelecidos de rastreamento para um diagnóstico precoce e consequente melhor prognóstico.

#### PO189 - LINFOMA PRIMÁRIO DE CÓLON

NAGAMASSA YAMAGUCHI; JOSÉ EDUARDO GONÇALVES; FÁBIO YORIAKI YAMAGUCHI; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; JOAO PAULO BARRETO DA CUNHA; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; MARIA EUGÊNIA MITI VALENTIM KIKUTA; PATRÍCIA MIDORI MASAKAVA

*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Os linfomas colorretais são os mais raros do trato gastrointestinal, sendo o sítio mais freqüente o estômago. Os

fatores etiológicos ainda são desconhecidos, entretanto tem sido evidenciada uma alta freqüência em condições de imunossupressão, doenças inflamatórias intestinais e eventualmente após transplante de órgãos. O estadiamento tem grande impacto no prognóstico e auxilia no direcionamento da terapêutica. O tratamento varia desde só quimioterapia à combinação de quimioterapia com ressecção cirúrgica, e em alguns casos pode-se fazer uso da radioterapia. Neste relato, descreveremos a abordagem a paciente de 78 anos em investigação por síndrome consuptiva e alteração do hábito intestinal, que à investigação, foi encontrada lesão neoplásica extensa e avançada de colon ascendente proximal, além de linfonodomegalia mediastinal e perilesional e a condução do caso.

#### PO190 - CAUSA INUSITADA DE DIARRÉIA: METAPLASIA INTESTINAL GÁSTRICA

DENISE GONÇALVES PRIOLLI; NATALIA PERES MARTINEZ; JULIO CESAR VALDIVIA

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: A alteração de hábito intestinal em homens após os 40 anos suscita o diagnóstico de neoplasia de cólon, entretanto diagnósticos, por vezes, inusitados são feitos na busca desta patologia. Objetivo: Descrever caso de metaplasia intestinal no estômago cuja manifestação clínica foi alteração do hábito intestinal. Método: Homem, 40 anos, com alteração do hábito intestinal há 12 anos, acompanhado de distensão abdominal, flatulência e urgência evacuatória esporádica. Infere que há piora dos sintomas com molho de tomate e derivados de leite. Tem antecedente familiar de câncer de cólon (3 tios) e de doença do refluxo gastroesofágico (mãe). Protoparasitológico (PFF), coprocultura, exame funcional e direto de fezes, pesquisa para doença celíaca, assim como exames inespecíficos (hemograma, urina I, glicemia, triglicerídeos, ácido úrico e outros) foram todos negativos. Devido à referência de piora dos sintomas com ingesta de alimentos cítricos foi solicitada EDA que evidenciou metaplasia intestinal difusa com produção de muco sem presença de *Helicobacter pylori*. Foi optado por tratamento farmacológico com colestiramina, estando agora o paciente melhor e em acompanhamento. Discussão: A metaplasia intestinal no estômago é tida como parte da “cascata de Correa” na patogênese do câncer gástrico. Evolui de uma gastrite crônica para uma gastrite atrófica, metaplasia intestinal, displasia e então o câncer de estômago, mais comumente do tipo intestinal. Habitualmente, a metaplasia intestinal consiste em diagnóstico obtido por achado de exame endoscópico e eventualmente, os pacientes apresentam queixas dispépticas, muitas vezes atribuídas à presença do *Helicobacter pylori*. Entretanto, do ponto de vista etiopatogênico, a relação entre o *H. pylori* e a metaplasia permanece controversa. Conclusão: Embora raro, a metaplasia intestinal no estômago quando difusa, pode cursar com alteração do hábito intestinal como a diarréia. Nestes casos é importante considerá-la no diagnóstico diferencial de neoplasia de cólon.

**PO191 - MUCOCELE DE APÊNDICE: TRATAMENTO POR VIA VÍDEOLAPAROSCÓPICA**

ADERSON ARAGÃO MOURA; NAGAMASSA YAMAGUCHI; ROGERIO MACHADO CURY; JOSÉ EDUARDO GONÇALVES; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; PRISCILA LARA NOGUEIRA; THIAGO STOCCO AMARAL; DANIEL HENRIQUE MAURO PONTES  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: ID: paciente Z.F.S. feminina, de 61 anos, com história de sangramento vinhoso em pequena quantidade há aproximadamente 1 ano, não relacionada às evacuações. Negou queixas de dor abdominal, alterações do hábito intestinal ou perda ponderal. HPP: com antecedentes de HAS, DM tipo II e dislipidemia. Realizou 1 cesárea como cirurgia prévia. Negou tabagismo e etilismo. HF: nega histórico de neoplasias. Exame físico: abdome globoso, flácido, sem massas palpáveis, Blumberg e Rovsing negativos. Exame proctológico: apresentou alterações compatíveis com retite inespecífica, ausência de patologias orificiais, polimitóticas e demais anormalidades. Colonoscopia-dez/2012: até íleo terminal. Em topografia de orifício apendicular, aparente lesão elevada, recoberta por mucosa normal, mesmo à mudança de decúbito medindo 1,7cm de diâmetro. TC de abdome e pelve com contraste EV/VO-junho/2013: imagem hipoatenuante alongada com diâmetro axial de cerca de 2cm, estendendo-se da base do ceco, ínfero-anteriormente à cavidade pélvica. Colonoscopia-06/06/2013: até íleo terminal, evidenciou lesão elevada em topografia de apêndice, de aspecto subepitelial, recoberto por mucosa regular e semelhante à adjacente medindo cerca de 4cm; pólipos séssil medindo 8mm, com superfície regular; realizadas biópsias. Anatomopatológico (AP): apêndice-fragmentos de mucosa colônica com edema e infiltrado inflamatório misto, predominantemente linfomononuclear; pólipos adenomatosos tubulares com displasia epitelial de baixo grau com atipias leves. CIRURGIA: foi submetida à videolaparoscopia que evidenciou apêndice cecal distendido, de aproximadamente 100x20mm, sem sinais de ruptura e base sem evidência de lesão. Optado pela apendicectomia, grampeando-se a base apendicular junto ao ceco a 1cm da válvula ileocecal. Retirada da peça com saco coletor, sem ruptura ou contato com a parede abdominal, a qual foi enviada para avaliação anatomopatológica. BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: Tumor mucinoso de apêndice. AP da peça: apêndice cecal com cerca de 6,5cm de comprimento, superfície externa de aspecto liso e opalescente, com coloração acastanhada, com tecido adiposo de aspecto lobulado. O espécime possui mucosa preservada, de coloração acastanhada e de consistência elástica e lúmen preenchido por material amarelado de consistência pastosa, mucoide. TUMOR DE APÊNDICE DE TIPO BODERLINE. MARGEM CIRÚRGICA CLAMPEADA LIVRE DE NEOPLASIA. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, tendo alta hospitalar no dia seguinte em bom estado geral.

**PO192 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR NEOPLASIA DE CÓLON DIREITO EM GESTANTE DO 3º TRIMESTRE**

RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; RANIERE LEONARDO DE ANDRADE SANTOS; VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; ANTONIO LACERDA FILHO; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A obstrução intestinal é um evento raro durante a gravidez, ocorrendo em torno de 1 a cada 2500 partos. Apesar de rara, quando ocorre está relacionada a alto índice de mortalidade materno-fetal. O atraso diagnóstico e a relutância em se solicitar exames radiológicos justificam esta grande mortalidade. A principal causa de obstrução intestinal em gestantes é a brida, sendo responsável por mais da metade dos casos. A incidência e as taxas de complicação aumentam conforme aumenta a idade gestacional, particularmente no terceiro trimestre. O carcinoma representa em torno de 1% das obstruções intestinais em gestantes. Método: Relato de Caso de uma paciente do serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da UFGM com obstrução intestinal por tumor de cólon direito no terceiro trimestre da gestação. Resultados: Trata-se de paciente de 39 anos que procurou o pronto atendimento com queixa de dor em cólica em FID de um ano e dois meses de evolução, associado à hiporexia, perda de peso e anemia. Já havia procurado atendimento médico anteriormente, no entanto, a investigação foi adiada, pois havia sido diagnosticada a gestação. Durante a evolução da gestação, houve piora da dor, sendo que durante o atendimento inicial, a paciente relatou forte dor abdominal, associada a vômitos e parada de eliminação de fezes e gases há 10 dias. A paciente era G3 Pc2 A0 e estava na 29ª semana de gestação à admissão. Exames da admissão revelaram Hb 6,9, Alb 1,9 e CEA 8,06. Realizada RNM de abdome, que revelou distensão difusa de alças de delgado, associado à formação tissular obstrutiva acometendo região ceco. Foi então submetida à laparotomia, que evidenciou volumosa lesão tumoral obstrutiva em ceco, com dilatação de alças montante. Realizada hemicolectomia direita, com ileocolostomia. Realizada cesariana com 36 semanas de gestação, sem intercorrências. Anátomo-patológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, mucinoso, pT3 pN0 cM0 (13 linfonodos), com 1 depósito tumoral pericólico. Colonoscopia e estadiamento pós-operatório sem alterações. Iniciada quimioterapia com regime FOLFOX. Após 4 meses da primeira cirurgia, foi suspensa quimioterapia e realizado fechamento de ileostomia, sem intercorrências. Conclusão: A complexidade e mortalidade relacionadas ao câncer de cólon durante a gestação devem ser levadas em consideração, para não atrasar o diagnóstico e o encaminhamento a centros de referência, de forma a melhorar a sobrevida para a mãe e o feto.

**PO193 - PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL OPERADOS NA URGÊNCIA: ANÁLISE CRÍTICA DE RESULTADOS**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; RODRIGO BECKER PEREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal (CCR) é o quarto tumor mais frequente no mundo. Sua ocorrência mais comum é na sexta década de vida. A identificação da neoplasia ou de lesões precursoras e sua remoção diminuem a incidência e a mortalidade do câncer colorretal. Apesar do conhecimento dos fatores de risco relacionados a essa neoplasia e das recomendações bem estabelecidas no sentido da prevenção e do diagnóstico precoce, grande parte dos pacientes, em nosso país, é diagnosticado com doença avançada, apresentando obstrução ou perfuração, e necessitando de procedimento cirúrgico de emergência. MÉTODOS: Avaliados retrospectivamente pacientes operados de urgência devido CCR pelo serviço de Coloproctologia do HC-UFG, entre janeiro de 2009 a maio de 2013. Identificou-se dados relativos a idade, sexo, apresentação inicial, localização do tumor, achados intra-operatórios, estadiamento pós-operatório TNM, índice de recidiva, tipo de cirurgia, reabordagem, adjuvância, seguimento e mortalidade. Resultados: Foram identificados 20 pacientes com CCR submetidos a cirurgia de urgência. Média de idade de 57,5 anos (34-75), sendo 50% do sexo feminino; 5% acometendo menores que 40 anos. A apresentação clínica inicial foi de suboclusão intestinal (n=15), perfuração (n=4) e hemorragia digestiva baixa (n=1). 30% dos tumores estavam localizados no cólon direito, 10% no transverso, 35% no cólon esquerdo e 25% no reto. Foram submetidos a cirurgia de Hartmann (n=6), retossigmoidectomia com anastomose primária (n=5), colectomia total (n=2), colectomia direita (n=5), ileostomia (n=2). 88% eram adenocarcinoma (6,7% estadiamento I, 6,7% estadiamento II, 53,3% estadiamento III e 33,3% estadiamento IV); um paciente tinha linfoma MALT e outro GIST (índice de mitose 1/20). O tratamento adjuvante foi realizado em 9 pacientes (45%). O seguimento médio foi de 22,5 meses. 50% dos pacientes evoluíram para o óbito. Desses, 70% eram de estadiamento III ou IV. Foram realizadas novas abordagens em 6 pacientes, sendo que em um paciente foram mais de uma abordagem. Recidiva tumoral diagnosticada em 10% dos casos, com um intervalo de 6 a 22 meses para o diagnóstico. Conclusão: Pacientes operados na vigência de obstrução apresentam estadiamento avançado da doença na maioria dos casos, índices consideráveis de morbimortalidade pós-operatórias e prognóstico reservado, com sobrevivência livre de doença de 60% após um tempo médio de seguimento de 21 meses.

**PO194 - RELATO DE CASO: HNPCC - PACIENTE DE 22 ANOS COM CCR**

ISABEL FERREIRA SAENGER; VALERIA CARDOSO PINTO; DANIEL A. DE S. RODRIGUES; NASSER BAHJAT HAJJ; PEDRO RAFAEL V. CARVALHO

*HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Relato de Caso: Câncer Colorretal não-polipóide hereditário. Introdução: O câncer colorretal hereditário não polipóide (HNPCC) representa cerca de 10% dos casos de câncer do intestino grosso. É uma síndrome de predisposição genética associada a risco aumentado de câncer intestinal que incide em pacientes jovens de várias gerações da mesma família. Objetivo: Relatar o caso de um paciente 22 anos com quadro de câncer colorretal não polipóide hereditário. Método: Foi realizada a coleta de dados em prontuário do paciente durante seu acompanhamento no Hospital Regional do Gama (HRG) – SES/DF de abril a junho de 2013, correspondendo ao período pré e pós-operatório imediato. Resultados: Paciente foi submetido à laparotomia exploradora (LE) no HRG (Hospital Regional do Gama), onde foi realizada colectomia total com íleo-rectoanastomose termino-terminal associada à linfadenectomia oncológica. Durante o intra-operatório foi observada presença de tumoração em colo transversal/ângulo esplênico, com acometimento de peritônio parietal, músculo transversal, músculo oblíquo interno e reto abdominal, além de nódulos hepáticos compatíveis com metástases em lobo esquerdo, particularmente no segmento dois e linfonodos palpáveis em região peritumoral. A peça cirúrgica foi encaminhada para estudo anatomopatológico com Conclusão de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com achados histológicos sugestivos de instabilidade de microsatélite e dois linfonodos com hiperplasia folicular reativa. A história familiar é positiva para CCR em parentes de primeiro grau jovens: mãe, tia materna, entre outros. Conclusão: Um elevado índice de suspeita baseado na história familiar, associada aos avanços genéticos, podem influenciar positivamente o rastreamento e diagnóstico precoce de pacientes com carcinoma colorretal. O paciente em questão tem como indicativo de mau prognóstico a presença de metástases hepáticas e o acometimento do peritônio e da musculatura abdominal, fatores que influenciam negativamente sua sobrevivência em longo prazo.

**PO195 - RELATO DE CASO: SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS EM PACIENTE JOVEM**

ISABEL FERREIRA SAENGER; VALERIA CARDOSO PINTO; DANILO CESAR DE ARAÚJO; THYESSA NEIVA MARTINS; RODRIGO RODRIGUES ALVES; ISABELLA REGINA VILELLA ANDRADE D' ANGELIS; PAULA TOLentino ABDALA

*HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Relato de Caso: DE SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS EM MULHER JOVEM. Introdução: A Síndrome de Peutz-Jeghers é uma doença rara que se apresenta com defeito na linhagem germinativa no gene supressor tumoral STK11. É caracterizada pela associação de hamartomas, maior risco

de neoplasias em múltiplos órgãos e pigmentação mucocutânea. Objetivo: Relatar caso de paciente portadora de Síndrome de Peutz-Jeghers. Relato de Caso: R.C.T.S, 21 anos, feminino, com 2 episódios de enterorragia. Referiu que o pai tinha manchas escuras em mucosa oral e tumor colorretal. Exibia na mucosa oral, lábios e região distal dos dedos de MMSS manchas melanóticas múltiplas. EDA com múltiplos pólipos antrais, cuja biópsia mostrou hiperplasia sem atipia; retossigmoidoscopia até 20cm da margem anal mostrava pelo menos 4 pólipos sésseis de 5mm-15mm sem sangramento; colonoscopia mostrava pólipos colorretais com diagnóstico histológico de hamartomas em reto, cólon transverso e ceco, com foco de displasia em alto grau em pólipo no ceco. Discussão: A Síndrome de Peutz-Jeghers é uma doença rara, ocorrendo de 1/60.000 à 1/300.000 casos nos EUA. Foi descrita em 1921 por Jan Peutz e caracteriza-se por pólipos hamartomatosos intestinais associados a pigmentação melânica em pele e mucosas. Afeta principalmente a população jovem, sendo que os sintomas podem aparecer logo na 1ª década de vida. Há o risco 15 vezes maior de desenvolver neoplasias que a população em geral. Sabe-se que pode estar ligada a etnias, com mutação no gene *STK11/LKB1* em famílias chinesas que não haviam sido observados em outras populações. É comum o aparecimento de anemia, sangramento retal, dor abdominal, obstrução e intussuscepção. A paciente apresentava enterorragia, manchas melanóticas em mucosa oral, lábios e dedos além de pólipos colorretais que histologicamente se confirmaram como pertencentes à síndrome. Conclusão: A Síndrome de Peutz-Jeghers caracteriza-se por pólipos de aspecto benigno, mas pode estar associada a lesões com potencial de malignização. De modo geral, os pacientes portadores da Síndrome precisam de vigilância para neoplasias quando há histórico familiar ou presença clínica da doença, por haver risco elevado para neoplasia de pâncreas, mama, pulmão, ovário e útero.

#### PO196 - TUMOR DE CÓLON COMO METÁSTESE DE CÂNCER DE PULMÃO

ROBERTA GUIMARAES PUIG

*HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: É comum evidenciarmos casos de câncer de cólon evoluindo com metástase pulmonar, mas é raro paciente com câncer de pulmão apresentar metástase para o cólon. O adenocarcinoma de pulmão tem metástases à distância mais encontradas em fígado, esqueleto, cérebro e supra-renais. Existem também várias síndromes paraneoplásicas mas que também raramente acometem o cólon. São poucos os casos descritos sobre uma massa tumoral do cólon se diagnosticada como metástase de câncer de pulmão. Descrevemos o caso de paciente masculino, 74 anos, começou a apresentar nódulos cervicais à direita há 2 anos. PAAF evidenciou adenocarcinoma e apresentava nódulo no pulmão esquerdo com linfonomegalias mediastinais. Foi tratado para tu primário pulmonar com quimioterapia exclusiva com Carboplatina e Taxol, com boa resposta da lesão. Após o tratamento, foi submetido

à radioterapia para metástases cervicais, supraclaviculares e axilares à direita, com boa resposta. Após dois anos, começou a apresentar alteração do ritmo intestinal com constipação e emagrecimento importante com queda do estado geral. Foi solicitada tomografia de controle e identificada lesão nodular sólida, heterogênea, com 2,6 cm, indissociável da região da válvula íleo-cecal e lesão nodular sólida na adrenal esquerda de 3 cm. Realizada colonoscopia e visualizada lesão de aspecto neoplásico e vegetante, localizada em cólon direito, englobando a válvula íleo-cecal, biópsia evidenciou adenocarcinoma metastático de origem primária pulmonar. Paciente internou na enfermaria de proctologia para cirurgia de lesão em cólon direito, mas sem condições clínicas é mantido suporte e tem óbito por caquexia neoplásica durante a internação.

#### PO197 - A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE LYNCH – RELATO DE CASO

CAMILA ROCHA CRUZ; MAURÍCIO JOSÉ MATOS SILVA; JOSÉANE CANTON; ALINE DAVID SILVA; LÍLIAN SOUZA ARAÚJO; CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA; BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES  
*HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*

Resumo: Paciente masculino, 35 anos, apresentou história de dor abdominal e distensão há 1 ano, além de perda de peso não quantificada. Nos antecedentes familiares, apresentava pai com neoplasia de cólon aos 27 anos, tia com 55 anos e tio com 30 anos. Realizou colonoscopia que evidenciou grande tumoração vegetante ocupando toda a luz do órgão, a nível de ângulo esplênico, impedindo sua transposição. EDA e TC tórax normais. TC abdome total evidenciou espessamento concêntrico de segmento de alça de cólon transverso, medindo cerca de 10cm, e importante redução do lúmen. Densificação dos planos gordurosos e pequenos linfonodos adjacentes a lesão. CEA: 142.1, PCR: 15.22, HB: 8.7, HT: 27.7. Foi realizado colectomia total com ileorretoanastomose. Imunohistoquímica revelou adenocarcinoma com resultado de instabilidade de microssatélite (MSI – *MLH1*, *MSH2*, *MSH6* positivos). Discussão do caso: A Síndrome de Lynch (SL), representa de 2-4% dos casos de câncer colorretal, sendo caracterizada por um processo de carcinogênese acelerada decorrente de mutações em genes do sistema de reparo do DNA. Os principais genes envolvidos são o *MLH1*, *MSH2*, *PMS1*, *PMS2*, *MSH6* e *MLH3*. Alterações germinativas nos genes *MLH1* e *MSH2* são encontradas em cerca de 90% de famílias portadoras de mutação. De acordo com a base de dados InSIGHT, atualmente existem mais de 450 diferentes mutações patogênicas, 50% relacionadas ao *MLH1*, 40% ao *MSH2* e 10% distribuídas entre os demais. Inúmeros avanços têm sido realizados nos últimos anos para melhor caracterização molecular da SL que têm fornecido uma grande variedade de alternativas para detecção de alteração nos genes associados. Dessa forma, os testes genéticos para mutações germinativas nos genes de reparo de DNA, além de permitirem o diagnóstico definitivo das famílias com SL, são de grande importância para

o aconselhamento, vigilância e manejo de pacientes de alto risco, visto que a identificação de mutações pode direcionar o melhor tratamento com drogas citotóxicas e intensificar a vigilância dos pacientes através de colonoscopia. Portanto, o reconhecimento de indivíduos e famílias com predisposição hereditária ao câncer através de características clínicas e moleculares, combinado com uma vigilância intensiva, pode contribuir substancialmente para melhorar a caracterização e diagnóstico da SL.

#### PO198 - INVAGINAÇÃO INTESTINAL COM TUMOR DE CÍLON EXTERIORIZADO PELO ÂNUS

THAIS YUKA TAKAHASHI; FANG CHIA BIN; WILMAR ARTUR KLUG; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; PERETZ CAPELHUCHNIK; PAULO DE AZEREDO CANDELÁRIA *SANTA CASA DE MISERICORDIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL*.  
Resumo: Introdução: a intussuscepção intestinal não é incomum nos pacientes adultos, podendo ocorrer no intestino delgado ou no intestino grosso. Geralmente ocorrem de um segmento móvel em um segmento fixo, seja por aderências ou no retroperitônio. Há relatos de casos de exteriorização do segmento ileocecal pelo ânus em crianças, entretanto a invaginação com exteriorização do tumor pelo ânus é uma ocorrência rara, existindo poucos casos relatados. Entre as invaginações entero-entéricas e colo-colônicas, 90% são secundários a alguma doença intestinal, sendo metade deles, causas malignas. A tríade clássica de dor abdominal, massa palpável e fezes com sangue é pouco vista nos adultos, por isso o diagnóstico muitas vezes não é feito. Caso clínico: paciente do sexo feminino de 55 anos apresentava história de 6 meses de dor abdominal, alternância do hábito intestinal com sangramento às evacuações e tenesmo. No exame físico, tocava-se tumor de reto a 3 cm da borda anal volumoso, não fixo a planos profundos. Realizou colonoscopia que evidenciou tumor de sigmóide com invaginação para o reto, intransponível ao aparelho, com biópsia de adenocarcinoma. O estadiamento não apresentava lesões a distância e a tomografia computadorizada confirmava invaginação intestinal. No pré operatório, iniciou quadros recorrentes de exteriorização do tumor pelo ânus após manobras de valsalva com redução espontânea, até que a paciente procurou o pronto socorro, porque o tumor permaneceu exteriorizado após tentativa de evacuação. Realizada redução manual e indicada cirurgia, onde se observou a invaginação sigmoidorretal e foi realizada retosigmoidectomia com anastomose primária, sem redução da intussuscepção. A paciente apresentou boa evolução no pós operatório, tendo alta no quinto dia. Conclusão: a intussuscepção intestinal com exteriorização tumoral pelo ânus é uma condição incomum e muitas vezes não diagnosticada no pré operatório. O câncer de sigmóide pode apresentar-se como prolapso retal, devendo o médico fazer o diagnóstico diferencial nesses casos.

#### PO199 - ADENOCARCINOMA SUBMUCOSO DE SIGMOIDE - ESTADIO CLINICO IV

BRUNA SCHWAN GUERINI; DANILO DAUD; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER; JOAO ASSAF SCARELI HADBA; GUILHERME CESAR BARBOSA ROSA; MARCOS PAULO HIPÓLITO SILVA  
*SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL*.

Resumo: Introdução: O câncer colorretal ocupa, respectivamente, o terceiro e o segundo lugar em câncer mais diagnosticado em homens e mulheres em todo o mundo. No Brasil, a incidência do mesmo está em terceiro lugar para ambos os sexos. Por ser predominante em população idosa, o câncer colorretal tende a um aumento da sua incidência, devido à maior expectativa de vida. Além disso, pode afetar a população mais jovem, quando geralmente apresenta-se de forma mais agressiva. A sobrevida dos pacientes com câncer colorretal confinados à muscular própria é excelente. Contudo, alguns pacientes estão propensos a desenvolver metástases linfonodais e à distância, comprometendo o prognóstico da doença. Cerca de 37% dos casos de câncer colorretal ainda são diagnosticados com doença localmente avançada e 19% já com metástases à distância, resultando em taxas de sobrevida em 5 anos de 70% e 11% respectivamente, muito inferiores aos 91% atingidos quando presente apenas doença localizada. Relato de Caso: MAPM, 50 anos, com quadro de dor abdominal há 5 meses, com piora progressiva, submetida a exames de imagens em que evidenciaram nódulos hepáticos e linfonodos aumentados em pelve, e colonoscopia com adenomas de baixo grau e hiperplásico. Indicada biópsia hepática guiada por USG. O resultado do anatomopatológico do material enviado foi adenocarcinoma metastático. Realizou PET-CT que identificou provável processo primário em sigmóide e linfonodomegalia mesentérica adjacente à lesão primária, além dos nódulos hepáticos. Indicada nova colonoscopia, cujo exame mostrou lesão séssil no sigmóide com centro deprimido, com cerca de 4 cm de diâmetro. A paciente foi submetida à retosigmoidectomia Videolaparoscópica. O anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado com invasão até submucosa (sm2), invasão vascular e metástase linfonodal (2/25). Estadiamento final: pT1 pN1b M1. A paciente está em acompanhamento oncológico adjuvante com FOLFOX (Fluorouracil, leucovorin e oxaliplatina).

#### PO200 - DIAGNÓSTICO DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR POR FERIMENTO POR ARMA DE FOGO

DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; ÍSIS VITORINO SPLETTSTOSER; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL*.



Resumo: Introdução: a polipose adenomatosa familiar (PAF) se caracteriza pela presença de inúmeros pólipos por todo trato gastrointestinal, principalmente o cólon. A paf geralmente se manifesta na puberdade com o aparecimento de polipos adenomatosos na mucosa colorretal. É uma doença de caráter hereditário, evoluindo ao câncer colorretal quando não diagnosticado e tratado precocemente. Relato de caso: g.d.s, 40 anos, masculino, vítima de ferimento por arma de fogo em transição toracoabdominal esquerda, deu entrada no serviço estável hemodinamicamente, onde foi submetido a drenagem torácica esquerda, evoluiu com distensão e dor abdominal. Foi realizada tomografia de abdome e pelve que evidenciou moderado pneumoperitônio, pequena quantidade de líquido periesplênico e densificação de gordura mesentérica ao longo do rastilho do projétil, que se encontra alojado lateralmente a esquerda da décima segunda vértebra torácica. Submetido a laparotomia exploradora, que confirma lesão de cólon transverso, parede posterior, optado por transversostomia em alça devido a contaminação intracavitária. Em acompanhamento ambulatorial paciente realizou colonoscopia, que encontrou inúmeros pólipos (>100) por toda mucosa colônica, sugerindo ser portador de paf, orientado ao rastreio familiar, fica confirmada a patologia após diagnóstico de polipose em demais irmãos. Discussão: o diagnóstico precoce e rastreio familiar é de grande importância, mesmo em achado de exame, já que esta doença possui evolução certa para o câncer colorretal.

#### PO201 - RELATO DE CASO: TUMOR DE CECO PERFURADO

NATÁLIA BARROS PINHEIRO; GERMANO ANDRIGHETTO DE LIMA; OCTAVIO POZZI LOVERSO; ARMANDO SERGIO VALÉRIO GARCIA; JOSÉ CIONGOLI; PAULO ROBERTO SQUINZARI  
*HOSPITAL MUNICIPAL DE URGÊNCIAS, GUARULHOS, SP, BRASIL.*

Resumo: A perfuração do câncer colorretal é uma complicação não tão comum que envolve um quadro que evolui para indicação cirúrgica imediata. Apresentando esses pacientes, morbidade e mortalidades elevadas, devido principalmente ao quadro de peritonite fecal que se instala. No pós-operatório os índices de mortalidade variam de 11 a 43%. Apresenta ainda prognóstico final reservado devido a uma possível disseminação das células neoplásicas na cavidade abdominal. Normalmente, a perfuração intestinal, acompanha um tumor obstrutivo distal, principalmente, nos casos de válvula ileocecal competente. Objetivos: Demonstrar um caso de urgência oncológica por tumor de ceco perfurado. METODOLOGIA: Relato de Caso. Relato de Caso: Paciente sexo feminino, 43 anos, admitida há 2 dias com história de dor abdominal em FID, com piora progressiva. Ao exame: abdome com dor a palpação superficial difusa, DB positivo. Realizado tomografia de abdome e pelve que revelou formação expansiva heterogênea medindo 7,2x5,2 cm, de limites indistintos do ceco, com áreas sem realce sugestivas de necrose, associadas a linfonomegalia pericólica, caval anterior e adjacente a artéria

mesentérica superior medindo até 2,5x1,2cm; espessamento peritoneal e densificação da gordura pré peritoneal. Paciente com hipótese diagnóstica de abdome agudo inflamatório, indicado laparotomia exploradora. Submetida a cirurgia no Hospital Municipal de Urgências, revelando tumor de ceco perfurado com abscesso bloqueado para parede abdominal. Realizado incisão mediana, drenagem de abscesso e liberação do cólon; ligadura da artéria e veia cólica direita + ressecção do cólon direito; anastomose manual extracorpórea em dois planos com fio de algodão 3.0, ileo-transversa, termino-terminal. Evoluiu estável. Conclusão: A urgência oncológica com casos de perfuração da neoplasia evoluem para indicação cirúrgica imediata, com intenção curativa. No caso acima, a paciente não apresentou peritonite, pois apesar da perfuração, evoluiu com abscesso bloqueado, o que indica melhor prognóstico e evolução. Realizado hemicolectomia direita, com intenção de resolver a urgência oncológica e visando o tratamento curativo.

#### PO202 - ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE: RELATO DE CASO

VINÍCIO MARQUES MARTINS; MYCHELLE RESENDE ASSIS; LARISSA BONATO DE ANDRADE; KARLA COSTA FERREIRA; LUCAS FERREIRA BOTELHO; SUHAYL SILVA PEREIRA JUNIOR

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Relatar caso raro de neoplasia de apêndice e determinar incidência e seguimento pós-operatório. Método: Análise de prontuário e revisão da literatura. Resultados: Paciente masculino, 62 anos, encaminhado ao Pronto Socorro de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia em Outubro de 2012 com história de dor em fossa ilíaca direita (FID) há quatro dias, associada a náuseas e febre alta. Evoluiu com irradiação da dor para fossa ilíaca esquerda (FIE), sem outras queixas. Ao exame encontrava-se em regular estado geral, afebril e estável hemodinamicamente. Abdome distendido, doloroso à palpação em FID, mesogástrico e FIE, com descompressão brusca positiva e plastra palpável em FID. Foi submetido à laparotomia exploradora com incisão mediana devido à evolução do quadro. No intra-operatório foi visualizado grande quantidade de secreção purulenta em toda a cavidade abdominal, bloqueio de alças intestinais em FID e apêndice vermiforme retrocecal, necrótico e perfurado. Realizado, então, apendicectomia. Evoluiu com evisceração no sétimo pós-operatório, sendo realizada relaparotomia e síntese de parede abdominal com pontos totais. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. Análise anátomo-patológica (AP) da peça cirúrgica revelou adenocarcinoma mucinoso de apêndice vermiforme de baixo grau, bem diferenciado, invadindo até muscular própria (T3 Nx), com margem proximal livre. Paciente encaminhado à Oncologia para avaliação quanto à terapia adjuvante no pós-operatório e retorno ambulatorial com equipe de Cirurgia Geral, contudo não compareceu para seguimento oncológico. Conclusão: Tumores primários do apêndice são raros. Em geral, são

diagnosticados após inspeção AP do apêndice removido por suspeita de apendicite aguda (0,9 a 1,4% das peças de apendicectomia). Os tumores do apêndice são representados por três tipos histológicos distintos: benigno (16%), maligno (27%) e carcinóide (57%). O adenocarcinoma de apêndice representa cerca de 0,2% a 0,5% de todas as neoplasias gastrointestinais e pode ser dividido em colônico, mucinoso e linite plástica. Acomete o sexo masculino na proporção de 5:2, e incide principalmente entre a sexta e a sétima décadas de vida. O tipo de célula do adenocarcinoma mucinoso é mais comum e a taxa de sobrevivência dos pacientes em cinco anos é de 50%. Alguns pacientes apresentam-se com o apêndice distendido contendo muco, denominado mucocoele. A hemicolectomia à direita é recomendada para tumores não carcinóides, embora haja controvérsias. A quimio e radioterapia estão indicadas como tratamento complementar em tumores localmente avançados. Objetivo: Relatar caso raro de neoplasia de apêndice e determinar incidência e seguimento pós-operatório. Método: Análise de prontuário e revisão da literatura. Resultados: Paciente masculino, 62 anos, encaminhado ao Pronto Socorro de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia em Outubro de 2012 com história de dor em fossa ilíaca direita (FID) há quatro dias, associada a náuseas e febre alta. Evoluiu com irradiação da dor para fossa ilíaca esquerda (FIE), sem outras queixas. Ao exame encontrava-se em regular estado geral, afebril e estável hemodinamicamente. Abdomem distendido, doloroso à palpação em FID, mesogástrico e FIE, com descompressão brusca positiva e plastrão palpável em FID. Foi submetido à laparotomia exploradora com incisão mediana devido à evolução do quadro. No intra-operatório foi visualizado grande quantidade de secreção purulenta em toda a cavidade abdominal, bloqueio de alças intestinais em FID e apêndice vermiforme retrocecal, necrótico e perfurado. Realizado, então, apendicectomia. Evoluiu com evisceração no sétimo pós-operatório, sendo realizada relaparotomia e síntese de parede abdominal com pontos totais. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. Análise anátomo-patológica (AP) da peça cirúrgica revelou adenocarcinoma mucinoso de apêndice vermiforme de baixo grau, bem diferenciado, invadindo até muscular própria (T3 Nx), com margem proximal livre. Paciente encaminhado à Oncologia para avaliação quanto à terapia adjuvante no pós-operatório e retorno ambulatorial com equipe de Cirurgia Geral, contudo não compareceu para seguimento oncológico. Conclusão: Tumores primários do apêndice são raros. Em geral, são diagnosticados após inspeção AP do apêndice removido por suspeita de apendicite aguda (0,9 a 1,4% das peças de apendicectomia). Os tumores do apêndice são representados por três tipos histológicos distintos: benigno (16%), maligno (27%) e carcinóide (57%). O adenocarcinoma de apêndice representa cerca de 0,2% a 0,5% de todas as neoplasias gastrointestinais e pode ser dividido em colônico, mucinoso e linite plástica. Acomete o sexo masculino na proporção de 5:2, e incide principalmente entre a sexta e a sétima décadas de vida. O tipo de célula do adenocarcinoma mucinoso é mais comum e a taxa de sobrevivência dos pacientes

em cinco anos é de 50%. Alguns pacientes apresentam-se com o apêndice distendido contendo muco, denominado mucocoele. A hemicolectomia à direita é recomendada para tumores não carcinóides, embora haja controvérsias. A quimio e radioterapia estão indicadas como tratamento complementar em tumores localmente avançados.

#### PO203 - ADENOCARCINOMA POUCO DIFERENCIADO EM CÓLON COM FOCO PRIMÁRIO GINECOLÓGICO: Relato de Caso

DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; DANIELA TIEMI SATO; JULIANA SANTOS VALENCIANO; CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A neoplasia de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, estima-se que ocorram mais de 1.050.000 de novos casos por ano no mundo, sendo a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres. Os principais sítios de metástase deste tumor são: osso, pulmão, sistema nervoso central e fígado. Metástase de lesão primária de mama para o trato gastrointestinal é raro, em um estudo de McLemore et al., no qual foram revisados 12.001 casos de neoplasia de mama, 73 casos de metástase foram identificados para o trato gastrointestinal, sendo que destes somente 24 são colorretal. No momento do diagnóstico da metástase colorretal é comum confundir-la como sendo sítio de lesão primária, pois o intervalo entre o tumor de mama e a metástase varia de 6 a 25 anos de acordo com a literatura. Casos de neoplasias ginecológicas com invasão em cólon também se apresentam devido ao tropismo, e se evidenciam de maneira rara. O tratamento se baseia na ressecção cirúrgica associada à quimioterapia. OBJETIVO: relatar um caso de paciente com neoplasia invasiva em cólon de origem ginecológica que se acreditava ser de mama. Relato de Caso: GFS, 53 anos, mulher, negra, que referia afilamento das fezes há um ano, hematoquezia há 5 meses, acompanhado de mucorréia e perda ponderal de 7 kg, e há 2 meses relatava início de quadro de dor lombar com irradiação para terço superior anterior, medial e lateral da coxa direita. AP: nodulectomia em mama esquerda e pan-histerectomia há 5 anos devido miomatose uterina. AF: mãe com CA de ovário/útero aos 59 anos; irmã com CA de mama aos 45 anos; tia materna com CA de mama aos 40 anos; e tio materno com CA gástrico aos 52 anos. A colonoscopia evidenciava lesão estenosante a 30 cm da borda anal com anátomo-patológico de adenocarcinoma pouco diferenciado em cólon sigmoide. A paciente foi submetida a colectomia total com ileostomia terminal. A lesão invadia toda a parede e apresentava acometimento em 32 de 44 linfonodos ressecados da gordura pericólica, além de linfonodomegalias pélvicas, aortocavais, e carcinomatose peritoneal. O painel imunoistoquímico evidenciou tratar-se de neoplasia ginecológica que invadia o cólon. Discussão: os casos de neoplasia ginecológica com invasão

colônica são raros, com alto potencial de malignização, sendo a terapia de escolha a ressecção cirúrgica associada à quimioterapia adjuvante.

**PO204 - TUMOR EM PROLAPSO DE RETO: RELATO DE CASO**

YARA LIMA DE MENDONÇA; IGOR DE SOUZA FERNANDES

*HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Paciente com história de prolapso de reto há dois anos com piora progressiva nos últimos seis meses. Evoluiu com quadro de anemia crônica. Ao exame tumor de reto a 10cm da margem anal, totalmente incluso no prolapso. Sem sinais de doença avançada pela tomografia com contraste. Histopatológico demonstra adenocarcinoma mucinoso. Foi submetido a Altemeier com mesoretototalmente incluso no prolapso. Grande quantidade de linfonodos. Paciente evoluindo bem no pós operatório, sendo acompanhado pelo ambulatório de follow up do HFA

**PO205 - MELANOMA DE CANAL ANAL - RELATO DE CASO**

ISABELLA POLIMENO MAZZUCATTO; DIOGO AMARO DOMIGUES DE OLIVEIRA; SERGIO HENRIQUE COUTO HORTA; ALEXANDRÉ CRUZ HENRIQUES; JAQUES WAISBERG; FERNANDO BEANI MARGEOTTO

*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O melanoma anorretal é um tumor extremamente raro, não ultrapassando a incidência de 0,1 a 1% dos tumores malignos desta região. Acometem em sua maioria mulheres, sendo mais prevalente na sétima e oitava década de vida. Existem hoje na literatura aproximadamente 600 casos registrados. Através destes relatos, sabemos que seu diagnóstico ocorre geralmente em fase avançada da doença. Radio e quimioterapia apresentam baixos índices de resposta. Cirurgias agressivas visando cura são pouco eficazes. Todos estes fatores elevam os índices de mau prognóstico da doença. Objetivo: Relatar um caso de paciente portadora de melanoma anorretal. Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 54 anos, encaminhada ao serviço com história de hematoquezia e exteriorização de tumor retal polipóide há quatro meses. Realizou ressecção endoanal de lesão de 10 cm de diâmetro, com base móvel de 2 a 5cm da borda anal posterior, cujo estudo histopatológico demonstrou melanoma. Paciente perdeu seguimento e retornou após 07 meses tendo realizado, em outro serviço, radioterapia na dose de 4500 cGy em região inguinal e 5400 cGy em reto. Ao exame proctológico, visualizada lesão escurecida em cicatriz de cirurgia prévia, cuja biópsia revelou melanoma maligno. Optado então por amputação abdominoperineal por via laparoscópica. Observada na peça cirúrgica lesão cicatricial de 2 cm<sup>2</sup> em canal anal pósterolateral direito infiltrada por áreas de melanoma e linfonodo da fossa obturatória direita também acometido. Conclusão: O que temos publicado na literatura nos permite concluir que o

melanoma anorretal é uma doença rara, de rápida progressão e mau prognóstico. Um terço dos pacientes possui doença avançada ao diagnóstico e, mesmo grandes cirurgias como amputação abdominoperineal, são pouco eficazes, conferindo baixa sobrevida aos pacientes. Sabe-se ainda que a radioterapia e a quimioterapia pouco colaboram no tratamento destes tumores. No entanto, até que novas modalidades de tratamento sejam desenvolvidas, temos como única opção terapêutica com intenção curativa a amputação abdominoperineal.

**PO206 - GIST DE RETO**

MARIA CLAUDIA LIMA SANTOS; ROBERTA GUIMARAES PUIG; MARCELO ALVES CAMARA; IARA VASCONCELLOS SEIXAS; MARIANA CAVALCANTI DIAS; DANIELE FERREIRA NEVES; GILSON SOUZA SILVERIO  
*HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são tumores que se originam a partir de células mesenquimais da parede intestinal, omento ou retroperitônio e apresentam antígenos positivos para CD 117. A localização mais comum é no estômago sendo o colon e reto responsáveis por cerca de 10 a 20 % dos casos. O tratamento com Mesilato de Imatinib (GLIVEC) modificou o curso do tratamento desses tipos de tumores uma vez que tem possibilitado redução da massa tumoral com melhores Resultados clínicos quanto cirúrgicos. Paciente masculino 64 anos com história dor abdominal em fossa ilíaca esquerda, sangramento retal associado a alteração do hábito intestinal e perda de peso cerca de 10Kg de início há seis meses. Durante investigação diagnóstica foi detectada tumoração exercendo abaulamento da parede do reto a 6cm da margem anal com irregularidade da mucosa. Realizadas biópsias e exames complementares com tomografia de abdome e pelve, colonoscopia e marcadores tumorais. Exames de imagem evidenciaram massa pélvica heterogênea medindo 12x9x11 cm sem limites com assoalho pélvico e reto, rechaçando a bexiga. Histopatológico compatível com GIST confirmado por imunohistoquímica. Iniciado tratamento quimioterápico com GLIVEC em 21/05/2012. Paciente necessitou de radioterapia anti-hemorrágica após início do tratamento. Após 2 meses de início do tratamento paciente apresentou melhora clínica importante com melhora da dor abdominal e sangramento retal apresentando ganho de peso no período. Em 4 meses houve redução da massa pélvica confirmada por RNM (Limites 7,2x6,8x5,7cm), paciente seguiu em tratamento com GLIVEC sendo proposta terapia por 1 ano. Considerando a resposta clínica do paciente ao tratamento associados a redução da massa tumoral foi proposto tratamento complementar com cirurgia, proposta laparotomia exploradora para avaliação da ressecabilidade da massa pélvica residual. Ao inventário da cavidade identificada massa entrinseca aderida ao reto, bexiga e próstata porém com plano de clivagem com os mesmos. Realizada amputação abdominoperineal de reto sem intercorrências. Paciente apresentou boa evolução no pós operatório segue em acompanhamento conjunto com Oncologia.

**PO207 - ADOLESCENTE COM CÂNCER DE RETO AVANÇADO**

ROBERTA GUIMARAES PUIG; MARIA CLAUDIA LIMA SANTOS; MARCELO ALVES CAMARA; IARA VASCONCELLOS SEIXAS; DIANICE GALLO D'ALMEIDA; GIOVANA COSTA ZIBETTI

*HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Na prática coloproctológica é comum encontramos casos de pacientes que apresentam câncer de reto em estágio avançado, habitualmente nos mais velhos. O câncer colorretal é uma doença predominantemente de idosos, sendo 90% dos casos diagnosticados acima dos 50 anos, e o risco continua aumentando com o avanço da idade. Entretanto, a doença pode ocorrer em qualquer idade sendo que a incidência em pacientes com menos de 40 anos pode estar aumentando recentemente. A maioria dos pacientes são diagnosticados com doença localizada ou localmente avançada e a minoria tem doença metastática. Relatamos o caso raro de uma paciente adolescente com neoplasia de reto avançada. Feminina, negra, quinze anos de idade, com emagrecimento, dor abdominal, massa palpável em hipogastro, hematoquezia, constipação intestinal e quadro de obstrução intestinal por fecaloma de evolução há dois meses. Hígida, nega história familiar de câncer colorretal. Tomografia de abdome e pelve evidenciou massa pélvica, com espessamento do reto, heterogêneo, com impregnação irregular do contraste e calcificações de permeio, espaço pré-sacral indefinido, fossas isquiorretais livres. Apresentava CEA de 2,48 ng/ml. Foi submetida a retossigmoidoscopia que mostrou lesão em reto médio, hemicircunferencial, de aspecto vegetante, endurecida e friável, com base fixa, semi-obstrutiva, que foi biopsiada. Laudo histopatológico revela mucosa retal de aspecto polipóide com áreas de ulceração e atipias citológicas de provável origem reacional/reparativa, podendo sugerir pólipos de retenção/juvenil, com ausência de neoplasia na amostra. Realizada colonoscopia que mostrou lesão de início a oito cm da margem anal, infiltrante, vegetante e ulcerada, ocupando quase toda a luz do reto, possibilitando a passagem do aparelho com dificuldade. Não foi completado o exame pois o cólon estava repleto de fezes. Macrobiópsia revelou adenocarcinoma com lagos de mucina e áreas de diferenciação escamosa. Paciente submetida a laparotomia e identificado tumor volumoso de reto médio/alto, com expressão serosa, carcinomatose peritoneal difusa também com grandes implantes em ligamentos redondos, omento, linfonodos aumentados em mesorreto e mesocólon, pequena ascite na pelve e cólon à montante da lesão distendido com fezes até transverso. Realizada ressecção anterior de reto com anastomose primária mecânica sem proteção. Paciente evoluiu bem no pós-operatório e tem acompanhamento na oncologia para tratamento quimioterápico paliativo.

**PO208 - RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA DE ADENOCARCINOMA DE RETO LOCALMENTE AVANÇADO APÓS TERAPIA NEOADJUVANTE – RELATO DE CASO**

CAROLINA CHACON CONSENTINO; ANDRÉ BARRETO SILVA; RICARDO LIRA REIS; IGOR DIAZ YAMANE; EDNA DELABIO FERRAZ; JOAO AGUIAR PUPO NETO *UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes, seguida de ressecção do reto com excisão total do mesorreto, é o tratamento padrão para pacientes com câncer retal localmente avançado. Estudos recentes tem demonstrado Resultados favoráveis com tratamento cirúrgico menos invasivo em pacientes com resposta patológica completa a terapia neoadjuvante. Objetivo: Relatar caso de remissão patológica completa de adenocarcinoma de reto após terapia neoadjuvante, e discutir perspectivas de tratamentos futuros, com relação à abordagem operatória. Relato do Caso: Paciente 58 anos, sexo feminino, branca, do lar; atendida no ambulatório de coloproctologia, em agosto de 2011, com relato de hematoquezia há 6 meses, associado a perda ponderal de aproximadamente 8kg no período. Retossigmoidoscopia evidenciou tumor ulcerado, à 6cm da margem anal, ocupando aproximadamente 50% da luz do órgão, na parede lateral esquerda. Realizada biópsia da lesão com diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado do reto. CEA 8,9. TC de abdome e pelve com espessamento parietal do reto, borramento da gordura mesorretal, e linfonodos mesorretais, o maior medindo 0,8cm. Sendo então estadiado com T3NxMx. Paciente encaminhada para terapia neoadjuvante, sendo submetida a terapia com leucovorin, 5-fluoracil (5-FU) e radioterapia, no período de 3 meses. Realizada nova retossigmoidoscopia em abril/2012, que evidenciou fibrose cicatricial no sítio da lesão, sendo biopsiada, mas sem evidencia de neoplasia. Realizada ressecção anterior de reto em 15/03/2013, com confecção de anastomose primária e ileostomia de proteção. Paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo alta no 6º PO. Histopatológico da peça cirúrgica: ausência de neoplasia no material examinado. Discussão: O tratamento com leucovorin e 5-FU associado a radioterapia é o preconizado para o tratamento de câncer retal. Estudos recentes tem demonstrado que pacientes que apresentam resposta patológica completa, tem melhor sobrevida, com menor chance de recidivas e metástases. Conclusão: A terapia neoadjuvante com as novas modalidades de radioterapia, tem demonstrado bons Resultados, com resposta patológica completa em alguns casos de adenocarcinoma de reto. Porém ainda são necessários estudos de maior acompanhamento desses pacientes, a fim de avaliar a possibilidade de apenas excisão local, e terapêutica conservadora nesses casos.

**PO209 - RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DE RETO COM FÍSTULA RETOVAGINAL E ABSCESSO RETAL**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; RODRIGO BECKER PEREIRA; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; RANIERE RODRIGUES ISAAC; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; HÉLIO MOREIRA JUNIOR; LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer de reto é um dos mais incidentes no Brasil e é a terceira causa de morte por câncer. A cirurgia é a principal arma na terapia curativa. Diversos estudos têm demonstrado que o tratamento neoadjuvante pode conferir melhor ressecção, maior sobrevida e menores índices de recidiva pélvica. Relato de Caso: V.R.P., feminino, 63 anos. Paciente iniciou quadro de sangramento anal há 3 meses, com piora progressiva, evoluindo com enterorragia, e evacuações vaginais. Apresentava hiporexia e perda ponderal. Encontrava-se hipocorada, febril, taquicárdica, sem linfonodomegalias. Exame Proctológico: lesão retal vegetante, circunferencial, subestenose, friável, com início a 2cm da margem anal. Exame vaginal: fezes na vagina, mucosa lisa porém com lesão endurecida extrínseca à parede vaginal posterior, com orifício fistuloso puntiforme à 3cm do introito vaginal. Realizado estadiamento com biópsia da lesão (Adenocarcinoma de Reto), CEA de 1,9 ng/ml, ausência de implantes secundários em tórax e fígado; tomografia de pelve evidenciou coleção perirretal com debris e gás, e comunicação entre reto e vagina. Paciente foi submetida à abordagem cirúrgica com amputação abdomino-perineal de Reto, associado a ressecção da parede posterior da vagina e histerectomia em monobloco com curativo perineal com compressas, retiradas 48 horas após cirurgia inicial. Nono PO foi submetida à rotação de retalho de pele de região inguinal com reconstrução da parede posterior da vagina e fechamento do oco pélvico. Anátomo-patológico com Adenocarcinoma de reto invadindo até parede vaginal, sem comprometimento linfonodal (T4N0M0). Encontrou-se no 4º PO, em tratamento adjuvante, com ferida perineal cicatrizada. Discussão: Atualmente, a quimiorradioterapia é o tratamento padrão neoadjuvante para tumores retais T3/T4NX ou TxN1. Pode conferir graus variáveis de regressão tumoral e maiores taxas de preservação esfinteriana. Quando, inicialmente, o paciente apresenta sintomas relacionados ao tumor primário, mais comumente indica-se a cirurgia. Entretanto não há estudos prospectivos que abordem esta questão. Conclusão: Para os tumores localmente avançados usualmente têm-se indicado a neoadjuvância. Em determinadas circunstâncias essa estratégia não é factível. Diante dessas situações, somente uma ressecção alargada, com margens livres, pode alcançar maior sobrevida e até cura do paciente, sendo a adjuvância (QT e/ou RT) uma possibilidade no pós-operatório.

**PO210 - METÁSTASE HEPÁTICA GIGANTE SETE ANOS APÓS AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DE RETO – RELATO DE CASO**

LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; STHELA MARIA MURAD-REGADAS<sup>1</sup>; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; WARYSON SILVA SURIMÃ<sup>1</sup>; FÁBIO SANTIAGO RODRIGUES<sup>1</sup>; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO<sup>1</sup>; RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS<sup>1</sup>; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS<sup>2</sup>  
1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SER-

*VIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O fígado é o local mais comum de metástase hematogênica nos tumores colorretais, estando presentes em até um quarto dos pacientes no momento do diagnóstico (sincrônicas) e em até metade dos submetidos a ressecção do tumor primário, no decorrer do seguimento (metacrônicas). A ressecção cirúrgica dessas lesões ainda é o tratamento padrão e vem mostrando grandes avanços nas últimas décadas, resultando em aumento na sobrevida dos pacientes. Objetivos: Relatar um caso de metástase hepática de adenocarcinoma de reto inferior, sete anos após o tratamento cirúrgico inicial. Relato do Caso: paciente feminina, 48 anos, costureira, procedente de Fortaleza. Em maio 2004, após procurar serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do Ceará por queixa de hematoquezia e perda ponderal importante foi diagnosticado lesão tumoral em reto inferior a 4cm da borda anal pelo toque retal, com retossigmoidoscopia com biópsia evidenciando, adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Submetida a neoadjuvância (finalizada em set. 2004) com resposta completa. Um ano depois, após diagnóstico de recidiva tumoral, submetida a Amputação Abdominoperineal de reto com colostomia perineal. Anatomopatológico da peça evidenciou margens cirúrgicas livres, T2N0(0/3)Mx. Colostomia perineal com leve estenose, mas pérvia ao toque. Paciente não compareceu a nenhuma consulta de seguimento, retornando ao ambulatório em setembro de 2010, com perda ponderal, constipação e massa palpável em hipocôndrio direito. Solicitado reestadiamento, mas a paciente só retorna quase dois anos após, apresentando as mesmas queixas e sem os exames solicitados. Ao exame: massa palpável em hipocôndrio até fossa ilíaca direita. Tomografia de abdome e tórax em setembro de 2012 mostrou volumosa formação em lobo direito do fígado e dois nódulos pulmonares sugestivos de metástase. Colonoscopia sem lesões em cólon e CEA acima de 10000. Submetida a trisegmentectomia em outubro de 2012, com alta no sétimo dia pós-operatório. Anatomopatológico: Adenocarcinoma com focos de necrose. Perdeu novamente segmento enquanto aguarda conduta da cirurgia torácica. Conclusão: Adenocarcinoma colorretal é um dos tumores mais comuns, sendo a metástase hepática a mais frequente. Deve sempre ser suspeitado, mesmo em casos com diferença de tempo prolongado entre diagnóstico da doença inicial e secundária.

**PO211 - TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE RETO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

ADRIANA FREIRE SENA; THIAGO ALMEIDA FLAUZINO; GABRIELA NOLASCO FARDIN; LUCIANO NOGUEIRA GAMA; ROSSINI CIPRIANO GAMA; GIOVANNI ZUCOLOTO LOUREIRO; LEONARDO REUTER MOTA GAMA; FLAVIA LEMOS MOURA RIBEIRO  
VITORIA APART HOSPITAL, SERRA, ES, BRASIL.  
Resumo: Introdução: A denominação “Tumor estromal gastrointestinal”(GIST) se refere a um conjunto de neoplasias de

origem mesenquimal que se apresentam em sua maioria no trato gastrointestinal. Mesmo após anos debatendo a sua origem, diagnóstico e prognóstico, ainda havia confusão devido à semelhança com os tumores de músculo liso ou de células nervosas. O advento da microscopia eletrônica e imunohistoquímica serviu como esclarecimento, e atualmente admite-se que os GISTs se originam a partir de células mesenquimais primitivas, relativamente indiferenciadas, com capacidade limitada de diferenciação. São mais frequentes no estômago, na 6ª década de vida, sem prevalência entre os gêneros. Objetivo: Relatar um caso de GIST em reto inferior e apresentar revisão da literatura. Relato de Caso: R.F, 36 anos, branco, casado, empresário, natural de Verona – Itália. Queixa de retorragia há 40 dias associada a constipação intestinal e emagrecimento. O exame coloproctológico revelou tumoração em parede anterior do reto a 6 cm da margem anal. Foi submetido a colonoscopia com biópsia da lesão que evidenciou neoplasia maligna fusocelular, hiperclular formando feixes enovelados, com frequentes figuras de mitose, não foi observada necrose. O material foi encaminhado à imunohistoquímica que identificou GIST com mais de 10 mitoses em 50 CGA. Realizado ressonância magnética (RNM) da pelve com impressão de lesão exofítica sugestiva de tumor primário retal polipoide com 9,2 X 7,9 X 9,2cm. Tomografia de tórax e abdômen normais. Paciente fez uso de mesilato de imatinibe por 90 dias e foi submetido a nova RNM da pelve com observação de redução da lesão (5,3 X 3,3 X 3,4cm), que se estendia até uma distância de 4,3 cm da linha pectínea mas preservava esfíncter anal. Realizado retossigmoidectomia abdominal com anastomose coloanal manual e ileostomia de proteção. À microscopia detectou-se margens livres de neoplasia, com infiltração de muscular própria e de gordura perirretal, ausência de necrose tumoral ou perfuração e com Índice mitótico menor do que 1 mitose por CGA. Estadiamento ypT2ypN0. O paciente obteve alta hospitalar no 5ºPO e foi encaminhado ao Oncologista para continuação do uso do mesilato de imatinibe. Conclusão: A ressecção cirúrgica com margens livres é o padrão ouro de tratamento. O uso do mesilato de imatinibe causou redução tumoral permitindo a ressecção cirúrgica com preservação esfíncteriana.

**PO212 - MELANOMA ANORRETAL: RELATO DE CASO COM ÊNFASE NOS EXAMES HISTOPATOLÓGICO E IMUNOHISTOQUÍMICOS**

DANIEL AMARAL ZANETTI; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; AUREA CASSIA GUALBERTO BRAGA; FLAVIA FONTES FARIA; JOSÉ DE SOUZA ANDRADE FILHO; GIL PATRUS; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: Os melanomas anorretais malignos (*Anorectal Malignant Melanomas* – ARM) são tumores extremamente raros e agressivos, constituídos por alguns tipos

de melanócitos (epitelióides, fusiformes, linfoma-like e pleomórficas). Devem ser estadiados pelo critério AJCC (*American Joint Cancer Committee*) adaptado de Breslow e/ou pelo critério TNM. Como as células do ARM podem ser de várias formas, elas podem ser confundidas, histologicamente, com outras células de outros tumores da região, como doença de Paget extramamário, doença de Bowen, linfomas, carcinomas indiferenciados, leiomiomas e leiomiossarcomas e GIST. Este fato torna a IHQ de fundamental importância diagnóstica, caracterizando, corretamente, de que tumor se trata. Método: Paciente do sexo masculino, 66 anos, negro, queixa de exteriorização de massa pelo ânus há cerca de um ano e hematoquezia associada. Ao exame proctológico havia lesão pediculada, firme, enegrecida com diâmetro de 4cm. Retossigmoidoscopia, colonoscopia, radiografia de tórax e tomografias sem alterações. Realizado sob anestesia raquidiana a excisão local da lesão em seu pedículo, associada a mucosectomia do tecido sob a inserção do tumor. Exame histopatológico: proliferação de células arredondadas e fusiformes, com núcleos vesiculosos, aumentados de volume e hiper cromáticos; nucléolos evidentes; citoplasma com cromatina densa e com intensos pigmentos acastanhados, formando massas sólidas, permitindo o diagnóstico de melanoma melanótico. Foram feitos cortes de 3-4 micra de espessura em lâminas salinizadas e submetidos a incubação com anticorpos primários. A amplificação das reações foi feita com *Envision+Dual Link* e a revelação com Diamino-Benzidina líquido. Nos casos com pigmentação melânica mais intensa, foi feita a contra-coloração com Giemsa. Em caso sem pigmentação expressiva, a contra-coloração foi feita com hematoxilina. Foram usados os seguintes anticorpos com respectivos clones: pan-citoqueratina (AE1 e AE2), Melan-A (A-103), proteína S-100 (policlonal), Melanossomo (HMB-45), CD10 (56C6) e c-kit (policlonal). A recuperação antigênica foi feita em calor úmido (HIER). Eram positivos os anticorpos Melan-A, S-100 e o Melanossomo. Conclusão: Apesar de raro o melanoma anorretal é o terceiro em frequência, ficando atrás apenas das lesões de pele e oculares. Por isso, é de fundamental importância o estudo do comportamento dessas lesões e sua imunohistoquímica na tentativa de se prever a agressividade e programar melhor o tratamento.

**PO213 - TUMOR NEUROENDOCRINO ESTENOSANTE DE RETO - RELATO DE CASO**

BRUNA SCHWAN GUERINI; JULIANA MAGALHAES LOPES; THIAGO IBIAPINA; CARMEN RUTH MANZIONE; VINICIO FALLEIROS; THIAGO AGOSTINI BRAGA; MARISTELA GOMES ALMEIDA; JOSÉ INACIO ALMEIDA NETO  
HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Os tumores neuroendócrinos são raros, compreendem apenas 0,49% de todas as neoplasias malignas e 1 a 2% de todos os tumores de reto. Geralmente são achados incidentais em exames endoscópicos, por serem frequentemente assintomáticos, pequenos e de crescimento lento, dificultando muitas vezes o diagnóstico em fases iniciais. Estima-

-se que até 50% dos pacientes com tumores neuroendócrinos já tenham metástase ao diagnóstico. Caso clínico: Paciente JAVS, 64 anos, com alteração do hábito intestinal e do formato das fezes há 9 meses. Procurou o serviço de emergência do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo há 5 meses com quadro de abdome agudo obstrutivo. Foi submetido à laparotomia exploradora, que evidenciou tumor estenosante de reto médio e distensão de todo o cólon, com comprometimento da serosa do ceco e transverso. Realizada colectomia total e ileostomia em alça. No estudo anátomo patológico e imunohistoquímico, foi diagnosticado carcinoma neuroendócrino bem diferenciado, com metástase para linfonodo (1/16).

#### **PO214 - TRANSPOSIÇÃO TARDIA DE COLOSTOMIA ABDOMINAL PARA COLOSTOMIA PERINEAL**

**BRUNO ZENE MOTTA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTÃO; CHRISTIANO VARELLA ZANNIN; GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; VANESSA FORESTO MACHADO; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FÉRES**  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As neoplasias do reto baixo e canal anal, quando não respondem ao tratamento neoadjuvante, podem necessitar de tratamento através da amputação abdômino-perineal do reto com colostomia definitiva. Objetivo: Relatar caso de paciente submetida à amputação abdômino-perineal do reto por carcinoma espinocelular (CEC) do canal anal, na qual foi realizada a transposição da colostomia abdominal para perineal, seguindo a técnica desenvolvida por Alcino Lázaro. Relato de Caso: Mulher, 51 anos, diagnosticada com CEC de canal anal, submetida à quimioterapia e radioterapia e posterior amputação abdômino-perineal do reto. Manteve seguimento ambulatorial sem sinais de recidiva local ou à distância, referindo insatisfação com a colostomia abdominal, com impacto importante em sua qualidade de vida. A paciente foi submetida à transposição da colostomia para o períneo, segundo a técnica de Alcino Lázaro, sendo necessária a realização de histerectomia. Teve alta no 8º dia pós-operatório, e no retorno ambulatorial com 20 dias de cirurgia apresentava evacuações após lavagem intestinal pelo estoma, realizada a cada 3 dias. Discussão: O método descrito possibilita a realização de colostomia perineal em um segundo tempo cirúrgico, indicada para pacientes que não se adaptaram à colostomia abdominal. Entretanto, o procedimento exige uma condição social e de compreensão mínimas, na qual o paciente tenha adesão à lavagem intestinal periódica, que pode ser realizada no domicílio pelo próprio indivíduo. A colostomia perineal minimiza os desconfortos, como a necessidade de esvaziamento frequente, eventual descolamento ou seu mau acoplamento, entre outros. Sendo assim, a cirurgia proposta permite uma vida social, conjugal e sexual mais livre, refletindo na melhora da qualidade de vida do paciente.

#### **PO215 - AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL PARA TUMOR NEUROENDÓCRINO DE RETO**

**NAGAMASSA YAMAGUCHI; CLAUDIO DE OLIVEIRA MATHEUS; MATHEUS SOUZA SANRRROMAO; PRISCILA LARA NOGUEIRA; JOAO PAULO BARRETO DA CUNHA; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; VILBERTO DE SOUZA ALMEIDA JUNIOR**  
*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Apresentamos um caso de paciente do sexo masculino de 74 anos com queixa de tenesmo e hematoquezia. diagnosticado pelo exame proctológico com uma lesão ulcerada com aspecto infiltrativo a aproximadamente 5 cm da borda anal. biópsia revelando adenocarcinoma pouco diferenciado. Baseado neste diagnóstico indicou-se neoadjuvância e tratamento cirúrgico com avaliação intraoperatória para possibilidade de preservação esfinteriana, que não foi possível. Paciente foi submetido a amputação abdômino-perineal e o diagnóstico anatomo-patológico da peça evidenciou um tumor neuroendócrino NET grau II- OMS infiltrando parede até tecido adiposo. Paciente em seguimento pós operatório em bom estado geral aceitando bem dieta e com colostomia funcionando. O trabalho tem como finalidade apresentar uma discrepância entre laudo da biópsia e o diagnóstico anatomo-patológico definitivo tendo sido optado por um tratamento radical, bem como a baixa incidência desta patologia nesta topografia. Discutiremos a importância da avaliação anatomo-patológica no diagnóstico definitivo tendo em vista a capacidade de alteração drástica na linha terapêutica.

#### **PO216 - COMPLICAÇÕES PRECOSES E RESULTADOS ONCOLÓGICOS NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE RETO POR VIA LAPAROSCÓPICA E CONVENCIONAL**

**IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; RENATO VISMARA ROPELATO; JULIANA FERREIRA MARTINS; JULIANA GONÇALVES ROCHA; FÁBIO HENRIQUE CARVALHO; PAULO GUSTAVO KOTZE; ERON FÁBIO MIRANDA**  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer do reto representa aproximadamente 30% das neoplasias colorretais no Brasil. Com a Introdução da excisão total do mesorreto, melhora na terapia neoadjuvante e da cirurgia laparoscópica, melhor controle local e aumento da sobrevida vem sendo observados. Métodos: Estudo retrospectivo, que incluiu pacientes com adenocarcinoma do reto e junção retossigmoídea, submetidos a tratamento cirúrgico no período entre janeiro de 2007 a maio de 2013. Os pacientes foram classificados em dois grupos: cirurgia convencional (CC) e cirurgia Videolaparoscópica (CV). Foram avaliados dados demográficos, topografia da lesão, presença de neoadjuvância, tipo de cirurgia, realização de estoma, estadiamento patológico e complicações em 30 dias. Os Resultados foram distribuídos em tabelas de frequência. Resultados: 63 pacientes operados neste período foram ana-

lisados, sendo 37 por CC (média de idade de 60 anos, 16 pacientes do gênero masculino) e 26 por CV (média de idade de 58 anos, 13 pacientes do gênero masculino). No grupo de CC, as lesões do reto superior (29,7%) e distal (29,7%) foram as mais comuns e o procedimento mais realizado foi a ressecção anterior do reto (56,7%). As lesões da junção retossigmoideana (38,4%) e a ressecção anterior de reto (73%) prevaleceram na CV. Dezesete pacientes foram submetidos à neoadjuvância no grupo da CC, contra 12 pacientes no grupo da CV. Com relação ao estadiamento patológico, na CC em média 12 linfonodos foram dissecados, sendo o estágio N0 encontrado em 56,7%. As lesões T3 foram as mais comuns, acometendo 62,1%. No grupo da CV uma média de 10,4 linfonodos foram isolados, apresentando estágio N0 em 61,5% dos casos e lesões T3 em 42,3%. Em 2 pacientes de cada grupo, não foi encontrada neoplasia residual após a neoadjuvância (resposta completa). Complicações precoces foram observadas em 8 pacientes (21,6%) no grupo CC. Já no grupo da CV, 7 pacientes (26,9%) apresentaram complicações relacionadas ao procedimento. As complicações ocorreram em 35% dos casos no grupo da CC e em 33% no grupo da CV considerando-se apenas os pacientes submetidos a neoadjuvância. Conclusão: a cirurgia Videolaparoscópica pode ser utilizada no tratamento do câncer do reto, independentemente de sua localização, com Resultados oncológicos similares, sem aumento significativo das complicações pós-operatórias. A utilização da neoadjuvância parece estar relacionada a aumento nas complicações pós-operatórias.

#### PO217 - RELATO DE CASO. DIAGNÓSTICO DE RECIDIVA DE CÂNCER DE RETO NA PET-CT NÃO CONFIRMADA NA PEÇA CIRÚRGICA.

GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO MORAES; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO; DECIO BERGAMINI VIERA  
*HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: A PET – CT, mostrou-se uma ferramenta diagnóstica importante no câncer colorretal, assim como nas recidivas locais e nas metástases à distância. Poucos dados relatados na literatura sobre a falha diagnóstica da PET-CT, dificultam a discussão desse tema. O relato a seguir trata-se de uma paciente de 64 anos, portadora de adenocarcinoma de reto distal submetida à neoadjuvância e em seguida à retossigmoidectomia anterior com anastomose colo-anal + ileostomia de proteção. A análise da peça cirúrgica mostrou resposta completa à neoadjuvância (pT0N0M0). Após a cirurgia para fechamento da ileostomia evoluiu de maneira satisfatória. Após 17 meses da primeira cirurgia apresentou carcinoma de canal anal, tipo basocelular, tratado com ressecção local e confirmado com anátomo-patológico Após mais 4 meses mostrou duas imagens consecutivas de PET-CT de lesão em atividade em transição reto distal canal anal. Sub-

metida à cirurgia de resgate após 23 meses da primeira – amputação abdomino-perineal de reto. A análise histopatológica da peça cirúrgica mostra ausência de neoplasia na peça (pT0M0N0). Apesar da PET-CT ser tecnologia importante no diagnóstico e acompanhamento de câncer de reto, este caso sugere que deve ser visto eventualmente com ressalvas, já que trata-se de uma paciente que poderia ter sido poupada de amputação de reto caso houvesse certeza pré-operatória da ausência de doença.

PO218 - **CARCINOMA ESPINOCELULAR SINCRÔNICO DE RETO MÉDIO E CANAL ANAL – RELATO DE CASO**  
MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS; ALEXANDRÉ MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; DANIEL AMARAL ZANETTI; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; GUSTAVO SOARES CORRÊA SILVA  
*SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O Carcinoma Espinocelular (CEC) de reto é extremamente raro (0,002 a 1% dos tumores malignos colorretais). O primeiro caso foi descrito em 1933 por Raifor. A causa é desconhecida, com algumas probabilidades: (1) hiperproliferação de células basais após agressão da mucosa que se tornariam metaplásicas (2) metaplasia escamosa secundária à agressão crônica (radiação, colite ulcerativa, infecção por HPV ou esquistossoma) (3) nicho de células embrionárias ectópicas após a embriogênese. A sintomatologia é a mesma do adenocarcinoma de reto e ambos apresentam o mesmo prognóstico nos estádios I e II. Quando há acometimento linfonodal, o CEC apresenta pior prognóstico. Os locais mais comuns de metástases à distância são fígado e pulmão. A cirurgia tem sido a abordagem principal na maioria dos casos de CEC colorretal descritos, porém em revisão de literatura foi encontrado Relato de Caso em que houve regressão completa da lesão com QT/RT. O tratamento do CEC da margem anal depende do estadiamento. Para lesões T1N0 está indicada a ressecção transanal com margem negativa de 1 cm; T2/T3N0, RT/QT; T4N0 ou N1 a N3: RT/QT, sendo a radioterapia direcionada para toda pelve e regiões inguinais. Lesões com metástase à distância (M1) faz-se apenas QT paliativa. Relato de Caso: MO, 72 anos, sexo feminino, submetida a colonoscopia por hematoquezia, tenesmo e dificuldade para evacuação. Identificadas lesão vegetante, endurecida, friável em superfície posterior da margem anal e outra lesão vegetante, volumosa, ulcerada e semioclusiva em reto médio, sem continuidade entre as lesões. Realizadas biópsias. Exames histopatológicos de ambas as lesões evidenciaram CEC. RNM de pelve revelou neoplasia do reto médio associado a lesão similar em região anorretal e com sinais de linfadenopatia na cadeia ilíaca externa esquerda. Paciente foi encaminhada para RT e QT. Conclusão: O CEC de reto é uma entidade rara. Existem poucos relatos de casos semelhantes na literatura científica.



**PO219 - CIRURGIA TRANSANAL MINIMAMENTE INVASIVA (TAMIS) USANDO DISPOSITIVO ETHICON® SINGLE SITE®. EXPERIÊNCIA INICIAL.**

GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO MORAES; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Apesar de a microcirurgia endoscópica transanal (TEM) vir sendo usada há mais de 20 anos, tem sido lento para se tornar universalmente adotada por cirurgiões colorretais, em parte por causa de uma longa curva de aprendizado, mas também por causa do custo significativo do equipamento e instrumentais altamente especializados. Os dispositivos descartáveis cirurgia de portal única têm sido utilizados para Cirurgia Transanal Minimamente Invasiva (TAMIS) com os benefícios, quando comparada à excisão local e TEM. Nove pacientes elegíveis à excisão local de tumores foram submetidos à cirurgia transanal com o dispositivo Ethicon SSL™. Distância de linha pectínea à colono ou retossigmoidoscopia foi de até 5 centímetros e o diâmetro do tumor foi seis centímetros no máximo. Sete pacientes tiveram diagnóstico inicial de adenoma. Um paciente teve uma excisão endoscópica anterior de um adenocarcinoma T1 com margens positivas patológicas. Um paciente não foi operado devido à impossibilidade de posicionamento do dispositivo, devido ao grande volume prostático. Quatro dos oito tumores eram adenocarcinomas ressecados em fase inicial. Todas as margens estavam livres de tumor. Tempo mínimo de instalação, baixo custo e especialmente a possibilidade de utilizar instrumentos laparoscópicos regulares, faz com que a técnica TAMIS seja uma boa opção para excisão transanal ou transretal. Os Resultados desta técnica usando este novo dispositivo são animadores, sobre a viabilidade, operacionalização, custo inicial, o tempo de setup, ressecabilidade e a taxa de complicação baixa. Devido à sua simplicidade e semelhança com a cirurgia laparoscópica convencional, pode ser facilmente aprendido pelo cirurgião que não são habituados com a técnica da ETM. Embora no momento o uso adequado de excisão local ainda está em debate, TAMIS é uma técnica com grande potencial de crescimento e ainda há muito a ser aprendido.

**PO220 - TEO: EXPERIÊNCIA INICIAL EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; RANIERE LEONARDO DE ANDRADE SANTOS; VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O TEO (Transanal Endoscopic Operation) é uma opção de tratamento minimamente invasivo para

alguns tumores de reto, como lesões benignas, tumores carcinoides e casos selecionados de adenocarcinomas iniciais. Esta técnica foi desenvolvida em meados dos anos 80, pelo professor Gehard Buess, na Alemanha, em resposta às limitações técnicas que envolviam a ressecção de lesões transanais tradicionais. Esta técnica oferece vantagens como melhor visualização da lesão e melhor acesso às lesões proximais, com menor taxa de margens positivas e fragmentação do espécime. Objetivo: Descrever a experiência inicial da equipe de Coloproctologia do Hospital das clínicas da UFMG na realização do TEO. Método: Relato de três casos de pacientes com tumores retais que foram submetidas a ressecção transanal utilizando o TEO. Uma paciente apresentava lesão de crescimento lateral na qual o grupo de endoscopia avaliou que a ressecção endoscópica não seria possível. Outro caso de adenocarcinoma de reto T1 em paciente com metástases óssea de câncer de mama recebendo quimioterapia paliativa. E um terceiro caso de lesão de crescimento lateral de 4 cm com várias recidivas prévias após ressecção endoscópica. Neste último caso, a classificação patológica foi de um adenocarcinoma pT3 e o paciente foi encaminhado para operação radical. Conclusão: O TEO é uma técnica válida para adenomas, cânceres superficiais no reto médio e proximal que são inacessíveis pela técnica de ressecção transanal tradicional. É uma técnica segura, oncológica adequada e com custo menor do que a operação abdominal invasiva.

**PO221 - RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULAS DE CHIARI**

FÁBIO JOSÉ TELES; ANTONIO CARLOS MIRANDA; DINA MARTINS RODRIGUES; MARIA ROBERTA MENEQUETTI SERAVALI RAMOS; PAULA GUIMARAES RODRIGUES; NUALA MAIA DA FONSECA; ADRIANA MARTINS RANGEL; THALES RICARDO DE PAULA  
*HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Objetivo deste trabalho é relatar caso de adenocarcinoma de glândulas anais (Chiari), que representa uma entidade rara dos cânceres colorretais. Material e Métodos: Relato de Caso clínico com revisão de dados contidos no prontuário médico. Resultado: Paciente 49 anos, masculino, procurou ambulatório de coloproctologia com queixa de nodulação em região anal associado a prurido e fezes com muco e sangue evoluindo há quatro meses. Ao exame físico apresentava lesão nodular de cinco centímetros em seu maior diâmetro, consistência endurecida, hipocrômica, indolor a palpação, localizado três centímetros da borda anal e com dois orifícios fistulosos em seu centro. Foi indicado biópsia incisional. Realizado cateterização do canal fistuloso com saída de secreção mucinosa e ressecção em cunha da lesão nodular aderida à parede retal posterior. O resultado histopatológico da biópsia evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado mucossecretor (adenocarcinoma de glândulas de Chiari). A tomografia computadorizada de abdome e pelve, não evidenciou metástases a distância, líquido livre, linfadenomegalia pélvi-

ca e foi indicada radioquimioterapia neoadjuvante, seguida de amputação abdominoperineal, seis semanas após terapia. Conclusão: O adenocarcinoma da glândula de Chiari é uma neoplasia colorretal rara e agressiva correspondendo a 2% de todos os tumores colorretais. O caso descrito tem o interesse de demonstrar que mesmo sendo uma patologia rara, a biópsia incisional, para estudo histopatológico, foi decisiva para o diagnóstico e tratamento adequados. Esta patologia deve sempre ser lembrada como diagnóstico diferencial nos casos de abaulamento, abscesso, massa e fístulas colorretais, já que o diagnóstico mais precoce possibilita e beneficia o paciente com tratamento para melhor prognóstico.

**PO222 - CÂNCER DE RETO COM METÁSTASE UNILATERAL ISOLADA PARA ADRENAL: RELATO DE CASO**  
LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; PRICILA RIBEIRO BRISOLARA; PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI; RINALDO PRATES PERIARD; JOSÉ RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; JORGE BENJAMIN FAYAD; RENATA ROCHA BARBI; MARCELO NEVES CARVALHO  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal é uma das neoplasias de maior incidência, associado ainda à elevada morbimortalidade. Elementos fundamentais para o adequado manejo desses pacientes são: o diagnóstico precoce, estadiamento e tratamento cirúrgico, bem como as terapias adjuvantes nos casos indicados. O avanço no tratamento adjuvante foi um dos responsáveis pelo aumento da sobrevida associada à doença nas últimas décadas. Nessa lógica recomenda-se o seguimento regular e rigoroso dos pacientes, com busca sistematizada por lesões metastáticas. Estando indicada, em diversos casos, a abordagem cirúrgica das mesmas, após cuidadosa avaliação da morbimortalidade associada ao procedimento, visando alcançar uma maior sobrevida. Nos cânceres colorretais os principais sítios de metástases são o fígado e pulmões. Lesões secundárias isoladas para adrenal é evento raro. Porém evidências mostram que quando adequadamente ressecadas há melhora significativa da sobrevida. Neste contexto a cirurgia, sempre que factível, está indicada. Objetivo: Relatar o caso de paciente em seguimento de câncer de reto que apresentou, no segundo ano, metástase metacrônica isolada para adrenal, sendo abordada cirurgicamente, com bons Resultados. Método: L.P.D, 61 anos, feminino, diagnóstico de câncer de reto (T2N1M0), submetida a amputação abdomino-perineal em maio de 2010 e radioquimioterapia adjuvante. Manteve-se em acompanhamento ambulatorial com avaliações clínicas, dosagens de CEA, radiografias de tórax e TCs de abdome e pelve seriadas, sem alterações até o 2º ano de seguimento, quando apresentou aumento assintomático do CEA. Iniciou-se a busca sistemática por implantes metastáticos. TC de abdome evidenciou massa em topografia da adrenal esquerda, superior a 5,0 cm de diâmetro, confirmada pela RNM. Avaliada pelo Serviço de Cirurgia Geral, sendo submetida à adrenalectomia esquerda Videolaparoscópica.

Resultados: Paciente apresentou boa evolução peri e pós-operatória, com redução do CEA para níveis normais. O laudo anátomo-patológico evidenciou adenocarcinoma metastático de sítio primário colorretal. Mantém acompanhamento ambulatorial regular, sem sinais de recidiva da doença. Conclusão: Evidências mostram que metástases adrenais isoladas, quando ressecadas, são associadas à melhora da sobrevida, principalmente quando metacrônicas. O rápido reconhecimento e pronta abordagem cirúrgica são fundamentais para o adequado manejo destes pacientes.

**PO223 - OCLUSÃO INTESTINAL POR BEZOAR EM ÁREA DE ESTENOSE NEOPLÁSICA DO RETO – RELATO DE CASO**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANDRÉ GATTO; HENRIQUE SABOIA; GIANA CAROLINE STRACK NEVES; ANA MARIA GONZAGA TEIXEIRA CORSO; ANTONIO SERGIO BRENNER; ANTONIO BALDIN JUNIOR; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Bezoar é definido como o acúmulo de corpos estranhos não digeridos ao longo do trato gastrointestinal, podendo cursar com quadros obstrutivos. Objetivo: Demonstrar a importância da investigação etiológica completa de um quadro de oclusão intestinal, associando métodos de imagem e endoscópicos. No presente caso, a retossigmoidoscopia foi diagnóstica e terapêutica, evitando laparotomia de urgência no quadro agudo. Relato de Caso: L.F.M., 86 anos, procurou atendimento de urgência com queixa de dor abdominal e parada na eliminação de gases e fezes há uma semana, com alívio parcial dos sintomas após enema glicerinado. Ao exame, distensão e dor à palpação abdominal, sem fezes ou massas palpáveis ao toque retal. O paciente tinha história de adenocarcinoma do reto médio diagnosticado dois anos antes do quadro atual, submetido a neoadjuvância e posterior ressecção transanal da cicatriz local, cujo anátomo-patológico (AP) foi negativo para malignidade. Perdeu o seguimento ambulatorial após alguns meses e não havia realizado nenhum exame endoscópico de controle depois do tratamento. Foi internado para tratamento clínico da subocclusão, porém, em 24h, evoluiu com vômitos copiosos e piora da dor. Solicitada tomografia (TAC) do abdome para investigação etiológica, com identificação de redução do calibre do cólon na junção retossigmoideana, com fezes impactadas nesse nível. Optado por retossigmoidoscopia flexível, que mostrou lesão estenosante circunferencial no reto proximal, obstruindo parcialmente a luz, que estava completamente obstruída por fecalitos extremamente endurecidos, com tamanhos muito semelhantes entre si. Eles foram retirados com pinça de Dormia, o que deu vazão ampla ao conteúdo colônico, com alívio imediato e completo dos sintomas. Devido ao achado da lesão estenosante, foi realizada retossigmoidectomia eletiva no mesmo internamento (AP: adenocarcinoma T3N0). O laudo da TAC foi posteriormente revisado pela Radiologia, que sugeriu que

a imagem das fezes impactadas no nível da subestenose fosse compatível com sementes de jabuticaba. Quando questionado, o paciente referiu ingestão de jabuticabas em grande quantidade, sem retirada das sementes, alguns dias antes do internamento. Conclusão: As neoplasias colorretais são causas frequentes de obstrução colônica, principalmente na população idosa. O caso mostra a importância da ampliação dos diagnósticos diferenciais dessa condição, bem como da possibilidade de associação de diversas causas.

#### PO224 - LINFOMA MALIGNO PRIMÁRIO DE RETO – RELATO DE CASO

CAMILA ROCHA CRUZ; MAURÍCIO JOSÉ MATOS SILVA; MAURÍLIO TOSCANO DE LUCENA; ALINE DAVID SILVA; JOSÉANE CANTON; LÍLIAN SOUZA ARAÚJO; CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA; BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES

*HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL.*

Resumo: Relato do Caso: Paciente masculino, 22 anos, homossexual, com anticorpos para HIV, apresentou história de lesão ulcerada em canal anal há 1 ano, dor, perda de peso (9kg em 2 meses), sangramento retal e febre intermitentes. HIV há 2 anos, em uso de antirretrovirais (tenofovir+lamivudine+efavirenz). Dosagem de CD4=314, carga viral de 1.315 cel/mm. Ao exame físico geral estava emagrecido (IMC:19.4), hipocorado e desnutrido. Ao exame proctológico: região anal hiperemiada, edemaciada e endurecida. Toque retal identificou massa anorretal estenosante na mucosa, friável, hemorrágica e dolorosa. Realizado biópsia que revelou tratar-se de Linfoma de Burkitt. Imunohistoquímica concluiu diagnóstico: Linfoma B de Alto Grau. Biópsia de medula óssea não demonstrou neoplasia. Tomografias de tórax e abdome superior normais. RNM pelve evidenciou extensa massa pélvica, semioclusiva, em canal anal, reto baixo, médio e alto. Foi submetido à sigmoidostomia em alça e iniciado tratamento quimioterápico. Nova RNM pelve após 6 meses demonstrou completa remissão do tumor. Realizado fechamento de colostomia. Discussão do caso: O Linfoma primário de reto corresponde a 0,2 a 0,6% dos tumores malignos do intestino grosso. Acomete principalmente homens com idade entre 50 e 70 anos. Doença inflamatória intestinal e imunossupressão têm sido identificadas como fatores de risco. A histologia mais frequente de linfoma é o Não-Hodgkin de Grandes Células B. A presença de linfoma na região anorretal em homens homossexuais é de grande interesse, não só pela raridade mas também pelas implicações etiopatogênicas. Os linfomas associados com SIDA têm habitualmente uma rápida e má evolução clínica, a despeito das intervenções terapêuticas, seja pela quimioterapia e/ou radioterapia. Seja pela raridade dos linfomas anorretais, bem como pela importância do seu relacionamento com a SIDA, achamos significativa a apresentação do presente trabalho. Salientamos a importância das lesões anorretais em homossexuais com SIDA ou não, cujo diagnóstico diferencial deve incluir, além do carcinoma cloacogênico e epidermóide, o sarcoma de Kaposi e também o linfoma maligno primário.

#### PO225 - ACHADO DE TUMOR RETRORETAL CONCOMITANTE À DOENÇA HEMORROIDÁRIA – IMPORTÂNCIA DE UM EXAME COLOPROCTOLÓGICO COMPLETO

ORLANDO CONTRUCCI<sup>1</sup>; FELIPE PORTELLA<sup>1</sup>; GUILHERME AGUSTIN LOUZADA PEREDA<sup>2</sup>; CAROLINE MOTTA AGUIAR<sup>2</sup>; DEBORA AGOSTINI PESSOA DA COSTA<sup>2</sup>; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOU<sup>2</sup>

*1.HOSPITAL SANTA CASA DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: O espaço retroretal é um espaço virtual delimitado anteriormente pela parede posterior do reto, posteriormente pelos corpos da 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> vértebras sacrais e cóccix e lateralmente pelas lâminas interneurais. A classificação dos tipos de tumor que podem acometer a região é dividido da seguinte forma: congênito, neurogênico, ósseos, outros tipos de tumores e lesões inflamatórias. Pode-se lançar mão de exames como a ultrassom endoanal e a tomografia computadorizada para melhor avaliação diante de uma suspeita. ZNA, 72 anos, sexo feminino, apresentou queixa de desconforto anal e sangramento às evacuações há 1 mês. Refere histórico de doença hemorroidária e HAS como comorbidades, nega demais doenças, nega antecedentes cirúrgicos. Ao exame coloproctológico constatou-se hemorroidas externas grau II, ao toque foi percebido a 7 cm da borda anal uma tumoração nodular de 3cmx3cm. Foi optada por cirurgia de ressecção transanal para exploração da área retroanal aventando-se a hipótese diagnóstica de tumor GIST ou tailgut. A cirurgia ocorreu sem intercorrências, sendo possível o acesso retroretal, localização da tumoração de aspecto submucoso e exérese para realização de biópsia. O resultado do exame anátomo patológico revelou hamartoma retroretal, confirmando portanto a suspeita de tailgut. A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial há 3 anos de forma assintomática. O caso reitera a necessidade de um exame coloproctológico completo. Uma queixa de doença hemorroidária pode atrapalhar a evidência de alguma outra patologia anal, a exploração por toque no exame físico foi fundamental para realizar o achado e providenciar a biópsia. O diagnóstico nesse caso foi de tumor benigno, contudo há tumores malignos que poderiam ocorrer no local.

#### PO226 - INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITE – MSI E TP53 ASSOCIADA A RADIOTERAPIA E A QUIMIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CARCINOMA PT2N0 DE RETO BAIXO

GRAZIELE LOSSO MORAES; ROBERTO SILVEIRA MORAES; IARA MESIAS REASON  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: A medicina personalizada é apontada como a grande revolução na saúde nos próximos anos. O perfil tumoral é distinto para cada paciente, apresentando respostas diferentes ao tratamento. A análise molecular através da pesquisa de instabilidade de microssatélite – MSI tem aplicação prática

na clínica, uma vez que tumores ditos “mutadores” exibem características biológicas distintas; quanto à localização, idade, aspecto histológico e melhor sobrevida. Objetivo: Avaliar a incidência da Instabilidade de Microssatélite – MSI-H e TP53 em carcinomas pT2N0 associada a neo-adjuvância e adjuvância dos tumores de reto baixo. Métodos: Foram selecionados entre 2002 e 2012, N=160 pacientes submetidos a TEM (Microcirurgia Endoscópica Transanal), em um estudo prospectivo não randômico, N=14 pacientes com diagnóstico definitivo de pT2N0. Para análise molecular foram escolhidas amostras da região tumoral e realizadas as extrações de DNA tumoral. Os tumores pT2N0 foram testados para os microssatélites (BAT25, BAT26, D2S123, D5S346 e D17S2720), pela técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR) e sequenciamento direto do exon 10 do gene TP53. Resultados: Dos n=14 com diagnóstico de pT2N0, foram diagnosticados seis no pré-operatório e submetidos a neo-adjuvância (Radioterapia + quimioterapia (Rt+Qt) com resposta completa e seis diagnosticados no pós-operatório e submetidos a adjuvância (n=5(Rt+Qt) e n=1(Qt)). Observaram-se duas recidivas nessa série, n=1(Rt+Qt) e n=1(Qt). O tempo de seguimento variou de 6 meses a 10 anos. Dos pacientes que receberam neo-adjuvância houve três deiscências de anastomose e dois pacientes foram a óbito durante o período observacional. A análise da MSI-H (Alta instabilidade de Microssatélite) foi observada em 14,28% dos casos, sendo que todos foram submetidos a neo-adjuvância (Rt+Qt) com resposta completa. Foram observadas mutações no gene TP53 em 47,14% (p>0,05) dos casos. Destes, um foi a óbito e uma recidiva com neo-adjuvância com (Qt). Conclusão: O perfil tumoral vem evidenciando alta agressividade dos tumores pT2N0 de reto baixo, conseqüentemente, evidenciando a importância da neo-adjuvância em casos geneticamente selecionados de pacientes submetidos a ressecção local.

**PO227 - RECIDIVA PÉLVICA: RESULTADOS DE UMA SÉRIE DE CASOS DE CÂNCER RETO TRATADOS CIRURGICAMENTE NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PORTO ALEGRE - RS**

LUCIANO PINTO CARVALHO; MONIQUE SOARES PAZ  
*HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer retal é uma das neoplasias malignas mais prevalentes no mundo. São diagnosticados a cada ano um milhão de novos casos. A recidiva pélvica do câncer do reto constitui grande desafio no seu tratamento. Após a ressecção retal curativa, 4 a 50% dos pacientes evoluem para recidiva local do tumor. As taxas de recidiva oscilam entre 2,6% a 32% e cerca de 70% ocorrem nos primeiros dois anos após a realização da cirurgia do tumor primário. A sobrevida a essa doença está influenciada por diversos fatores, que associados ou independentes, regulam o tempo de vida. Se diagnosticada em estágio inicial, é considerada boa. Objetivo: Investigar a prevalência de recidiva de câncer do reto em pacientes sub-

metidos a procedimento cirúrgico. Métodos: Estudo descritivo retrospectivo de uma série de casos de pacientes que realizaram procedimento cirúrgico para câncer do reto. Os dados foram obtidos do banco de dados do Serviço de Coloproctologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, a partir da análise do prontuário eletrônico, entre o período de 2007 a 2010. No total, 96 pacientes com diagnóstico de câncer do reto foram submetidos a procedimento cirúrgico, com os critérios de exclusão a casuística resultante foi de 76 pacientes. Resultados: A idade média entre os 76 pacientes estudados foi 62,2 anos. Seis pacientes apresentaram recidiva pélvica e 19 pacientes apresentaram metástase. Dos pacientes com recidiva observamos os índices para o estágio 1 de 33,3%, estágio 2 de 33,3%, estágio 3 de 16,7% e estágio 4 de 16,7%. Nos pacientes com metástase os índices para o estágios 1 foi de 5,9%, estágio 2 de 35,3%, estágio 3 de 29,5% e estágio 4 de 29,4%. Conclusão: A prevalência de recidiva pélvica isolada foi de 7,9% e de doença metastática foi de 25% dos pacientes, incluindo três dos pacientes com recidiva. Observamos que a média da prevalência encontra-se dentro dos padrões previstos pela literatura.

**PO228 - CARCINOMA DE PEQUENAS CELULAS DE RETO - RELATO DE CASO**

LEONARDO HUBER TAUIL

*HOSPITAL FEDERAL DO SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: O carcinoma de pequenas células do trato gastrointestinal é uma patologia rara e letal. Na literatura estão descritos cerca de 550 casos. Cerca de 40 % dos casos são colorretais. A queixa principal é dor e a sobrevida média dos doentes é de cerca de 11 meses. O tratamento é baseado nos utilizados para o carcinoma de pequenas células pulmonar. O caso relatado é de um paciente de 40 anos, masculino, homossexual, HIV positivo, que deu entrada no serviço com relato de dor, ao exame apresentava uma massa de 4 cm, endurecida e dolorosa ao toque a 3 cm da margem anal, submucosa. Foi realizada biopsia e através da imunohistoquímica foi diagnosticado carcinoma de pequenas células com grau de mitose de 100 %. Evoluiu com o surgimento de metastases para linfonodos em região cervical e inguinal, foi proposto quimioterapia, mas não foi possível o início do tratamento devido ao estado geral do paciente. Faleceu 45 dias após o diagnóstico.

**PO229 - TUMOR DE KRUKENBERG, UM TUMOR RARO NA TERCEIRA DÉCADA DE VIDA. RELATO DE CASO.**

BIANCA DITLEF BERETA; SANDRA DI FELICE BORATTO; FÁBIO PIOVEZAN FONTE; JULIANA GIANGIARDI BATISTA; BIANCA MARINELLI TEIXEIRA

*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SAO BERNARDO DO CAMPO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O tumor de Krukenberg foi relatado inicialmente por Friedrich Krukenberg em 1896 em uma paciente com tumores ovarianos bilaterais com característica histológica de células em anel de sinete. O termo tumor de Kruke-

nberg, hoje, é utilizado para tumores metastáticos nos ovários de sítios primários mais comumente gastrintestinais, principalmente no câncer gástrico; 3% dos pacientes com câncer colorretal evoluem com tumor de Krukenberg. Objetivo: Relatar o caso de uma paciente de 24 anos com tumor de Krukenberg com sítio primário em reto alto. Relato do Caso: JMNM, 24 anos, foi internada por dor e aumento de volume abdominal a esclarecer. A tomografia computadorizada de abdome evidenciava grande massa anexial à direita que se estendia da metade inferior do abdome à pelve, o que indicou a laparotomia exploradora com salpingooforectomia direita, da qual os Resultados da biópsia e painel imunohistoquímico indicaram adenocarcinoma moderadamente diferenciado de padrão intestinal infiltrativo em parênquima ovariano com sítio primário colorretal. No 15º pós-operatório, retorna com queixa de saída de fezes pelo intróito vaginal em grande quantidade sem febre ou vômitos, apresentando abdôme inocente com ferida operatória em bom aspecto, e ao toque vaginal identificou-se presença de comunicação reto-vaginal, também constatada no toque retal. Realizada então nova abordagem cirúrgica, na qual se optou por lise de bridas, enterectomia segmentar onde havia implante tumoral e colostomia derivativa para tratamento da fistula retovaginal. A colonoscopia constatou tumoração circular suboclusiva de reto alto, não pérvio ao aparelho; nesta ocasião foi realizada biópsia da lesão, ainda sem resultado. Atualmente a paciente está em aguardando agendamento para acompanhamento com o serviço de oncologia de referência do município. Discussão: Por ser um tumor tão agressivo a ponto de manifestar-se com metástases a distância em uma paciente tão jovem, o prognóstico é desfavorável. O tratamento cirúrgico citorredutor do tumor de Krukenberg ainda é considerado a melhor estratégia de tratamento, embora somente haja evidências de aumento na sobrevida em pacientes cujo tumor primário já foi ressecado e sem ascite, não sendo o caso da paciente em questão. Conclusão: o tumor de Krukenberg é uma manifestação incomum de câncer colorretal, especialmente na faixa etária da nossa paciente, podendo isso ser um fator de maior agressividade e pior prognóstico no tumor de Krukenberg.

#### PO230 - LINFADENECTOMIA RADICAL PARA NEOPLASIA DE CÓLON SIGMOIDE - RELATO DE UM CASO

ROBERTO DE SOUZA MENDONÇA<sup>1</sup>; MARCO ANTONIO BEZERRA RULIM<sup>1</sup>; CARLOS FREDERICO SANTA-REINALDO<sup>2</sup>

1.CENTRO DE ONCOLOGIA DO CARIRI, BARBALHA, CE, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, BARBALHA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: o câncer de retossigmoide não requer na grande maioria dos casos linfadenectomia radical, estando nos casos não avançados indicada a ligadura próxima a base da mesentérica inferior como cirurgia padrão. Objetivo: relatar um caso de adenocarcinoma de retossigmoide localmente avançado em paciente jovem do sexo feminino. Métodos: realizado registro fotográfico do procedimento cirúrgico e busca

aos dados do prontuário no same do hospital. Resultados: paciente do sexo feminino 31 anos chega ao serviço com quadro de neoplasia de retossigmoide com abscesso cavitário organizado à tomografia. Indicada cirurgia de urgência, com realização de retossigmoidectomia + linfadenectomia paraaórtica, pericaval e paravertebral esquerda + enterectomia em monobloco. Paciente evoluiu com necessidade de reabordagem no 8º PO por abscesso cavitário, tendo alta no 20º PO. O estadiamento patológico foi pT4pN2pM1. Conclusão: existem casos em que se faz necessária uma linfadenectomia ampliada para ressecção r0 em câncer colorretal, e o coloproctologista deve estar preparado para esses casos.

#### PO231 - COMPARAÇÃO DE 3 MÉTODOS DE PREPARO DO COLON PARA COLONOSCOPIA

GILBERTO SAUTE<sup>1</sup>; LUCIANA FILCHTNER FIGUEIREDO<sup>2</sup>  
1.HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: Comparação de 3 métodos de preparo do colon para Colonoscopia. Introdução: Para ser um exame de rotina na investigação intestinal e bem aceito pelos pacientes o preparo para a colonoscopia deverá ser simples, com pouco desconforto e eficaz na limpeza do colon. Objetivo: Comparamos três métodos de preparo colônico no que diz respeito à aceitabilidade, tolerância e qualidade do preparo. Método: Dois estudos comparando a Lactulose com a solução de Macrogol (estudo 1) e Lactulose com a solução de Manitol (estudo 2) foram realizados. No primeiro estudo, 92 pacientes foram instruídos a seguir uma dieta liberal 24 horas antes de realizar o exame. 46 pacientes receberam 2 comprimidos de Bisacodil na véspera do exame e 240ml de Lactulose 6 horas antes do exame. Os outros 46 pacientes receberam uma dose fracionada de Macrogol (10 envelopes de Macrogol) na véspera e repetiram esta dose 6 horas antes do exame. No segundo estudo, 96 pacientes usaram o mesmo esquema de preparo com Bisacodil e Lactulose, mas com um volume menor de Lactulose (180ml) ou Bisacodil e Manitol a 20% (500ml). Os Objetivos foram verificar a aceitabilidade e a tolerância dos pacientes ao preparado. Resultados: No estudo 1, a maioria dos pacientes tiveram pouco desconforto e uma boa tolerância, com um escore de aceitação geral entre bom e excelente de 73% no grupo da Lactulose e de 67% no grupo do Macrogol. Resultados similares foram obtidos no estudo 2, com um escore de aceitação geral de 77% no grupo da Lactulose e de 89% no grupo do Manitol. No estudo 1 o grupo do Macrogol teve melhor escore de tolerabilidade do que o grupo da Lactulose. Como o preparado de Lactulose foi administrado com pouca quantidade de líquidos, quando a análise foi feita sem levar em consideração a queixa de sede, não houve diferença estatística entre os grupos. No estudo 2, não houve diferença estatística nos escores de tolerabilidade do grupo de Lactulose com o grupo do Manitol. A qualidade do preparo intestinal foi estatisticamente melhor no grupo da Lactulose em ambos os estudos, com um escore de bom/excelente de 87% e 100% nos grupos de Lactulose do estudo 1 e 2 contra 59% no grupo do Macrogol e 91% no

grupo do Manitol. Conclusão: O estudo realizado mostra que a Lactulose é uma boa alternativa aos preparos intestinais tradicionais visto ser de fácil aquisição no mercado, ter uma alta tolerabilidade e resultar numa melhor qualidade do preparo intestinal quando comparado ao uso do Macrogol ou Manitol.

#### **PO232 - EXISTE CORRELAÇÃO ENTRE PREVALÊNCIA ELEVADA DE PÓLIPOS EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS COM HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER COLORRETAL?**

STHELA MARIA MURAD-REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; LUSMAR VERAS RODRIGUES; ANA CECÍLIA NEIVA GONDIM; CESAR AUGUSTO BARROS DE SOUSA; NATALIE DIAS; MARIA PAULA VIEIRA MARIZ; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO *HUWC/UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Avaliar a prevalência de pólipos em pacientes assintomáticos com história familiar de câncer colorretal, correlacionado com pacientes assintomáticos submetidos a rastreamento do câncer colorretal utilizando a videocolonoscopia. Métodos: Estudo prospectivo com um grupo de pacientes submetidos à videocolonoscopia, no Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC) e no Centro de Coloproctologia/Hospital São Carlos em Fortaleza-CE no período de janeiro de 2012 a maio de 2013. Distribuídos em grupo estudo: indicação da colonoscopia história familiar de câncer colorretal em parentes de primeiro grau, e grupo controle: rastreamento câncer colorretal. Foram avaliados quanto a dados demográficos, achados da videocolonoscopia e do exame histopatológico e comparado os Resultados entre os grupos. Resultados: Dos 197 pacientes avaliados, 70 eram do grupo estudo, sendo 13 do sexo masculino e 57 do sexo feminino, e 127 eram do grupo controle, sendo 12 do sexo masculino e 115 do sexo feminino. Foram evidenciados pólipos em 56 (28%) dos pacientes. Não houve diferença estatística na prevalência dos plipos comparando os 2 grupos (21/70 (21%) do grupo estudo e 35/127 (28%) do grupo controle). Não houve diferença estatística quanto ao tipo histológico dos pólipos comparando os grupos: 1 pólipo inflamatório, 9 adenomas e 11 hiperplásicos no grupo estudo; 8 inflamatórios, 12 adenomas e 19 hiperplásicos no controle. Conclusão: Nesta casuística inicial, não foi evidenciado correlação entre prevalência elevada de pólipos e a presença de história familiar câncer colorretal pois a prevalência e o tipo dos pólipos foram similares a população de pacientes que realizaram o exame com indicação de rastreamento câncer colorretal.

#### **PO233 - SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL POR BAROTRAUMA DURANTE RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL**

MÁRIO ANTONIO FERRARI; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO; JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; MARIANA OKINO MITUO; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; SILVIA MAMPRIM PADOVESE; GENI SATOMI CUNRATH; JOÃO GOMES NETINHO *FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A endoscopia digestiva baixa tornou-se um exame ubíquo e de simples execução, mas não totalmente livre de complicações. A perfuração intestinal durante exame de colonoscopia tem incidência entre 0,14 a 0,65% para exames diagnósticos e 0,15 a 3% para exames terapêuticos, com mortalidade de 0,02 a 0,15% e 1 – 6%, respectivamente. A perfuração intestinal com desenvolvimento de pneumoperitônio hipertensivo evoluindo a Síndrome Compartimental Abdominal(SCA) é temida devido à sua alta morbidade e mortalidade. Relato do Caso: Paciente feminina, 27 anos, portadora de Doença de Crohn desde 2006, em uso de adalimumabe, porém com intratabilidade clínica por estenose de cólon sigmóide. Encaminhada a serviço de referência para tratamento cirúrgico, onde ao realizar retossigmoidoscopia flexível pré-operatória, visualizou-se estenose não obstrutiva em cólon sigmóide. Após a retirada do retossigmoidoscópio, a paciente apresenta dor e distensão abdominal. Reintroduz-se o aparelho para descompressão do cólon, porém a manobra não atinge êxito. A jovem evoluiu, então, para um quadro de instabilidade hemodinâmica, decorrente de provável SCA por barotrauma do cólon. Realizada punção abdominal de emergência com saída de grande quantidade de ar e consequente melhora dos sintomas. Realizado laparotomia exploradora com colectomia total e ileostomia devido à perfuração de cólon e doença inflamatória intestinal em atividade em todos segmentos colônicos. Paciente recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório. Discussão: O maior número de perfurações está ligado ao trauma direto do próprio aparelho e à realização de procedimentos terapêuticos. As lesões por barotrauma são raras, geralmente associadas à doença inflamatória intestinal, doença diverticular, passado de tratamento radioterápico, cirurgias abdominais prévias, idade avançada e inexperiência do endoscopista. Na maioria das perfurações intestinais, as repercussões clínicas são mínimas. No caso de um pneumoperitônio de pequeno volume, o repouso alimentar e a antibioticoterapia de amplo espectro são suficientes. Essa conduta, no entanto, é admitida em no máximo 20% dos casos. Quando há grande passagem de ar para a cavidade peritoneal tem-se a SCA, situação essa que exige conduta imediata como punção abdominal de emergência e, por vezes, intervenção cirúrgica, medidas essas capazes de assegurar o desfecho favorável da situação.

#### **PO234 - VARIZES COLÔNICAS EM PACIENTE SEM MAIORES COMORBIDADES – RELATO DE CASO**

LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; STHELA MARIA MURAD-REGADAS<sup>1</sup>; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA<sup>1</sup>; FÁBIO SANTIAGO RODRIGUES<sup>1</sup>; ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO<sup>1</sup>; MAURA TARCINY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR<sup>2</sup>  
*1.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As varizes de cólon são causas de sangramento raramente relatadas na literatura e na maioria das vezes está relacionada a hipertensão portal. Outros casos podem ser secundárias a obstrução de veia mesentérica inferior ou esplênica ou sem causa aparente, mais comum em homens com mais de 40 anos, estes, com distribuição pancolônica. Os casos de varizes segmentares estão mais relacionados à doença hepática associada e têm prognóstico pior. Objetivos: Relatar um caso de paciente com varizes colônicas sem cirrose hepática ou trombose de veia porta. Relato do Caso: paciente masculino, 35 anos, agricultor, natural e procedente de Orós (CE), há aproximadamente 9 anos com hematoquezia intermitente, na maioria das vezes após o ato evacuatório, mas sem relação com a consistência das fezes. Teve atendimentos na sua cidade de origem, sendo encaminhado ao serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do Ceará em novembro de 2012, com persistência do quadro e colonoscopia de julho de 2012 evidenciando varizes hemorrágicas de grosso calibre por todo o cólon. Endoscopia digestiva alta e Ultrassonografia de abdome sem alterações. Refere passado de febre reumática e etilismo mas há 9 meses em abstinência. Exame proctológico: Mamilos hemorroidários às 3, 7 e 11h (Hemorroida grau II) Iniciado tratamento com orientações dietéticas, Diosmina + Hesperidina (6 meses) e Policresuleno + Cinchocaína quando na vigência da sintomatologia. Retorna em maio de 2013 para realização de nova colonoscopia, referindo que estava sem sangramentos até o dia anterior ao exame, quando se submeteu ao preparo com Bisacodil e Manitol. Colonoscopia de maio de 2013 evidenciou varizes de variados calibres em toda extensão dos cólons até o reto e no íleo terminal. Conclusão: Caso raro de varizes colônicas provavelmente idiopático, não fica completamente afastada a associação com hipertensão porta se considerarmos a história prévia de etilismo do paciente apesar da ausência de outros sinais clínicos, sendo necessário maior esclarecimento diagnóstico.

#### PO235 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERAS COLÔNICAS – RELATO DE CASO

TALITA VILA MARTINS; PALOMA FORELL FAMER; ANTONELLA FURQUIM CONTE; KAREN MALLMANN; JOSÉ VINICIUS CRUZ

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Resumo: Introdução: A presença de úlceras na colonoscopia induz à busca dos diagnósticos diferenciais entre as doenças inflamatórias intestinais (DII) e outras patologias como as infecto-parasitárias, actínicas e isquêmicas, por exemplo. OBJETIVO: O objetivo deste estudo é relatar o caso de uma paciente com úlceras intestinais, que no decorrer de sua investigação, após início de tratamento empírico para DII, alterou seu diagnóstico para isquemia mesentérica. Relato de Caso: LTVF, 53 anos, feminina. Apresenta-se em consulta com dor abdominal em cólica há 1 ano, vômitos, sangramento anal vivo, diarreia e emagrecimento. Tabagista e com história de amputa-

ção de pododáctilo por tromboangeíte. Exames: EDA: gastrite e bulboduodenite erosivas intensas (AP: metaplasia intestinal incompleta focal, helicobacter pylori negativa.); Colonoscopia: íleo terminal com úlceras aftóides alongadas, também encontradas nos cólons, poupando sigmoide e reto (AP: íleo: hiperplasia linfoide; Ascendente e ceco: colite crônica moderada, ausência de granulomas; Demais segmentos: colite crônica leve; Ausência de alterações histológicas específicas em todas as amostras.). Ecografia do abdome, laboratoriais e Rx de tórax normais. Iniciado tratamento para colite indeterminada com corticóides, mesalazina e azatioprina. Após 10 dias de tratamento, teve piora do quadro, procurando atendimento de urgência, onde chegou com taquicardia, irritação peritoneal, leucocitose e alteração de provas inflamatórias (VHS=62 e PCR=303); Rx de abdome agudo com distensão de alças de delgado, níveis hidroaéros em flanco esquerdo. TC de abdome com gás no sistema porta, estenose crítica na origem do tronco celíaco e da a. mesentérica inferior, oclusão da origem da a. mesentérica superior; circulação colateral mantida por aa. pericardiofrênicas, renais e pudendas; distensão generalizada de alças delgadas e dos cólons. Submetida a laparotomia exploradora que evidenciou isquemia segmentar de intestino delgado (jejuno) com 12cm de extensão, realizando-se enterectomia e anastomose. Boa evolução pós-operatória; programada cirurgia de revascularização. Conclusão: Achados endoscópicos aparentemente característicos de DII podem nos induzir ao diagnóstico errôneo das mesmas, quando, na realidade, a maioria desses achados não é patognomônica e apenas sugere determinadas condições, sendo o diagnóstico diferencial através da história clínica e exames complementares imprescindível para o tratamento adequado.

#### PO236 - PERFURAÇÃO DE CÓLON PÓS RESSECÇÃO DE LST: RELATO DE CASO

MARIA EMÍLIA CARVALHO CARVALHO; FÁBIO LOPES QUEIROZ; PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER; CRISITANE KOIZIMI MARTOS FERNANDES; RODRIGO ALMEIDA PAIVA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; BRUNO ALCANTARA CASTILHO

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Colonoscopia continua sendo o padrão ouro para o rastreamento do câncer colorretal e é útil na abordagem diagnóstica de muitas condições gastrointestinais. A perfuração colônica é reconhecida como uma das mais graves complicações da endoscopia do trato gastrointestinal inferior. O risco de perfuração varia de 0,016% a 0,2% para colonoscopia de diagnóstico, ou superior a 5% para a colonoscopia terapêutica. Relato de Caso: M.L.P.P, 81 anos, PS (Performance status) 0, sexo feminino, empresária, portadora de HAS e dislipidemia admitida no Hospital Felício Rocho (HFR) com quadro de dor abdominal após realização de colonoscopia para ressecção de LST com 24h de evolução. Submetida a colonoscopia de screening em outra instituição evoluiu nas primeiras 6 horas após o exame com quadro de

dor abdominal, sem melhora após uso de sintomático venoso. Encaminhada ao Hospital Felício Rocho (HFR) com 30 horas após a ressecção da lesão, admitida estável e com dor importante em quadrante inferior do abdome. Tomografia de abdome realizada evidenciou moderado retropneumoperitônio a direita e pneumoperitônio sem sinais de coleções ou abscesso. LG 6750 e PCR 85. Diante da estabilidade clínica optado por tratamento conservador, sendo encaminhada ao Centro de terapia intensiva (CTI) da instituição, e iniciado antibioticoterapia venosa e mantida em jejum com hidratação parenteral. Após 12 horas de observação rigorosa evoluía com melhora parcial do quadro algico, e tomografia de controle mantinha achados do exame inicial, sem qualquer sinal de piora radiológica o que corroborou para a conduta inicial. Paciente recebeu alta do CTI após 48 horas de observação e permaneceu por 3 dias na unidade de internação, sendo iniciado dieta no terceiro dia de internação com progressão gradual. No quinto dia tomografia evidenciou redução do pneumo e retropneumoperitônio, sem outros achados, recebendo alta com antibioticoterapia oral. Após retorno ambulatorial em boas condições, 15 dias após início dos sintomas, tomografia de controle evidenciou retropneumoperitônio residual sem coleções ou abscesso. Discussão: As opções de tratamento para perfuração endoscópica incluem medidas conservadoras como repouso intestinal com antibioticoterapia e as intervenções cirúrgicas. Embora alguns estudos evidenciem a necessidade de tratamento cirúrgico para a maioria dos casos com perfuração grave, o tratamento conservador da perfuração de cólon pode ser factível com bons Resultados em casos selecionados.

**PO237 - ABORDAGEM CONJUGADA, ENDOSCÓPICA E TRANSANAL EM TEMPOS DIFERENTES, PARA RESSECÇÃO DE TUMOR VILOSO EXTENSO DE RETO**  
RICARDO GUIMARÃES TEIXEIRA; GERALDO MANGELA GOMES DA CRUZ; ALEXANDRÉ MARTINS DA COSTA EL-AOUAR; MARCELLA BIASO BACHA GUERRA; DANIEL AMARAL ZANETTI; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR  
*SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: o adenoma viloso é uma lesão pré-maligna do trato gastrointestinal. Tem consistência macia, geralmente são planas, variando de poucos milímetros a vários centímetros como a relatada neste poster. O tratamento apropriado consiste em sua ressecção, que pode ser realizada por via endoscópica ou cirúrgica. Neste poster apresentamos a utilização da abordagem conjugada, endoscópica e transanal em tempos diferentes, para ressecção da lesão, evitando-se a proctectomia. Método: paciente M. E. P. I., feminina, 70 anos, encaminhada para avaliação devido à presença de sangue oculto nas fezes em exame de rotina. Toque retal: presença de rechaço nodular macio com cerca de 10mm de tamanho na transição anorretal. Mucosa retal sem alterações ao toque. Retossigmoidoscopia rígida até 18 cm identificando-se lesão de aspecto viloso acima do canal anal, quadrante posterior direito, extensa. Colonoscopia 18/06/09 confirmou a presença de lesão vilosa espalhada extensa, aco-

metendo o reto distal e o reto médio, ocupando cerca de 50 % da sua luz. Realizado biópsias nos locais mais elevados, com diagnóstico de adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau. Avaliadas as alternativas de tratamento e considerando-se as características da lesão, fez-se a opção pela abordagem conjugada, endoscópica e transanal, em tempos diferentes, para ressecção da lesão. No dia 10/07/09 foi realizada a ressecção endoscópica à piecemeal da porção proximal da lesão, no reto médio, local de difícil acesso para abordagem transanal, confirmando-se a natureza benigna da lesão. No dia 26/10/09 foi realizada a ressecção da porção distal da lesão por abordagem transanal com dissecação submucosa, local de difícil acesso por via endoscópica devido à proximidade do canal anal e da concavidade retal junto à região sacral, observando-se que a lesão atingia a transição anorretal quase que de forma circunferencial, optando-se por não ressecar toda a lesão junto ao canal anal, cerca de 2cm, para evitar a formação de estenose. No dia 26/4/10 foi realizada a ressecção via transanal do restante da lesão junto ao canal anal. Nos exames endoscópicos de controle não se observou recidiva da lesão. Conclusão: em pacientes bem selecionados e na impossibilidade da utilização de técnicas endoscópicas de dissecação da submucosa, a abordagem conjugada em tempos diferentes para ressecção de tumor viloso extenso de reto mostrou-se uma técnica eficaz, evitando-se a proctectomia e colostomia temporária.

**PO238 - USO DA COLONOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE APENDICITE AGUDA COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA**  
VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES; GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU; MURILO OLIVEIRA FERANDES; SARAH LICHTI PAIVA  
*HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATE, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A apendicite aguda é uma das mais frequentes doenças de tratamento cirúrgico de urgência cujo diagnóstico é eminentemente clínico, baseado na história natural e no exame físico do doente. Os exames complementares de imagem auxiliam no diagnóstico dos casos com apresentação clínica atípica. A faixa etária jovem é a mais acometida, com maior prevalência do sexo masculino. Relato do Caso: Homem de 68 anos, admitido no pronto socorro do nosso serviço com história de dor abdominal intermitente além de alterações nos hábitos intestinais, alternando episódios de constipação e diarreia, durante os últimos 20 dias, associados a náuseas, calafrios e flatulência. Apresentava bom estado geral no exame objetivo, afebril, com desconforto à palpação no quadrante inferior direito do abdome, sem sinais de irritação peritoneal ou massas palpáveis. Os exames laboratoriais gerais foram considerados normais, exceto pela presença de leucocitose, com uma contagem global de 12.600/uL. Submetido ao exame de radiografia e ultrassonografia abdominal que foram considerados normais. Manteve o quadro clínico após 48 horas de observação, então foi solicitada uma tomografia computadorizada abdominal, que revelou uma massa inflama-



tória envolvendo o mesentério cólico associado a edema da parede cecal. Realizada uma colonoscopia que evidenciou a mucosa do ceco hiperemiada e congesta, notando-se o orifício apendicular edemaciado e drenando secreção purulenta. Realizada drenagem de secreção purulenta por colonoscopia e apendicectomia por via aberta, tendo boa evolução pós-operatória. Discussão: As manifestações clínicas mais atípicas acometem principalmente as pessoas idosas, devido ao retardo do seu diagnóstico, por ser menos frequente nesta faixa etária. Em algumas situações, cuja manifestação clínica é atípica e devido a sua ampla variedade dos diagnósticos diferenciais, o emprego da colonoscopia pode ser eventualmente útil. Os achados endoscópicos incluem abaulamento do orifício apendicular e edema da mucosa adjacente, que com a drenagem da secreção purulenta pelo óstio apendicular, por colonoscopia, pode contribuir para a atenuação do curso clínico.

**PO239 - ABDOME AGUDO PERFURATIVO COMO COMPLICAÇÃO DE COLONOSCOPIA**

VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES; SARAH LICHTI PAIVA; MURILO OLIVEIRA FERANDES; GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU  
*HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATE, SP, BRASIL.*

Resumo: A colonoscopia geralmente é um procedimento seguro e efetivo para detectar, diagnosticar e tratar patologias colônicas. Suas complicações são raras, em contrapartida a taxa de morbidade e mortalidade frente a uma perfuração podem chegar até 50%. O presente caso relata a história de uma paciente de 50 anos, do sexo feminino, que foi submetida a laparotomia exploradora após diagnóstico de abdome agudo perfurativo após colonoscopia de rotina. Abordaremos as principais complicações da colonoscopia e seus devidos tratamentos, situando principalmente a perfuração intestinal. As complicações relacionadas a colonoscopia são raras, porém quando presentes elevam as taxas de morbimortalidade. É impressionante a confirmação diagnóstica o mais breve possível para obter tratamento eficaz. O diagnóstico é confirmado principalmente pelo rx abdome agudo com visualização de pneumoperitônio.

**PO240 - RELATO DE CASO: HEMANGIOMA CAVERNOSO DE RETO**

DANILO DAUD; NATALIA BARROS PINHEIRO; GUILHERME CUTAIT COTTI; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER; CAIO COELHO NETO; JULIANA SANTOS VALENCIANO  
*HOSPITAL SIRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Em 1839, Phillips, descreve o hemangioma cavernoso de reto, uma malformação vascular congênita benigna. Doença rara, que no trato gastrointestinal, acomete principalmente em jovens, com semelhança na prevalência entre os sexos, apresenta como principal sintoma o sangramento retal indolor e tem como diagnóstico diferencial a doença hemorroidária. Relato de Caso: feminina, 43 anos, queixa de dor abdominal e afilamento das vezes há mais de 30 dias. Negava queixa de sangramento,

antecedentes pessoais e familiares. Submetida a tomografia de abdome e pelve, que evidenciou lesão pediculada de aspecto vegetante, com cerca de 8,0 cm, em parede póstero lateral, há 3 cm da borda anal. Colonoscopia revelou lesão irregular, hipervascularizada em reto, há 4 cm da borda anal, com 7 cm de extensão. Angio TC confirmou-se tratar de lesão expansiva, em parede posterior com cerca de 7,7 cm de extensão. Optado por realizar tratamento cirúrgico devido ao grande risco de hemorragia fatal. A paciente foi submetida a retossigmoidectomia anterior **VÍDEOLAPAROSCÓPICA** com ileostomia de proteção. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico de hemangioma cavernoso de reto, tendo grau de invasão da submucosa e muscular própria até o tecido adiposo, de tamanho 5,3x4,5cm e margens cirúrgicas livres. A paciente encontra-se em seguimento no serviço sem sinais de recidiva da lesão.

**PO241 - PREPARO DE CÓLON PARA COLONOSCOPIA COM SOLUÇÃO DE LACTULOSE E BISACODIL**

THIAGO IBIAPINA; CARMEN RUTH MANZIONE; VINICIO FALLEIROS; JULIANA MAGALHAES LOPES; ANTONIO CARLOS BARAVIERA; THIAGO AGOSTINI BRAGA; MARISTELA GOMES ALMEIDA; BRUNA SCHWAN GUERINI  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A lactulose vem sendo utilizada há mais de 15 anos com segurança. Descrevemos a nossa experiência com solução de lactulose a 10% e bisacodil na rotina do preparo de cólon para colonoscopia. Objetivo: Correlacionar o perfil etário, doenças colorretais, indicações do exame e achados colonoscópicos com a eficácia deste preparo. Metodologia: Estudo retrospectivo avaliando 610 colonoscopias consecutivas em 2012. O preparo constituiu-se de dieta sem resíduos e bisacodil 20 mg por via oral na véspera. No dia do exame, solução de 120 mL de lactulose diluída para um litro de suco de laranja coado, a ser bebida em uma hora. Finalmente, a orientação de ingestão hídrica abundante com líquidos claros até a realização do exame, após 4 a 6 horas. Avaliamos a eficácia quanto à ausência de resíduos (Boa) ou a presença sem prejuízo para a avaliação do cólon (Regular) ou impedindo o exame (Ruim). Resultados: A média de idade foi de 60,14 anos, com 62,78% entre 50-70 anos de idade. A eficácia do preparo foi Boa em 532 (87,21%), Regular em 50 (8,19%) e Ruim em 28 (4,59%) exames. As indicações mais frequentes foram rastreamento para carcinoma colorretal (20,81%), alterações do hábito intestinal (17,54%), dor abdominal (12,13%), sangramento (11,63%), controle pós-polipectomias (9,34%), acompanhamento pós-operatório de cirurgia colorretal (8,03%) e doenças inflamatórias intestinais (3,93%). Entre os achados, os divertículos tiveram maior incidência (26,22%). O carcinoma colorretal teve incidência de 4,91%, com média de idade de 64 anos. Os tumores localizavam-se em 23,33% à direita, 20% à esquerda e 56,66% mais distalmente. O preparo foi avaliado como Bom em 85%, 50% e 82% dos casos de neoplasia à direita, à esquerda e distais respectivamente. A colonoscopia

foi diagnóstica em todos os casos. A qualidade do preparo com lactulose e bisacodil foi independente da faixa etária, indicação do exame, achado de divertículos e presença de carcinoma colorretal ( $p > 0,05$ ). Entretanto, os pacientes com divertículos, sem antecedente de cirurgia colorretal e que a colonoscopia foi completa, apresentaram 2,26 vezes mais susceptibilidade de ter o preparo de cólon regular ou ruim ( $p = 0,0013$ ). Conclusão: O preparo de cólon com lactulose e bisacodil se mostrou eficaz, conferindo adequada limpeza do cólon para realização da colonoscopia na população adulta, independente das indicações, não sofrendo prejuízo significativo na qualidade do exame mesmo na presença de divertículos ou de carcinoma.

#### PO242 - DIVERTICULITE DE CECO - RELATO DE DOIS CASOS

RAFAEL ALICEDA FERRAZ; GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM; DEBORAH TEIXEIRA ALMEIDA MINHONI; ALEXANDRÉ DA SILVA NISHIMURA; CRISTIAN DE GUIDIO PERES; SILVIO LUIZ ALVES TEODORO; MATEUS DE ALMEIDA MOREIRA DA SILVA; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA

*SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS, SP, BRASIL.*

Resumo: A doença diverticular dos cólons (DDC) é uma herniação da mucosa do intestino grosso por entre as fibras musculares da parede intestinal. Ocorrem em cerca de 66% dos pacientes acima de 70 anos. Os locais de predileção são sigmoide e cólon descendente 80%. A diverticulite cecal (DC) é uma condição rara e se apresenta como um dilema diagnóstico. A prevalência de DC é mais elevada nos descendentes de asiáticos. Pacientes com DC têm apresentação clínica praticamente indistinguível de apendicite aguda, onde o correto diagnóstico pré-operatório raramente é obtido. Caso 1: M.R., masc, 46 anos, da entrada no PS com quadro de dor em região de mesogastro irradiando para FID, há um dia. Relata febre, inapetência e vômitos. Ao exame abdome flácido, RHA+, doloroso a palpação em FID e DB+. Indicado a cirurgia por suspeita de apendicite aguda, evidenciando uma tumoração em ceco e apêndice normal, realizado hemicolectomia direita. Anatomopatológico (AP): divertículo único verdadeiro de ceco, com inflamação aguda exsudativa, diverticulite aguda. Caso 2: V.D.M., masc, 94 anos, deu entrada no PS com dor em FID e vômitos, há dois dias. Ao exame: abdome distendido, RHA+, dor em FID, DB+. Durante a cirurgia foi evidenciando presença de divertículo perfurado em ceco, optado por hemicolectomia direita e ileostomia de proteção. AP: DDC com diverticulite aguda, processo inflamatório agudo ulcerado, perfuração do ceco e peritonite aguda. Discussão: A maioria dos pacientes com diverticulite de ceco se apresenta com dor abdominal indistinguível de apendicite aguda. O diagnóstico pré-operatório requer alto índice de suspeição. Quando a laparotomia revela apêndice normal e uma massa inflamatória no ceco, a suspeita clínica não deve ser direcionada somente para malignidade, mas também para diverticulite cecal. Se diagnóstico conclusivo de diverticulite cecal é obtido antes da realização de cirurgia, tratamento conservador com antibióticos

pode ser apropriado. Se o um divertículo cecal é reconhecido durante a cirurgia, ele deve ser tratado somente com antibióticos. Estudos retrospectivos têm mostrado que a hemicolectomia direita de emergência é segura para diverticulite cecal, realizada nos dois casos. Recomenda-se laparotomia exploradora quando não há certeza diagnóstica pré-operatória, especialmente em pacientes idosos. Em virtude da dificuldade no diagnóstico transoperatório e o diagnóstico diferencial envolver doença maligna, aconselha-se hemicolectomia direita para massas cecais descobertas no transoperatório.

#### PO243 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR EM DIVERTÍCULO DE MECKEL

THIAGO ALMEIDA FLAUZINO; ADRIANA FREIRE SENA; GABRIELA NOLASCO FARDIN; LEONARDO REUTER MOTA GAMA; FLAVIA LEMOS MOURA RIBEIRO; GIOVANNI ZUCOLOTO LOUREIRO; LUCIANO NOGUEIRA GAMA; ROSSINI CIPRIANO GAMA  
*VITÓRIA APART HOSPITAL, VITÓRIA, ES, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O Bezoar é uma concreção encontrada no TGI (trato gastrointestinal), relativamente comum, na maioria das vezes quando passam pelo piloro são assintomáticos, sendo eliminados pelo reto. Contudo raramente podem complicar com perfuração, obstrução ou sangramento. Por sua vez, Divertículo de Meckel é a mal formação mais comum do TGI, ainda assim a associação da duas entidades não é comumente descrita na literatura. Objetivo: Os autores apresentam um caso de obstrução intestinal por bezoar em divertículo de Meckel, operado no serviço de coloproctologia do Vitória Apart Hospital Vitória-ES. Relato de Caso: Masculino, 82 anos, natural do Rio de Janeiro-RJ, foi atendido no Pronto Socorro com quadro de dor abdominal difusa tipo cólica, associado a distensão abdominal, vômitos e constipação com raras eliminação de flatos há 05 dias, sem melhora com Polietineoglicol ou phofoenema. Ao exame físico apresentava-se desidratado ++/4, corado, eupneico, taquicárdico (114bpm), normotenso, abdome distendido sem defesa, toque retal sem fezes ou sangue em dedo de luva. Hemograma com leucocitose discreta. Rx de Abdome revelava importante distensão de intestino delgado, com raros níveis, com ar em ampola retal. TC de abdome demonstrou Stop em nível de íleo com concreção intra-luminal. Laparotomia exploradora evidenciou ponto de obstrução em íleo terminal por bezoar e divertículo de Meckel há 60 cm da válvula ileocecal perfurado e bloqueado para íleo, sendo realizado enterotomia com extração do bezoar e divertículectomia. Resultados: Evolução satisfatória, com alta no 10º dia pós-operatório por íleoparalítico. O exame histopatológico confirmou diverticulite perfurada de Meckel, mineralogia confirmou conteúdo rico em cálcio, porém exata etiologia do bezoar não foi definida. Conclusão: O divertículo de Meckel está presente em 02% da população geral e suas complicações associadas a bezoar apesar de pouco descrito são possíveis.

**PO244 - DIVERTÍCULO GIGANTE: RELATO DE CASO NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS- SALVADOR-BA**

DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; INDIRA LIMA SERRA; BRUNO FREIRE MARGOTTI; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Divertículo gigante é uma condição rara, com poucos casos descritos. Apresenta distribuição equivalente entre os gêneros, geralmente em indivíduos com mais de 50 anos. Ocorre quase exclusivamente no sigmóide, geralmente são únicos, podendo também ser múltiplos, sendo definido como divertículo maior do que 4cm. A sua apresentação clínica pode variar desde assintomático até o abdômen agudo, sendo recomendado o tratamento cirúrgico devido ao seu potencial risco de complicações. Objetivo: Relatar um caso de divertículo gigante de sigmóide, com fistula colon-uterina em uma paciente em nosso serviço. Relato de Caso: Paciente feminina, 80 anos, apresentando há 2 meses da admissão, saída de fezes e gases pela vagina, com piora progressiva, associando-se a dor em região pélvica e sangramento vaginal. Relata perda de 3Kg. Toque retal doloroso, sem demais alterações. Anuscopia com doença hemorroidária grau II. Toque vaginal doloroso, com presença de fezes, não sendo palpável orifício fistuloso. Exame ginecológico com fezes em vagina e secreção purulenta de odor fétido. Colonoscopia realizada até 30 cm da borda anal, devido doença diverticular, impedindo a progressão do aparelho. TC de abdome com doença diverticular do cólon e tração de segmento do sigmóide para as proximidades da parede anterior do canal vaginal proximal, com possibilidade de trajeto fistuloso entre estas estruturas. USG transvaginal evidencia de imagens ecogênicas, sugestivas de calcificações. A paciente foi submetida à laparotomia, no qual foi observado divertículo gigante em sigmóide, (8cm de diâmetro) com comunicação com vagina, sendo optado pela realização de retossigmoidectomia com anastomose primária mecânica. Evoluiu no pós operatório sem intercorrências, permanecendo em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: Com o envelhecimento global da população, espera-se que a doença diverticular e suas complicações representem uma porcentagem cada vez maior do atendimento do cirurgião, tanto em consultórios como em emergências. O Relato de Caso desta patologia justifica-se por ser uma rara complicação de uma patologia extremamente frequente.

**PO245 - DOENÇA DIVERTICULAR COMPLICADA E PUNÇÃO PERCUTÂNEA GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: RELATO DE TRÊS CASOS**  
SILVIA MAMPRIM PADOVESE; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO; MARIO ANTONIO FERRARI; MARIANA OKINO MITUO; LUIZ SÉRGIO RONCHI; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO; JOÃO GOMES NETINHO

*HOSPITAL DE BASE, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Estima-se que entre 10% e 25% dos indivíduos com diverticulose evoluirão para diverticulite, e que, a cada 4 pacientes com diverticulite aguda 1 apresentará complicação, destacando-se abscessos e fistulas. Objetivo: Relatar três casos de pacientes com doença diverticular complicada tratados por punção percutânea guiada por TC. Caso 1: RCB, 82 anos, sexo feminino. Dor abdominal e febre há 2 semanas. TC abdominal mostrou abscesso pélvico. Foi iniciada antibioticoterapia (ceftriaxone e metronidazol), sendo a paciente submetida à punção guiada por TC. Após 5 dias, o dreno foi retirado. Na alta foi prescrito ciprofloxacino por 14 dias guiado por cultura, que revelou *Escherichia coli*, *Actinomyces naeslindt* e *Pseudomonas aeruginosas*. Caso 2: MBS, 78 anos, sexo feminino. Dor abdominal há 10 dias. TC abd mostrou 02 abscessos pélvicos. Foi iniciada antibioticoterapia (ceftriaxone e metronidazol), sendo a paciente submetida à punção guiada por TC. Após 7 dias, o dreno foi retirado. A cultura revelou *Escherichia coli* e *Streptococcus*. No sétimo dia, paciente apresentou febre (38 °C), queda do estado geral, com dor abdominal, leucocitose e aumento da proteína C reativa. Realizado outra TC abdome que mostrou persistência de um dos abscesso intracavitários, sendo a paciente submetida à nova punção guiada por TC. Após 3 dias, o dreno foi retirado. A cultura revelou *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* (resistente ao ceftriaxone) e optou-se pela troca da antibioticoterapia, sendo iniciado ciprofloxacina e alta hospitalar. Caso 3: JCSR, 52 anos, masculino. Dor abdominal e febre há 3 dias. TC mostrou abscesso intracavitário. Foi iniciada antibioticoterapia (ceftriaxone e metronidazol), sendo a paciente submetida à punção guiada por TC. Após 4 dias, o dreno foi retirado. A cultura revelou *Escherichia coli* e *Streptococcus agalatae*, ambos sensíveis a Ceftriaxone e Metronidazol. Na alta foi prescrito ciprofloxacino por 14 dias guiado por cultura. Esses pacientes estão assintomáticos e estão sendo acompanhados ambulatorialmente. Discussão: Abscesso intracavitário com pelo menos 5 cm, opta-se pela drenagem percutânea. Essa abordagem minimamente invasiva é cada vez mais aceita, sendo bem sucedida em 70-90% desses abscessos. Conclusão: A drenagem percutânea guiada por TC tem sido eficaz no tratamento de doença diverticular complicada. No entanto, mais estudos de seguimento a longo prazo são necessários.

**PO246 - FÍSTULA COLOVESICAL APÓS PRIMEIRO EPISÓDIO DE DIVERTICULITE AGUDA EM PACIENTE ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO**

WILMAR ARAUJO; MARCO AURELIO FRANCA; CARLUCIO CRISTINO PRIMO; SERGIO RODRIGO LIMA  
*HOSPITAL GERAL DE GOIANIA, GOIANIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A diverticulose do intestino grosso refere-se à presença de divertículos no cólon, enquanto diverticulite significa a inflamação e infecção associadas aos divertículos, mais frequentemente os localizados no cólon sigmóide. A doença diverticular corresponde ao conjunto de manifestações associadas à diverticulose, desde dor abdominal inespecífica até a diverticulite complicada. A diverticulite não complicada é

aquela que associa-se a peridiverticulite ou flegmão, enquanto que a diverticulite complicada é a que resulta em formação de abscesso, peritonite, fistulas ou obstrução intestinal. A maioria dos pacientes com divertículos é assintomática. Sua prevalência aumenta com a idade, sendo inferior a 10% na população com menos de 40 anos, atinge um terço da população acima dos 45 anos e pode atingir até 80% da população com mais de 80 anos. Não existe evidente correlação com o sexo. Estima-se que 10% - 25% dos indivíduos com doença diverticular evoluirão com diverticulite. Objetivo: Relatar caso de paciente adulto jovem do sexo masculino que após primeiro episódio de doença diverticular evoluiu com fístula colovesical. Material e método: Revisão de prontuário e da literatura. Discussão: Relato de Caso de paciente de 39 anos, sexo masculino, marmorista, sem comorbidades prévias, que em abril de 2012 foi internado por quadro de diverticulite aguda e após alta hospitalar persistiu com dor abdominal em baixo ventre a qual evoluiu, em outubro de 2012, com episódio de fecalúria e pneumatúria, sendo novamente internado e iniciada investigação diagnóstica. Esta evidenciou doença diverticular dos cólons complicada com fístula colovesical. Foi realizada retossigmoidectomia e a correção da fístula colovesical. Conclusão: A fístula colovesical é o tipo mais comum de fístula resultante de diverticulite aguda, apresentando predominância de 2:1 no sexo masculino. Apresenta como principais sintomas a pneumatúria, fecalúria e infecção urinária de repetição ocorrendo em mais da metade dos pacientes. O tratamento é cirúrgico e envolve a ressecção do segmento intestinal acometido, usualmente o sigmóide, com a anastomose primária sendo realizada na maioria dos casos. O paciente evoluiu de forma satisfatória no pós-operatório imediato, sendo acompanhado no ambulatório por 6 meses e liberado em alta ambulatorial sem queixas abdominais e/ou urológicas.

**PO247 - OBSTRUÇÃO NA DIVERTICULITE AGUDA: RELATO DE CASO**

CLAUDIO DE OLIVEIRA MATHEUS; FÁBIO YORIAKI YAMAGUCHI; GILMARA AGUIAR YAMAGUCHI; PRISCILA LARA NOGUEIRA; ADERSON ARAGÃO MOURA; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA; SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ; VANESSA FRANKKEVICIUS MIRANDA

*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Neste relato descreveremos o caso de uma paciente admitida no Pronto Socorro por quadro de suboclusão intestinal nos 7 dias que precederam a internação, evoluindo a distensão abdominal e oclusão intestinal nos últimos 3 dias. Sem vômitos. Paciente sabidamente portadora de moléstia diverticular dos cólons, sem internações prévias por diverticulite aguda ou sangramento, acompanhava ambulatorialmente por estenose concêntrica de colon sigmóide, sem repercussão intestinal. indicada laparotomia que evidenciou obstrução total de colon sigmóide em nível de estenose prévia, que ao anátomo-patológico evidenciou diverticule aguda. Revendo a literatura, observamos as formas de apresentação da diverticulite aguda, sendo as formas inflamatórias não-complicadas as mais prevalentes, reservando

o tratamento cirúrgico reservado à minoria dos casos, em que a complicação não é resolvida por outros métodos de acordo com classificação própria. Ressaltamos a raridade da diverticulite apresentar-se como quadro agudo obstrutivo.

**PO248 - DIVERTÍCULO DE RETO: RELATO DE CASO DANIELA TIEMI SATO; RODRIGO BAGATTINI CRUZ; DANILO TOSHIO KANNO; JULIANA SANTOS VALENCIANO; LUCIO ROSSINI; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ**

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: o divertículo verdadeiro de reto apresenta-se como patologia rara, com poucos casos na literatura mundial, sendo a maior casuística relatada por Martinez e colaboradores através da experiência por manometria anorretal. Relato de Caso: WD, 61 anos, homem, branco, procedente e natural de Bragança Paulista, procurou atendimento médico com queixa de dor em hipogástrio do tipo cólica há um ano, associado de alteração do hábito intestinal para constipação com episódios de diarreia e um quadro esporádico de hematoquezia. Negava perda ponderal, astenia ou demais queixas. Como antecedente pessoal referia Hipertensão Arterial controlada com medicações e antecedente familiar de neoplasia gastrointestinal. Os exames físico, abdominal e proctológico não evidenciavam alterações. Foi submetido a múltiplas colonoscopias infrutíferas devido à presença de fecaloma. Foi necessária internação com preparo mecânico e retrógrado para que durante o exame coloscópico fosse evidenciado divertículo em reto há 12 cm da borda anal, sem alterações nos demais segmentos colônicos. O paciente foi estudado através de tomografia computadorizada tridimensional e ultrassom endoanal que confirmou a hipótese diagnóstica de divertículo verdadeiro de reto. No momento, o paciente aguarda manometria anorretal, e foi proposta cirurgia ao paciente. Discussão: a patologia apresentada é de baixa incidência mundial, com poucos casos relatados na literatura, na qual a proposta cirúrgica fica restrita aos casos sintomáticos ou com neoplasia associada.

**PO249 - DIVERTICULITE EM DIVERTÍCULO ÚNICO CECO AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR; LÍVIO BRUNO SANTOS CUNHA; MARCO ANTONIO GONÇALVES RODRIGUES; LORENNIA PAULINELI BAHIA**  
*UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O divertículo do ceco é de ocorrência rara, tendo baixa prevalência na população ocidental. Quando presente o mais comum é o divertículo único em relação aos divertículos múltiplos. Há autores que consideram o divertículo cecal de origem congênita ocorrendo na sexta semana de gestação. Divertículos únicos normalmente são verdadeiros porque hérnia-se toda a parede do cólon. Localiza-se medialmente próximo a válvula ileocecal e não ocorre em associação com doença diverticular de outros segmentos do cólon. Clinicamente, a diverticulite cecal pode ser indistinguível da apendicite aguda, sendo comum nas duas afecções a presença de febre, leucocitose e dor abdo-

minal em quadrante inferior direito. Objetivo: Relatar quadro de diverticulite cecal em paciente submetido a laparotomia exploradora com diagnóstico pré-operatório de apendicite. Relato do Caso: Paciente JLA, 45 anos, gênero masculino com obesidade foi admitido com dor em fossa ilíaca direita iniciada há 48 horas, com piora progressiva. Paciente assumia posição antálgica tanto à deambulação quanto ao decúbito dorsal. Relatava febre e negava anorexia, náuseas e vômitos. Negava quadros semelhantes anteriormente. Ao exame físico apresentava-se afebril, desidratado, mas estável hemodinamicamente. Ao exame do abdome, observava-se sinal de Blumberg. Hemograma com leucocitose de 18.000 e urina rotina normal. Indicado tratamento cirúrgico para apendicite aguda; realizado por incisão de Babcock. Inventário da cavidade demonstrou divertículo único inflamado do ceco, em posição medial, bloqueado pela parede abdominal. O apêndice estava levemente hiperemiado e observava-se pequena quantidade de secreção seropurulenta em fossa ilíaca direita. Realizado apendicectomia e diverticulectomia com grameador linear cortante. Empregou-se antibioticoprofilaxia com gentamicina e metronidazol, por 24 horas. Paciente apresentou evolução satisfatória, sem complicações. Exame anatomopatológico foi compatível com diverticulite aguda. Apendice apresentava alterações inespecíficas. Conclusão: A diverticulite cecal deve constituir diagnóstico diferencial no abdome agudo inflamatório. Nos casos de diagnóstico peroperatório, advoga-se a diverticulectomia. Nos casos de diagnóstico tomográfico pré-operatório é recomendável o tratamento conservador com antibioticoterapia, sendo indicado tratamento cirúrgico se falha terapêutica ou recorrência do quadro.

#### **PO250 - CIRURGIA ELETIVA PARA DIVERTICULITE, QUANDO RECONSTRUIR?**

NATÁLIA BARROS PINHEIRO; JOSÉ JOAQUIM DE AZEVEDO BRAGA; FÁBIO PATRÍCIO GIANONI; FÁBIO CESAR RODRIGO BRUGUNOLI BENTO; ALINE CRISTINA KUSUMOTO; JOSÉ CIONGOLI  
*HOSPITAL MUNICIPAL DE URGÊNCIAS, GUARRULHOS, SP, BRASIL.*

Resumo: Associado a uma dieta pobre em fibras a incidência da moléstia diverticular tem crescido nas últimas décadas,

segundo Etzione et al. 2009, em 7 anos, houve acréscimo de 26% na porcentagem de internações, associado ao aumento de intervenções cirúrgicas para 29%. Dos pacientes com diverticulite que evoluirão para diverticulite, 95% das vezes acomete o sigmoide tal complicação. A cirurgia de urgência esta indicada na presença de peritonite, sendo a cirurgia de Hartmann, o procedimento mais realizado na urgência (DIAS, 2006). Objetivos: Demonstrar um caso de reconstrução de transito eletivo, pós tratamento cirúrgico emergencial de diverticulite, sincrônico com herniorrafia. METODOLOGIA: Relato de Caso. Relato de Caso: Paciente sexo masculino 75 anos, admitido para reconstrução de transito eletivo, com história de há 4 anos ter sido submetido a colectomia com colostomia a Hartman, como tratamento emergencial para diverticulite. Antecedentes de herniorrafia inguinal a esquerda, hérnia incisional paraestomal e hérnia inguinal a esquerda recidivada. Submetido a cirurgia no Hospital São Bernardo, realizado laparotomia exploradora, revelando sigmoide em fundo cego apresentando processo inflamatório diverticular; colostomia em Hartman associado a hérnia paraestomal, presença de inúmeros divertículos em cólon descendente; realizado dissecação do coto do sigmoide e preparação para futura anastomose, liberação da colostomia, ligadura do meso do cólon descendente para abaixamento do mesmo, realizado enterro-entero anastomose com sutura circular, injetado azul de metileno na pesquisa de permeabilidade da sutura, reforço da anastomose, fechamento do orifício da colostomia e herniorrafia, revisão e limpeza da cavidade, drenagem da cavidade com dreno de waterman, realizado herniorrafia inguinal recidivada a esquerda sob a técnica de ferguson após retirada da tela de marlex, hemostasia e fechamento. Evolui estável com alta hospitalar no 5º PO. Conclusão: Cirurgia eletiva, deve ser realizada após a recuperação do paciente e sua indicação é baseada em cada caso. O paciente acima submetido a reconstrução de transito eletivo, de cirurgia de Hartmann previa realizada na urgência, no intra operatório observado presença de doença ativa em sigmóide. Realizado simultâneo correção cirurgia de hérnia paraestomal e inguinal esquerda recidivada. Observa-se que no caso da herniorrafia nao foi colocado tela de polipropileno devido ao risco de infecção na vigência da cirurgia abdominal.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

- A DELLA TORRE – PO177  
ADERSON ARAGÃO MOURA – PO0126, PO191, PO247  
ADIL JOSE DUARTE FILHO – PO076  
ADORISIO BONADIMAN – TL025  
ADRIANA BORGONOVİ CHRISTIANO – TL068, VL007, VL037, VL057  
ADRIANA FREIRE SENA – PO079, PO211, PO243  
ADRIANA MARTINS RANGEL – PO021, PO104, PO221  
AGENOR JOSE VASCONCELOS COSTA – PO136  
AGEU DE LIMA VALVERDE – PO136, VL001, VL030, VL040  
ALBANICE LIMA – PO045  
ALESSANDRA PRESOTTI CORREIA – PO119, PO187  
ALESSANDRO ANDRADE SIMÕES – TL059  
ALESSANDRO GUARNIERI MIOZZO – TL011, TL109  
ALEX RODRIGUES MOURA – PO012, PO081  
ALEXANDER SA ROLIM – PO043, PO066, PO067, PO073, PO084, PO095, PO168, PO169, PO170, PO180, TL001, TL107  
ALEXANDRE BAKONYI NETO – PO099  
ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI – VL002, VL003, VL006, VL031, VL036  
ALEXANDRE CRUZ HENRIQUES – PO068, PO205  
ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA – PO096, PO097, PO098, PO242  
ALEXANDRE HENRIQUE KALLAUR GRANGEIRO – TL087, TL117  
ALEXANDRE KHODR FURTADO – TL022, TL023  
ALEXANDRE LOPES CARVALHO – TL045, PO058, PO059, PO060, PO159  
ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR – PO024, PO025, PO218, PO237, TL042, TL057, VL019, PO050  
ALEXANDRE MEDEIROS DO CARMO – PO036  
ALEXANDRE VENANCIO DE SOUSA – PO001, PO002, PO003, PO119, PO152, PO187  
ALEXANDRE ZANCHENKO FOSENCA – VL008, VL056  
ALICE MOREIRA DIAS – PO015, PO016, PO017, PO018, PO019, PO020, PO103, PO105, TL047, TL048, TL090  
ALINE CRISTINA KUSUMOTO – PO250  
ALINE DAVID SILVA – PO144, PO197, PO224, TL060  
ALINE LANDIM MANO – PO0121, PO0122  
ÁLVARO BANDEIRA FERRAZ – PO0125  
ALVARO JOSE FARIAS DE SOUZA – VL001, VL030, VL040  
AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER – PO199, PO240  
ANA ALBERTINA ARAÚJO – PO0125  
ANA BELA SARMENTO – PO179  
ANA CARLA GARCIA DE OLIVEIRA – PO033  
ANA CAROLINA CHIORATO PARRA – PO022, PO108, PO109, PO110, PO153, PO154, PO182, VL018, VL044  
ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ – PO129, PO192, PO220, VL032  
ANA CAROLINA PEREIRA DE SOUSA – PO077  
ANA CECÍLIA NEIVA GONDIM – PO232, TL013, VL028  
ANA CÉLIA CAETANO – TL063  
ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES – PO033, PO140, PO161  
ANA CRISTINA GONÇALVES – PO179  
ANA CRISTINA INAMINE – PO064  
ANA DE OLIVEIRA PARADA – VL026  
ANA ELIZABETE SILVA – TL036, TL041  
ANA LÍGIA ROCHA PEIXOTO – PO007, PO093, PO210, PO232, PO234, TL063, TL064, TL072, TL121  
ANA LUCIA GOIZ RUIZ – PO177, PO178  
ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA – PO108, PO110, PO153, PO154, PO182, PO214  
ANA MARGARIDA ABRANTES – PO179  
ANA MARIA GONZAGA TEIXEIRA CORSO – PO223  
ANA PAULA PIMENTEL SPADARI – PO089, PO091  
ANA RITA TOMÁS – TL006  
ANDRE ANTONIO ABSSAMRA – PO022, PO109, PO110, PO153, PO182, VL018  
ANGELITA HABR GAMA – VL035  
ANDRE ANTONIO ABSSAMRA – VL044  
ANGELITA HABR GAMA – VL046  
ANDRE BARRETO SILVA – PO009, PO046, PO175, PO208  
ANDRE DA LUZ MOREIRA – PO044, PO171, TL040  
ANDRÉ FIGUEIREDO ACCETTA – PO086  
ANDRE GATTO – PO055, PO130, PO157, PO223, TL116  
ANDRE GUBERT WEISS – PO026  
ANDRÉ GUSTAVO MALETZKE – PO010, PO011, PO147, TL009  
ANDRE HENRIQUE MIYOSHI – PR004  
ANDRÉ LUIGI PINCINATO – PO113  
ANDRE LUIS CORTEZ MINCHILLO – TL088  
ANDRÉ LUIS PIERRE LIMA – PO004  
ANDRÉ PANTAROTO – PO119, PO187  
ANDRÉ PEREIRA WESTPHALEN – PO041, PO149  
ANDRE ROSSETTI PORTELA – TL058  
ANDREA SOBRAL MENDES DOS SANTOS – PO032  
ANDREA VIEIRA – PO014  
ANDRES PESSOA PANDELO – PO085  
ANDY PETROIANU – PO035, TL058  
ANELISE RUSSO – TL036, TL041  
ANGELITA HABR GAMA – TL069, VL059, TL071, PR005, TL110  
ANTONELLA FURQUIM CONTE – PO080, PO102, PO235  
ANTONIO BALDIN JUNIOR – PO055, PO130  
ANTONIO BALDIN JUNIOR – PO157, PO223, TL116  
ANTONIO CARLOS BARAVIERA – PO183, PO241, TL088  
ANTONIO CARLOS MIRANDA – PO127, PO021, PO104, PO221

ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO – PO071, PO072, PO075, PO076, PO106, PO107, PO244, PO141, TL039, VL048  
ANTONIO EDNARDO DE SOUZA – PO139, PO145  
ANTÔNIO JOSÉ GONÇALVES – PO0128  
ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR – PO053, PO054, PO069, PO070, TL012, TL051, VL043  
ANTONIO LACERDA FILHO – PO100, PO192, TL034, VL034, TL073  
ANTONIO PEDRO GOMES – TL006  
ANTONIO VITAL NETO – TL025  
ANTONIO PEDRO GOMES – TL127  
ANTONIO ROCCO IMPERIALE – PR006, PO055, PO130, PO157, PO223  
ANTONIO SERGIO BRENNER – TL116  
ANTONIO TOUFIC FRANCIS – TL087, TL117  
AQUILES LEITE VIANA – VL013, VL014  
ARLETE SILVA ACCIARI – TL093  
ARIADNE DUTRA OLIVEIRA – PO165  
ARISTIDES MANOEL SANTOS BRAGHETO – PO140  
ARMANDO GERALDO MELANI – VL021, VL022  
ARMANDO SERGIO VALÉRIO GARCIA – PO201  
AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR – PO249  
AUREA CASSIA GUALBERTO BRAGA – PO212  
AZUCENA SALAS – TL122

## B

BARBARA FALCAO URBANO – PO002, PO003  
BÁRBARA PINHEIRO DE FREITAS – TL072  
BARBARA SCHIAVENIN – PO052  
BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO – TL014  
BEATRIZ GRINZTEJN – TL044  
BENJAMIM RAMOS DE ANDRADE JUNIOR – TL064, PO004  
BENJAMIN MARCELO HWANG – PO165  
BERNADO HANAN – PO129, TL034, VL034  
BRENO AUGUSTO CARDOSO BARROSO – TL072  
BIANCA DITLEF BERETA – PO040, PO229  
BIANCA MARINELLI TEIXEIRA – PO229  
BRENO AUGUSTO CARDOSO BARROSO – PO093  
BRENO XAIA MARTINS DA COSTA – PO116  
BRUNA BORBA VAILATI – TL011, TL109  
BRUNA ELIZABET ENGEL ZILKI – PO006  
BRUNA ROCHA BEZERRA – PO185, PO186  
BRUNA SCHWAN GUERINI – PO101, PO183, PO199, PO213, PO241, TL088  
BRUNO ALCANTARA CASTILHO – PO082, PO100, PO116, PO236, TL056, VL049, TL073  
BRUNO AMARAL MEDEIROS – PO004  
BRUNO BARRETO FIGUEIREDO SOARES – PO094, PO137  
BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES – PO144, PO197, PO224, TL060  
BRUNO FREIRE MARGOTTI – PO071, PO072, PO075, PO076, PO106, PO107, PO244

BRUNO LORENZO SCOLARO – TL059  
BRUNO PEREIRA NEVES – PO117  
BRUNO ZENE MOTTA – PO154, PO214

## C

CAIO COELHO NETO – PO240  
CAIO MATOS MALTEMPI – VL007, VL037, VL057  
CAIO SÉRGIO NAHAS – PR006, TL074, VL058  
CALIL ABUD NETO – VL027  
CAMILA DE OLIVEIRA LOPES – TL033  
CAMILA PREAZZOLI – PO022, PO109, PO110, PO153, PO154, PO182, VL018, VL044  
CAMILA ROCHA CRUZ – TL060, PO125, PO034, PO144, PO197, PO224  
CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS – TL076, TL077  
CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA – PO034, PO144, PO197, PO224, TL060  
CARINA MONTEIRO BARILLO – TL044  
CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA – PO109, PO184, PO185, PO186  
CARLA FREITAS CARNEIRO – TL006, TL127  
CARLOS ALBERTO DE CARVALHO – TL066, VL004  
CARLOS ALBERTO UZUM – VL040  
CARLOS ANDRE ANTUNES BARROS – VL054, VL061, VL062, VL063  
CARLOS AUGUSTO FERREIRA – PO046  
CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ – PO015, PO016, PO017, PO018, PO019, PO020, PO087, PO088, PO089, PO090, PO091, PO092, PO103, PO105, PO173, PO176, PO200, PO203, PO248, TL047, TL048, TL050, VL005, TL080, TL090  
CARLOS AUGUSTO VÉO – VL021, VL022  
CARLOS DI TOMMASO – PO047  
CARLOS EDUARDO RODANTE CORSI – PO029  
CARLOS FREDERICO SANTANA REINALDO – PO230  
CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES – PR006, TL074, VL058  
CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES – PO049, PO071, PO072, PO075, PO106, PO107, PO111, PO172, PO244, VL012, VL023  
CARLOS ROBERTO AMORIM – PO162, TL026, TL027  
CARLOS WALTER SOBRADO JR – PO065, TL017, TL018, VL015, VL016, VL017, VL044  
CARLUCIO CRISTINO PRIMO – PO246  
CARMEN RUTH MANZIONE – PO038, PO039, PO042, PO163, PO164, PO183, PO213, PO241, TL046  
CAROLINA GASTALDELLI – TL032  
CAROLINA CHACON CONSENTINO – TL089, PO009, PO046, PO175, PO208  
CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE – PO156, PO158, PO167, PO181, PO233, PO245  
CAROLINA GASTALDELLI – PO030, PO113

- CAROLINA GOMES GONÇALVES – PO026, PO118  
CAROLINA SIQUEIRA MARTINS – PO140  
CAROLINA VANUCCI VASCONCELOS NOGUEIRA  
DIÓGENES – TL072  
CAROLINE DE CASTRO FERREIRA – PO016, PO017  
CAROLINE MOTTA AGUIAR – PO123, PO028, PO225,  
TL015  
CAROLINE VILELA NASCIMENTO – PO135  
CAROLINE VON ABEL DE SOUSA – PO001, PO002,  
PO003, PO152  
CAROLYNE DONEDA SILVA SANTOS – PO013, TL084  
CASSIO ALFRED BRATTIG CANTÃO – PO154,  
PO214  
CATARINE ABDELNOUR HOEPPNER – PO087  
CELENE BENEDITI BRAGION – PO020  
CESAR AUGUSTO BARROS DE SOUSA – PO232  
CHARLES SABBAGH – VL046  
CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI – PO103, PO105  
CHRISTIAN SPALLA LEPESTEUR MOREIRA – PO160  
CHRISTIANO VARELLA ZANNIN – PO214  
CHRISTINY EMMANUELLE GABRIEL BONASSA –  
PO087, PO089, PO090, PO091, PO173, PO200,  
PO203  
CILENE BICCA DIAS – TL123, TL125  
CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS –  
PO031, PO193, PO209, TL049, TL119, TL120  
CIRO JOÃO BERTOLLI – TL087  
CLAUDIA ESTELA MACIEL – VL055, PO083  
CLAUDIA LACERDA VIDAL – PO0125  
CLAUDIA ROSALI ESMERALDO – PO144  
CLAUDIO DE OLIVEIRA MATHEUS – VL020, PO215,  
PO247  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY – PO005, PO008,  
PO010, PO011, PR004, PO147, TL003, TL009,  
TL019, TL020, TL022, TL023, TL024, VL005,  
TL079, TL080, TL092, TL093, TL094, TL104,  
TL123, TL124, TL125, TL126  
CLEBER ALLEN NUNES – PO080, VL052, VL053  
CONCEIÇÃO APARECIDA DORNELAS – TL030  
CRISITANE KOIZIMI MARTOS FERNANDES – PO236  
CRISTIAN DE GUIDIO PERES – PO096, PO098, PO242  
CRISTIANA BUZELIN NUNES – PO035, TL058  
CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO – TL022, TL023, TL024  
CRISTIANO CLAUDINO OLIVEIRA – PO099  
CYNTHIA CUNHA – TL044
- D**
- D WOJTYSIAK – TL061  
DAISY MALDAUN – PO008  
DANIEL A. DE S. RODRIGUES – PO194  
DANIEL AMARAL ZANETTI – PO024, PO025, PO212,  
PO218, PO237, VL019  
DANIEL DE BARCELLOS AZAMBUJA – PO102  
DANIEL DE CASTILHO DA SILVA – PO177, TL033  
DANIEL FERNANDES SILVA GALDINO – TL072  
DANIEL HENRIQUE MAURO PONTES – PO191  
DANIEL MORAES DOMINGOS – PO150  
DANIEL PEREIRA COSTA – TL025  
DANIELA MONICI – VL026  
DANILLO OMENA DE ARAÚJO FERNANDES – TL007  
DANIELA ROCHA DE ALMEIDA – PO071, PO072, PO075,  
PO076, PO106, PO107, PO244  
DANIELA TIEMI SATO – PO015, PO016, PO017, PO018,  
PO019, PO020, PO091, PO103, PO105, PO176,  
PO203, PO248, TL047, TL048, TL090  
DANIELE FERREIRA NEVES – PO206  
DANIELE SEKKAS PÁDUA – TL113, TL114  
DANIELLA NUNES CAMARGO – PO033, PO161  
DANILO ALVES ANDRADE – PO161  
DANILO CESAR DE ARAÚJO – PO195  
DANILO DAUD – PO199, PO240  
DANILO GALLETTO – TL082  
DANILO TOSHIO KANNO – PO087, PO088, PO089,  
PO090, PO091, PO092, PO173, PO176, PO200,  
PO203, PO248  
DARCY MURITIBA JUNIOR – PO058, PO059, PO060,  
PO159, TL045  
DARLAN ALVES ARAÚJO JÚNIOR – PO004  
DAVID PESSOA MORANO – TL118, VL028  
DAYANE KARINA LAU DO PRADO – PO088  
DAYANNE ALBA CHIUMENTO – PO013, TL082, TL083  
DAYANNE DE LIMA VEIGA – PO0126  
DEBORA AGOSTINI PESSOA DA COSTA – PO123,  
PO028, PO225, TL015  
DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI – PO005, PR004,  
TL024, TL079, TL080, TL092, TL093, TL104,  
TL124, TL126, VL005  
DÉBORA YURI SATO – PO156  
DEBORAH TEIXEIRA ALMEIDA MINHONI – PO097,  
PO242  
DECIO BERGAMINI VIERA – PO051, PO052, PO117,  
PO217, TL031, TL053  
DENISE GONÇALVES PRIOLLI – TL033  
DIEGO CEZAR DA SILVA PECHUTTI – PO099  
DELICIO MATOS – PO150  
DENISE GONÇALVES PRIOLLI – PO177, PO178, PO179,  
PO190  
DIANICE GALLO D'ALMEIDA – PO207  
DIEGO FERREIRA ANDRADE GARCIA – TL091  
DIEGO VIEIRA SAMPAIO – PO050, PO218, TL057  
DINA MARTINS RODRIGUES – PO127, PO021, PO104,  
PO221  
DIOGO AMARO DOMIGUES DE OLIVEIRA – PO012,  
PO068, PO205  
DIRCE MARIA CARRARO – TL038  
DORYANE MARIA DOS REIS LIMA – TL065, PO013,  
TL066, TL082, TL083, TL084, TL085, VL004,  
VL024



## E

EDENILSON EDUARDO CALORE – PR003, TL046  
EDGARD MESQUITA LIMA – PO138  
EDNA DELABIO FERRAZ – PO009, PO046, PO175,  
PO208, TL010  
EDSON BARON – VL051  
EDUARDO AIMORÉ BONIN – PO026  
EDUARDO ANGELO BRAGA – PO166  
EDUARDO AUGUSTO LOPES – PO043, PO066, PO067,  
PO073, PO084, PO095, PO168, PO169, PO170,  
PO180, TL001  
EDUARDO CORTEZ VASSALO – PO086  
EDUARDO FERNANDES DA COSTA – PO029  
EDUARDO FONSECA FILHO – PO058, PO059, PO060,  
PO159, TL045  
EDUARDO GOMES SOUZA – PO135  
EDUARDO ROSETTI FILHO – TL052, PO030, PO112,  
PO115  
EDUARDO SERRA OLIVEIRA – PO114, TL005, TL021,  
VL041  
EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA – PO033, PO140,  
PO161  
ELI KAHAN FOIGEL – TL025  
ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA – TL049  
ELIANE SANDER MANSUR – TL056  
ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA – PO121, PO122  
ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA – PO031, PO193,  
PO209, TL119, TL120  
ELISANGELA PLAZAS MONTEIRO – PO038, PO042,  
PO077  
ELISIO MEIRELLES DE MIRANDA – PO162, TL026,  
TL027  
ELIZABETH DEAK – PO150, TL075  
ELIZÂNGELA SCHEMITT – TL008  
ENY MARIA GOLONI-BERTOLLO – TL036, TL041  
ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO – PO087,  
PO088, PO089, PO090, PO091, PO092, PO103,  
PO173, PO176, PO200, PO203, PO248  
ÉRICO DE CARVALHO HOLANDA – TL078  
ERIKA CRISTINA PAVARINO – TL036, TL041  
ERIVALDO FERNANDES LIRA – VL013, VL014  
ESTHER ANDRADE RODRIGUES – TL026, TL027  
ERON FABIO MIRANDA – PO023, PO216, TL097, TL102  
ESTHER ANDRADE RODRIGUES – PO162  
EULER MEDEIROS AZARO – PO0121, PO0122  
EVELINE LEITE DIDONÉ – TL007

## F

FABIANA MARQUES FERNANDES – PO026, PO118  
FABIO AFONSO P. C. MONTEIRO – PO138  
FABIO ALVES SOARES – VL013, VL014, VL025  
FÁBIO CESAR RODRIGO BRUGUNOLI BENTO – PO250

FABIO GOMES TEIXEIRA – PO094, PO137  
FABIO GONTIJO RODRIGUES – PO025  
FÁBIO GUILHERME CASERTAMARYSSAEL DE CAMPOS  
– TL038, VL002, VL003  
FABIO HENRIQUE CARVALHO – PO023, PO216  
FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA – PO082, VL049,  
PO100, PO116, PO236, TL056  
FABIO JOSE TELES – PO127, PO021, PO104, PO221  
FABIO LOPES QUEIROZ – PO082, PO100, PO116, PO236,  
TL056, TL073, VL049  
FÁBIO PATRÍCIO GIANONI – PO250  
FABIO PIOVEZAN FONTE – PO040  
FABIO PIOVEZAN FONTE – PO136, PO229  
FABIO RAMOS TEIXEIRA – PO081, PO120  
FABIO SANTIAGO RODRIGUES – PO007, PO093, PO210,  
PO234, TL078  
FABIO ALVES SOARES – VL027  
FABIO VIEIRA TEIXEIRA – TL095, TL096, TL099  
FABRICIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA – PO027  
FABIO YORIAKI YAMAGUCHI – PO126, PO189, PO247  
FABRICIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA – TL052  
FANG CHIA BIN – PO124, PO014, PO134, PO174, PO198,  
TL028, TL029, TL054, TL067, TL070  
FANG CHIA BIN – PO128  
FELIPE A PORTELLA – PO037  
FELIPE CONRADO FERNANDES – PO010  
FELIPE ATTIE AKL – PO063  
FELIPE FAKHOURI – PO040  
FELIPE FERNANDES NOGUEIRA DE ALMEIDA – PO101  
FELIPE GUERRERO PIETRO – VL054, VL061, VL062, VL063  
FELIPE PASTANO MANO – TL118  
FELIPE PORTELLA – PO123, PO028, PO225, TL015  
FELIPE SANTOS DO NASCIMENTO – PO088  
FENG CHUNG WU – PO010, PO011, PO147, TL003, TL009  
FERNANDA BELLOTTI FORMIGA – TL028, TL029,  
PO014, PO030, PO047, PO113, PO174, TL035, TL067  
FERNANDA FERNANDES – VL013  
FERNANDA NUNES DE CASTRO – PO141, TL039, VL048  
FERNANDA PEREZ ADORNO DA SILVA – TL105  
FERNANDO JOSE CAMPOS LAVALL JUNIOR – PO024  
FERNANDA RIBEIRO DANZIERE – PO096, PO097  
FERNANDO BEANI MARGEOTTO – PO205  
FERNANDO JOSE CAMPOS LAVALL JUNIOR – PO025,  
PO050, PO212, PO218, PO237, VL019  
FERNANDO LORENZETTI DA CUNHA – PO105, TL047,  
TL048  
FILLIPE THIAGO XAVIER DE CAMPOS – TL049  
FLÁVIA BERFORD – VL026  
FLAVIA FONTES FARIA – PO212  
FLAVIA LEMOS MOURA RIBEIRO – PO079, PO211,  
PO243  
FLAVIA RIBEIRO FIDELIS – PO0121, PO0122  
FLÁVIO HIROSHI ANANIAS MORITA – VL050  
FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA – VL013,  
VL014

FRANCIELLI LICKS – TL008  
FRANCINE PAPAORDANOU – PO037  
FRANCISCO ARAUJO DIAS – PO148  
FRANCISCO DE ASSIS COSTA – PO184, PO185, PO186  
FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO – PO158, PO233, PO245  
FRANCISCO LOPES PAULO – PO044, PO171, TL040  
FRANCISCO ROMEL LIMA ARAÚJO – PO004  
FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS – PO007, PO093, PO210, PO234, TL013, TL062, TL064, TL078, TL085, TL118, TL121, VL028, VL045  
FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO – PO232, PR002, TL062, TL063, TL064, TL078, TL118, TL121, VL028, VL045  
FRANZ ANDREI PATRIARCHA – PO048  
FREDERICO CAMELO LEAO – TL093  
FREDERICO JOSÉ SILVA CORRÊA – PO083, VL055

## G

GABRIEL AUGUSTO BIASI GEROMEL – PO187  
GABRIEL DE CARVALHO CUNHA – PO049, PO111, PO172  
GABRIEL GARBATO – PO150, TL075  
GABRIEL SALIM CASSEB – PO048  
GABRIELA DOMINGUES ANDRADE RIBEIRO – PO051, PO052, PO117, PO217, PO219, TL031, TL053, VL033  
GABRIELA NOLASCO FARDIN – PO079, PO211, PO243  
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA – PO027, PO030, PO112, PO113, PO115, TL032, TL035, TL052  
GENI SATOMI CUNRATH – PO233, TL036, TL041  
GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ – PO024, PO025, PO050, PO212, PO237, TL037, TL042, TL057, VL019  
GERMANO ANDRIGHETTO DE LIMA – PO201  
GIANA CAROLINE STRACK NEVES – PO130, PO223, TL116  
GIANCARLO DE SOUZA MARQUES – PO094, PO137  
GIL PATRUS – PO050, PO212  
GILBERTO SAUTE – PO231  
GILMARA AGUIAR YAMAGUCHI – PO247  
GILMARA PANDOLFO ZABOT – TL008  
GILSON SOUZA SILVERIO – PO206  
GIOVANA COSTA ZIBETTI – PO207  
GIOVANNI BOSIO MAGGI – PO118  
GIOVANNI ZUCOLOTO LOUREIRO – PO079, PO211, PO243  
GISELLE MALDONADO – VL042  
GLAUCIA MARIA MENDONÇA FERNANDES – TL036, TL041  
GLAUCO LEONEL PERTICARRARI OSORIO – PO084  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES – PO094, PO137, PR002, TL013, TL062, TL076, TL077, TL106, TL121

GRAZIELE LOSSO MORAES – PO226  
GREGORY BITTAR PESSOA – PO012  
GUILHERME AGUSTIN LOUZADA PEREDA – PO123, PO028, PO225, TL015  
GUILHERME AUGUSTO YOSHIFUMI SEIMARU – PO142, PO143, PO146, PO238, PO239  
GUILHERME BIAZOTTO – TL002  
GUILHERME CANFIELD – VL042  
GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS – TL037, TL042  
GUILHERME CESAR BARBOSA ROSA – PO199  
GUILHERME CUTAIT COTTI – PO240, PR006, TL074  
GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS – PO218  
GUILHERME HENRIQUE GOMES MOREIRA CANÇADO – PO035  
GUILHERME LOVATO SANTOS – PO026  
GUILHERME MUNIZ BOURROUL – PR001, TL050, VL001, VL030, VL040  
GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO – PR005, TL069, TL071, VL035, VL046, VL059  
GUSTAVO ADOLFO BUSTAMANTE – PO057  
GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ ESPINOZA – PO053, PO054, PO069, PO070, TL012, TL051, VL043  
GUSTAVO BECKER PEREIRA – TL059  
GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM – PO096, PO097, PO098, PO242  
GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA – PO022, PO109, PO110, PO182, PO214, VL018, VL044  
GUSTAVO KURACHI – PO013, TL065, TL066, TL082, TL083, TL084, TL085, VL004, VL024  
GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA – VL033  
GUSTAVO PEGOS RODIGUES COY – TL079  
GUSTAVO PEREIRA FRAGA – TL002  
GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA – TL031, TL053  
GUSTAVO PIERRO POSTAL – PO033  
GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA – PO120, PO081  
GUSTAVO SEVÁ-PEREIRA – PO051, PO052, PO117, PO217, PO219  
GUSTAVO SOARES CORRÊA SILVA – PO025  
GUSTAVO URBANO; OMAR FÈRES – PO108  
GUSTAVO SOARES CORRÊA SILVA – PO218  
GUSTAVO TRAVAGLIA SANTOS – PO135

## H

HALLAN DOUGLAS BERTELLI – PO087  
HAROLDO ALFREDO SANTOS – VL010, VL011  
HELENA COELHO LIMA – TL081  
HELENA SOARES DE CAMARGO PANTAROTO – PO119, PO187  
HELIN MINORU MATSUMOTO – TL066, TL083, VL024  
HÉLIO MOREIRA JUNIOR – PO031, PO193, PO209, TL049, TL119, TL120  
HELOISA RAMOS AGUIAR – PO006

HENRIQUE BERNARDES – PO097  
HENRIQUE LUCKOW INVITTI – VL042  
HENRIQUE SARUBBI FILLMANN – TL008  
HENRIQUE SABOIA – PO055  
HENRIQUE NUNES PECEGO – PO0127  
HENRIQUE SABOIA – PO130, PO157, PO223, TL116  
HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR – PO015,  
TL050, VL001, VL030, VL040  
HUEI DIANA LEE – TL003, TL009, PO010, PO011, PO147  
HUGO HENRIQUES WATTE – PO043, PO066, PO067, PO073,  
PO084, PO095, PO168, PO169, PO170, PO180, TL001  
HUMBERTO POZZI FAZOLIN – VL020

## *I*

IDÁLIA MARIA BRASIL BURLAMAQUI – TL030  
IARA MESIAS REASON – PO226  
IARA VASCONCELLOS SEIXAS – PO206, PO207  
IDBLAN ALBUQUERQUE DE CARVALHO – PO027,  
TL095, TL096, TL099  
IGOR DE SOUZA FERNANDES – PO085, PO204  
IGOR DIAZ YAMANE – PO009, PO046, PO175, PO208,  
TL010  
IGOR PROSCURSHIM – PR005, TL069, TL071, VL035,  
VL059  
ILARIO FROEHNER JUNIOR – TL097, TL108, TL115,  
PO024  
INDIRA LIMA SERRA – PO071, PO072, PO075, PO076,  
PO106, PO107, PO244  
INGRID ORDÁS – TL122  
IRIS DAIANA DEALCANFREITAS – PO210, PR002,  
TL013, TL062, TL064, TL076, TL078, TL106,  
TL118, TL121, VL028, VL045  
ISAAC JOSE FELIPPE CORREA NETO – TL001, PO043,  
PO066, PO067, PO073, PO084, PO095, PO168,  
PO169, PO170, PO180, TL074, TL107, TL108,  
TL115, VL029, VL050  
ISABELLA NICACIO DE FREITAS – TL038  
ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA – PO071,  
PO072, PO075, PO076, PO106, PO107  
ISABELA DIAS MARQUES CRUZ – PO0121  
ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA – PO244  
ISABEL FERREIRA SAENGER – PO194, PO195  
ISABELA DIAS MARQUES CRUZ – PO0122  
ISABELLA DOTTI – TL122  
ISABELLA POLIMENO MAZZUCATTO – PO012, PO029,  
PO068, PO205  
ISABELLA REGINA VILELLA ANDRADE D' ANGELIS –  
PO195  
ISADORA MATIAS DE BARROS BUENO – PO140  
ISIS PORTO FERREIRA – TL113, TL114  
ÍISIS VITORINO SPLETTSTOSER – PO200  
ITALO ACCETTA – PO086  
IVAN CECCONELLO – PR006

IVAN CECCONELLO – TL074, TL107, TL108, TL115,  
VL002, VL003, VL029, VL050  
IVAN FOLCHINI DE BARCELOS – PO023, PO074, PO216,  
TL095, TL096, TL097, TL099, VL047  
IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO – TL065, TL066,  
TL083, VL004, VL024  
IZABELLA CUNHA – VL020  
IZILDA APARECIDA CARDINALLI – TL033

## *J*

JACQUELINE JÉSSICA DE MARCHI – TL098  
JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA – TL062, TL106  
JANDUÍ GOMES ABREU FILHO – VL013  
JANUSZ RYS – TL061  
JAQUES WAISBERG – PO012, PO029, PO068, PO205,  
PR001, TL050  
JEAN CARLO BARBOSA – PO149  
JEFFERSON TALES OLIVA – PO147, TL009  
JESSICA MENDES PAZ – PO094  
JOÃO AGUIAR PUPO NETO – PO009, PO046, PO175,  
PO208, TL010, TL089  
JOÃO ALVES DE ALBUQUERQUE FILHO – PO156,  
PO158, PO167, PO181, PO233, PO245  
JOÃO ANTÔNIO DE MACÊDO JÚNIOR – PO234, TL063,  
TL072, TL078, TL118, VL045  
JOAO ASSAF SCARELI HADBA – PO199  
JOÃO AUGUSTO NOCERA PAULIN – PO026  
JOÃO BATISTA DE SOUSA – PO141, TL039, VL026, VL048  
JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO – PO094, PO137  
JOÃO CARLOS MAGI – PO112, PO115  
JOÃO CLÁUDIO GUERRA SILVEIRA – PO121, PO058,  
PO059, PO060, PO159, TL045  
JOÃO GOMES NETINHO – PO156, PO158, PO167, PO181,  
PO233, PO245, TL036, TL041  
JOÃO JOSÉ FAGUNDES – PO005, PO008, PO010, PO011,  
PO147, PR004, TL003, TL009, TL019, TL020,  
TL022, TL023, TL024, TL079, TL080, TL092,  
TL093, TL094, TL104, VL005, TL126  
JOAO PAULO BARRETO DA CUNHA – PO0126, PO189,  
PO215, VL020  
JOÃO PAULO PRETTI FANTIN – PO167  
JOAQUIM JOSE GAMA-RODRIGUES – TL069, TL110  
JOAQUIM JOSE OLIVEIRA FILHO – PO051, PO052,  
PO117, PO217, PO219, TL031, TL053  
JOAQUIM SIMOES NETO – PO053, PO054, PO069,  
PO070, TL012, TL051, VL043  
JOAQUIM TIAGO LELES DE JESUS – PO056, PO160  
JONICE BLASIOLI COSTA – PO161  
JORDANA BOTELHO CARVALHO – PO073  
JORGE ALBERTO ORTIZ – TL086, TL114  
JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA – PO076, PO107  
JORGE BENJAMIN FAYAD – PO056, PO131, PO132,  
PO133, PO155, PO160, PO222

- JORGE MANUEL RODRIGUES OLIVEIRA FILHO – PO013, TL084, TL085  
JORGE SABBAGA – TL069  
JOSÉ AIRES PEREIRA – PO016, PO017, PO018, PO019, PO020, PO179, TL033, TL047, TL048, TL090  
JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA – PO007, PO234, TL013, TL064, VL045  
JOSE ALFREDO REIS JUNIOR – PO053, PO054, PO069, PO070, TL012, TL051, VL043  
JOSE ALFREDO REIS NETO – VL043, TL012, TL051  
JOSE AMERICO BACCHI HORA – TL017  
JOSE ALFREDO REIS NETO – PO053, PO054, PO069, PO070  
JOSE AMERICO BACCHI HORA – PO065, TL018, VL015, VL016, VL017  
JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO – TL076, TL077, TL106  
JOSE CARLOS BEDRAN – PR005, TL071, VL035  
JOSE JADER ARAUJO MENDONÇA – VL028  
JOSE CARLOS BEDRAN – VL046, VL059  
JOSE JADER ARAUJO MENDONÇA – VL045, TL013  
JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA – TL004  
JOSÉ CIONGOLI – PO201, PO250  
JOSE DE SOUZA ANDRADE FILHO – PO050, PO212, TL037, TL042  
JOSÉ EDUARDO GONÇALVES – PO126, PO189, PO191  
JOSE EDUARDO LEVI – TL044  
JOSÉ EMÍLIO MENEGATTI – PO041, PO149  
JOSÉ FRANCISCO DE MATTOS FARAH – PO062  
JOSÉ HOMERO SOARES – PO064  
JOSE INACIO ALMEIDA NETO – PO101, PO213  
JOSE JADER ARAUJO MENDONÇA – TL121  
JOSÉ JOÃO FAGUNDES – TL124  
JOSÉ JOAQUIM DE AZEVEDO BRAGA – PO250  
JOSE JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA – PO022, PO108, PO109, PO110, PO153, PO154, PO182, PO214, VL018, VL044  
JOSÉ LUIS LOURENÇÃO – VL058  
JOSÉ LUIZ ALVIM BORGES – PO030  
JOSÉ MANDIA NETO – TL054, TL070  
JOSE MARCIO JORGE – PO078  
JOSE MARCIO NEVES JORGE – TL107, TL108, TL110, TL115, VL029  
JOSE OLYMPIO MEIRELLES – TL019, TL020  
JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA – PO031, PO193, PO209, TL049, TL119, TL120  
JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO – PO056, PO131, PO132, PO133, PO155, PO160, PO222, TL044  
JOSE RICARDO SCALISE – PO178, TL033  
JOSE ROBERTO MONTEIRO CONSTANTINO – PO024, TL037, TL042  
JOSÉ VANIR MACHADO PEREIRA – TL059  
JOSE VINICIUS CRUZ – PO080, PO235, VL052, VL053  
JOSE VINICIUS CRUZ – PO102  
JOSÉ WILSON MEIRELES TRINDADE JÚNIOR – TL030  
JOSEANE CANTON – PO144, PO197, PO224, TL060  
JOSENICE DE ARAÚJO SILVA GOMES – PO083, VL055  
JULIA REZENDE SCHLINZ – TL040  
JOYLAN NUNES MACIEL – PO011, TL003  
JUAN JOSE LOZANO – TL122  
JULIA REZENDE SCHLINZ – PO044, PO171  
JULIÁN PANÉS – TL122  
JULIANA DE CARVALHO VASCONCELOS – PO137  
JULIANA FERREIRA MARTINS – PO074, PO216, TL097  
JULIANA FORMENTI ZANCO – PO036  
JULIANA GIANGIARDI BATISTA – PO040, PO229  
JULIANA GONÇALVES ROCHA – PO216, TL097  
JULIANA MAGALHÃES CAVALCANTE – TL038  
JULIANA MAGALHAES LOPES – PO183, PO213, PO241  
JULIANA MARQUES FERREIRA – PO074  
JULIANA SANTOS VALENCIANO – PO088, PO092, PO173, PO203, PO240, PO248  
JULIANA SOUSA ALCANTARA – TL057  
JULIANO ALVES FIGUEIREDO – TL058  
JULIO CESAR MONTEIRO SANTOS JR – TL055  
JULIANO ALVES FIGUEIREDO – PO035, VL009  
JULIANO AUGUSTO OLIVEIRA SOUZA – TL086, TL113  
JULIANO COELHO LUDVIG – TL100, TL101  
JÚLIO AUGUSTO PADOVANI – PO090, PO173, PO176, PO200, PO203  
JULIO CESAR VALDIVIA – PO190, TL033  
JUNEA OLIVEIRA CARIS – VL021, VL022  
JUVENAL ROCHA TORRES NETO – PO120, PO081
- K**
- KAIO TOLEDO CARDOSO – TL002  
KAREN MALLMANN – PO080, PO235, PO102  
KAREN MUNOZ – TL011  
KARIME LUCAS – TL091  
KARINA CORREA EBRAHIM – PO013, TL084, TL085  
KARINA DAGRE MAGRI – PO134, TL028, TL067  
KARINE SABRINA BONAMIGO – TL011, TL109  
KARLA COSTA FERREIRA – PO202  
KELLI RIZZARDI – TL065, TL084  
KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI – PO220, VL034  
KÊNIA CRISTINA SOARES FONSECA MAGALHÃES – TL037  
KLEBER CHAGAS – VL023
- L**
- LEANDRO SIQUEIRA CORREA – VL038  
LAERCIO ROBLES – PO043, PO066, PO067, PO073, PO084, PO095, PO168, PO169, PO170, PO180, TL001, TL107

- LAIS ROBERTA GARCIA BERNARDINI – PO001, PO002, PO003, PO152  
LAISSA ARRUDA PINTO – VL063  
LARA ALBUQUERQUE DE BRITO – TL030  
LARA BURLAMAQUI VERAS – PO093, TL030  
LARA ZANCANER UETA – PO161  
LARISSA BERBET ARIAS – PO005, TL094, TL126  
LARISSA BONATO DE ANDRADE – PO202  
LARISSA SOKOL ROTTA – PO013, TL082, TL083  
LAURA CRISTINA BERALDI – PO006  
LEANDRO BORGES DOS SANTOS – PO011  
LEANDRO TEIXEIRA ROCHA – PO165  
LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE L – PO057, PR006, TL115, VL029  
LEONARDO BUSTAMANTE – PO057  
LEONARDO DA MOTA SEIXAS – VL027  
LEONARDO GUEDES – PO009, TL010, TL089  
LEONARDO HUBER TAUIL – PO228  
LEONARDO MACIEL FONSECA – TL034, VL034  
LEONARDO REUTER MOTA GAMA – PO079, PO211, PO243  
LEONARDO RIOS SANTANA – TL095, TL100, TL101, TL103  
LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA BEZERRA – TL076, TL077, TL106  
LEONEL REIS LOUSA – PO031, PO193, PO209, TL049, TL119, TL120  
LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES – PO071, PO072, PO075, PO076, PO106, PO244  
LÍCIO AUGUSTO VELLOSO – TL123  
LÍLIAN SOUZA ARAÚJO – PO034, PO144, PO197, PO224, TL060  
LÍLIAN VITAL PINHEIRO – TL104  
LILIANA HANA ICHINOHE – PO140  
LILLIAN KELLY PEREIRA – PO032  
LINA MARIA GOES CODES – PO0121, PO0122  
LIVIA GONTIJO – PO033  
LORENA REUTER MOTTA GAMA – PO036  
LÍVIO BRUNO SANTOS CUNHA – PO249  
LORENNA PAULINELI BAHIA – PO249  
LORETE MARIA DA SILVA KOTZE – PO023, TL097, TL100, TL101, TL102, TL103, VL047  
LORNA CASTRO – PR005, TL071, VL035, VL046, VL059  
LUCAS FARACO SOBRADO – TL017, TL018, VL015, VL016, VL017  
LUCAS FERREIRA BOTELHO – PO202  
LUCAS RODRIGUES BOARINI – PO138  
LUCAS THA NASSIF – PO118  
LUCI MARIA SANTANA DUSSE – TL058  
LUCIA CAMARA OLIVEIRA – TL016, TL111, TL112, PO078  
LÚCIA HELENA L. TOMIATO – TL092  
LUCIANA APARECIDA UIEMA – TL096, TL099, TL100, TL101, TL102, TL103  
LUCIANA FERREIRA POTIGUARA AMADOR DE SOUSA – PO083, VL055  
LUCIANA FREIRE GAVINO – PO001  
LUCIANA FILCHTINER FIGUEIREDO – PO231  
LUCIANA FLACH – PO046  
LUCIANA FREIRE GAVINO – PO002, PO003, PO152  
LUCIANA MARIA PYRAMO DA COSTA – PO188  
LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO – PO056, PO131, PO132, PO133, PO155, PO160, PO222  
LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES – TL125  
LUCIANA WERNESBACH – TL044  
LUCIANE HIANE OLIVEIRA – PO053, PO054, PO069, PO070, TL012, TL051, VL043  
LUCIANO NOGUEIRA GAMA – PO079, PO211, PO243  
LUCIANO PINTO CARVALHO – PO227  
LUCIANO SANTANA DE MIRANDA – VL023, PO049, PO111, PO172, VL012  
LUCIO ROSSINI – PO248  
LUIZ CESAR FERNANDES – PO150, TL075  
LUIZ FERNANDO MARIANO RODRIGUES – VL027  
LUIZ GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO – PO051, PO052, PO117, PO217, PO219, TL031, TL053, TL079, TL080, VL033  
LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO – VL054, VL061, VL062, VL063  
LUIZ ROBERTO MANZIONE NADAL – PO062, PO163, PO164, TL025, TL046  
LUIZA PRESOTO TSUBONE – TL087, TL117  
LUIZ CARLOS BENJAMIN DO CARMO – PO047  
LUIZ FELIPE DE CAMPOS-LOBATO – VL026  
LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA – PO044, PO171, TL040  
LUIZ HENRIQUE DE SOUZA FONTES – TL025  
LUIZ SÉRGIO RONCHI – PO156, PO181, PO245  
LUIZ VAGNER SIPRIANI JUNIOR – PO165, TL091  
LUSMAR VERAS RODRIGUES – PO007, PO093, PO210, PO232, PO234, PR002, TL013, TL030, TL062, TL063, TL064, TL072, TL078, TL118, TL121, VL028, VL045
- M**
- M. MURAWSKI – TL061  
M. NOWAKOWSKI – TL061  
MADALENA MARIA SILVA COUTINHO – PO007  
MAGALY GEMIO TEIXEIRA – PO036  
MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ – PO129, PO192, TL034, VL034  
MAIRO GROSSI MORATO – VL048, TL039, PO141  
MAISA SATIE TAIUMI – TL086, TL114  
MANOEL ÁLVARO DE FREITAS LINS NETO – TL007  
MANOELA DOS SANTOS MEZZACAPPA – PO119, PO187  
MARCEL AROUCA DOMENICONI – VL021  
MÔNICA VIEIRA PACHECO – VL022  
MARCEL AROUCA DOMENICONI – VL022  
MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOU – PO0123, PO028, PO225, TL015

- MARCELA ALCANTARA PROENÇA – TL036, TL041  
MARCELA BRASIL FORTUNATO – PO119, PO187  
MARCELA GONÇALVES DE TILLO – TL094  
MARCELLA BIASO BACHA GUERRA – PO024, PO025,  
PO050, PO218, PO237, TL042, TL057, VL019  
MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA – PO0124,  
PO0128, PO134, PO198, TL054, TL070  
MARCELO ALVES CAMARA – PO206, PO207  
MARCELO AUGUSTO FONTENELLE RIBEIRO JUNIOR –  
PO037, PO151, PO165, TL091  
MARCELO BERMUDEZ – PO062  
MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA – PO096,  
PO097, PO098, PO242  
MARCELO GIUSTI WERNECK CÔRTEZ – PO116  
MARCELO LEITE VIEIRA COSTA – PO184, PO185,  
PO186  
MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO – PO181  
MARCELO NEVES CARVALHO – PO056, PO131, PO132,  
PO133, PO155, PO222  
MARCELO RODRIGUES BORBA – VL058  
MARCELO SA ARAUJO – PO086  
MARCELO SILVA BARRETO – PO058, PO059, PO060,  
PO159, TL045  
MARCELO TORTELLI BAVARESCO – PO118  
MARCIA OLANDOSKI – TL095, TL096, TL099, TL100,  
TL101, TL102  
MARCIANE MILANSKI – TL123, TL125  
MARCIELI SCHUSTER – TL065, TL08, TL083, TL084  
MARCO ANTONIO BEZERRA RULIM – PO230  
MARCO ANTONIO BITENCOURT – PO157  
MARCO ANTONIO GONÇALVES RODRIGUES – PO249  
MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS – PO188  
MARCO AURELIO FRANCA – PO045, PO246  
MARCOS AURELIO MARTINS TRAVESSA – VL023  
MARCOS GONÇALVES DE ALMEIDA – PO018, PO103,  
TL047, TL048  
MARCOS ONOFRE FRUGIS – TL018, VL015, VL016, VL017  
MARCOS PAULO HIPÓLITO SILVA – PO199  
MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO  
– PO124, PO128, PO014, PO134, PO198, TL054, TL070  
MARCOS VINICIUS DENADAI – VL021, VL022  
MARCUS FABIO MAGALHÃES FONSECA – TL032,  
TL052  
MARCUS VINICIUS CASTRO DE OLIVEIRA LOPES –  
PO075, PO107  
MARDEM MACHADO DE SOUZA – PO006, TL098  
MARGARETH DA ROCHA FERNANDES – PO062  
MARIA ANGELICA BARON MAGALHAES – TL058  
MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR – TL086,  
TL087, TL105, TL113, TL114, TL117  
MARIA BEATRIZ ALVEZ DOS SANTOS – PO062  
MARIA CARME MASAMUNT – TL122  
MARIA CRISTINA DEFÁVERI FIGUEIRA – PO044  
MARIA CLAUDIA LIMA SANTOS – PO206, PO207  
MARIA CRISTINA DEFÁVERI FIGUEIRA – PO171, TL040  
MARIA CRISTINA SARTOR – PO055, PO074, PO130,  
PO157, PO223, TL102, TL116, VL047  
MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO – PO005,  
PO008, PR004, TL019, TL020, TL022, TL023,  
TL024, TL079, TL080, TL092, TL093, TL094,  
TL104, TL123, TL124, TL125, TL126, VL005  
MARIA ELISA MELO DE ARAUJO – PO177  
MARIA EMILIA CARVALHO CARVALHO – TL056,  
TL073, PO082, PO100, PO116, PO236, VL049  
MARIA EUGENIA DE CAMARGO JULIO – PR002  
MARIA EUGÊNIA MITI VALENTIM KIKUTA – PO189  
MARIA EUZANA MOURA COELHO – PR002  
MARIA FILOMENA BOTELHO – PO179  
MARIA HELOISA CONTRUCCI – PO037  
MARIA IZABEL TOULSON DAVISSON CORREIA – PO035  
MARIA MERCEDES AMAYA GUTIERREZ – TL098  
MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS –  
PO021, PO104, PO0127, PO221  
MARIA PAULA VIEIRA MARIZ – PO232  
MARIANA ALVES SOBREIRO – PO177  
MARIANA ANDRADE CARVALHO – PO049, PO111,  
PO172, VL012, VL023  
MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA  
MEYER – VL019  
MARIANA BUTIÃO MACEDO – TL113, TL114  
MARIANA CAVALCANTI DIAS – PO206  
MARIANA CHRISTINA FREUA – PO136  
MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ – TL062, TL077,  
TL106  
MARIANA OKINO MITUO – PO156, PO158, PO167,  
PO181, PO233, PO245  
MARIANA PORTOVEDO – TL123, TL125  
MARIANA SANO GAROTTI – PO112, PO113, TL032  
MARIANE FERREIRA DALLE PIAGGE – TL088  
MARINA GABRIELLE EPSTEIN – TL091  
MARIANNY NAZARETH SULBARAN – PO057  
MARILIA DOS SANTOS FERNANDES – PO0128, PO014  
MARINA GABRIELLE EPSTEIN – PO037, PO165  
MARINEIDE PRUDÊNCIO DE CARVALHO – PO174,  
TL028, TL029  
MARIO ANTONIO FERRARI – PO156, PO158, PO167,  
PO181, PO233, PO245  
MARIO LUIZ QUINTAS – PO148  
MÁRIO PANTAROTO – PO119, PO187  
MARISTELA GOMES ALMEIDA – PO183, PO213, PO241,  
TL088  
MARLEY RIBEIRO FEITOSA – PO022, PO154, TL004  
MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN – TL011,  
TL109  
MARLLUS BRAGA SOARES – PO044, PO171, TL040  
MARTA DANIELA OLIVEIRA – TL021  
MARTA DAVID SOUSA – TL127  
MARTA OSORIO DE MORAES – PO136  
MATEUS DE ALMEIDA MOREIRA DA SILVA – PO096,  
PO097, PO098, PO242

MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES – TL098  
MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER – PO024, PO212, PO218, TL057  
MATHEUS SOUZA SANRRROMAO – PO215, VL020  
MÔNICA VIEIRA PACHECO – VL021  
MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA – PO007, PO093, PO234, TL063  
MAURÍCIO JOSÉ MATOS SILVA – PO144, PO197, PO224, TL060  
MAURILIO RAMOS PAIVA – PO188  
MAURÍLIO TOSCANO DE LUCENA – PO034, PO224  
MAURO AUGUSTO MARCHIORI JR – TL068, VL007, VL037, VL057  
MAURO WILLEMANN BONATTO – TL065, TL066, TL082, VL004, VL024  
MAXIMILIANO CADAMURO NETO – VL021, VL022  
MAYARA FLEMING FRANCISCO – PO018  
MAYARA VIEIRA MURAD – PO019, PO092  
MAYRA CRISTINE EMERICK NUNES – PO183  
MAYTE SOARES – PO165  
MEG DE CARVALHO SOARES – PO086  
MEIBEL MELO SILVA – PO048  
MEYLINE ANDRADE LIMA – PO049, PO111, PO172, VL012, VL023  
MICHEL GARDERE CAMARGO – TL019, TL020, TL022, TL023, TL024, TL092, TL104, TL124, TL126, VL005  
MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA – VL041  
MIGUEL ANGELO PEDROSO – VL060  
MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA – TL005, TL021, TL081, PO114  
MILLENA CAROLINA PEREIRA SILVA SOUZA – TL037  
MILTON CESAR OLIVEIRA – PO045  
MOACIR FONTEQUE JÚNIOR – TL003  
MONIKA PEREIRA KIM – TL010  
MONICA MARIA DEMAS ÁLVARES CABRAL – TL034  
MONIQUE SOARES PAZ – PO227  
MURILLO LIMA FAVARO – PO037, PO151, PO165, TL091, VL008, VL056  
MURILO ROCHA RODRIGUES – PO015  
MURILO OLIVEIRA FERANDES – PO142, PO143, PO146, PO238, PO239  
MURILO ROCHA RODRIGUES – PO016, PO017, PO018, PO019, PO020, PO103, PO105, TL047, TL048, TL090  
MYCHELLE RESENDE ASSIS – PO202  
MYRIAN VELOSO WISNIEWSKI – PO149

## N

NADJA KAMILA DA SILVA RODRIGUES OLIVEIRA E SANTOS – PO139, PO145  
NAGAMASSA YAMAGUCHI – PO189, PO191, PO215, PO0126  
NAMIR CAVALLI – TL085  
NARA GUIMARAES MONTAGNOLLI – TL086, TL114  
NASSER BAHJAT HAJJ – PO194

NATALIA BARROS PINHEIRO – PO201, PO240, PO250  
NATALIA PERES MARTINEZ – PO177, PO178, PO179, PO190, TL033  
NATALIA PRANZETTI VIEIRA – TL020, TL126  
NATALIE DIAS – PO232  
NAW-ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D ALMEIDA – PO006, TL098  
NELSON TOMIO MIYAJIMAA – TL020  
NÍCOLAS BIAGIONE TIBURZIO – PO162, TL026, TL027  
NIELCE MARIA DE PAIVA – PO005, PO008  
NIKOLAY COELHO MOTA – PO094, PO137  
NILO LUIZ CERATO – TL011, TL109  
NIVEA TERESA DE TOLEDO LINS – PO032  
NORMA POSSA MARRONI – TL008  
NUALA MAIA DA FONSECA – PO127, PO021, PO104, PO221  
NUNO BRITO PIGNATELLI – TL127  
NÚRIA PLANELL – TL122, TL123

## O

OCTAVIO POZZI LOVERSO – PO201  
ODILON VICTOR PORTO DENARDIM – TL035  
ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA – PO053, PO054, PO069, PO070, TL012, TL051, VL043  
OLAVO NAPOLEÃO ARAÚJO JÚNIOR – PO004, PO184, PO185, PO186  
OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA – PO135  
OMAR FÉRES – PO022, PO109, PO110, PO153, PO154, PO182, PO214, TL004, VL018, VL044  
ORLANDO CONTRUCCI – TL015, PO028, PO123, PO037, PO225, TL091  
OSCAR HENRIQUES ROCHA LADEIRA – TL058  
OSWALDO OLIVEIRA NETO – TL068, VL007, VL037  
OSWALDO OLIVEIRA NETO – VL057  
OTÁVIO NUNES SIA – TL001, PO043, PO066, PO067, PO084, PO095, PO168, PO169, PO170, PO180

## P

PABLO RODRIGO SIQUEIRA – TL022, TL023  
PALOMA FORELL FAMER – PO080, PO102, PO235, VL052, VL053  
PAMELLA TUNG PEDROSO – VL008  
PATRICIA DE OLIVEIRA CARVALHO – PO177  
PATRICIA DEL CORONA CAVALCANTI – PO138  
PATRICIA MARIA BARROS CAVALCANTI – VL014, VL025, VL027  
PATRÍCIA ZACHARIAS – PO041  
PATRICIA MIDORI MASAKAVA – PO189  
PATRÍCIA ZACHARIAS – PO149  
PATRICIO BERNARDO LYNN LYNN – PR005, TL069, TL071, TL110, VL035, VL046, VL059  
PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI – VL060

- PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE – PO031, PO193, PO209, TL119, TL120  
PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA – PO092  
PAULA GABRIELA MELO MORAIS – PO036  
PAULA GUIMARAES RODRIGUES – PO127, PO021, PO104, PO221  
PAULA TOLENTINO ABDALA – PO195  
PAULO BOARINI – PO138  
PAULO CESAR CARVALHO LAMOUNIER – PO082, PO100, PO116, PO236, TL056, VL049  
PAULO CESAR DE CASTRO JUNIOR – PO044, PO171, TL040  
PAULO DE AZEREDO CANDELÁRIA – PO134, PO198  
PAULO FREDERICO COSTA – PO058, PO059, PO060, PO159, TL045  
PAULO GONÇALVES DE – VL026  
PEDRO BRIGGS FERNANDES – VL039  
PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA – PO141, TL039, VL048  
PAULO GUSTAVO KOTZE – VL047, PO023, PO074, PO216, TL095, TL096, TL097, TL099, TL100, TL101, TL102, TL103  
PAULO HENRIQUE DOURADO FIGUEIREDO – PO004  
PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA – PO126, PO189, PO215, PO247  
PAULO HENRIQUE PEREIRA CONTE – PO032  
PAULO HENRIQUE PISI – PO063  
PAULO MONTE ALEGRE DE OLIVEIRA – PO136  
PAULO PEDROSO SILVEIRA JUNIOR – PO015, PO016, PO017, PO018, PO019, PO020, PO103, PO105, TL047, TL048, TL090  
PAULO ROBERTO LEITÃO VASCONCELOS – TL030  
PAULO ROBERTO SAVASSI ROCHA – TL034  
PAULO ROBERTO SQUINZARI – PO201  
PAULO ROCHA FRANÇA NETO – TL073, VL049  
PEDRO HENRIQUE FERREIRA BADDINI – PO056, PO131, PO132, PO133, PO155, PO160, PO222  
PEDRO HENRIQUE MORIGUCHI CAÇÃO – PO167  
PEDRO RAFAEL V. CARVALHO – PO194  
PERETZ CAPELHUCHNIK – PO0124, PO0128, PO198, TL028, TL054, TL070  
PETERSON FASOLO BILHAR – PO149  
PETERSON MARTINS NEVES – TL042, VL019  
PIETRO ACCETTA – PO086  
PRICILARIBEIRO BRISOLARA – PO131, PO132, PO155, PO222  
PRISCILA LARA NOGUEIRA – PO126, PO191, PO215, PO247, VL020  
PRISCILA S.P. OLIVEIRA – TL019, PO005, PR004, TL024, TL092, TL093, TL094, TL104, TL124, VL005
- R**
- R B HERMAN – TL061  
RAFAEL ALICEDA FERRAZ – PO096, PO097, PO098, PO242  
RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS – PO210  
RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA – TL011, TL109  
RAFAEL EDUARDO DOMINGUES MARQUES – PO170  
RAFAEL FERNANDES GAMA – PO019  
RAFAEL MEZZALIRA RUANO – TL002  
RAFFAELA FEDERICO – PO033  
RANIERE LEONARDO DE ANDRADE SANTOS – PO129, PO192, PO220, VL032  
RANIERE RODRIGUES ISAAC – PO031, PO193, PO209, TL049, TL119, TL120  
RAPHAEL MARIANELLI – PR003  
RAPHAEL GURGEL DE CARVALHO – PO108  
RAPHAEL MARIANELLI – TL046  
RAQUEL FRANCO LEAL – PO005, PO008, PR004, TL019, TL020, TL022, TL023, TL024, TL079, TL080, TL092, TL093, TL094, TL104, TL122, TL123, TL124, TL125, TL126, VL005  
RAUL MENDES MARTINS – PO026  
REBECA HARA NAHIME – TL087, TL117  
REGINALDO RODRIGUES PRADO – PO048  
RENAN KAWANO MUNIZ – VL002, VL003  
RENAN PHILIP SERRA DE MELLO – TL087, TL117  
RENATA CHRISTINE ALVES OLIVEIRA – PO151  
RENATA DE ALMEIDA COUDRY – TL038  
RENATA GUIMARAES SATO – PO006  
RENATA M HARTMANN – TL008  
RENATA MAGALI SILLUZIO FERREIRA – PO050  
RENATA ROCHA BARBI – PO056, PO131, PO132, PO133, PO155, PO160, PO222  
RENATA TOSCANO SIMÕES – TL037, TL042  
RENATO ARAUJO BONARDI – PO055, PO130, PO157, TL116  
RENATO BARRETTO FERREIRA DA SILVA – VL054, VL061, VL062, VL063  
RENATO BOBSIN MACHADO – TL003, PO010, PO011, PO147, TL009  
RENATO CATOJO SAMPAIO – TL014  
RENATO GANDOLFI MARTINS DE LIMA – VL060  
RENATO GOMES CAMPANATI – VL034  
RENATO KATIPIAM GIRON – PO001, PO002, PO003, PO152  
RENATO LUZ CARVALHO – TL025  
RENATO VALMASSONI PINHO – PO026, PO118  
RENATO VISMARA ROPELATO – TL097, PO023, PO074, PO216, TL100, TL101, VL047  
RENE CREPALDI FILHO – PO015  
RICARDO AGUIAR SAPUCAIA – PO049, PO111, PO172, VL012, VL023  
RICARDO BEZERRA WALRAVEN – PO184, PO185, PO186  
RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO – PO051, PO052, PO117, PO217, PO219, TL031, TL053, PO057  
RICARDO ESTEFANI – PO098  
RICARDO GUIMARÃES TEIXEIRA – PO237  
RICARDO LIRA REIS – PO009, PO046, PO175, PO208, TL010



RICARDO LUIZ DOS SANTOS GARCIA – PO063, PO182, VL018  
RICARDO OLIVEIRA ROCHA – TL006, TL127  
RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA – TL065, TL085, VL004, VL024  
RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI – PO010, PO147, TL003, TL009  
RINALDO PRATES PERIARD – PO056, PO131, PO132, PO133, PO155, PO160, PO222  
RITA BARBOSA DE CARVALHO – TL019  
RITA CÁSSIA LUSOLI – TL043  
RODOLFF NUNES SILVA – TL095  
ROBERTA GUIMARAES PUIG – PO196, PO206, PO207  
ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA – PO087, PO088, PO089, PO090, PO091, PO092  
ROBERTO CARLOS GUANDALINI JR. – PO115  
ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA – PO173, PO176, PO200  
ROBERTO DE SOUZA MENDONÇA – PO230  
ROBERTO SILVEIRA MORAES – PO226  
RODOLFF NUNES SILVA – TL096, TL099, TL100, TL101, TL103  
RODRIGO ALMEIDA PAIVA – PO082, PO100, PO236  
RODRIGO AMBAR PINTO – TL074, TL107, TL108, TL115, VL029, VL050, VL058  
RODRIGO BAGATTINI CRUZ – PO248  
RODRIGO BECKER PEREIRA – PO031, PO193, PO209, TL049, TL059  
RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA – TL034  
RODRIGO BECKER PEREIRA – TL119, TL120  
RODRIGO CIOTOLLA BRUNO – TL105  
RODRIGO GOMES GOMES DA SILVA – PO129, PO192, PO220, VL032, VL034  
RODRIGO MELLO FERREIRA – PO086  
RODRIGO MONTENEGRO LOURENÇÃO – VL058  
RODRIGO OLIVA PEREZ – PR005, TL069, TL071, VL035, VL046, VL059  
RODRIGO RODRIGUES ALVES – PO195  
ROGERIO FREITAS LINO SOUZA – PO043, PO066, PO067, PO073, PO084, PO095, PO168, PO169, PO170, PO180, TL001  
ROGERIO MACHADO CURY – PO191, VL020  
ROGÉRIO SAAD HOSSNE – TL043, TL095, TL096, TL099, TL102  
ROGÉRIO SERAFIM PARRA – PO108, PO153  
ROGERIO TADEU PALMA – PO015, PO136, PR001, TL050, VL001, VL030, VL040  
ROLANDO TAVEIRA PINHO – PO114, TL005, VL041  
ROMAN MARIA HERMAN – TL061  
ROMMEL RENO PORCINO REINALDO – PO004  
RÔMULO MEDEIROS DE ALMEIDA – PO083, PO141, TL039, VL048, VL055  
RONALDO HUGO PETROSEMOLO – PO085  
RONALDO NONOSE – PO087, PO088, PO089, PO090, PO091, PO092, PO105, PO173, PO176, PO200, PO203, PO248, TL090

ROSANA RODRIGUES GALLETTI – VL014, VL025, VL027  
RUBENS VALARINI – VL042  
RUBENS HENRIQUE OLEQUES FERNANDES – VL051  
RUI SAAVEDRA MARINHO – TL006  
ROSANE LOUZADA – PO009, TL089  
ROSILMA GORETE LIMA BARRETO – PO094, PO137  
ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN – PO055  
ROSSINI CIPRIANO GAMA – PO079, PO211, PO243, TL127  
RUTH FRIEDMAN – TL044  
RUY FRANCISCO PIMENTEL PEDROSO – VL008, VL056

## S

SABINA APARECIDA ALVAREZ PAIVA – PO063  
SABRINA MIOTTO – TL035, PO027, PO030  
SAMIR SALIM CARVALHO – TL037  
SANDRA DI FELICE BORATTO – PO012, PO029, PO040, PO229  
SANDRA PEDROSO MORAES – PO051, PO052, PO117, PO217, PO219, TL031, TL053  
SANZIO SANTOS AMARAL – TL107, TL108, TL115, VL029  
SARA ARCANJO LINO KARBAGE – TL076, TL077  
SARA JULIAN PELAQUIM – PO020  
SARA VENOSO COSTA – PO037, TL091  
SARHAN SYDNEY SAAD – TL075  
SARAH LICHTI PAIVA – PO142, PO143, PO146, PO238, PO239  
SARHAN SYDNEY SAAD – PO150  
SAULO ROLLEMBERG CALDAS GARCEZ – PO189, PO191, PO215, PO247  
SERGIO AUGUSTO YUKIO HISSAYASSU – TL087, TL117  
SÉRGIO CARLOS NAHAS – PR006, TL038, TL074, TL107, TL108, TL115, VL002, VL003, VL029  
SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO – VL002, VL003, VL006, VL031, VL036  
SÉRGIO CARLOS NAHAS – VL050, VL058  
SERGIO GONTSCHAROW – VL054, VL061, VL062, VL063  
SERGIO HENRIQUE COUTO HORTA – PO068, PO205  
SERGIO OLIVA BANCİ – PO053, PO054, PO069, PO070, TL012, TL051, VL043  
SIDNEY KLAJNER – TL014  
SERGIO RODRIGO LIMA – PO246  
SIDNEY ROBERTO NADAL – PO163, PO164, PR003, TL043, TL046  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI – PO033  
SILVANO SADOWSKI – PO118  
SILVIA KHARMANDAYAN – PO068  
SILVIA MAMPRIM PADOVESE – PO156, PO158, PO167, PO181, PO233, PO245  
SILVIA NEVES – PO179

SILVIO AUGUSTO CIQUINI – PO140, PO161  
SILVIO GABOR – PO151, VL008, VL056  
SILVIO LUIZ ALVES TEODORO – PO096, PO098, PO242  
SINARA MONICA OLIVEIRA LEITE – TL057  
STENNIO PABLO GONÇALVES MACHADO – PR003  
STEPHANIE SANTIN – PO151, VL008, VL056  
STHELA MARIA MURAD-REGADAS – PO007, PR002,  
PO093, PO210, PO232, PO234, TL013, TL062,  
TL063, TL064, TL072, TL076, TL077, TL078,  
TL106, TL118, TL121, VL028, VL045  
SUELIN PEREIRA – PO149  
SUHAYL SILVA PEREIRA JUNIOR – PO202  
SUYANNE MARIA ALBUQUERQUE XEREZ MARTINS –  
TL076, TL077  
SUZANA LIMA TORRES – PO014, PO124, PO134, PO198,  
TL054, TL070, PO128  
SUZANE ARAUJO NOGUEIRA – TL043

## T

T SCHWARZ – TL061  
TALITA DE ANDRADE SANTOS MOLINA – TL098  
TALITA OLIVEIRA – PO045  
TALITA VILA MARTINS – PO080, PO102, PO235, VL052,  
VL053  
TAMARA MARIA NIERI – PR004  
TANIA BOURSCHIED – VL042  
TARCIZO AFONSO NUNEZ – PO166  
TASSIANE BONOTTO HORVATICH – PO048  
TAUANA FERRERIA GONÇALVES – PO036  
THAIS NOGUEIRA SA GONCALVES – TL068, VL007, VL037  
THAIS RAQUEL SILVA – VL037  
THAIS NOGUEIRA SA GONCALVES – VL057  
THAIS RAQUEL SILVA – VL057, TL068, VL007  
THAIS YUKA TAKAHASHI – PO0124, PO0128, PO134,  
PO198, TL054, TL070  
THALES RICARDO DE PAULA – PO221  
THAYS MICHELLE PINHO DA ROCHA – TL086, TL114  
THIAGO AGOSTINI BRAGA – PO213, PO241, TL088  
THIAGO ALBUQUERQUE MARTINS – PO184, PO185,  
PO186  
THIAGO ALMEIDA FLAUZINO – PO079, PO211, PO243  
THIAGO BITTENCOURT HASSEGAWA – VL008, VL056  
THIAGO COSTA RIBEIRO – VL050  
THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE – PO124, PO038,  
PO039, PO047, PO134, TL046, TL067, VL061  
THIAGO GONÇALVES SILVEIRA – PO095  
THIAGO IBIAPINA – PO183, PO213, PO241, TL088  
THIAGO RODRIGUES CALDERAN – TL002  
THIAGO STOCCO AMARAL – PO191  
THYESSA NEIVA MARTINS – PO195  
TIAGO CASTILHO MENDONÇA – PO089, PO090, PO176  
TITO ARMANDO ROSSI – VL051  
TOMAZ MASSAYUKI TANAKA – TL066

## U

ULISSES CARDOSO MARQUES – PO048  
ULYSSES RIBEIRO JUNIOR – PO006, TL038, TL074  
UMBERTO MORELLI – TL079, TL080, TL094, TL124  
UNIVALDO ETSUO SAGAE – PO013, TL065, TL066,  
TL082, TL083, TL084, TL085, VL004, VL024

## V

VALDEMIR JOSÉ ALEGRE SALLES – PO142, PO143,  
PO146, PO238, PO239  
VALDILEA VELOSO DOS SANTOS – TL044  
VALDIR TERCIONI JR – TL068, VL007, VL037, VL057  
VALDIVINO ALVES FILHO – PO082, TL056  
VALENTIM ARABICANO GHELLER – TL058  
VALERIA CARDOSO PINTO – PO194, PO195  
VALÉRIA CRISTINA DUARTE BARRETO – PR002, TL063  
VALÉRIO GARCIA – TL011, TL109  
VANESSA FORESTO MACHADO – PO022, PO109, PO110,  
PO153, PO214, VL018, VL044  
VANESSA FRANCKEVICIUS MIRANDA – PO247  
VANESSA LOUREIRO DUAILIBI – PO061  
VANESSA NASCIMENTO KOZAK – TL116, PO055,  
PO130, PO157, PO223  
VENÂNCIO AVANCINI ALVES – TL038  
VICTOR CASEMIRO D'INCAO SANCHEZ – PO140  
VICTOR EDMOND SEID – VL002, VL003, VL006, VL031,  
VL036  
VICTOR LIMA DE MATOS – PO025  
VILBERTO DE SOUZA ALMEIDA JUNIOR – PO215,  
VL020  
VINICIO FALLEIROS – PO183, PO213, PO241, TL088  
VINICIO MARQUES MARTINS – PO202  
VINICIUS PIRES RODRIGUES – PO082, PO100, PO116,  
TL056, VL049  
VINICIUS RESENDE ABOU-REJAILE – TL102, PO074,  
TL103  
VINICIUS PIRES RODRIGUES – PO236  
VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES – PO0129,  
VL032, PO192, PO220  
VIRGINIO CANDIDO TOSTA DE SOUZA – PO162, TL026,  
TL027  
VITOR BINDA – VL052, VL053  
VITOR GIBRAN LEMOS NUNES – TL086, TL113  
VITOR MANUEL NUNES – TL006, TL127  
VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE – VL004  
VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE – VL024  
VIVIAN SATI OBA BOURROUL – VL030, VL001, VL040,  
TL050  
VIVIAN HORITA – TL125  
VIVIAN REGINA GUZELA – PO108  
VIVIAN SATI OBA BOURROUL – PR001  
VIVIANE CASTRO SOUZA PASSOS – PO085

VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES – PO063  
VIVIEL RODRIGO JOSÉ DE CARVALHO – PO016, PO017  
VLADIMIR MONTEIRO SOARES MEIRELES FILHO –  
TL025

**W**

WAGNER GUISSARD THAUMATURGO JUNIOR – TL086,  
TL113  
WILMAR ARAUJO – PO045  
WANESSA DE LOURDES PINTO – PO161

WARYSON SILVA SURIMÃ – PO210  
WASHINGTON SERGIO GONÇALVES MILEZI – PO133  
WILMAR ARAUJO – PO246  
WILMAR ARTUR KLUG – PO0124, TL028, TL029, TL054,  
TL070  
WILMAR ARTUR KLUG – PO174  
WILMAR ARTUR KLUG – PO198

**Y**

YARA LIMA DE MENDONÇA – PO085, PO204