



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 2014/2015**

<b>PRESIDENT</b>	Paulo Gonçalves de Oliveira (DF)
<b>ELECTED PRESIDENT</b>	Ronaldo Coelho Salles (RJ)
<b>VICE-PRESIDENT</b>	Fábio Guilherme Caserta M. Campos (SP)
<b>GENERAL SECRETARY</b>	Eduardo de Paula Vieira (RJ)
<b>FIRST SECRETARY</b>	Luiz Alberto Mendonça de Freitas (DF)
<b>SECOND SECRETARY</b>	Luis Claudio Pandini (SP)
<b>FIRST TREASURE</b>	Diógenes Guilherme Castro Alvarenga (RJ)
<b>SECOND TREASURE</b>	Luciano Dias Batista Costa (DF)

**CONSULTING COUNCIL**

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)  
Carlos Walter Sobrado Junior (SP)

**SCIENTIFIC COMMITTEE**

Maria Cristina Sartor (PR)  
Ignácio Osório Mallmann (RS)  
Afonso Henrique da Silva e Souza Junior (SP)

**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 e Almeida Filho (DF)  
Carlos Frederico Sparapan Marques (SP)

**COMMITTEE OF THE EXPERT TITLE**

Rômulo Medeiros de Almeida (DF)  
Sthela Maria Murad Regadas (CE)  
Rudimar Issler Meurer (RS)  
José Ricardo Hildebrandt Coutinho (RJ)  
Edna Delabio Ferraz (RJ)  
Sidney Roberto Nadal (SP)  
Juvenal da Rocha Torres Neto (SE)  
Sergio Eduardo Alonso Araújo (SP)  
Maurício Jose de Mattos e Silva (PE)  
Olival de Oliveira Junior (PR)  
Joaquim Simões Neto (SP)  
Rogério Saad Hossne (SP)  
Afonso Henrique B. Moniz de Aragão (RJ)  
Antonio Lacerda Filho (MG)  
Carlos Augusto Real Martinez (SP)

**TEACHING AND MEDICAL RESIDENCY COMMITTEE**

João Batista de Sousa (DF)  
Manoel Alvaro de Freitas Lins Neto (AL)  
João de Aguiar Pupo Neto (RJ)  
Henrique Sarubbi Fillmann (RS)  
Antonio Sergio Brenner (PR)  
Lusmar Veras Rodrigues (CE)  
Carmen Ruth Manzione Nadal (SP)  
Magda Maria Profeta da Luz (MG)  
Sarhan Sydney Saad (SP)  
Renato Arione Lupinacci (SP)  
Hélio Moreira Junior (GO)  
João Gomes Netinho (SP)  
Silvio Augusto Ciquini (SP)  
Fabio Lopes de Queiroz (MG)  
César de Paiva Barros (RJ)

**SBCP DELEGATES AT ALACP**

**TITULAR**

Raul Cutait (SP)  
Carlos Walter Sobrado Junior (SP)

**ALTERNATES**

Enio Chaves de Oliveira (GO)  
Ronaldo Coelho Salles (RJ)

VOLUME

34

JOURNAL OF

Coloproctology

SUPLEMENTO

NÚMERO

1

ÍNDICE

SETEMBRO 2014

**63º CONGRESSO BRASILEIRO  
DE COLOPROCTOLOGIA**

**17 a 20 de setembro de 2014  
Royal Tulip Brasília Alvorada - Brasília**

*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.*

**TEMAS LIVRES**

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

MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

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

MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO, DÉBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DINÂMICO DE UM SISTEMA DE CONTROLE PID PARA MECANISMOS DE BOMBEAMENTO PERISTÁLTICO**

MOACIR FONTEQUE JÚNIOR; HUEI DIANA LEE, NARCO AFONSO RAVAZZOLI MACIEJEWSKI, JEDIEL LEVI RIBAS TEIXEIRA, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, RENATO BOBSIN MACHADO, WU FENG CHUNG

*UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

**ANÁLISE DA PRECISÃO VOLUMÉTRICA DE PROTÓTIPO DE EQUIPAMENTO PARA CONTROLE AUTOMÁTICO DE FLUÍDOS UTILIZADOS EM PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS**

MOACIR FONTEQUE JÚNIOR; HUEI DIANA LEE, NARCO AFONSO RAVAZZOLI MACIEJEWSKI, JEDIEL LEVI RIBAS TEIXEIRA, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, RENATO BOBSIN MACHADO, WU FENG CHUNG

*UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

**PREPARO INADEQUADO PARA COLONOSCOPIA: QUAIS AS CAUSAS?**

LUIZ FELIPE DE CAMPOS-LOBATO; LEILA DENISE COSTA CAVALCANTE, CAMILA OLIVEIRA BARBOSA, FLÁVIA BERFORD GONÇALVES DE OLIVEIRA, EDSON MACHADO LUSTOSA, JOÃO BATISTA DE SOUSA, MARIA BIANCA LACERDA CORTE, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA

*INSTITUTO CUIDAR*

**PNEUMORETROPÉRITÔNIO, PNEUMOMEDIASTINO E ENFISEMA SUBCUTÂNEO APÓS DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÃO DE CRESCIMENTO LATERAL(LST) RETAL**

ELOAH GAMBOGI LIMA; ROBERTA GRAZIELLE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, MATHEUS MATTIA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER, DIEGO VIEIRA SAMPAIO, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

**TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA PROCTOPATIA ACTÍNICA HEMORRÁGICA COM PLASMA DE ARGÔNIO: EXPERIÊNCIA DO GASTROCENTRO/UNICAMP.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

**EXPERIÊNCIA DE ESTOMAS INTESTINAIS NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HUSF: TÉCNICAS E COMPLICAÇÕES**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELA TIEMI SATO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

**MAPEAMENTO DE LAUDOS MÉDICOS DE EXAMES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA UTILIZANDO O PROCESSO DE MAPEAMENTO DE LAUDOS MÉDICOS POR ONTOLOGIAS AUTOMATIZADO POR MEIO DE UM SISTEMA COMPUTACIONAL COLABORATIVO**

JEFFERSON TALES OLIVA<sup>1, 2</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1, 2, 3</sup>, RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>, JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>, RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>1</sup>, FENG CHUNG WU<sup>1</sup>

*LABORATÓRIO DE BIOINFORMÁTICA (LABI) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE), FOZ DO IGUAÇU (PR), BRASIL.; 2 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE SISTEMAS DINÂMICOS E ENERGÉTICOS (PGESDE); 3 DEPARTAMENTO DE CIRURGIA (D.M.A.D.), SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA UNICAMP - CAMPINAS (SP), BRASIL.*

**FATORES DE RISCO PARA DISPLASIA NOS ADENOMAS/PÓLIPOS SERRILHADOS SÉSSEIS**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; DAVID LISKA, MATTHEW F KALADY, JAMES CHURCH

*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

**ANÁLISE ENDOSCÓPICA DAS LESÕES SERRILHADAS COLORRETAIS**

PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA; RITA BARBOSA DE CARVALHO, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES, MICHEL GARDERE CAMARGO, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY

*FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS ( UNICAMP)*

**INCIDÊNCIA E EVOLUÇÃO DE ADENOMAS DUODENAIS EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL**

DEBORA GONÇALVES ROSSI; JULIA GIRARDI CUTOVOI, ELINTON ADAMI CHAIM, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CLAUDIO COY  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - FCM- UNICAMP*

**OCORRÊNCIA DE TUMOR DESMÓIDE EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: ANÁLISE DA CASUÍSTICA**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; DEBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI; LILIAN VITAL PINHEIRO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*FCM-UNICAMP*

**EVOLUÇÃO E CONDUTA NOS TUMORES DESMÓIDES ASSOCIADOS A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR; REVISÃO DE 19 CASOS**

FABIO GUILHERME CASERTA MARYSSAEL DE CAMPOS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, MURILO ROCHA RODRIGUES, SÉRGIO NAHAS, IVAN CECCONELLO  
*UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO TUMOR CARCINÓIDE: ESTAMOS NA ERA PRÉ- RASTREAMENTO?**

ROBERTO CARLOS GUANDALINI JÚNIOR; RENATA BANDINI VIEIRA, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA E MARIANA SANO GAROTTI  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS- SP*

**NEUROFIBROMATOSE DE VON RECKLINGHAUSEN ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA COLORRETAL: RELATO DE CASO**

DANIELA TIEMI SATO; LARA TAGLIARI KOYANAGI, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, DANILLO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**APLICATIVO “CIRURGIAS COLORRETAIS” PARA SÉRIES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

MAURO PINHO; WILLIAM COUTINHO HILBIG, LEANDRO ROSIN, GIOVANI MENEGUZZI DE CARVALHO, GABRIELLY DE ARAUJO, ALINE SANTIAGO, LUIS CARLOS FERREIRA, HARRY KLEINUBING JR.  
*DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE E DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVILLE*

**COMO AVALIAR A CAPACIDADE DE UM SERVIÇO PARA HABILITAR UM CIRURGIÃO COLORRETAL?**

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, GIANCARLO DE SOUZA MARQUES, NIKOLAY COELHO DA MOTA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES, JOSÉ ARIMATÉA ALVES DE CARVALHO JUNIOR  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO*

**TRANSMISSÃO E ACOMPANHAMENTO DE EXAMES DE COLONOSCOPIA EM TEMPO REAL PELA INTERNET**

RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1, 2, 3</sup>, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>, JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>, MOACIR FONTEQUE JUNIOR<sup>1, 2</sup>, RAQUEL FRANCO LEAL<sup>3</sup>, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO<sup>3</sup>, FENG CHUNG WU<sup>1, 3</sup>  
*LABORATÓRIO DE BIOINFORMÁTICA (LABI) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE), FOZ DO IGUAÇU (PR), BRASIL., 2 PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE SISTEMAS DINÂMICOS E ENERGÉTICOS (PGESDE), 3 DEPARTAMENTO DE CIRURGIA (D.M.A.D.), SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA UNICAMP - CAMPINAS (SP), BRASIL.*

**CIRURGIA LAPAROSCÓPICA AUMENTA A SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O TRATAMENTO HOSPITALAR**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; LUCA STOCCHI, JAMES MERLINO, TRACY HULL, MASSARAT ZUTSHI, DANIEL BOKAR, BROOKE GURLAND  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

**COLECTOMIA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DAS LESÕES DO CÓLON DIREITO**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

**RECONSTRUÇÃO LAPAROSCÓPICA DO TRANSITO INTESTINAL APÓS CIRURGIA DE HARTMANN**

FLAVIO ROBERTOS SANTOS E SILVA; YURI YAMANE DIAZ, SANTIAGO CIRILO SERVIN, GIANCARLO SOUZA MARQUES, KILSON MARTINS COELHO, AUDRAN LARDINER ALVES DE OLIVEIRA, RODRIGO ALMEIDA BATISTA, MANOEL DE CASTRO SILVA NETTO

*INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELLO*

**ABAIXAMENTO DE CÓLON TOTALMENTE LAPAROSCOPICO COM EXTRAÇÃO POR ORIFÍCIOS NATURAIS (NOSE), RESULTADOS INICIAIS**

THALLES VALENTE LISBOA; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, MINAS GERAIS*

**COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DE DUHAMEL POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

JOSE RAIMUNDO BAHIA SAPUCAIA FILHO; PAULO MARCELO PIRES BASTOS, CARLOS RAMON MENDES, RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA, HEITOR LIMA MEDEIROS

*CLINICA DR JOSE BAHIA SAPUCAIA*

**AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM ALTA PRECOCE APÓS PROCEDIMENTO DE CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCOPICA**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA, LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERRIERA, RICAROD AGUIAR SAPUCAIA

*HOSPITALA SANTA IZABEL*

**ANÁLISE DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO ELETIVO DA DOENÇA DIVERTICULAR**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES, THALLES VALENTE LISBOA

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

**RELATO DE CASO: ACHADOS SUGESTIVOS DE MESENTERITE ESCLEROSANTE EM PÓS OPERATÓRIO DE COLECTOMIA TOTAL POR DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON**

MARIANA OKINO MITUO; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, MARIO ANTONIO FERRARI, RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP*

**TEO – TRANSANAL ENDOSCOPIC OPERATION : RESULTADOS INICIAIS DO HOSPITAL FELICIO ROCHO - MG**

MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO; FABIO LOPES DE QUEIROZ; ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; NATALIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; PAULO ROCHA FRANCA NETO; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA

*HOSPITAL FELICIO ROCHO - MINAS GERAIS*

**CASUÍSTICA DAS RESSECÇÕES DE LESÕES RETAIS POR ABORDAGEM TRANSANAL VIDEOASSISTIDA DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL SALVADOR – BA.**

THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL*

**MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL – EXPERIÊNCIA INICIAL**

FLAVIO ROBERTOS SANTOS E SILVA; YURI YAMANE DIAZ, SANTIAGO CIRILO SERVIN, GIANCARLO SOUZA MARQUES, KILSON MARTINS COELHO, AUDRAN LARDINER ALVES DE OLIVEIRA, DANILO DALLAGO DE MARCHI, FRANCISCO RAUL SANTOS TEÓFILO  
*INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELLO*

**RESSECÇÃO ENDOANAL DE TUMOR ESTROMAL GASTRINTESTINAL (GIST) DE CANAL ANAL: ANÁLISE TARDIA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**EXCISÃO LOCAL TRANSANAL (TEM) PARA CÂNCER DO RETO DISTAL E RESPOSTA INCOMPLETA À RADIO-QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE: O ESTÁGIO INICIAL IMPORTA?**

RODRIGO O PEREZ; ANGELITA HABR-GAMA; GUILHERME P SÃO JULIÃO; IGOR PROSCURSHIM; AUGUSTO Q COELHO; MARLENY N FIGUEIREDO; LAURA M FERNANDEZ; JOAQUIM GAMA-RODRIGUES  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA*

**AValiação DA MORBIMORTALIDADE PELO POSSUM E P-POSSUM COMO INDICADOR DE QUALIDADE EM CIRURGIAS COLORRETAIS NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO -MG**

MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO; FABIO LOPES DE QUEIROZ; ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; NATALIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; PAULO ROCHA FRANCA NETO; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA  
*HOSPITAL FELICIO ROCHO - MINAS GERAIS*

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

MARLISE MELLO CERATO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, NILO LUIZ CERATO, RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA, KARINE SABRINA BONAMIGO, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL, DAIANE SONZA VIDART  
*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES*

**AValiação DA INCIDÊNCIA DE DEISCÊNCIA E PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A RETOSSIGMOIDECTOMIA ELETIVA NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO VITÓRIA APART HOSPITAL-SERRA-ES**

ALINE CRUZ E SOUSA ZAMBOM; ROSSINI CIPRIANO GAMA, LUCIANO PINTO NOGUEIRA DA GAMA, GIOVANNI JOSE ZUCOLOTO LOUREIRO, FLÁVIA LEMOS MOURA RIBEIRO  
*VITÓRIA APART HOSPITAL SERRA-ES*

**INCIDÊNCIA E EVOLUÇÃO DE ADENOMAS DUODENAIIS EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR**

DEBORA GONÇALVES ROSSI; JULIA CUTOVOI GIRARD, ELINTON ADAMI CHAIM, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOAO JOSE FAGUNDES, CLAUDIO COY  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO DMAG DA UNICAMP - SP*

**ANÁLISE DAS PRESSÕES MANOMÉTRICAS PRÉ E PÓS TRATAMENTO EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DO RETO SUBMETIDOS A RESSECÇÃO ANTERIOR BAIXA APÓS NEOADJUVÂNCIA**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**ESVAZIAMENTO PÉLVICO LATERAL NO CÂNCER DE RETO. ANÁLISE DA CASUÍSTICA.**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MICHEL GARDERE CAMARGO, LARISSA BERBERT ARIAS, PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - DMAD - FCM - UNICAMP*

**RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE MILES**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, RANIERE RODRIGUES ISAAC, PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**RESULTADOS DA AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL E RESSECÇÃO ANTERIOR DO RETO NO PERÍODO DE 2005 A 2012, NO HC-UFGM.**

RODRIGO GOMES DA SILVA; ANTONIO LACERDA FILHO, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES, VINICIUS RODRIGUES TARANTO NUNES, LUISA LIMA CASTRO, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, LILIANE DINIZ DE ARAÚJO  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**RETALHO MIOCUTÂNEO APÓS DEISCÊNCIA DE SUTURA PRIMÁRIA DE FERIDA DE AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL**

FABER HENRIQUE CACCIA; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, FABIO LOPES DE QUEIROZ, RENATA PAOLINELI BOTINHA MACEDO, PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO  
*INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

**O USO DE MARCADORES BIOLÓGICOS PERSONALIZADOS PARA AVALIAÇÃO DE RESPOSTA TUMORAL E DETERMINAÇÃO DO TRATAMENTO FINAL EM PACIENTES COM CÂNCER DO RETO SUBMETIDOS A RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE.**

RODRIGO O PEREZ; CARPINETTI, PAOLA; HABR-GAMA, ANGELITA; DONNARD, ELISA; KOYAMA, FERNANDA; BETTONI, FABIANA; GALANTE, PEDRO; CAMARGO, ANAMARIA  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

**EXPRESSÃO GÊNICA DE COASY PODE PREDIZER A RESPOSTA AO TRATAMENTO NEOADJUVANTE EM CÂNCER DE RETO**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; GERALD A GANTT; JENNIFER DEVECCHIO; ADAM G MACE; MATTHEW F KALADY  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

**RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM TUMORES DE RETO BAIXO ESTADIO I**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCI, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLLANDA VIANA  
*CLÍNICA REIS NETO*

**COMPARAÇÃO DA PROFUNDIDADE DE INVASÃO DE NEOPLASIAS DE RETO MÉDIO E DISTAL ENTRE ULTRASSONOGRAMA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL E A COLONOSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO DE IMAGENS**

RODRIGO AMBAR PINTO; 7  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**ESTUDO MULTICÊNTRICO DA APLICAÇÃO DO ULTRASSOM ANORRETAL 3D NA AVALIAÇÃO DO CÂNCER RETAL: INTERFERE NA DECISÃO DO TRATAMENTO?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS, ROSILMA GORETE LIMA BARRETO, JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES  
*UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/UFMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/GC - GASTROCLÍNICA DE CASCAVEL*

**CONCORDÂNCIA ENTRE ULTRASSONOGRAMA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL E ANATOMOPATOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA DE RETO MÉDIO E DISTAL NÃO SUBMETIDOS À NEOADJUVÂNCIA**

RODRIGO AMBAR PINTO; 7  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*



**QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDAÇÃO DURANTE RADIOQUIMIOTERAPIA (RCT) LEVA À DIMINUIÇÃO SUSTENTADA DO METABOLISMO TUMORAL QUANDO COMPARADA AO REGIME CONVENCIONAL**

ANGELITA HABR-GAMA; RODRIGO O PEREZ; GUILHERME P SÃO JULIÃO; IGOR PROSCURSHIM; LAURA FERNANDEZ; MARLENY N FIGUEIREDO; JOAQUIM GAMA- RODRIGUES; CARLOS A BUCHPIGUEL  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER ; FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**RESPOSTA TUMORAL À RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM PACIENTES COM CÂNCER DO RETO: O QUE QUEREMOS PREVER? ESTAMOS PERTO DE UMA ASSINATURA GÊNICA CLINICAMENTE ÚTIL?**

RODRIGO O PEREZ; CAMILA LOPES-RAMOS; FERNANDA C. KOYAMA ; ANGELITA HABR-GAMA; RAPHAEL B. PARMIGIANI; PEDRO A. F. GALANTE; MARLENY N. FIGUEIREDO; ANAMARIA A. CAMARGO  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

**PREDIZENDO A REGRESSÃO TUMORAL COMPLETA DO CÂNCER DO RETO APÓS RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE PELA EXPRESSÃO DE MICRORNA MIR-21-5P**

RODRIGO O PEREZ; RAMOS, CAMILA; PARMIGIANI, RAPHAEL; HABR- GAMA, ANGELITA; BETTONI, FABIANA; KOYAMA, FERNANDA; FIGUEIREDO, MARLENY; CAMARGO, ANAMARIA  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

**CIRURGIA DO CÂNCER DE RETO APÓS 8 SEMANAS DO TÉRMINO DA TERAPIA NEOADJUVANTE**

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; MARLLUS BRAGA SOARES, JULIA RESENDE SCHILNZ, RICARDO VEZZANI BATISTA, DAURITA DARCI DE PAIVA, RAFAEL DAHER, LUIZ FERNADO FRAGA, PAULO CÉSAR CASTRO, FRANCISCO LOPES-PONTES  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ*

**TEMPO DE INTERVALO ENTRE PROCTECTOMIA POR CÂNCER E FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA E SUA RELAÇÃO COM A QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE: UM ESTUDO COM 259 PACIENTES CONSECUTIVOS.**

MARLENY NOVAES FIGUEIREDO; LEON MAGGIORI, MARIANN FERRON, YVES PANIS  
*HOSPITAL BEAUJON - CLICHY/FRANÇA*

**PLAQUETOSE NA NEOPLASIA COLORRETAL DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA**

ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA; DANILO TOSHIO KANNO, LARA KOYANGI TAGLIARI, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, RONALDO NONOSE, ENZO FABRICIO RIBEIRO DO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

**RESSECÇÃO MULTIVISCERAL PÉLVICA EM PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL E DE CANAL ANAL. ANÁLISE DA CASUÍSTICA.**

LÍLIAN VITAL PINHEIRO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, RAQUEL FRANCO LEAL, DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, NATÁLIA VIEIRA PRANZETTI, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP*

**ANÁLISE DE PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL SUBMETIDOS A CIRURGIA PRIMÁRIA E METASTECTOMIA**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**CIRURGIA CITORREDUTORA COMPLETA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EM 40 PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMATOSE PERITONEAL**

NATÁLIA REGINA MISSON; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ , RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANÇA NETO, VINÍCIUS PIRES RODRIGUES, MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO - BELO HORIZONTE (MG)*

**ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA METÁSTASE CEREBRAL DO CÂNCER COLORRETAL**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**ATIVIDADE FÍSICA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL NO BRASIL: OS COLOPROCTOLOGISTAS RECOMENDAM?**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BÁRBARA DE QUEIROZ E BRAGÁGLIA, RENATO GOMES CAMPANATI, JÚLIA REAL, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES E FILIPE BORGES TEIXEIRA CARDOSO  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG*

**RESULTADOS DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL UNICAMP 2011-2014**

CLAUDIO COY; TAMARA MARIA NIERI, ROGERIO TERRA ESPIRITO SANTO, LILA LEA CRUVINEL, ANDRE MYIOSHI, DRAUSIO JEFERSON DE MORAES, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/ GASTROCENTRO/ FCM/ CECOM - UNICAMP*

**PERFIL DOS PARTICIPANTES DE CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER COLORRETAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (RS)**

MARLISE MELLO CERATO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, DANIEL DE CARVALHO DAMIN, ADRIANO STAUBUS, CLEBER ALLEM NUNES, DANIEL AZAMBUJA, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL  
*ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DE COLOPROCTOLOGIA 2014/15*

**PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL PELA PESQUISA IMUNO-QUÍMICA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

MARCELO RODRIGUES BORBA; LUIZ MARUTA, MARIA CECILIA R.T. BROCHADO, MARCOS S.V. BARROS, JORGE HENRIQUE REINA NETO, ESTEVAM MADARAS, RODRIGO MONTENEGRO LOURENÇÃO, ALINE A. BIRAL  
*DIVISÃO DE CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**PERFIL DOS PACIENTES COM NEOPLASIA COLORRETAL ANTES DOS 40 ANOS DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HUSF**

DANILO TOSHIO KANNO; LARA TAGLIARI KOYANAGI; PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

**ESTUDO COMPARATIVO DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES NONAGENÁRIOS COM CÂNCER COLORRETAL**

ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; FÁBIO LOPES QUEIROZ; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA; PAULO ROCHA FRANÇA NETO; MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO; VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; NATÁLIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE-MG*

**INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

LUCIANA PAGANINI PIAZZOLLA; EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD, LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

**INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NO ESTADIAMENTO PATOLÓGICO DO CÂNCER COLORRETAL**

LUCIANA PAGANINI PIAZZOLLA; LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, GEÓRGIA BARROS DE LIMA, FERNANDA NUNES DE CASTRO, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

**ESTUDO DAS TAXAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES JOVENS NO BRASIL**

EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD; LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

**INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NA DISTRIBUIÇÃO ANATÔMICA DO CÂNCER COLORRETAL**

LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES; EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD, LUCIANA PAGANINI PIAZOLA, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, GEÓGIA BARROS DE LIMA, FERNANDA NUNES DE CASTRO, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

**OCTOGENÁRIOS SE BENEFICIAM DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER COLORRETAL**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; LUCA STOCCHI, MATTHEW F KALADY, HERMANN KESSLER, DAVID DIETZ, XIAOBO LIU, FEZA REMZI  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

**ANÁLISE DA EXPRESSÃO PROTEÔMICA DE GLICOSAMINOGLICANOS SULFATADOS DA MATRIZ EXTRACELULAR NO CARCINOMA COLORRETAL HUMANO E NO TECIDO COLORRETAL NÃO NEOPLÁSICO PELA ESPECTROMETRIA DE MASSA E SUA RELAÇÃO COM A BIOLOGIA DO TUMOR**

ANA PAULA CLETO MAROLLA; ANA PAULA CLETO MAROLLA\*, JAQUES WAISBERG\*\*/\*\*\*\*, SANDRA DI FELICE BORATO\*\*\*, GIOVANNA CANATO TOLOI\*\*\*, CAROLINA KEESE\*\*\*, DANIEL REIS WAISBERG\*\*\*\*, ELOAH RABELLO SUAREZ\*, HELENA BONCIANI NADER\*, MARIA APARECIDA DA SILVA PINHAL\*  
*FACULDADE DE MEDICINA DA USP E FACULDADE DE MEDICINA DO ABC E HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL*

**CORRELAÇÃO DO NÍVEIS DE EXPRESSÃO DO SHLA-G E DADOS DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL NA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, RENATA TOSCANO SIMÕES, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, ELOAH GAMBOSI LIMA, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUSA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**NA DOENÇA HEMORROIDÁRIA HÁ NECESSIDADE DE REALIZAR COLONOSCOPIA PRÉ-OPERATÓRIA?**

MARIANA SANO GAROTTI; FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA, JULIANA TEIXEIRA MACHADO, MARCUS FÁBIO MAGALHÃES FONSECA, SABRYNA DE LACERDA WERNECK, GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS*

**HEMORROIDOPEXIA POR GRAMPEAMENTO SEM E COM COMPLEMENTAÇÃO POR HEMORROIDECTOMIA EXCISIONAL: RESULTADOS A LONGO PRAZO**

SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMOND SEID E LUCAS DE ARAUJO HORCEL  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SP)*

**CASUÍSTICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA PELA TÉCNICA DE DESARTERIALIZAÇÃO COM USO DO THD NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL- SALVADOR – BA**

THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL*

**HELP - DESARTERILIZAÇÃO HEMORROIDARIA COM LASER DOPPLER GUIADA - EXPERIENCIA DE 3 ANOS**

PAULO BOARINI; CANDELARIA, PAP, BOARINI, L; BOARINI, M  
*H M DO TATUAPE/ H M ALEXANDRE ZAIQ / SANTA CASA DE SAO PAULO*

**PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO PARA TUBERCULOSE E CRITÉRIO DE CURA EM FÍSTULAS ANORRETAIS COMPLEXAS E RECIDIVADAS**

LEONARDO GUEDES DE OLIVEIRA; CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO, ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS, CAROLINA CHACON CONSENTINO, ANDRE BARRETO SILVA, MONIKA PEREIRA KIM, JOÃO PUPO DE AGUIAR NETO, EDNA DELABIO FERRAZ

*HUCFF-UFRJ*

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FISTULA ANAL COM LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT) – AVALIAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E MORFOLÓGICA**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS, FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO, LUSMAR VERAS RODRIGUES, WARYSON SILVA SURIMÃ, JADER MENDONÇA FILHO, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, IRIS DEALCANFREITAS

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA*

**AVALIAÇÃO DA TÉCNICA LIFT (LIGATION OF THE INTERSPHINCTERIC FÍSTULA TRACT) EM PACIENTES COM FÍSTULAS PERIANAIS TRANSEFINCTERIANAS**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; CAROLINE SAUTER DALBEM, SERGIO DANILO TANAHARA TOMIYOSHI

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

**AINDA EXISTE ESPAÇO PARA A ESFINCTEROTOMIA LATERAL INTERNA NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL CRÔNICA?**

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, GIANCARLO DE SOUZA MARQUES, NIKOLAY COELHO DA MOTA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES, JOSÉ ARIMATÉA ALVES DE CARVALHO JÚNIOR

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO*

**AVALIAÇÃO ELETROMANOMÉTRICA DE PACIENTES COM QUADRO CLÍNICO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ETSUO SAGAE

*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

**AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DE PACIENTES PORTADORES DE EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, KARINA CORRÊA EBRAHIM, UNIVALDO ETSUO SAGAE

*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

**SÍNDROME DA DEFECÇÃO OBSTRUÍDA (SDO): QUAL A CORRELAÇÃO DOS FATORES DESENCADEANTES E A PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO POSTERIOR?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS, FRANCISCO SERGIO P REGADAS FILHO, ADJRA DA SILVA VILARINHO, DAVID PESSOA MORANO, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, SAULO SANTIAGO ALMEIDA, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO*

**DIAGNÓSTICO DA CONTRAÇÃO PARADOXAL DO PUBORRETAL EM MULHERES ADULTAS: PAPEL DA CINEDEFECOGRAFIA, ELETRONEUROMIOGRAFIA COM AGULHAS CONCÊNTRICAS, ELETROMANOMETRIA ANORRETAL E TESTE DE EXPULSÃO DO BALÃO.**

FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; SOARES, FA; FERNANDEZ, RNM; SILVA, SM; LIRA, EF; VIANA; CRUZ, CA; CUNHA, S.

*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

### **INÉRCIA COLÔNICA: TRATAMENTO CIRÚRGICO**

FABER HENRIQUE CACCIA; FABIO LOPES DE QUEIROZ, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, RENATA PAOLINELI BOTINHA MACEDO, PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO  
*INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INÉRCIA CÓLICA: ANÁLISE DOS RESULTADOS**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; UMBERTO MORELLI; MICHEL GARDERE CAMARGO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*FCM-UNICAMP*

### **EFICÁCIA DO BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO DA INCOORDENAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO. EXISTEM FATORES QUE INTERFEREM NOS RESULTADOS?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES, FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO, JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA, CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS, LÍVIA AUGUSTO BORGES OLINDA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA*

### **AValiação eletromanométrica de pacientes com quadro clínico de incontinência fecal**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ETSUO SAGAE  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

### **AValiação de defeitos anatômicos dos esfíncteres anais e elevador do ânus relacionados a incontinência fecal após parto vaginal utilizando um escore ultrassonográfico**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ*

### **ESTUDO DA INCIDÊNCIA E SINTOMATOLOGIA DA RETOCELE EM PACIENTES SUBMETIDAS A RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; MARLUS TAVARES GERBER; HECTOR SBARAINI FONTES; DAYANE RAQUEL DE PAULA; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER; RENATO ARAÚJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

### **QUAIS FATORES INTERFEREM NA PREVALÊNCIA DE RETOCELE SIGNIFICANTE?**

1ADJRA DA SILVA VILARINHO; 2STHELA MARIA MURAD REGADAS, 3FRANCISCO SERGIO P REGADAS FILHO, 4LUSMAR VERAS RODRIGUES, 5DAVID PESSOA MORANO, 6SAULO SANTIAGO ALMEIDA, 7RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS  
*1, 3, 5 HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA; 2, 4, 6, 7, 8 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO*

### **TRREMS (TRANSANAL REPAIR OF RECTOCELE AND RECTAL MUCOSECTOMY WITH ONE CIRCULAR STAPLER), EXPERIÊNCIA INICIAL**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

**ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NA ENDOMETRIOSE INTESTINAL PROFUNDA**  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, CARLOS TADAYUKI OSHIKATA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**ANÁLISE DOS RESULTADOS DA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INTESTINAL**  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, CARLOS TADAYUKI OSHIKATA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL: TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA ABORDAGEM DAS LESÕES COLORRETAIS.**  
CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ; BRUNO AMARAL MEDEIROS, MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO, SIDNEY PEARCE FURTADO, KARINNE AZIN PINHEIRO, CINTHIA QUEIROZ LIMA, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO  
*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

**ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL - EXPERIÊNCIA E RESULTADOS DO NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ (NEC)**  
BRUNO AMARAL MEDEIROS; CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ, MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO, SIDNEY PEARCE FURTADO, JADER ROSAS CARVALHO, KARINNE AZIN PINHEIRO, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO  
*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

**ACOMETIMENTO LINFONODAL POR ENDOMETRIOSE PROFUNDA**  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, ROSÂNGELA DELIZA, LUIZ GUILHERME CAMARGO SALVATTI, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**MODELO EXPERIMENTAL DE FÍSTULA ANAL EM RATOS**  
CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; MARIANA SOUSA ARAKAKI, GUSTAVO RIBEIRO FALCÃO, PEDRO CARVALHO CASSINO, RICARDO KENITHI NAKAMURA, NATHÁLIA FAVERO GOMES, RICARDO GASPARIN COUTINHO DOS SANTOS  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

**ATIVIDADE ANTITUMORAL NEOADJUVANTE E ADJUVANTE DA RUTINA E DA ISOQUERCITINA SOBRE O ADENOCARCINOMA COLORRETAL. ESTUDO IN VIVO.**  
DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; DENISE GONCALVES PRIOLLI, NATALIA PEREZ MARTINEZ, JULIO CESAR VALDIVIA, DAVI FIORAVANTE GIMENEZ, RENATO COLENCI  
*USF- UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS NA MUCOSA CÓLICA DESPROVIDA DE TRÂNSITO FECAL NO CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA E-CADERINA.**  
LUANA BOSCHETTI ALMEIDA; CELENE BENEDITI BRAGION, SARA JULIAN PELAQUIM, MURILO ROCHA RODRIGUES, DANIELA TIEMI SATO, MAYARA MURAD, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA*

**CONTEÚDO TECIDUAL DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS NA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRÂNSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS.**  
CELENE BENEDITI BRAGION; ANA BEATRIZ AFFONSECA SAMPAIO, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, MURILO ROCHA RODRIGUES, DANIELA TIEMI SATO, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA*

**MENSURAÇÃO DO CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA B-CATENINA NA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRANSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS. ESTUDO EM RATOS.**

MAYARA FLEMING FRANCISCO; CHRISTIAN BORNIA MATAVELLI, DANIELA TIEMI SATO, MURILO ROCHA RODRIGUES, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, MAYARA MURAD, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA*

**AValiação dos Níveis de Peroxidação Lipídica de Membranas em Segmentos Cólicos Desprovidos de Trânsito Intestinal Irrigados com Sucralfato.**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO, SARA JULIAN PELAQUIN, MAYARA VIEIRA MURAD, MAYARA FLEMING FRANCISCO, CHRISTIAN BORNIA MATAVELLI, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**AValiação de Expressão Tecidual da Proteína Mieloperoxidase em Segmentos Cólicos Desprovidos de Trânsito Intestinal Irrigados com Sucralfato.**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, LUANA BOCHETTI ALMEIDA, CHRISTIAN BORNIA MATAVELLI, ANA BEATRIZ AFFONSECA SAMPAIO, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**AValiação Tecidual das Junções Oclusivas do Cólon Excluído de Trânsito Intestinal Após a Aplicação Preventiva de Enemas com Sucralfato em Modelo Experimental de Colite de Exclusão**

DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES, CELENE BENEDITI BRAGION, MAYARA VIEIRA MURAD, MAYARA FLEMING FRANCISCO, SARA JULIAN PELAQUIM, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**Influência da Lavagem Peritoneal com Bupivacaína na Mortalidade e na Cicatrização de Anastomose Cólica Confeccionada em Vigência de Peritonite Fecal: Estudo Experimental em Ratos.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; WU FENG CHUNG, HUEI DIANA LEE, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

**TRATAMENTO DE ULCERA PERIANAL DE DOENÇA DE CROHN COM PAPAÍNA: RELATO DE CASO.**

CAROLINA CHACON COSENTINO; ROSANE LOUZADA MACHADO, MARIA JOSÉ DE SOUZA PEREIRA FRANCISCO, JOAO DE AGUIAR PUPO NETO

**HIPOVITAMINOSE D EM PACIENTES PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN ACOMPANHADOS NO HOSPITAL DE BASE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP.**

PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, MARIO ANTONIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE MEREGE, MARIANA OKINO, JOAO GOMES NETINHO, GENI SATOMI

*FAMERP*

**ANÁLISE DA APOPTOSE E PROLIFERAÇÃO CELULAR NO TECIDO MESENTERIAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN**

CILENE BICCA DIAS; MARCIANE MILANSKI, MARIANA PORTOVEDO, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, ANDRESSA COOPE, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES, RAQUEL FRANCO LEAL

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, LABORATÓRIO DE SINALIZAÇÃO CELULAR, DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP).*

**INGENUITY PATHWAY ANALYSIS IDENTIFICA IL17 E IL1B COMO REGULADORES DO PROCESSO INFLAMATÓRIO EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN NÃO RESPONDEDORES A ANTI-TNFA.**

RAQUEL FRANCO LEAL; NÚRIA PLANELL, JUAN J LOZANO, INGRID ORDÁS, ISABELLA DOTTI, MARIA CARME MASAMUNT, JULIÁN PANÉS, AZUCENA SALAS.

*INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER, HOSPITAL CLÍNIC, BARCELONA*

**EXPRESSÃO TRANSCRIPCIONAL DE IL6 EM PACIENTES NÃO RESPONDEDORES A AZATIOPRINA DIFERE DAQUELES NÃO-RESPONDEDORES A ANTI-TNFA.**

RAQUEL FRANCO LEAL; NÚRIA PLANELL, JUAN J LOZANO, INGRID ORDÁS, ISABELLA DOTTI, MARIA CARME MASAMUNT, JULIÁN PANÉS, AZUCENA SALAS.

*INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER, HOSPITAL CLÍNIC, BARCELONA*

**AVALIAÇÃO DO ESQUEMA DE IMUNIZAÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

NIELCE MARIA DE PAIVA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA, DÉBORA HELENA ROSSI, MICHEL GARDERE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, RAQUEL FRANCO LEAL

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*

**ANASTOMOSE ILEOANAL LAPAROSCÓPICA PARA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: CIRURGIA EM 2 OU 3 TEMPOS? ESTUDO COMPARATIVO EM 150 PACIENTES CONSECUTIVOS.**

MARLENY NOVAES FIGUEIREDO; LEON MAGGIORI, XAVIER TRÉTON, MARIANNE FERRON, YORAM BOUHNIC, YVES PANIS

*HOSPITAL BEAUJON - CLICHY/FRANÇA*

**CÂNCER COMPLICANDO A DOENÇA DE CROHN PERIANAL**

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; ILSON GERALDO DA SILVA, SINARA MÔNICA OLIVEIRA LEITE, FLÁVIA FONTES FARIA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ELOAH GAMBOSI LIMA, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR., DANIEL AMARAL ZANETTI

*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À RESPOSTA E AUSÊNCIA/PERDA DE RESPOSTA AO ANTICORPO ANTI-FATOR DE NECROSE TUMORAL-ALFA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS;

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

**MULHERES RESPONDEM MELHOR À TERAPIA BIOLÓGICA NA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS;

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

**COMPARAÇÃO ENTRE ADALIMUMABE E INFLIXIMABE NO TRATAMENTO DAS FÍSTULAS PERIANAIS NA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS;

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

**TUBERCULOSE DISSEMINADA EM PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN EM USO DE IMUNOBOLÓGICO – RELATO DE CASO**

ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; ANDRE BARRETO SILVA; CAROLINA CHACON CONSENTINO; CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO; JOAO DE AGUIAR PUPO NETO; ROSANE LOUZADA MACHADO

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO*

**TERAPIA COMBINADA NA DOENÇA DE CROHN. É POSSÍVEL A MANUTENÇÃO DO ESQUEMA TERAPÊUTICO INICIAL?**

CLAUDIO COY; LARISSA BERBERT, NATALIA PRANZETTI VIEIRA, DEBORA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO

*AMBULATÓRIO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS “PROF. DR. RICARDO GÓES” GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA- FCM-UNICAMP*



**O EMPREGO DE TERAPIA BIOLÓGICA ALTEROU O PERFIL DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA NA RETOCOLITE ULCERATIVA?**  
LARISSA BERBERT ARIAS; NATALIA PRANZETTI VIEIRA, DEBORA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CLAUDIO COY  
*UNICAMP*

**ANÁLISE DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL USUÁRIOS DE AGENTE ANTI-TNF ALFA, ACOMPANHADOS EM UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO**  
NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉILO MOREIRA JÚNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**EFICÁCIA E SEGURANÇA NO USO DO ADALIMUMABE PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN**  
RAQUEL FRANCO LEAL; NIELCE M. PAIVA, MARIA L. S. AYRIZONO, PRISCILA S. P. OLIVEIRA, LUCIA HELENA LOURENÇO TOMIATO, DÉBORA H. G. ROSSI, JOÃO J. FAGUNDES, CLÁUDIO S. R. COY  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP*

**INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE NECESSITANDO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA EM USO DE INFLIXIMABE**  
VANESSA FORESTO MACHADO; 4  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO-USP*

**A ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA DOENÇA DE CROHN METASTÁTICA**  
FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, MARIANA SANO GAROTTI, ROBERTO CARLOS GUANDALINI JÚNIOR, GALDINO JOSÉ SITÔNIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS*

**MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN (DC) NO ESTADO DE MATO GROSSO – BRASIL**  
ANNA CAROLINA FRANCO; MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES; AYMÊ CHAVES NOGUEIRA; CAROLINA ROSSONI DE MELO, NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA; CLAUDIA MAGESTE REIS FALCÃO; MARDEM MACHADO DE SOUZA.  
*HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO (CUIABÁ-MT).*

**RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO PROSPECTIVO**  
PAULO GUSTAVO KOTZE; RENATO VISMARA ROPELATO, JULIANA FERREIRA MARTINS, JAIME FONTANELLI, IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, LORETE MARIA DA SILVA KOTZE  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR*

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O INFLIXIMABE E O ADALIMUMABE NA PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS NA DOENÇA DE CROHN: RESULTADOS DO BANCO DE DADOS INTERNACIONAL MULTIPER**  
PAULO GUSTAVO KOTZE; FABIO VIEIRA TEIXEIRA, IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, ROGERIO SAAD-HOSSNE, ANTONINO SPINELLI, SILVIO DANESE, AKIHIRO YAMADA, TAKAYUKI YAMAMOTO  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), YOKKAICHI IBD UNIT, HOSPITAL HELIOPOLIS, UNESP BOTUCATU, CLINICA GASTROSAUDE, SAKURA HOSPITAL, INSTITUTO HUMANITAS*

**A LOCALIDADE DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS INFLUENCIA NAS TAXAS DE RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS- OPERATÓRIA APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS NA DOENÇA DE CROHN? RESULTADOS DE UM ESTUDO MULTICÊNTRICO INTERNACIONAL (MULTIPER DATAB**  
PAULO GUSTAVO KOTZE; TAKAYUKI YAMAMOTO, IDBLAN ALBUQUERQUE, RODOLFF NUNES DA SILVA, ROGERIO SAAD-HOSSNE, FABIO VIEIRA TEIXEIRA, YASUO SUZUKI, ANTONINO SPINELLI  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), YOKKAICHI IBD UNIT, HOSPITAL HELIOPOLIS, UNESP BOTUCATU, CLINICA GASTROSAUDE, SAKURA HOSPITAL, INSTITUTO HUMANITAS*

**COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA DOS AGENTES ANTI-TNF ISOLADOS OU EM COMBINAÇÃO COM AZATIOPRINA NA PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN: RESULTADOS DE UM ESTUDO INTERNACIONAL (MULTIPER DATABASE)**

PAULO GUSTAVO KOTZE; ANTONINO SPINELLI, SILVIO DANESE, ROGERIO SAAD- HOSSNE, IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, FABIO VIEIRA TEIXEIRA, IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, TAKAYUKI YAMAMOTO  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), INSTITUTO HUMANITAS, CLINICA GASTROSAUDE, UNESP BOTUCATU, HOSPITAL HELIOPOLIS, YOKKAICHI IBD UNIT*

**USO PRÉ-OPERATÓRIO INTENCIONAL DO ADALIMUMABE NA DOENÇA DE CROHN: EXPERIÊNCIA INICIAL**

PAULO GUSTAVO KOTZE; RENATO VISMARA ROPELATO, JAIME FONTANELLI, ERON FABIO MIRANDA, LORETE MARIA DA SILVA KOTZE  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR*

**RECORRÊNCIA CIRÚRGICA DA DOENÇA DE CROHN E SEUS FATORES PREDITORES EM UMA COORTE DE PACIENTES ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; ANTÔNIO LACERDA FILHO, MARIA DE LOURDES ABREU FERRARI, DÉBORAH ALMEIDA ROQUETTE ANDRADE, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, RODRIGO GOMES DA SILVA  
*INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG E DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG – BELO HORIZONTE/MG.*

**MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA (RCUI) NO ESTADO DE MATO GROSSO – BRASIL.**

MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES; ANNA CAROLINA FRANCO, AYMÊ CHAVES NOGUEIRA, CAROLINA ROSSONI DE MELO, NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA, CLAUDIA MAGESTE REIS FALCÃO, MARDEM MACHADO DE SOUZA.  
*HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO (CUIABÁ-MT).*

**ANÁLISE DE PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA EM USO DE TERAPIA BIOLÓGICA**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA, DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE CAMARGO, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DMAD - FCM, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACÓLON TÓXICO POR DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, MICHEL GARDERE CAMARGO, NATÁLIA VIEIRA PRANZETTI, LARISSA BERBERT ARIAS, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - DMAD - FCM - UNICAMP*

**ABORDAGEM CIRÚRGICA NAS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA DE CROHN**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, RITA BARBOSA DE CARVALHO, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NOS PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN EM USO DE ANTICORPOS ANTI-TNF ALFA**

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; ANNIBAL COELHO AMORIM JR., ANDRÉ DA LUZ MOREIRA, ANA TERESA PUGAS CARVALHO, FLAVIO ABBY, BARBARA ESBERARD, FRANCISCO LOPES-PAULO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ.*

**ILEOCOLECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN**

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; KARIN LOHMANN HAMADA, MARLLUS BRAGA SOARES, ANDRÉ DA LUZ MOREIRA, ANA TERESA PUGAS CARVALHO, FLAVIO ABBY, BARBARA ESBERARD, PAULO CESAR CASTRO JR., FRANCISCO LOPES-PAULO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ*

**ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DO CÂNCER COLO-RETAL ASSOCIADO À DOENÇA DE CROHN**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PAULO EDUARDO PIZÃO, PATRÍCIA PRANDO CARDIA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**AVALIAÇÃO DO PERFIL, QUEIXA E HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA DE PACIENTE SUBMETIDOS À MANOMETRIA ANORRETAL.**

KARINE SABRINA BONAMIGO; MARLISE MELLO CERATO, VALÉRIO CELSO MADRUGA DE GARCIA, RUY TAKASHI KOSHIMIZU, RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL, DAIANE SONZA VIDART

*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES*

**IMPORTÂNCIA DA ULTRASSONOGRAFIA TRANSANAL 3D NA DOR ANAL IDIOPÁTICA.**

UMBERTO MORELLI; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, RAQUEL FRANCO LEAL, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY

*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS*

**PÔSTERES**

**ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR DIVERTICULITE DE MECKEL: RELATO DE CASO**

DANIELA TIEMI SATO; RAFAEL GAMA FERNANDES, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍIS DOS SANTOS MENDOÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR TUMOR DE SIGMOIDE COM INVASÃO DUODENAL: RELATO DE CASO**

FÁBIO RAMOS TEIXEIRA; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA, ANA LÍVIA SANTOS BARROS

*HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS*

**ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DO MEGACÓLON**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCÍ, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA

*CLÍNICA REIS NETO*

**ABCESSO HEPÁTICO COMO COMPLICAÇÃO DE JEJUNO-ILEÍTE DIFUSA POR DOENÇA DE CROHN**

MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA; FANG CHIA BIN, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, MARIA LUIZA QUEIROZ DE MIRANDA, LOUISIE GALANTINI LANA DE

GODOY, THAIS YUKA TAKAHASHI, NATHALIA LINS PONTES VIEIRA

*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO*

**ACHADOS COLONOSCÓPICOS DE LESÕES MALIGNAS E PRÉ-MALIGNAS**

ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; 3

*HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS / SANTA CASA DE OURINHOS*

**ADENOCARCINOMA DE CÓLON TRANSVERSO COM TUMOR ESTROMAL EM DELGADO EM PACIENTE COM 40 ANOS: RELATO DE CASO**

DANIEL MARAÑÓN TERRIVEL; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍIS DOS SANTOS MENDOÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, LARA TAGLIARI KOYANAGI, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**ADENOCARCINOMA MUCINOSO RECIDIVANTE DE RETO SECUNDÁRIO À DOENÇA DE CRÖHN. CIRURGIA RADICAL E TRATAMENTO ADJUVANTE COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA**

ALBERTO SILVA NEGRÃO; PISI PH, SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O.  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**ADENOCARCINOMA SOBRE ADENOMA DE APÊNDICE, UM RELATO DE CASO.**

RODRIGO PADILLA; VINICIUS MATIAS MONTEIRO CAVALCANTE, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**ADENOMA SERRILHADO DO APÊNDICE VERMIFORME COM DEGENERAÇÃO MALIGNA PARA ADENOCARCINOMA DIAGNOSTICADO POR COLONOSCOPIA**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; DEBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI; LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES; LARISSA BERBERT ARIAS; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*FCM-UNICAMP*

**AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO COM COLOSTOMIA PERINEAL: EXPERIÊNCIA DE DOZE ANOS DO HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS**

EDGAR ANTONIO ALEMAN LOAIZA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**ANÁLISE CRÍTICA DE 614 EXAMES DE COLONOSCOPIA EM SERVIÇO MÉDICO ESPECIALIZADO EM COLOPROCTOLOGIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO.**

ALESSANDRA CINTRA AMARAL; CÉSAR DE PAIVA BARROS, PAULO CÉSAR DE CASTRO JUNIOR, LEONARDO MACHADO DE CASTRO, RICARDO JÚNIO GARCIA, VICTOR AUGUSTO CARDILLO NETO, NATALIA DE CASTRO VICENTE, GABRIELA SANTOS SILVA  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA*

**ANASTOMOSE COLORRETAL POR COMPRESSÃO COM COLONRING™: SÉRIE DE CASOS**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**ANGIODISPLASIA DE CECO, PORQUE AINDA É UM DIAGNÓSTICO DE TÃO DIFÍCIL ACEITAÇÃO?**

JOSÉ HOMERO SOARES; VALÉRIA CARDOSO DE SOUZA; ANA CRISTINA INAMINE; EDUARDO YASSUSHI TANAKA; EVANDRO SOBROZA DE MELLO  
*HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ*

**APENDICITE COMPLICADA ABORDADA COM DRENAGEM PERCUTÂNEA: RELATO DE CASO**

DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR; FERNANDO BRUNO RENNO; LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO; EMERSON ABDULMASSHI WOOD DA SILVA; AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO; GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

**APLICAÇÃO INTRAESFINCTERIANA DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO “A” E DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL (THD) EM TEMPO ÚNICO NO TRATAMENTO DE FISSURA ANAL CRÔNICA ASSOCIADA A PROLAPSO HEMORROIDÁRIO – RELATO DE CASO**

PATRICIA MARIA BARROS CAVALCANTI; RODRIGUES, LFM; FONTANA, JP; SEIXAS, LM; ABUD NETO, C; TALAMONTE, D; SOARES, FA  
*UNIDADE DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS – BRASÍLIA / DF*

**ASCITE QUILOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; DECIO BERGAMINI VIEIRA, TAMIRIS ARRUDA DE MATOS INGRUND, WENDY YUMIE RAUSCHKOLB KATSUDA ITO, SANDRA PEDROSO DE MORAES, GUSTAVO SEVA-PEREIRA, RICARDO BOLZAM DO NASCIMENTO, JOAQUIM JOSE DE OLIVEIRA FILHO  
*HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI*

**ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU - RELATO DE CASO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU NO MESMO PACIENTE - RELATO DE CASO**

ÂNGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; LAÉRCIO ROBLES; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; HUGO H. WATTÉ; ISAAC J. F. CORRÊA NETO; ROGÉRIO DE FREITAS;  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA - SÃO PAULO*

**ASSOCIAÇÃO DE MÚLTIPLOS PROCEDIMENTOS ABDÔMINO-PERINEAIS NO TRATAMENTO DO PROLAPSO PÉLVICO MULTICOMPARTIMENTAL – RELATO DE CASO**

JULIANA PORTELLA FONTANA (FONTANA, JP); CAVALCANTI, PMB; RODRIGUES, LFM; SEIXAS, LM; ABUD NETO, C; TALAMONTE, D; SOARES, FA.  
*HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS (HFA)*

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇA DE CROHN ANOPERINEAL GRAVE E HIDRADENITE SUPURATIVA: RELATO DE CASO**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; LILIANA ANDRADE CHEBLI; JULIO MARIA FONSECA CHEBLI; KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI; LORENA NAGME DE OLIVEIRA PINTO; JANUARIO HENRIQUE SOUZA; BRUNO SILVA BORSARI  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

**ATLAS DE CASOS DE TUMORES DE BUSCHKE LÖWEINSTEIN OPERADOS PELOS MEMBROS DO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, BRUNA VIEIRA, ELOAH GAMBOGI LIMA, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**AVALIAÇÃO DAS PRESSÕES ESFINCTERIANAS APÓS OPERAÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TEO)**

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**CÂNCER METASTÁTICO ABDOMINAL DE SÍTIO PRIMÁRIO OCULTO. RELATO DE CASO**

ENRICO SFOGGIA; SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, MOTTA BZ, CANTÃO ABC, ROCHA JJR, FÉRES O DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**CARCINÓIDE DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE DOIS CASOS**

DANIEL MARAÑÓN TERRIVEL; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, RONALDO NO-NOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ,  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (CEC) PERIANAL PÓS TRATAMENTO COM RADIOQUIMIOTERAPIA EXCLUSIVA PARA CEC VULVAR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; HÉCTOR SBARAINI FONTES, MARLUS TAVARES GERBER, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, ROSIMERI KUHLMAN SVOBODA BALDIN, RENATO ARAÚJO BONARDI, EDUARDO SCHUNEMANN JÚNIOR, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**CARCINOMA DE DUCTOS GLANDULARES ANAIS: RELATO DE UM CASO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; YASMINE NATASHA SYGUEDOMI KOBAYASE, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO, JOÃO GOMES NETINHO, MARIO ANTÔNIO FERRARI, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, PRISCILLA CLIMACO REBOUCAS  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**CARCINOMA ESPINOCECULAR ANAL EM DOENÇA DE CROHN PERIANAL**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS DO CANAL ANAL - RELATO DE CASO**

RAQUEL ALBRECHT; JOSÉ ANTONIO DIAS, ANTÔNIO CARLOS E DANIELA ALCÂNTARA  
*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

**CARCINOMATOSE CUTÂNEA DE ADENOCARCINOMA DE RETO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; RAFAEL SOUZA MOTA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARCELO SALOMÃO BECHARA, EMILIO AUGUSTO CAMPOS PEREIRA DE ASSIS, SUZANA BORGATI DE OLIVEIRA FERRAZ, KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI, LORENA NAGME DE OLIVEIRA  
*ASCOMCER, UFJF*

**CISTOADENOMA MUCINOSO DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO**

MÁRIO ANTÔNIO FERRARI; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUCAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, LUIZ SÉRGIO RONCHI, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE CECAL – RELATO DE CASO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 7  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA-SÃO PAULO*

**CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE CECAL – RELATO DE CASO**

EDUARDO AUGUSTO LOPES; LARA BURLAMAQUI VERAS, LAÉRCIO ROBLES, ROGÉRIO FREITAS, HUGO HENRIQUES, ALEXANDER ROLIM, ÂNGELO CECCHINI, ISAAC NETO  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE-LOWESTEIN): TRATAMENTO COM PODOFILINA – RELATO DE CASO**

CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO; ANDRE BARRETO SILVA, CAROLINA CHACON CONSENTINO, ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS, JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO, JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO, EDNA DELABIO FERRAZ  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO*

**CORREÇÃO DE ESTENOSE DE CANAL COM RETALHO ILHADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

RAFAEL MOCHATE FLOR; FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES, CARLOS AUGUSTO CANTERAS, FERNANDO BRAY BERALDO, ADERSON ARAGÃO MOURA, JOSÉ EDUARDO GONÇALVES, NAGAMASSA YAMAGUCHI  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*

**DEFECAÇÃO OBSTRUÍDA POR PROCIDÊNCIA RETAL INTERNA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.**

FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES; CARLOS AUGUSTO CANTERAS, RAFAEL MOCHATE FLOR, CLÁUDIO OLIVEIRA MATHEUS, ADERSON ARAGÃO MOURA, JOSÉ EDUARDO GONÇALVES, RAFAEL MELLO  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*

**DESARTERILIZAÇÃO HEMORROIDARIA COM LASER - DOPPLER GUIADA - HELP - EXPERIENCIA DE 3 ANOS**

PAULO BOARINI; BOARINI, L; CANDELARIA, PAP; BOARINI, M; MESQUITA, E  
*HM TATUAPE/HM ALEXANDRE ZAIO/ SANTA DE CASA DE SÃO PAULO*

**DETECÇÃO DE PÓLIPOS EM COLONOSCOPIAS REALIZADAS POR RESIDENTES DE COLOPROCTOLOGIA COMPARANDO-SE ÀQUELAS REALIZADAS POR ENDOSCOPISTAS EXPERIENTES**

LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; DECIO BERGAMINI VIEIRA, BARBARA IGNEZ SCHIAVENIN, LARISSA CHAVES NUNES DE CARVALHO, RICARDO BOLZAM- NASCIMENTO, SANDRA PEDROSO DE MORAES, GUSTAVO SEVA-PE-REIRA, JOAQUIM JOSE OLIVEIRA FILHO  
*HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI*

**DIAGNÓSTICO DE POLIPOSE FAMILIAR DEVIDO A FERIMENTO POR ARMA DE FOGO**

CELENE BENEDITI BRAGION; PAULA DE FREITAS RIBEIRO, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS MENDONÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS*

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DOENÇA DE CROHN E LINFOGRANULOMA VENÉREO: RELATO DE CASO**

MARLUS TAVARES GERBER; HÉCTOR SBARAINI FONTES, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**DIAGNÓSTICO TARDIO DA DOENÇA DE CROHN EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

DANIEL AMARAL ZANETTI; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, ELOAH GAMBOGI LIMA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AUOAR, DIEGO VIEIRA SAMPAIO, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**DIFICULDADE DIAGNÓSTICA NA SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS**

GIAN LUIGI MENEGAZZO; LUCAS VERGAMINI, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA, WALTER RODRIGO MIYAMOTO, THAIS YUKA TAKAHASHI, PAULO PASSOS DE AZEREDO CANDELÁRIA, FANG CHIA BIN  
*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SP*

**DIVERTICULITE DE CECO: RELATO DE CASO**

CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**DIVERTICULITE DE CÓLON DIREITO SIMULANDO APENDICITE AGUDA – RELATO DE CASO.**

STHELA MARIA MURAD-REGADAS; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA, LUSMAR VERAS RODRIGUES, CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, WARYSON SILVA SURIMÃ, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS, SAULO SANTIAGO ALMEIDA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ*

**DIVERTÍCULO DE CECO COMPLICADO COM DIVERTICULOSTOMIA E PROLAPSO DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO**

CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**DOENÇA DE CROHN DUODENAL: RELATO DE CASO**

RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; MARIO ANTÔNIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA*

**DOENÇA DE CROHN EM CRIANÇA: UM RELATO DE CASO.**

PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; MARIO ANTONIO FERRARI, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE MEREGE DA SILVA, JOAO GOMES NETINHO, GENI SATOMI FAMERP

**DOENÇA DE CROHN EM GÊMEOS MONOZIGÓTICOS: ESTUDO DE CASO.**

JAIME FONTANELLI; RENATO VISMARA ROPELATO, RAFAELA MOLteni, PAULO GUSTAVO KOTZE  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR*

**DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE: RELATO DE UM CASO BEM SUSCEDIDO EM TRATAMENTO COM IMUNOBIOLOGICO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOSÉ LUIZ DOMINGUES JÚNIOR, RONALDO CARVALHO NEIVA, JOÃO GOMES NETINHO, MARIANA OKINO MITUO, MARIO ANTÔNIO FERRARI, RODRIGO PADILLA, PRISCILLA CLIMACO REBOUCAS,

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**DOENÇA DE CROHN GRAVE REFATÁRIA A ANTI-TNF**

RAFAEL FERRAZ DE SANTANA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES, NEOGÉLIA PEREIRA DE ALMEIDA, ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO, FLORA FORTES

*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS*

**DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG EM ADULTOS - RELATO DE DOIS CASOS**

HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PEDRO COSTA MOREIRA, LARISSA BERBERT, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, RAQUEL FRANCO LEAL, CLAUDIO COY

*INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA, SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA - FCM UNICAMP*

**DONOVANOSE PERIANAL : RELATO DE CASO**

RICARDO CARRELO DA COSTA; MARCOS VITOR NUNES LINDOTE, MARIA LYGIA MINNEY TEIXEIRA, RAFAEL RODRIGUES SPÍNOLA, ADEMAR GARCIA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT*

**ENDOMETRIOSE COLÔNICA SIMULANDO NEOPLASIA OBSTRUTIVA DO SIGMÓIDE**

BRUNO ZENE MOTTA; SFOGGIA E, FEITOSA MR, MACHADO VF, SOUZA GB, ZANNIN CV, ROCHA JJR, FÉRES O. DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO DE APÊNDICE/CÓLON DIREITO.**

MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO; CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ, BRUNO AMARAL MEDEIROS, SIDNEY PEARCE FURTADO, KARINNE AZIN PINHEIRO, JADER ROSAS CARVALHO, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO

*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

**ENTEROCOLITE NEUTROPÊNICA POR USO DE CAPECITABINA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA : RELATO DE CASO**

ADRIANA FREIRE SENA; ROSSINI CIPRIANO GAMA, GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO, LUCIANO PINTO NOGUEIRA DA GAMA, GABRIELA NOLASCO SANTANA FARDIM, LEONARDO REUTER MOTA GAMA, FLAVIA LEMOS MOURA RIBEIRO, THIAGO DE ALMEIDA FLAUZINO

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO VITÓRIA APART HOSPITAL, VITÓRIA - ES*



**ESQUITOSSOMOSE CRÔNICA RETAL- RELATO DE CASO**

FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; CYNTHIA ABDALLA CRUZ, SÉRGIO LUIZ DA CRUZ CUNHA, FÁBIO ALVES SOARES, SILVANA MARQUES E SILVA, AQUILES LEITE VIANA, ALEXANDRE GHELLER,  
*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

**ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA À INSTILAÇÃO ENDOLUMINAL DE FORMALDEÍDO DURANTE ENTE-ROCLISMA. RELATO DE CASO**

CASSIO ALFRED B CANTÃO; SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, SFOGGIA E, MOTTA BZ, ROCHA JJR, FÉRES O.  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

**ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA À INSTILAÇÃO ENDOLUMINAL DE FORMALDEÍDO DURANTE ENTE-ROCLISMA. RELATO DE CASO**

CHRISTIANO VARELLA ZANIN; SOUZA GB, MACHADO VF, MOTTA BZ, CANTÃO CAB, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O.  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

**ESTENOSE NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS: IMPORTÂNCIA DAS DILATAÇÕES NO SEGUIMENTO E PREVENÇÃO DO CCR - RELATO DE CASO**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, ELOAH GAMBOGI, FERNANDO LAVALL, DANIEL ZANET, MAGNO OTÁVIO SALGADO FREITAS  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

**ESTUDO CLÍNICO E GENÉTICO DA SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ: INVESTIGAÇÃO DAS MUTAÇÕES DO GENE SUPRESSOR DE TUMOR (FLCN). RELATO DE CASO.**

JAQUES WAISBERG; JAQUES WAISBERG\*, SANDRA DI FELICE BORATO\*, SERGIO APARECIDO DO AMARAL JUNIOR\*, CARINA MUCCIOLO MELO\*\*, THÉRÈSE RACHELL THEODORO\*\*, MARIA APARECIDA DA SILVA PINHAL\*\*  
*FACULDADE DE MEDICINA DA FUNDAÇÃO DO ABC*

**EVISCERAÇÃO PERINEAL DE INTESTINAL DELGADO EM PORTADORA DE PROLAPSO UTERINO: RELATO DE CASO**

FÁBIO RAMOS TEIXEIRA; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA, ANA LÍVIA SANTOS BARROS  
*HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS*

**FÍSTULA NEOVAGINA-RETAL EM PACIENTE TRANSSEXUAL APÓS CIRURGIA DE ADEQUAÇÃO DE GENITÁLIA**

VANESSA FORESTO MACHADO; SOUZA GB, ZANNIN CV, RIBEIRO MF, CANTÃO CAB, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

**FÍSTULA COLOVESICAL APÓS MIGRAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

MARCELO DE FILIPPIS; DANIEL DE CARVALHO DAMIN, CLAUDIO TARTA, PAULO DE CARVALHO CONTU, TIAGO LEAL GHEZZI  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

**GANGRENA DE FOURNIER – ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CASO AVANÇADO**

ELOAH GAMBOGI LIMA; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, HERALDO NEVES VALLE JUNIOR, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ILSON GERALDO DA SILVA  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**GIST DE RETO E O USO DO IMATINIB COMO TERAPIA NEOADJUVANTE**

SCHLINZ, J.R.; AMORIN JUNIOR. A.C ; SOARES, M.B.; HAMADA, K.L. ; FRAGA, LF. ; CASTRO JUNIOR, PC ; PAULO, F.L.; MOREIRA, A. L.  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO -UERJ*

**GIST DE RETO: RELATO DE CASO**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; VINICIUS GUILHERME ROCHA BATISTA, ADRIANA DE SOUZA SERGIO FERREIRA, SONIA MARIA NEUMANN CUPOLILO, MARCELO SALOMAO BECHARA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARIA AUGUSTA MARQUES SAMPAIO SOUZA, RAFAEL SOUZA MOTA  
*UFJF E ASCOMCER*

**HAMARTOMA CÍSTICO RETRORRETAL (CISTO DO INTESTINO POSTERIOR): RELATO DE CASO**

MARLUS TAVARES GERBER; DAYANE RAQUEL DE PAULA, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, LUCIANO OLTRAMANI SPONCHIADO, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**HEMANGIOMA DE OMENTO MAIOR EM ADULTO JOVEM**

JORGE DA SILVA KAWANO; WALTER RODRIGO MIYAMOTO, THAIS YUKA TAKAHASHI, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, FABIANA BUENO TOLEDO, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, DINO MARTINI FILHO, FANG CHIA BIN  
*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SP*

**HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA COM APRESENTAÇÃO ATÍCA EM ADOLESCENTE**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA NA SÍNDROME DE PRADER-WILLI**

MARLLUS BRAGA SOARES; DA LUZ, A.M; SCHLINZ, J.R; JUNIOR, A.C; HAMADA, K.L; JUNIOR, P.C.C; LOPES PAULO, F.; FRAGA, L.F.  
*UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO*

**HEPATITE FULMINANTE COM NECESSIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA REFRACTÁRIA EM USO DE INFLIXIMABE**

ROGERIO SERAFIM PARRA; ENRICO SFOGGIA, CHRISTIANO ZANNIN, GUSTAVO BOTEGA, VANESSA FORESTO MACHADO, JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA, OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE PROCTOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO, UNIVERSIDADE DE SAO PAULO*

**HÉRNIA PARAILEOSTÔMICA ENCARCERADA CONTENDO VESÍCULA BILIAR GANGRENADA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**HÉRNIA PARAILEOSTÔMICA ENCARCERADA CONTENDO VESÍCULA BILIAR GANGRENADA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**HÉRNIA PERINEAL PRIMÁRIA: RELATO DE CASO**

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR, ELOAH GAMBEGI LIMA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, DANIEL AMARAL ZANETTI, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ILSON GERALDO DA SILVA  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**HETEROTOPIA PANCREÁTICA NO ÍLEO CAUSANDO INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; MIKI MOCHIZUKI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, LARISSA BERBERT ARIAS, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

**HIDRADENITE SUPURATIVA EXTENSA DE REGIÃO INTERGLÚTEA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

CARLOS AUGUSTO CANTERAS; FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES, RAFAEL MOCHATE FLOR, ADERSON ARAGÃO MOURA, FERNANDO BRAY BERALDO, PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA, JOSE EDUARDO GONÇALVES, NAGAMASSA YAMAGUCHI  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*

**INTUSSUCEPÇÃO ILEOCECAL ASSOCIADO A TIREOIDITE DE HASHIMOTO**

KAROLINA VENCIO FRAUZINO RAMOS; GUSTAVO TRAVAGLIA  
*HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE*

**INTUSSUSCEPÇÃO COLÔNICA EM ADULTO: RELATO DE DUAS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 7  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL ASSOCIADO À SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**ISQUEMIA ISOLADA DE CECO SIMULANDO QUADRO DE ABDOMEN AGUDO INFLAMATÓRIO: RELATO DE CASO**

RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; MARIO ANTÔNIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, SÉRGIO LUIZ APARECIDO BRIENZE, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**LEIOMIOMA RETRO-RETAL: RELATO DE CASO**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**LEIOMIOSSARCOMA DE RETO - TERAPIA PALIATIVA - RELATO DE CASO**

JULIANA TEIXEIRA MACHADO; FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; ANDRÉ LUIGI PINCINATO; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS*

**LESÕES COLORRETAIS E DE INTESTINO DELGADO INDUZIDAS POR ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-HORMONAIS: RELATO DE CASO.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA, UMBERTO MORELLI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

**LINFOMA COLÔNICO EM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ETSUO SAGAE  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

**LINFOMA MALT DE RETO - REGRESSÃO COMPLETA APÓS A QUIMIOTERAPIA R-CHOP: RELATO DE CASO**

MATHEUS DE OLIVEIRA RANGEL; ENILTON MONTEIRO MACHADO; MARCOS JOSÉ QUINTANILHA RODRIGUES; ANNA PAULA WAKED; ANDRESSA COSTA PAES; VITOR RAMOS MUSSI NETO.  
*HOSPITAL ESCOLA ÁLVARO ALVIM*

**LINFOMA PERIANAL**

MARCELO DE FILIPPIS; DANIEL DE CARVALHO DAMIN, CLAUDIO TARTA, PAULO DE CARVALHO CONTU, TIAGO LEAL GHEZZI  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

**LIPOMA DE CÓLON DIREITO: RELATO DE CASO**

SARA JULIAN PELAQUIM; RAFAEL FERNANDES GAMA, CELENE BENEDITI BRAGION, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**LIPOMA RETAL GIGANTE MIMETIZANDO PROLAPSO RETAL - RELATO DE CASO**

CARLOS EDUARDO; DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR, BERNADO ROSA E SOUZA, RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA, LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI, EMERSON ABDULMASSIH WOOD DA SILVA, AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO, GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

**MACROLIGADURA ALTA - RESULTADOS A CURTO E LONGO PRAZO**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCI, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA

*CLÍNICA REIS NETO*

**MANEJO DE DC DE DIFÍCIL CONTROLE EM PACIENTE COM CONTRA-INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO BIOLÓGICO: RELATO DE CASO.**

LORENA DE OLIVEIRA NAGME PINTO; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA MOTA, KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI, MARCELO SALOMÃO BECHARA, JULIO MARIA FONSECA CHEBLI, LILIANE ANDRADE CHEBLI, LUCAS CHAVES SIMÕES, JANUÁRIO HENRIQUE DE SOUZA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

**MEGACÓLON ASSOCIADO A EPIDERMÓLISE BOLHOSA**

NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, PAULA CHRYSTINA ALMEIDA LEITE, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉLIO MOREIRA JÚNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**MEGACÓLON TÓXICO PERFURADO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, RANIERE RODRIGUES ISAAC, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**MEGACÓLON TÓXICO POR RETOCOLITE ULCERATIVA COM DESFECHO DESFAVORÁVEL, UM RELATO DE CASO.**

MARIANA OKINO MITUO; RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO, GENI SATOMI CUNRATH

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**METÁSTASE PULMONAR DE PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: RELATO DE CASO**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BERNARDO HANAN, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS, BÁRBARA

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**MUCOSA GÁSTRICA HETEROTÓPICA DE INTESTINO DELGADO EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, KARLA COSTA FERREIRA, PEDRO COSTA MOREIRA, GEANNA MARA LINO REZENDE, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉLIO MOREIRA JUNIOR

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS; INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

**NÃO-ROTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO**

LUANA DE MOURA BRITO CARDOSO; ANA LUISA DE ARÊA LEÃO ALVES, ANDRÉA DA COSTA VELOSO, DANIELA ALCÂNTARA DOS SANTOS  
*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

**NEOPLASIA ATÍPICA DE CANAL ANAL**

AMORIN JUNIOR, A.C.; SCHLINZ, J.R. ; HAMADA, K.L. ; SOARES, M.B. ; CASTRO JUNIOR, PC ; FRAGA, LF; PAULO, F.L; MOREIRA , A.L.  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO -UERJ*

**O USO DE METOTREXATE EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL APÓS ALERGIA A AZATIOPRINA, UM RELATO DE CASO**

MARIO ANTONIO FERRARI; ERIC MARTINEZ LINO, RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO*

**OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR ASSOCIADO A TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR ASSOCIADO A TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A COLONOSCOPIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO, JOSÉ LUIZ DOMINGUES JÚNIOR, LUIS HENRIQUE DE JESUS, JOAO ANTONIO FERIANI NUNES, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, JOÃO GOMES NETINHO, MARIANA OKINO MITUO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**PNEUMOPATIA ASSOCIADA À DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: RELATO DE CASO**

ENILTON MONTEIRO MACHADO; MARCOS JOSÉ QUINTANILHA RODRIGUES; MATHEUS DE OLIVEIRA RANGEL; ANNA PAULA WAKED; VITOR RAMOS MUSSI NETO; ANDRESSA COSTA PAES.  
*HOSPITAL ESCOLA ÁLVARO ALVIM*

**POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR EM PACIENTE DE 59 ANOS: MANIFESTAÇÕES TARDIAS E ASSOCIAÇÃO COM TUMOR CARCINOIDE.**

ARTHUR LOPES DE OLIVEIRA; ISABEL FERREIRA SAENGER, STEYCE LORENA PERES GARCIA, VALERIA CARDOSO PINTO, DANIELE FRANCO E COUTO  
*HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, DISTRITO FEDERAL*

**POLIPOSE JUVENIL CURSANDO COM DESNUTRIÇÃO GRAVE E ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**

ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; KARLA COSTA FERREIRA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARAES, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, PAULA CRHYSTINA CAETANO DE ALMEIDA LEITE, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**PROTECTOMIA PERINEAL PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA RETO VAGINAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO.**

KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA, LORENA NAGME DE OLIVEIRA PINTO, MARCELO SALOMÃO BECHARA, HOMERO GONÇALVES JUNIOR, LILIANE ANDRADE CHEBLI, JORDANE BENEDITO VARGAS DE OLIVEIRA, JANUÁRIO HENRIQUE DE SOUZA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

**PROTETOR DE FERIDA OPERATÓRIA CASEIRO EM CIRURGIA LAPAROSCÓPICA COLORRETAL**

MAURÍCIO LIMA DA FONTOURA; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, AFONSO MALLMANN, DANIELA C. KOPPE, LAURA MOSCHETTI, ROBERTO BERTEAUX ROBALDO, LUCIANO P. CARVALHO, THALIÚ A. LEÃO  
*HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PORTO ALEGRE*

**PSEUDOMIXOMA PERITONEAL EM DOENTE PORTADOR DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DO CÓLON: RELATO DE CASO.**

LUANA BOSCHETTI ALMEIDA; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAIS SANTOS MENDONÇA, MURILO ROCHA RODRIGUES, PAULA DAPHNE BRISIGUELLI ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO F R NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, SÃO PAULO, BRASIL*

**REALIZAÇÃO DE ESFINCTEROPLASTIA ANTERIOR COM RETALHO PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL**

BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; RODRIGO GOMES DA SILVA, ANTONIO LACERDA FILHO, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZZATTI  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG*

**RECIDIVA DE GIST DE CANAL ANAL-RELATO DE CASO**

FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; CYNTHIA ABDALLA CRUZ, SÉRGIO LUIZ DA CRUZ CUNHA, FÁBIO ALVES SOARES, SILVANA MARQUES E SILVA, AQUILES LEITE VIANA, ALEXANDRE GHELLER, JOUBERT FERNANDES BARBOSA  
*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

**RECONSTRUÇÃO DE FERIDA PERINEAL COM RETALHO MIOCUTÂNEO ABDOMINAL APÓS RESSECÇÃO ABDOMINOPERINEAL**

FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR, MÔNICA MOURTHÉ DE ALVIM ANDRADE, ELOAH GAMBOGI LIMA, DANIEL AMARAL ZANETTI  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**RE-HEPATECTOMIA REVERSA EM TUMOR DE RETO METACRÔNICO COM RECIDIVA LOCAL**

MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA; FANG CHIA BIN, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, FABIO GONÇALVES FERREIRA, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, THAIS YUKA TAKAHASHI, NATHALIA LINS PONTES VIEIRA, WALTER RODRIGO MIYAMOTO  
*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO*

**RELATO DE CASO: COLITE DIFUSA POR HISTOPLASMOSE EM PACIENTE IMUNOSUPRIMIDO COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

RODRIGO PADILLA; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COMBINADA A TERAPIA IMUNOSSUPRESSORA**

RICARDO CARRELO DA COSTA; VICTOR HUGO DA VEIGA JARDIM, RAFAEL RODRIGUES SPÍNOLA, MARIA LY-GIA MINNEY TEIXEIRA, ADEMAR GARCIA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT*

**RELATO DE CASO: HEMANGIOMA COLORRETAL**

GABRIELA N. SANTANA FARDIN; ADRIANA F. SENNA, ROSSINI CIPRIANO GAMA, GIOVANNI JOSÉ Z. LOUREIRO, LUCIANO P. NOGUEIRA DA GAMA, FLÁVIA LEMOS MOURA RIBEIRO  
*VITÓRIA APART HOSPITAL - SERRA, ES*

**RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM ABSCESSO PERIANAL EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO. DISCUSSÃO DE CONDUTAS.**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, JOÃO GOMES NETINHO, FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRÚRGICO PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN GRAVE PÓS LES INDUZIDO POR INFLIXIMAB**

RODRIGO PADILLA; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO, LUIZ SÉRGIO RONCHI

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**RELATO DE CASO: TROMBOSE PORTAL E ESPLENOMESENTÉRICA PÓS PROCTOCOLECTOMIA TOTAL + ILEOSTOMIA DEFINITIVA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**

ALINE POZZEBON GONÇALVES; JULIANA FORMETI ZANCO, LORENA REUTER MOTTA GAMA, TAUANA FERREIRA GONÇALVES, MAGALY GEMIO TEIXEIRA

*HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO*

**RESIDENCIA EM COLOPROCTOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE UM RESIDENTE NA ESPECIALIDADE DE COLOPROCTOLOGIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA.**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ELOAH GAMBONI, ROBERTA GRAZIELLE, FERNANDO LAVALL, DANIEL ZANETTI

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

**RESSECÇÃO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON EM ÂNGULO ESPLÊNICO DO CÓLON, COM INVASÃO DO HILO ESPLÊNICO, ESTÔMAGO, DIAFRAGMA, PULMÃO E PERICÁRDIO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; RODRIGO GOMES DA SILVA, ANTÔNIO LACERDA FILHO, BERNARDO HANAN, LEONARDO MACIEL FONSECA, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**RETALHO DE MÚSCULO GRÁCIL NA RECONSTRUÇÃO PERINEAL APÓS AMPUTAÇÃO ABDÔMINO PERINEAL DO RETO PELA TÉCNICA DE HOLMES**

BALSAMO F; PALMA RT; SABA GT; VALVERDE AL; WAISBERG J

*DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL E DO APARELHO DIGESTIVO- FUABC- HOSPITAL ESTADIAL MÁRIO COVAS- SANTO ANDRÉ, SP*

**RETOCELE POSTERIOR PÓS SACRECTOMIA**

THAIS YUKA TAKAHASHI; 6

*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO*

**SARCOMA RETRORRETAL: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; RAFAEL FERNANDES GAMA; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA; JULIANO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

**SÍNDROME DA REGRESSÃO CAUDAL - UM RELATO DE CASO**

RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA; HEITOR LIMA MEDEIROS, JOSE RAIMUNDO BAHIA SAPUCAIA FILHO, PALOMA PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA, CARLOS RAMON MENDES, PAULO MARCELO PIRES

*CLINICA DR JOSE BAHIA SAPUCAIA*

**SÍNDROME DE CURRARINO - RELATO DE CASO**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BIANCI, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLLANDA VIANA

*CLÍNICA REIS NETO*

**SÍNDROME DE SUPERCRESCIMENTO BACTERIANO DO INTESTINO DELGADO PÓS COLECTOMIA DIREITA**  
NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, JOFFRE REZENDE FILHO, JOFFRE REZENDE NETO, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉILO MOREIRA JÚNIOR

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

**SÍNDROME DO INTESTINO CURTO EM PACIENTE COM SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE**

MARLUS TAVARES GERBER; HÉCTOR SBARAINI FONTES, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**SUBOCCLUSÃO POR FITOBEZOAR EM PACIENTE COM ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA A DOENÇA DIVERTICULAR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; HÉCTOR SBARAINI FONTES, DAYANE RAQUEL DE PAULA, MARLUS TAVARES GERBER, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**TERATOMA RETRORETAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; MARIA AUGUSTA MARQUES SAMPAIO DE SOUZA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARCELO SALOMÃO BECHARA, RAFAEL SOUZA MOTA, ALUISIO GONÇALVES MEDEIROS, EMILIO AUGUSTO CAMPOS PEREIRA DE ASSIS

*ASCOMCER*

**TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS PÉLVICOS - ESTUDO EXPERIMENTAL EM CADAVER**

VICTOR EDMOND SEID; FALAVIO HENRIQUE GALVÃO, SEGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO, ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI, DANIEL WAISBERG, JUN ARAKI, SERGIO CARLOS NAHAS, LUIZ AUGUSTO CARNEIRO D'ALBUQUERQUE

*HOSPITAL DAS CLINICAS DA USP E UNIVERSIDADE DE TOQUIO*

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDRADENITE SUPURATIVA PERIANAL POR EXCISÃO EM MONOBLOCO: RELATO DE CASO**

DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR; LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI ; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO ; EMERSON ABDULMASSI WOOD DA SILVA ; AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO; GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

**TREINAMENTO EM ESTIMULAÇÃO NEUROSSACRAL SEGUIDO DE IMPLANTE DO DISPOSITIVO E AVALIAÇÃO DO RESULTADO FUNCIONAL: RELATO DE CASO**

RODRIGO GOMES DA SILVA; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, ANTONIO LACERDA FILHO, JOSE MARCIO NEVES JORGE, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFG, HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, FM-*

**TRÊS ESTOMAS NA ERA DO REPARO PRIMÁRIO**

THAIS YUKA TAKAHASHI; 6

*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO*



**TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN EM TERAPIA BIOLÓGICA**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PEDRO COSTA MOREIRA, GEANNA MARA LINO REZENDE, JOFFRE REZENDE FILHO, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉLIO MOREIRA JUNIOR

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS; INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

**TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO SINCRÔNICO A ADENOCARCINOMA DO CÓLON: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

ISABELA DIAS MARQUES CRUZ; THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES, EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ALINE LANDIM MANO

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL*

**TUMOR DE CÓLON SIGMÓIDE COM INTUSSUCEPCÇÃO, SIMULANDO NEOPLASIA DE RETO. RELATO DE CASO**

MARIANA OKINO MITUO; RAFAELA CRISTINA COLEHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMAACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, MÁRIO ANNÔNIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREJE, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**TUMOR ESTROMAL DE RETO: RELATO DE CASO**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA, LARA TAGLIARI KOYANAGI, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO**

GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; MACHADO VF, ZANNIN CV, CANTÃO CAB, FEITOSA MR, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÊRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

**TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO**

GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; MACHADO VF, ZANNIN CV, CANTÃO CAB, FEITOSA MR,

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

**VASCULITE MESENTÉRICA PÓS-OPERATÓRIA DE APENDICECTOMIA LAPROSCÓPICA - RELATO DE CASO**

CELENE BENEDITI BRAGION; SARA JULIAN PELAQUIM, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA, CALED JAUDAT KADRI, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS*

**VOLVO DE CÓLON SIGMÓIDE NUM PACIENTE COM MEGACÓLON CHAGÁSICO: RELATO DE CASO**

LUANA DE MOURA BRITO CARDOSO; ANA LUISA DE ARÊA LEÃO ALVES, KLEBER COELHO DE MORAES RICCIARD, PAULO CELSO BRACKMANN JÚNIOR

*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

**VÍDEOS LIVRES**

**SÍNDROME DA REGRESSÃO CAUDAL - UM RELATO DE CASO**

RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA; HEITOR LIMA MEDEIROS, JOSE RAIMUNDO BAHIA SAPUCAIA FILHO, PALOMA PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA, CARLOS RAMON MENDES, PAULO MARCELO PIRES

*CLINICA DR JOSE BAHIA SAPUCAIA*

**RESSECÇÃO ANTERIOR ROBÓTICA DO RETO EXTRAPERITONEAL POR ENDOMETRIOSE**

SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMOND SEID, RAFAEL CALEGARIS, ANTONIO LUIZ DE VASCONCELLOS MACEDO E SIDNEY KLAJNER  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SP)*

**HEMORROIDOPEXIA POR GRAMPEAMENTO SEM E COM COMPLEMENTAÇÃO POR HEMORROIDECTOMIA EXCISIONAL: RESULTADOS A LONGO PRAZO**

SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMOND SEID E LUCAS DE ARAUJO HORCEL  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SP)*

**A ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA DOENÇA DE CROHN METASTÁTICA**

FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, MARIANA SANO GAROTTI, ROBERTO CARLOS GUANDALINI JÚNIOR, GALDINO JOSÉ SITÔNIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS*

**ACHADOS COLONOSCÓPICOS DE LESÕES MALIGNAS E PRÉ-MALIGNAS**

ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; 3  
*HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS / SANTA CASA DE OURINHOS*

**ANÁLISE DA EXPRESSÃO PROTEÔMICA DE GLICOSAMINOGLICANOS SULFATADOS DA MATRIZ EXTRACELULAR NO CARCINOMA COLORRETAL HUMANO E NO TECIDO COLORRETAL NÃO NEOPLÁSICO PELA ESPECTROMETRIA DE MASSA E SUA RELAÇÃO COM A BIOLOGIA DO TUMOR**

ANA PAULA CLETO MAROLLA; ANA PAULA CLETO MAROLLA\*, JAQUES WAISBERG\*\*/\*\*, SANDRA DI FELICE BORATO\*\*\*, GIOVANNA CANATO TOLOI\*\*\*, CAROLINA KEESE\*\*\*, DANIEL REIS WAISBERG\*\*\*\*, ELOAH RABELLO SUAREZ\*, HELENA BONCIANI NADER\*, MARIA APARECIDA DA SILVA PINHAL\*  
*FACULDADE DE MEDICINA DA USP E FACULDADE DE MEDICINA DO ABC E HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL*

**ESTUDO CLÍNICO E GENÉTICO DA SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ: INVESTIGAÇÃO DAS MUTAÇÕES DO GENE SUPRESSOR DE TUMOR (FLCN). RELATO DE CASO.**

JAQUES WAISBERG; JAQUES WAISBERG\*, SANDRA DI FELICE BORATO\*, SERGIO APARECIDO DO AMARAL JUNIOR\*, CARINA MUCCILO MELO\*\*, THÉRÈSE RACHELL THEODORO\*\*, MARIA APARECIDA DA SILVA PINHAL\*\*  
*FACULDADE DE MEDICINA DA FUNDAÇÃO DO ABC*

**MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA (RCUI) NO ESTADO DE MATO GROSSO – BRASIL.**

MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES; ANNA CAROLINA FRANCO, AYMÊ CHAVES NOGUEIRA, CAROLINA ROSSONI DE MELO, NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA, CLAUDIA MAGESTE REIS FALCÃO, MARDEM MACHADO DE SOUZA.  
*HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO (CUIABÁ-MT).*

**MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN (DC) NO ESTADO DE MATO GROSSO – BRASIL.**

ANNA CAROLINA FRANCO; MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES; AYMÊ CHAVES NOGUEIRA; CAROLINA ROSSONI DE MELO, NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA; CLAUDIA MAGESTE REIS FALCÃO; MARDEM MACHADO DE SOUZA.  
*HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO (CUIABÁ-MT).*

**SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO II.**

ANNA CAROLINA FRANCO; MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES, AYMÊ CHAVES NOGUEIRA, BRUNA FRANCO, JACQUELINE JÉSSICA DE MARQUI, DULCYANE FERREIRA DE OLIVEIRA, JOAQUIM MARTINS SPADONI.  
*HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO (CUIABÁ-MT).*

**OCTOGENÁRIOS SE BENEFICIAM DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER COLORRETAL**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; LUCA STOCCHI, MATTHEW F KALADY, HERMANN KESSLER, DAVID DIETZ, XIAOBO LIU, FEZA REMZI  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

**FATORES DE RISCO PARA DISPLASIA NOS ADENOMAS/PÓLIPOS SERRILHADOS SÉSSEIS**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; DAVID LISKA, MATTHEW F KALADY, JAMES CHURCH  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

**EXPRESSÃO GÊNICA DE COASY PODE PREDIZER A RESPOSTA AO TRATAMENTO NEOADJUVANTE EM CÂNCER DE RETO**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; GERALD A GANTT; JENNIFER DEVECCHIO; ADAM G MACE; MATTHEW F KALADY  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

**CIRURGIA LAPAROSCÓPICA AUMENTA A SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O TRATAMENTO HOSPITALAR**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; LUCA STOCCHI, JAMES MERLINO, TRACY HULL, MASSARAT ZUTSHI, DANIEL BOKAR, BROOKE GURLAND  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

**CORRELAÇÃO DO NÍVEIS DE EXPRESSÃO DO SHLA-G E DADOS DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL NA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, RENATA TOSCANO SIMÕES, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, ELOAH GAMBOGI LIMA, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUSA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**CORREÇÃO DE ESTENOSE DE CANAL COM RETALHO ILHADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

RAFAEL MOCHATE FLOR; FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES, CARLOS AUGUSTO CANTERAS, FERNANDO BRAY BERALDO, ADERSON ARAGÃO MOURA, JOSÉ EDUARDO GONÇALVES, NAGAMASSA YAMAGUCHI  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*

**DEFECAÇÃO OBSTRUÍDA POR PROCIDÊNCIA RETAL INTERNA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.**

FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES; CARLOS AUGUSTO CANTERAS, RAFAEL MOCHATE FLOR, CLÁUDIO OLIVEIRA MATHEUS, ADERSON ARAGÃO MOURA, JOSÉ EDUARDO GONÇALVES, RAFAEL MELLO  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*

**HIDRADENITE SUPURATIVA EXTENSA DE REGIÃO INTERGLÚTEA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

CARLOS AUGUSTO CANTERAS; FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES, RAFAEL MOCHATE FLOR, ADERSON ARAGÃO MOURA, FERNANDO BRAY BERALDO, PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA, JOSE EDUARDO GONÇALVES, NAGAMASSA YAMAGUCHI  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*

**TRATAMENTO MULTIMODAL DO CÂNCER DE RETO ULTRA-BAIXO- PRESERVAÇÃO ESFINCTERIANA COM CONSERVAÇÃO DA RADICALIDADE ONCOLÓGICA- RELATO DA NOSSA PRÁTICA**

ADERSON ARAGÃO MOURA; ROGÉRIO TADEU PALMA; NAGAMASSA YAMAGUCHI; JOSÉ EDUARDO GONÇALVES; PRISCILA LARA NOGUEIRA; FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES; CARLOS AUGUSTO CANTERAS; RAFAEL MOCHATE FLOR  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO-SP*

**MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TAMIS) ASSOCIADA A RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM TEMPO ÚNICO NO TRATAMENTO DE TUMORES COLORRETAIS SINCRÔNICOS – RELATO DE CASO**

LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES; CAVALCANTI, PMB; FONTANA, JP; SOARES, FA; SEIXAS, LM; ABUD NETO, C; TALAMONTE, D.  
*HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS*

**ESQUITOSSOMOSE CRÔNICA RETAL- RELATO DE CASO**

FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; CYNTHIA ABDALLA CRUZ, SÉRGIO LUIZ DA CRUZ CUNHA, FÁBIO ALVES SOARES, SILVANA MARQUES E SILVA, AQUILES LEITE VIANA, ALEXANDRE GHELLER,  
*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

**DIAGNÓSTICO DA CONTRAÇÃO PARADOXAL DO PUBORRETAL EM MULHERES ADULTAS: PAPEL DA CINEDEFECOGRAFIA, ELETRONEUROMIOGRAFIA COM AGULHAS CONCÊNTRICAS, ELETROMANOMETRIA ANORRETAL E TESTE DE EXPULSÃO DO BALÃO.**

FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; SOARES, FA; FERNANDEZ, RNM; SILVA, SM; LIRA, EF; VIANA; CRUZ, CA; CUNHA, S.  
*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

**RECIDIVA DE GIST DE CANAL ANAL-RELATO DE CASO**

FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; CYNTHIA ABDALLA CRUZ, SÉRGIO LUIZ DA CRUZ CUNHA, FÁBIO ALVES SOARES, SILVANA MARQUES E SILVA, AQUILES LEITE VIANA, ALEXANDRE GHELLER, JOUBERT FERNANDES BARBOSA  
*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

**RETOSSIGMOIDECTOMIA E HEPATECTOMIA SIMULTÂNEAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL METASTÁTICO**

LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, IVAN FOLCHINI DE BARCELOS  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**ANASTOMOSE COLORRETAL POR COMPRESSÃO COM COLONRING™: SÉRIE DE CASOS**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**VIABILIDADE DA RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE TUMORES COLORRETAIS T4**

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR ADENOCARCINOMA DO CÓLON DESCENDENTE COM EXTRAÇÃO TRANSVAGINAL DO ESPÉCIME**

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO COM COLOSTOMIA PERINEAL: EXPERIÊNCIA DE DOZE ANOS DO HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS**

EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**ASPECTO TÉCNICOS E PADRONIZAÇÃO DA LIBERAÇÃO DO ÂNGULO ESPLÊNICO**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**ANÁLISE DAS PRESSÕES MANOMÉTRICAS PRÉ E PÓS TRATAMENTO EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DO RETO SUBMETIDOS A RESSECÇÃO ANTERIOR BAIXA APÓS NEOADJUVÂNCIA**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**AValiação das Pressões Esfincterianas Após Operação Endoscópica Transanal (TEO)**

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO  
*HOSPITAL DE CâNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE HÉRNIA INCISIONAL PÓS RESSECÇÃO ONCOLÓGICA COLORRETAL**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI  
*HOSPITAL DE CâNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO POR LAPAROSCOPIA: DETALHES TÉCNICOS E VARIADOS GRAUS DE DIFICULDADE**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI  
*HOSPITAL DE CâNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**ASSOCIAÇÃO DE MÚLTIPLOS PROCEDIMENTOS ABDÔMINO-PERINEAIS NO TRATAMENTO DO PROLAPSO PÉLVICO MULTICOMPARTIMENTAL – RELATO DE CASO**

JULIANA PORTELLA FONTANA (FONTANA, JP); CAVALCANTI, PMB; RODRIGUES, LFM; SEIXAS, LM; ABUD NETO, C; TALAMONTE, D; SOARES, FA.  
*HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS (HFA).*

**APLICAÇÃO INTRAESFINCTERIANA DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO “A” E DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL (THD) EM TEMPO ÚNICO NO TRATAMENTO DE FISSURA ANAL CRÔNICA ASSOCIADA A PROLAPSO HEMORROIDÁRIO – RELATO DE CASO**

PATRICIA MARIA BARROS CAVALCANTI; RODRIGUES, LFM; FONTANA, JP; SEIXAS, LM; ABUD NETO, C; TALAMONTE, D; SOARES, FA  
*UNIDADE DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS – BRASÍLIA/ DF*

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO TUMOR CARCINOIDE: ESTAMOS NA ERA PRÉ- RASTREAMENTO?**

ROBERTO CARLOS GUANDALINI JÚNIOR; RENATA BANDINI VIEIRA, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA E MARIANA SANO GAROTTI  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS- SP*

**CASUÍSTICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA PELA TÉCNICA DE DESARTERIALIZAÇÃO COM USO DO THD NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL - SALVADOR – BA**

THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL*

**TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO SINCRÔNICO A ADENOCARCINOMA DO CÔLON: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

ISABELA DIAS MARQUES CRUZ; THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES, EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ALINE LANDIM MANO  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL*

**CASUÍSTICA DAS RESSECÇÕES DE LESÕES RETAIS POR ABORDAGEM TRANSANAL VIDEOASSISTIDA DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL SALVADOR – BA.**

THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL*

**SÍNDROME DE SUPERCRESCIMENTO BACTERIANO DO INTESTINO DELGADO PÓS COLECTOMIA DIREITA**

NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, JOFFRE REZENDE FILHO, JOFFRE REZENDE NETO, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉILO MOREIRA JÚNIOR

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

**DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG EM ADULTOS - RELATO DE DOIS CASOS**

HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PEDRO COSTA MOREIRA, LARISSA BERBERT, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, RAQUEL FRANCO LEAL, CLAUDIO COY

*INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA, SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA - FCM UNICAMP*

**MEGACÓLON ASSOCIADO A EPIDERMÓLISE BOLHOSA**

NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, PAULA CHRYSTINA ALMEIDA LEITE, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉILO MOREIRA JÚNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**ANÁLISE DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL USUÁRIOS DE AGENTE ANTI-TNF ALFA, ACOMPANHADOS EM UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO**

NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉILO MOREIRA JÚNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**LEIOMIOMA RETRO-RETAL: RELATO DE CASO**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**CARCINOMA ESPINOCECULAR ANAL EM DOENÇA DE CROHN PERIANAL**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL ASSOCIADO À SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**MEGACÓLON TÓXICO PERFURADO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, RANIERE RODRIGUES ISAAC, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉILO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**ANÁLISE DE PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL SUBMETIDOS A CIRURGIA PRIMÁRIA E METASTECTOMIA**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉILO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE MILES**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, RANIERE RODRIGUES ISAAC, PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA NA SÍNDROME DE PRADER-WILLI**

MARLLUS BRAGA SOARES; DALUZ, A.M; SCHLINZ, J.R; JUNIOR, A.C; HAMADA, K.L; JUNIOR, P.C.C; LOPES PAULO, F.; FRAGA, L.F.  
*UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO*

**GIST DE RETO E O USO DO IMATINIB COMO TERAPIA NEOADJUVANTE**

SCHLINZ, J.R.; AMORIN JUNIOR, A.C.; SOARES, M.B.; HAMADA, K.L.; FRAGA, L.F.; CASTRO JUNIOR, PC.; PAULO, F.L.; MOREIRA, A. L.  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO -UERJ*

**NEOPLASIA ATÍPICA DE CANAL ANAL**

AMORIN JUNIOR, A.C.; SCHLINZ, J.R.; HAMADA, K.L.; SOARES, M.B.; CASTRO JUNIOR, PC.; FRAGA, L.F.; PAULO, F.L.; MOREIRA, A.L.  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO -UERJ*

**HELP - DESARTERILIZAÇÃO HEMORROIDARIA COM LASER DOPPLER GUIADA - EXPERIENCIA DE 3 ANOS**

PAULO BOARINI; CANDELARIA, PAP, BOARINI, L; BOARINI, M  
*H M DO TATUAPE/ H M ALEXANDRE ZAIO / SANTA CASA DE SAO PAULO*

**DESARTERILIZAÇÃO HEMORROIDARIA COM LASER - DOPPLER GUIADA - HELP DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA - EXPERIENCIA DE 3 ANOS**

*PAULO BOARINI; GIAMUNDO, P; BOARINI, L; BOARINI, M*

**DESARTERILIZAÇÃO HEMORROIDARIA COM LASER - DOPPLER GUIADA - HELP - EXPERIENCIA DE 3 ANOS**

PAULO BOARINI; BOARINI, L; CANDELARIA, PAP; BOARINI, M; MESQUITA, E  
*HM TATUAPE/HM ALEXANDRE ZAIO/ SANTA DE CASA DE SÃO PAULO*

**RELATO DE CASO: TROMBOSE PORTAL E ESPLENOMESENTÉERICA PÓS PROCTOCOLECTOMIA TOTAL + ILEOSTOMIA DEFINITIVA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**

ALINE POZZEBON GONÇALVES; JULIANA FORMETI ZANCO, LORENA REUTER MOTTA GAMA, TAUANA FERREIRA GONÇALVES, MAGALY GEMIO TEIXEIRA  
*HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO*

**TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS PÉLVICOS - ESTUDO EXPERIMENTAL EM CADAVER**

VICTOR EDMOND SEID; FALAVIO HENRIQUE GALVÃO, SEGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO, ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI, DANIEL WAISBERG, JUN ARAKI, SERGIO CARLOS NAHAS, LUIZ AUGUSTO CARNEIRO D'ALBUQUERQUE  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA USP E UNIVERSIDADE DE TOQUIO*

**DOENÇA DE CROHN GRAVE REFRAATÁRIA A ANTI-TNF**

RAFAEL FERRAZ DE SANTANA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES, NEOGÉLIA PEREIRA DE ALMEIDA, ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO, FLORA FORTES  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS*

**LEIOMIOSSARCOMA DE RETO - TERAPIA PALIATIVA - RELATO DE CASO**

JULIANA TEIXEIRA MACHADO; FABRICIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; ANDRÉ LUIGI PINCINATO; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS*

**NA DOENÇA HEMORROIDÁRIA HÁ NECESSIDADE DE REALIZAR COLONOSCOPIA PRÉ-OPERATÓRIA?**

MARIANA SANO GAROTTI; FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA, JULIANA TEIXEIRA MACHADO, MARCUS FÁBIO MAGALHÃES FONSECA, SABRYNA DE LACERDA WERNECK, GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS*

### **INTUSSUCEPÇÃO ILEOCECAL ASSOCIADO A TIREOIDITE DE HASHIMOTO**

KAROLINA VENCIO FRAUZINO RAMOS; GUSTAVO TRAVAGLIA  
*HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE*

### **ALTERNATIVA TÉCNICA DE SHAVE ASSOCIADO À RESSECÇÃO DISCOIDE (NOSE ANAL) EM ENDOMETRIOSE DO RETOSSIGMÓIDE EM DETRIMENTO À RESSECÇÃO SEGMENTAR**

UNIVALDO ETSUO SAGAE; GUSTAVO KURACHI, DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, TOMAZ MASSAYUKI TANAKA, VITOR MASSARO TAKAMATSU, CARLOS ALBERTO DE CARVALHO, RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA, MAURO WILLEMANN BONATTO  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO*

### **TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO NA DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA**

UNIVALDO ETSUO SAGAE; GUSTAVO KURACHI, DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, CARLOS ALBERTO DE CARVALHO, RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA, HELIN MINORU MATSUMOTO, IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO, TOMAZ MASSAYUKI TANAKA  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

### **NOSE VAGINAL EM CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE DO RETOSSIGMÓIDE**

UNIVALDO ETSUO SAGAE; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, HELIN MINORU MATSUMOTO, IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO, LUCIA MATIKO TAKAMATSU SAGAE, GUSTAVO KURACHI, VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE, CARLOS ALBERTO DE CARVALHO  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO*

### **NOSE VAGINAL EM TUMOR DE CÓLON DIREITO**

UNIVALDO ETSUO SAGAE; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, TOMAZ MASSAYUKI TANAKA, GUSTAVO KURACHI, HELIN MINORU MATSUMOTO, VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE, MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI, RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO, HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS*

### **RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO PROSPECTIVO**

PAULO GUSTAVO KOTZE; RENATO VISMARA ROPELATO, JULIANA FERREIRA MARTINS, JAIME FONTANELLI, IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, LORETE MARIA DA SILVA KOTZE  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR*

### **DOENÇA DE CROHN EM GÊMEOS MONOZIGÓTICOS: ESTUDO DE CASO.**

JAIME FONTANELLI; RENATO VISMARA ROPELATO, RAFAELA MOLteni, PAULO GUSTAVO KOTZE  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR*

### **ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O INFLIXIMABE E O ADALIMUMABE NA PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS NA DOENÇA DE CROHN: RESULTADOS DO BANCO DE DADOS INTERNACIONAL MULTIPER**

PAULO GUSTAVO KOTZE; FABIO VIEIRA TEIXEIRA, IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, ROGERIO SAAD-HOSSNE, ANTONINO SPINELLI, SILVIO DANESE, AKIHIRO YAMADA, TAKAYUKI YAMAMOTO  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), YOKKAICHI IBD UNIT, HOSPITAL HELIOPOLIS, UNESP BOTUCATU, CLINICA GASTROSAUDE, SAKURA HOSPITAL, INSTITUTO HUMANITAS*

### **A LOCALIDADE DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS INFLUENCIA NAS TAXAS DE RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS NA DOENÇA DE CROHN? RESULTADOS DE UM ESTUDO MULTICÊNTRICO INTERNACIONAL (MULTIPER DATAB**

PAULO GUSTAVO KOTZE; TAKAYUKI YAMAMOTO, IDBLAN ALBUQUERQUE, RODOLFF NUNES DA SILVA, ROGERIO SAAD-HOSSNE, FABIO VIEIRA TEIXEIRA, YASUO SUZUKI, ANTONINO SPINELLI  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), YOKKAICHI IBD UNIT, HOSPITAL HELIOPOLIS, UNESP BOTUCATU, CLINICA GASTROSAUDE, SAKURA HOSPITAL, INSTITUTO HUMANITAS*



**COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA DOS AGENTES ANTI-TNF ISOLADOS OU EM COMBINAÇÃO COM AZATIOPRINA NA PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN: RESULTADOS DE UM ESTUDO INTERNACIONAL (MULTIPER DATABASE)**

PAULO GUSTAVO KOTZE; ANTONINO SPINELLI, SILVIO DANESE, ROGERIO SAAD- HOSSNE, IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, FABIO VIEIRA TEIXEIRA, IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, TAKAYUKI YAMAMOTO  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), INSTITUTO HUMANITAS, CLINICA GASTROSAUDE, UNESP BOTUCATU, HOSPITAL HELIOPOLIS, YOKKAICHI IBD*

**USO PRÉ-OPERATÓRIO INTENCIONAL DO ADALIMUMABE NA DOENÇA DE CROHN: EXPERIÊNCIA INICIAL**

PAULO GUSTAVO KOTZE; RENATO VISMARA ROPELATO, JAIME FONTANELLI, ERON FABIO MIRANDA, LORETE MARIA DA SILVA KOTZE  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR*

**APLICATIVO “CIRURGIAS COLORRETAIS” PARA SÉRIES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

MAURO PINHO; WILLIAM COUTINHO HILBIG, LEANDRO ROSIN, GIOVANI MENEGUZZI DE CARVALHO, GABRIELLY DE ARAUJO, ALINE SANTIAGO, LUIS CARLOS FERREIRA, HARRY KLEINUBING JR.  
*DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE E DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVILLE*

**RECONSTRUÇÃO LAPAROSCÓPICA DO TRANSITO INTESTINAL APÓS CIRURGIA DE HARTMANN**

FLAVIO ROBERTOS SANTOS E SILVA; YURI YAMANE DIAZ, SANTIAGO CIRILO SERVIN, GIANCARLO SOUZA MARQUES, KILSON MARTINS COELHO, AUDRAN LARDINER ALVES DE OLIVEIRA, RODRIGO ALMEIDA BATISTA, MANOEL DE CASTRO SILVA NETTO  
*INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELLO*

**MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL – EXPERIÊNCIA INICIAL**

FLAVIO ROBERTOS SANTOS E SILVA; YURI YAMANE DIAZ, SANTIAGO CIRILO SERVIN, GIANCARLO SOUZA MARQUES, KILSON MARTINS COELHO, AUDRAN LARDINER ALVES DE OLIVEIRA, DANILO DALLAGO DE MARCHI, FRANCISCO RAUL SANTOS TEÓFILO  
*INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELLO E) CÂNCER DO RETO, 1) VIDEOLAPAROSCOPIA*

**PLAQUETOSE NA NEOPLASIA COLORRETAL DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA**

ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA; DANILO TOSHIO KANNO, LARA KOYANGI TAGLIARI, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, RONALDO NONOSE, ENZO FABRICIO RIBEIRO DO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

**PROTECTOMIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL(TAETM): UMA NOVA ABORDAGEM PARA EXCISÃO TOTAL DO MESORETO.**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA, LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA, MEYLINE ANDRADE LIMA  
*HOSPITAL SANTA IZABEL SALVADOR- BAHIA*

**COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DE DUHAMEL POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

JOSE RAIMUNDO BAHIA SAPUCAIA FILHO; PAULO MARCELO PIRES BASTOS, CARLOS RAMON MENDES, RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA, HEITOR LIMA MEDEIROS  
*CLINICA DR JOSE BAHIA SAPUCAIA*

**AValiação dos pacientes com alta precoce após procedimento de cirurgia colorretal videolaparoscópica**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA, LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERRIERA, RICARDO AGUIAR SAPUCAIA  
*HOSPITALA SANTA IZABEL*

**TRATAMENTO CIRURGIÃO DE FISTULA COLOVESICAL APÓS USO DE DIU**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; RICARDO SILVA TORRES, JOSE LUCIANO SIMOES FERREIRA VITAL FILHO, LUCINANO SANTANA DE MIRANDA FERRIERA, RICARDO AGUIAR SAPUCAIA, MEYLINE ANDRADE LIMA  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE*

**RELATO DE CASO: ACHADOS SUGESTIVOS DE MESENTERITE ESCLEROSANTE EM PÓS OPERATÓRIO DE COLECTOMIA TOTAL POR DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON**

MARIANA OKINO MITUO; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, MARIO ANTONIO FERRARI, RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP*

**DETECÇÃO DE PÓLIPOS EM COLONOSCOPIAS REALIZADAS POR RESIDENTES DE COLOPROCTOLOGIA COMPARANDO-SE ÀQUELAS REALIZADAS POR ENDOSCOPISTAS EXPERIENTES**

LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; DECIO BERGAMINI VIEIRA, BARBARA IGNEZ SCHIAVENIN, LARISSA CHAVES NUNES DE CARVALHO, RICARDO BOLZAM- NASCIMENTO, SANDRA PEDROSO DE MORAES, GUSTAVO SEVA-PEREIRA, JOAQUIM JOSE OLIVEIRA FILHO  
*HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI*

**ASCITE QUILOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; DECIO BERGAMINI VIEIRA, TAMIRIS ARRUDA DE MATOS INGRUND, WENDY YUMIE RAUSCHKOLB KATSUDA ITO, SANDRA PEDROSO DE MORAES, GUSTAVO SEVA-PEREIRA, RICARDO BOLZAM DO NASCIMENTO, JOAQUIM JOSE DE OLIVEIRA FILHO  
*HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI*

**MUCOSA GÁSTRICA HETEROTÓPICA DE INTESTINO DELGADO EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, KARLA COSTA FERREIRA, PEDRO COSTA MOREIRA, GEANNA MARA LINO REZENDE, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉLIO MOREIRA JUNIOR  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS; INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

**NOVOS CONCEITOS SOBRE A FISIOPATOGENIA DA RETOCELE: ASPECTOS ANATOMO-MECÂNICOS DO ASSOALHO PÉLVICO DURANTE O ESFORÇO EVACUATÓRIO**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PAULA CRHYSTINA CANEDO DE ALMEIDA LEITE, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, ANA PAULA TEIXEIRA MOREIRA, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS; INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

**POLIPOSE JUVENIL CURSANDO COM DESNUTRIÇÃO GRAVE E ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**

ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; KARLA COSTA FERREIRA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARAES, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, PAULA CRHYSTINA CAETANO DE ALMEIDA LEITE, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

**TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN EM TERAPIA BIOLÓGICA**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PEDRO COSTA MOREIRA, GEANNA MARA LINO REZENDE, JOFFRE REZENDE FILHO, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉLIO MOREIRA JUNIOR  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS; INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

**AVALIAÇÃO ELETROMANOMÉTRICA DE PACIENTES COM QUADRO CLÍNICO DE INCONTINÊNCIA FECAL**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ETSUO SAGAE  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

**AVALIAÇÃO ELETROMANOMÉTRICA DE PACIENTES COM QUADRO CLÍNICO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ETSUO SAGAE  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

**DOENÇA DE CROHN E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, UNIVALDO ETSUO SAGAE, DAYANE ALBA CHIUMENTO, LARRISA SOKOL ROTTA, FABIANO TAKA AKI EMORI, JOCELITO RUHNKE, CARLOS FLORIANO DE MORAIS  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, INSTITUTO DE RADIOLOGIA CASCAVEL, LABORATÓRIO APC*

**AVALIACAO ULTRASSONOGRÁFICA DE PACIENTES PORTADORES DE EVACUAÇÃO OBSTRUIDA**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, KARINA CORRÊA EBRAHIM, UNIVALDO ETSUO SAGAE  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

**LINFOMA COLÔNICO EM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ETSUO SAGAE  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

**LIPOMA RETAL GIGANTE MIMETIZANDO PROLAPSO RETAL - RELATO DE CASO**

CARLOS EDUARDO; DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR, BERNADO ROSA E SOUZA, RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA, LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI, EMERSON ABDULMASSIH WOOD DA SILVA, AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO, GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDRADENITE SUPURATIVA PERIANAL POR EXCISÃO EM MONOBLOCO: RELATO DE CASO**

DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR; LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI ; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO ; EMERSON ABDULMASSHI WOOD DA SILVA ; AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO; GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

**APENDICITE COMPLICADA ABORDADA COM DRENAGEM PERCUTÂNEA: RELATO DE CASO**

DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR; FERNANDO BRUNO RENNO; LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI ; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO ; EMERSON ABDULMASSHI WOOD DA SILVA ; AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO; GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

**ESTUDO COMPARATIVO DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES NONAGENÁRIOS COM CÂNCER COLORRETAL**

ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; FÁBIO LOPES QUEIROZ; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA; PAULO ROCHA FRANÇA NETO; MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO; VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; NATÁLIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE-MG*

**EVISCELAÇÃO PERINEAL DE INTESTINAL DELGADO EM PORTADORA DE PROLAPSO UTERINO: RELATO DE CASO**

FÁBIO RAMOS TEIXEIRA; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA, ANA LÍVIA SANTOS BARROS  
*HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS*

**ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR TUMOR DE SIGMOIDE COM INVASÃO DUODENAL: RELATO DE CASO**

FÁBIO RAMOS TEIXEIRA; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA, ANA LÍVIA SANTOS BARROS  
*HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS*

**IMPORTÂNCIA DA ULTRASSONOGRAFIA TRANSANAL 3D NA DOR ANAL IDIOPÁTICA.**

UMBERTO MORELLI; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, RAQUEL FRANCO LEAL, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS*

**ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À RESPOSTA E AUSÊNCIA/PERDA DE RESPOSTA AO ANTICORPO ANTI-FATOR DE NECROSE TUMORAL-ALFA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS;  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

**AVALIAÇÃO DA TÉCNICA LIFT (LIGATION OF THE INTERSPHINCTERIC FÍSTULA TRACT) EM PACIENTES COM FÍSTULAS PERIANAIS TRANSESFINCTERIANAS**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; CAROLINE SAUTER DALBEM, SERGIO DANILO TANAHARA TOMIYOSHI  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

**MODELO EXPERIMENTAL DE FÍSTULA ANAL EM RATOS**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; MARIANA SOUSA ARAKAKI, GUSTAVO RIBEIRO FALCÃO, PEDRO CARVALHO CASSINO, RICARDO KENITHI NAKAMURA, NATHÁLIA FAVERO GOMES, RICARDO GASPARIN COUTINHO DOS SANTOS  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

**MULHERES RESPONDEM MELHOR À TERAPIA BIOLÓGICA NA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS;  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

**COMPARAÇÃO ENTRE ADALIMUMABE E INFLIXIMABE NO TRATAMENTO DAS FÍSTULAS PERIANAIS NA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS;  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

**COLECTOMIA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DAS LESÕES DO CÓLON DIREITO**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

**ANÁLISE DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO ELETIVO DA DOENÇA DIVERTICULAR**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES, THALLES VALENTE LISBOA  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

**TRREMS (TRANSANAL REPAIR OF RECTOCELE AND RECTAL MUCOSECTOMY WITH ONE CIRCULAR STAPLER), EXPERIÊNCIA INICIAL**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

**AMPUTAÇÃO EXTRAELEVADORA COM RECONSTRUÇÃO PERINEAL COM PERICÁRDIO BOVINO**

ANTONIO LACERDA FILHO; RODRIGO GOMES DA SILVA, MAGADA MARIA PROFETA DA LUZ, BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, VINÍCIUS, RODRIGUES TARANTO NUNES, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**METÁSTASE PULMONAR DE PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: RELATO DE CASO**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BERNARDO HANAN, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS, BÁRBARA  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**REALIZAÇÃO DE ESFINCTEROPLASTIA ANTERIOR COM RETALHO PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL**

BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; RODRIGO GOMES DA SILVA, ANTONIO LACERDA FILHO, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**TÉCNICA LIFT NA CORREÇÃO DA FÍSTULA PERIANAL**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, ANTONIO LACERDA FILHO, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, BERNARDO HANAN, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**RESULTADOS DA AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL E RESSECÇÃO ANTERIOR DO RETO NO PERÍODO DE 2005 A 2012, NO HC-UFGM.**

RODRIGO GOMES DA SILVA; ANTONIO LACERDA FILHO, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES, LUISA LIMA CASTRO, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, LILIANE DINIZ DE ARAÚJO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**RESSECÇÃO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON EM ÂNGULO ESPLÊNICO DO CÓLON, COM INVASÃO DO HILO ESPLÊNICO, ESTÔMAGO, DIAFRAGMA, PULMÃO E PERICÁRDIO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; RODRIGO GOMES DA SILVA, ANTONIO LACERDA FILHO, BERNARDO HANAN, LEONARDO MACIEL FONSECA, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**PROMONTOFIXAÇÃO DO RETO POR VIA LAPAROSCÓPICA**

ANTONIO LACERDA FILHO; RODRIGO GOMES DA SILVA, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS, ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRE

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**DESAFIOS DA CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; RODRIGO GOMES DA SILVA, ANTONIO LACERDA FILHO, LEONARDO MACIEL FONSECA, BERNARDO HANAN, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRE, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**ATIVIDADE FÍSICA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL NO BRASIL: OS COLOPROCTOLOGISTAS RECOMENDAM?**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BÁRBARA DE QUEIROZ E BRAGÁGLIA, RENATO GOMES CAMPANATI, JÚLIA REAL, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES E FILIPE BORGES TEIXEIRA CARDOSO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

**TREINAMENTO EM ESTIMULAÇÃO NEUROSSACRAL SEGUIDO DE IMPLANTE DO DISPOSITIVO E AVALIAÇÃO DO RESULTADO FUNCIONAL: RELATO DE CASO**

RODRIGO GOMES DA SILVA; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, ANTONIO LACERDA FILHO, JOSE MARCIO NEVES JORGE, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM, HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, FM-USP*

**TUBERCULOSE DISSEMINADA EM PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN EM USO DE IMUNOBIOLOGICO – RELATO DE CASO**

ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; ANDRE BARRETO SILVA; CAROLINA CHACON CONSENTINO; CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO; JOAO DE AGUIAR PUPO NETO; ROSANE LOUZADA MACHADO  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO*

**CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE-LOWESTEIN): TRATAMENTO COM PODOFILINA – RELATO DE CASO**

CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO; ANDRE BARRETO SILVA, CAROLINA CHACON CONSENTINO, ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS, JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO, JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO, EDNA DELABIO FERRAZ  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO*

**PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO PARA TUBERCULOSE E CRITÉRIO DE CURA EM FÍSTULAS ANORRETAIS COMPLEXAS E RECIDIVADAS**

LEONARDO GUEDES DE OLIVEIRA; CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO, ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS, CAROLINA CHACON CONSENTINO, ANDRE BARRETO SILVA, MONIKA PEREIRA KIM, JOÃO PUPO DE AGUIAR NETO, EDNA DELABIO FERRAZ  
*HUCFF-UF RJ*

**TERAPIA COMBINADA NA DOENÇA DE CROHN. É POSSÍVEL A MANUTENÇÃO DO ESQUEMA TERAPÊUTICO INICIAL?**

CLAUDIO COY; LARISSA BERBERT, NATALIA PRANZETTI VIEIRA, DEBORA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO  
*AMBULATÓRIO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS “PROF. DR. RICARDO GÓES” GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA- FCM-UNICAMP*

**INCIDÊNCIA E EVOLUÇÃO DE ADENOMAS DUODENAIS EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL**

DEBORA GONÇALVES ROSSI; JULIA GIRARDI CUTOVOI, ELINTON ADAMI CHAIM, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CLAUDIO COY  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - FCM- UNICAMP*

**RESULTADOS DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL UNICAMP 2011-2014**

CLAUDIO COY; TAMARA MARIA NIERI, ROGERIO TERRA ESPIRITO SANTO, LILA LEA CRUVINEL, ANDRE MYIOSHI, DRAUSIO JEFERSON DE MORAES, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/ GASTROCENTRO/ FCM/ CECOM - UNICAMP*

**ADENOMA SERRILHADO DO APÊNDICE VERMIFORME COM DEGENERAÇÃO MALIGNA PARA ADENOCARCINOMA DIAGNOSTICADO POR COLONOSCOPIA**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; DEBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI; LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES; LARISSA BERBERT ARIAS; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*FCM-UNICAMP*

**O EMPREGO DE TERAPIA BIOLÓGICA ALTEROU O PERFIL DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA NA RETOCOLITE ULCERATIVA?**

LARISSA BERBERT ARIAS; NATALIA PRANZETTI VIEIRA, DEBORA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CLAUDIO COY  
*UNICAMP*

**OCORRÊNCIA DE TUMOR DESMÓIDE EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: ANÁLISE DA CASUÍSTICA**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; DEBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI; LILIAN VITAL PINHEIRO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*FCM-UNICAMP*

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INÉRCIA CÓLICA: ANÁLISE DOS RESULTADOS**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; UMBERTO MORELLI; MICHEL GARDERE CAMARGO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*FCM-UNICAMP*

*H) FISIOLOGIA ANORRETOCÓLICA*

**TRATAMENTO DE ULCERA PERIANAL DE DOENÇA DE CROHN COM PAPAÍNA: RELATO DE CASO.**

CAROLINA CHACON COSENTINO; ROSANE LOUZADA MACHADO, MARIA JOSÉ DE SOUZA PEREIRA FRANCISCO, JOAO DE AGUIAR PUPO NETO

*HUCFF-UFRJ*

**CIRURGIA CITORREDUTORA COMPLETA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EM 40 PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMATOSE PERITONEAL**

NATÁLIA REGINA MISSON; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANÇA NETO, VINÍCIUS PIRES RODRIGUES, MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO - BELO HORIZONTE (MG)*

**TEO – TRANSANAL ENDOSCOPIC OPERATION : RESULTADOS INICIAIS DO HOSPITAL FELICIO ROCHO - MG**

MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO; FABIO LOPES DE QUEIROZ; ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; NATALIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; PAULO ROCHA FRANCA NETO; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA

*HOSPITAL FELICIO ROCHO - MINAS GERAIS*

**ABAIXAMENTO DE CÓLON TOTALMENTE LAPAROSCOPICO COM EXTRAÇÃO POR ORIFÍCIOS NATURAIS (NOSE), RESULTADOS INICIAIS**

THALLES VALENTE LISBOA; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, MINAS GERAIS*

**RESSECÇÃO DE ADENOMA POR TEO – TRANSANAL ENDOSCOPIC OPERATION**

MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO; FABIO LOPES DE QUEIROZ; ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; NATALIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA; VINICIUS PIRES RODRIGUES

*HOSPITAL FELICIO ROCHO - MINAS GERAIS*

**AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE PELO POSSUM E P-POSSUM COMO INDICADOR DE QUALIDADE EM CIRURGIAS COLORRETAIS NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO -MG**

MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO; FABIO LOPES DE QUEIROZ; ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; NATALIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; PAULO ROCHA FRANCA NETO; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA

*HOSPITAL FELICIO ROCHO - MINAS GERAIS*

**RETALHO MIOCUTÂNEO APÓS DEISCÊNCIA DE SUTURA PRIMÁRIA DE FERIDA DE AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL**

FABER HENRIQUE CACCIA; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, FABIO LOPES DE QUEIROZ, RENATA PAOLINELI BOTINHA MACEDO, PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO

*INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

**COLECTOMIA DIREITA TOTALMENTE LAPAROSCOPICA - RELATO DE CASO**

FABER HENRIQUE CACCIA; FABIO LOPES DE QUEIROZ, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, RENATA PAOLINELI BOTINHA MACEDO, PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO  
*INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

**INÉRCIA COLONICA: TRATAMENTO CIRÚRGICO**

FABER HENRIQUE CACCIA; FABIO LOPES DE QUEIROZ, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, RENATA PAOLINELI BOTINHA MACEDO, PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO  
*INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

**HIPOVITAMINOSE D EM PACIENTES PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN ACOMPANHADOS NO HOSPITAL DE BASE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP.**

PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, MARIO ANTONIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE MEREGE, MARIANA OKINO, JOAO GOMES NETINHO, GENI SATOMI  
*FAMERP*

**DOENÇA DE CROHN EM CRIANÇA: UM RELATO DE CASO.**

PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; MARIO ANTONIO FERRARI, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE MEREGE DA SILVA, JOAO GOMES NETINHO, GENI SATOMI  
*FAMERP*

**DIVERTÍCULO DE CECO COMPLICADO COM DIVERTICULOSTOMIA E PROLAPSO DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO**

CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**DIVERTICULITE DE CECO: RELATO DE CASO**

CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**ABSCESSO HEPÁTICO COMO COMPLICAÇÃO DE JEJUNO-ILEÍTE DIFUSA POR DOENÇA DE CROHN**

MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA; FANG CHIA BIN, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, MARIA LUIZA QUEIROZ DE MIRANDA, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, THAIS YUKA TAKAHASHI, NATHALIA LINS PONTES VIEIRA  
*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO*

**RE-HEPATECTOMIA REVERSA EM TUMOR DE RETO METACRÔNICO COM RECIDIVA LOCAL**

MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA; FANG CHIA BIN, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, FABIO GONÇALVES FERREIRA, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, THAIS YUKA TAKAHASHI, NATHALIA LINS PONTES VIEIRA, WALTER RODRIGO MIYAMOTO  
*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO*

**LIFT**

FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; ANTÔNIO LACERDA FILHO, FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, ELIANE SANDER MANSUR, VINÍCIUS PIRES RODRIGUES  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS*

**CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS DO CANAL ANAL - RELATO DE CASO**

RAQUEL ALBRECHT; JOSÉ ANTONIO DIAS, ANTÔNIO CARLOS E DANIELA ALCÂNTARA  
*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*



**ANÁLISE CRÍTICA DE 614 EXAMES DE COLONOSCOPIA EM SERVIÇO MÉDICO ESPECIALIZADO EM COLO-PROCTOLOGIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO.**

ALESSANDRA CINTRA AMARAL; CÉSAR DE PAIVA BARROS, PAULO CÉSAR DE CASTRO JUNIOR, LEONARDO MACHADO DE CASTRO, RICARDO JÚNIO GARCIA, VICTOR AUGUSTO CARDILLO NETO, NATALIA DE CASTRO VICENTE, GABRIELA SANTOS SILVA  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA*

**COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRACORPÓREA: SUGESTÃO DE PADRONIZAÇÃO TÉCNICA E RESULTADOS A CURTO PRAZO DE 19 PACIENTES NÃO SELECIONADOS.**

VICTOR AUGUSTO CARDILLO NETO; CÉSAR DE PAIVA BARROS, LEONARDO MACHADO DE CASTRO, RICARDO JÚNIO GARCIA, PAULO CÉSAR DE CASTRO JUNIOR, NATALIA DE CASTRO VICENTE, ALESSANDRA CINTRA AMARAL, GABRIELA SANTOS SILVA  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA*

**QUAIS FATORES INTERFEREM NA PREVALÊNCIA DE RETOCELE SIGNIFICANTE?**

1ADJRA DA SILVA VILARINHO; 2STHELA MARIA MURAD REGADAS, 3FRANCISCO SERGIO P REGADAS FILHO, 4LUSMAR VERAS RODRIGUES, 5DAVID PESSOA MORANO, 6SAULO SANTIAGO ALMEIDA, 7RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS  
*1, 3, 5 HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA; 2, 4, 6, 7, 8 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO*

**TREMS TECHNIQUE (TRANSANAL REPAIR OF RECTOCELE AND RECTAL MUCOSECTOMY WITH ONE CIRCULAR STAPLER) NA CORREÇÃO DE RETOCELE SIGNIFICANTE.**

1STHELA MARIA MURAD REGADAS; 2FRANCISCO SÉRGIO P REGADAS, 3FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO, 4ERICO DE CARVALHO HOLANDA, 5BENJAMIN RAMOS DE ANDRADE JUNIOR, 6DAVID PESSOA MORANO, 7ADJRA DA SILVA VILARINHO, 8FELIPE PASTANA MANO  
*1, 2 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO; 3, 4, 5, 6, 7, 8 HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA*

**DIAGNÓSTICO DE POLIPOSE FAMILIAR DEVIDO A FERIMENTO POR ARMA DE FOGO**

CELENE BENEDITI BRAGION; PAULA DE FREITAS RIBEIRO, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS MENDONÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS*

**VASCULITE MESENTÉRICA PÓS-OPERATÓRIA DE APENDICECTOMIA LAPROSCÓPICA - RELATO DE CASO**

CELENE BENEDITI BRAGION; SARA JULIAN PELAQUIM, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA, CALED JAUDAT KADRI, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS*

**DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE: RELATO DE UM CASO BEM SUSCEDIDO EM TRATAMENTO COM IMUNOBIOLOGICO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOSÉ LUIZ DOMINGUES JÚNIOR, RONALDO CARVALHO NEIVA, JOÃO GOMES NETINHO, MARIANA OKINO MITUO, MARIO ANTÔNIO FERRARI, RODRIGO PADILLA, PRISCILLA CLIMACO REBOUCAS,  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**CARCINOMA DE DUCTOS GLANDULARES ANAIS: RELATO DE UM CASO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; YASMINE NATASHA SYGUEDOMI KOBAYASE, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO, JOÃO GOMES NETINHO, MARIO ANTÔNIO FERRARI, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, PRISCILLA CLIMACO REBOUCAS  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A COLONOSCOPIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO, JOSÉ LUIZ DOMINGUES JÚNIOR, LUIS HENRIQUE DE JESUS, JOAO ANTONIO FERIANI NUNES, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, JOÃO GOMES NETINHO, MARIANA OKINO MITUO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**INCIDÊNCIA E EVOLUÇÃO DE ADENOMAS DUODENAIIS EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR**

DEBORA GONÇALVES ROSSI; JULIA CUTOVOI GIRARD, ELINTON ADAMI CHAIM, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOAO JOSE FAGUNDES, CLAUDIO COY  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO DMAG DA UNICAMP - SP*

**ANÁLISE DE PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA EM USO DE TERAPIA BIOLÓGICA**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA, DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE CAMARGO, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DMAD - FCM, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACÓLON TÓXICO POR DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, MICHEL GARDERE CAMARGO, NATÁLIA VIEIRA PRANZETTI, LARISSA BERBERT ARIAS, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - DMAD - FCM - UNICAMP*

**ESVAZIAMENTO PÉLVICO LATERAL NO CÂNCER DE RETO. ANÁLISE DA CASUÍSTICA.**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MICHEL GARDERE CAMARGO, LARISSA BERBERT ARIAS, PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - DMAD - FCM - UNICAMP*

**ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU NO MESMO PACIENTE - RELATO DE CASO**

ÂNGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; LAÉRCIO ROBLES; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; HUGO H. WATTÉ; ISAAC J. F. CORRÊA NETO; ROGÉRIO DE FREITAS;  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA- SÃO PAULO*

**DIFICULDADE DIAGNÓSTICA NA SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS**

GIAN LUIGI MENEGAZZO; LUCAS VERGAMINI, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA, WALTER RODRIGO MIYAMOTO, THAIS YUKA TAKAHASHI, PAULO PASSOS DE AZEREDO CANDELÁRIA, FANG CHIA BIN  
*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SP*

**HEMANGIOMA DE OMENTO MAIOR EM ADULTO JOVEM**

JORGE DA SILVA KAWANO; WALTER RODRIGO MIYAMOTO, THAIS YUKA TAKAHASHI, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, FABIANA BUENO TOLEDO, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, DINO MARTINI FILHO, FANG CHIA BIN  
*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SP*

**ADENOCARCINOMA MUCINOSO RECIDIVANTE DE RETO SECUNDÁRIO À DOENÇA DE CRÖHN.CIRURGIA RADICAL E TRATAMENTO ADJUVANTE COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA**

ALBERTO SILVA NEGRÃO; PISI PH, SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O.  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO**

GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; MACHADO VF, ZANNIN CV, CANTÃO CAB, FEITOSA MR, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O.  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**ANGIODISPLASIA DE CECO, PORQUE AINDA É UM DIAGNÓSTICO DE TÃO DIFÍCIL ACEITAÇÃO?**

JOSÉ HOMERO SOARES; VALÉRIA CARDOSO DE SOUZA; ANA CRISTINA INAMINE; EDUARDO YASSUSSHI TANAKA; EVANDRO SOBROZA DE MELLO  
*HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ*

**ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE FÍSTULA ANAL CRÔNICA**

PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO; FABER HENRIQUE CACCIA, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, FABIO LOPES DE QUEIROZ, RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO, SINARA MÔNICA LEITE, MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS, GUSTAVO AMBROSI EVANGELISTA

*HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO SERVIDOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

**COMO AVALIAR A CAPACIDADE DE UM SERVIÇO PARA HABILITAR UM CIRURGIÃO COLORRETAL?**

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, GIANCARLO DE SOUZA MARQUES, NIKOLAY COELHO DA MOTA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES, JOSÉ ARIMATÉA ALVES DE CARVALHO JUNIOR

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO*

**APLICAÇÃO DO ULTRASSOM ANORRETAL TRI-DIMENSIONAL NA AVALIAÇÃO DAS AFECÇÕES BENIGNAS E MALIGNAS ANORRETAIS E NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ*

**AINDA EXISTE ESPAÇO PARA A ESFINCTEROTOMIA LATERAL INTERNA NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL CRÔNICA?**

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, GIANCARLO DE SOUZA MARQUES, NIKOLAY COELHO DA MOTA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES, JOSÉ ARIMATÉA ALVES DE CARVALHO JÚNIOR

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO*

**AVALIAÇÃO DE DEFEITOS ANATÔMICOS DOS ESFINCTERES ANAIS E ELEVADOR DO ÂNUS RELACIONADOS A INCONTINÊNCIA FECAL APÓS PARTO VAGINAL UTILIZANDO UM ESCORE ULTRASSONOGRÁFICO**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ*

**ESTUDO MULTICÊNTRICO DA APLICAÇÃO DO ULTRASSOM ANORRETAL 3D NA AVALIAÇÃO DO CÂNCER RETAL: INTERFERE NA DECISÃO DO TRATAMENTO?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS, ROSILMA GORETE LIMA BARRETO, JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES

*UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/UFMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/ GC - GASTROCLÍNICA DE CASCAVEL*

**RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRÚRGICO PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN GRAVE PÓS LES INDUZIDO POR INFLIXIMAB**

RODRIGO PADILLA; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO, LUIZ SÉRGIO RONCHI

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**O USO DE METOTREXATE EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL APÓS ALERGIA A AZATIOPRINA, UM RELATO DE CASO**

MARIO ANTONIO FERRARI; ERIC MARTINEZ LINO, RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**RELATO DE CASO: COLITE DIFUSA POR HISTOPLASMOSE EM PACIENTE IMUNOSUPRIMIDO COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

RODRIGO PADILLA; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**MEGACÓLON TÓXICO POR RETOCOLITE ULCERATIVA COM DESFECHO DESFAVORÁVEL, UM RELATO DE CASO.**

MARIANA OKINO MITUO; RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO, GENI SATOMI CUNRATH

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**ADENOCARCINOMA SOBRE ADENOMA DE APÊNDICE, UM RELATO DE CASO.**

RODRIGO PADILLA; VINICIUS MATIAS MONTEIRO CAVALCANTE, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM ABSCESSO PERIANAL EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO. DISCUSSÃO DE CONDUTAS.**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, JOÃO GOMES NETINHO, FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**TERATOMA RETRORETAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; MARIA AUGUSTA MARQUES SAMPAIO DE SOUZA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARCELO SALOMÃO BECHARA, RAFAEL SOUZA MOTA, ALUISIO GONÇALVES MEDEIROS, EMILIO AUGUSTO CAMPOS PEREIRA DE ASSIS

**GIST DE RETO: RELATO DE CASO**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; VINICIUS GUILHERME ROCHA BATISTA, ADRIANA DE SOUZA SERGIO FERREIRA, SONIA MARIA NEUMANN CUPOLILO, MARCELO SALOMAO BECHARA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARIA AUGUSTA MARQUES SAMPAIO SOUZA, RAFAEL SOUZA MOTA

*UFJF E ASCOMCER*

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇA DE CROHN ANOPERINEAL GRAVE E HIDRADENITE SUPURATIVA: RELATO DE CASO**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; LILIANA ANDRADE CHEBLI; JULIO MARIA FONSECA CHEBLI; KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI; LORENA NAGME DE OLIVEIRA PINTO; JANUARIO HENRIQUE SOUZA; BRUNO SILVA BORSARI

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

**RECORRÊNCIA CIRÚRGICA DA DOENÇA DE CROHN E SEUS FATORES PREDITORES EM UMA COORTE DE PACIENTES ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; ANTÔNIO LACERDA FILHO, MARIA DE LOURDES ABREU FERRARI, DÉBORAH ALMEIDA ROQUETTE ANDRADE, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, RODRIGO GOMES DA SILVA

*INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG E DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG – BELO HORIZONTE/MG.*

**CARCINOMATOSE CUTÂNEA DE ADENOCARCINOMA DE RETO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; RAFAEL SOUZA MOTA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARCELO SALOMÃO BECHARA, EMILIO AUGUSTO CAMPOS PEREIRA DE ASSIS, SUZANA BORGATI DE OLIVEIRA FERRAZ, KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI, LORENA NAGME DE OLIVEIRA

*ASCOMCER, UFJF*

**ISQUEMIA ISOLADA DE CECO SIMULANDO QUADRO DE ABDOMEN AGUDO INFLAAMATÓRIO: RELATO DE CASO**  
RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; MARIO ANTÔNIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, SÉRGIO LUIZ APARECIDO BRIENZE, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**DOENÇA DE CROHN DUODENAL: RELATO DE CASO**  
RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; MARIO ANTÔNIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA*

**TUMOR DE COLON SIGMÓIDE COM INTUSSUCEPCÇÃO, SIMULANDO NEOPLASIA DE RETO. RELATO DE CASO**  
MARIANA OKINO MITUO; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, MARIO ANTÔNIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**CISTOADENOMA MUCINOSO DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO**  
MARIO ANTÔNIO FERRARI; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, LUIZ SÉRGIO RONCHI, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

**ANÁLISE DA PRECISÃO VOLUMÉTRICA DE PROTÓTIPO DE EQUIPAMENTO PARA CONTROLE AUTOMÁTICO DE FLUÍDOS UTILIZADOS EM PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS**  
MOACIR FONTEQUE JÚNIOR; HUEI DIANA LEE, NARCO AFONSO RAVAZZOLI MACIEJEWSI, JEDIEL LEVI RIBAS TEIXEIRA, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, RENATO BOBSIN MACHADO, WU FENG CHUNG  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE EST

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DINÂMICO DE UM SISTEMA DE CONTROLE PID PARA MECANISMOS DE BOMBEAMENTO PERISTÁLTICO**  
MOACIR FONTEQUE JÚNIOR; HUEI DIANA LEE, NARCO AFONSO RAVAZZOLI MACIEJEWSI, JEDIEL LEVI RIBAS TEIXEIRA, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, RENATO BOBSIN MACHADO, WU FENG CHUNG  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE EST

**PROTECTOMIA PERINEAL PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA RETO VAGINAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO.**  
KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA, LORENA NAGME DE OLIVEIRA PINTO, MARCELO SALOMÃO BECHARA, HOMERO GONÇALVES JUNIOR, LILIANE ANDRADE CHEBLI, JORDANE BENEDITO VARGAS DE OLIVEIRA, JANUÁRIO HENRIQUE DE SOUZA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

**MANEJO DE DC DE DIFÍCIL CONTROLE EM PACIENTE COM CONTRA-INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO BIOLÓGICO: RELATO DE CASO.**  
LORENA DE OLIVEIRA NAGME PINTO; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA MOTA, KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI, MARCELO SALOMÃO BECHARA, JULIO MARIA FONSECA CHEBLI, LILIANE ANDRADE CHEBLI, LUCAS CHAVES SIMÕES, JANUÁRIO HENRIQUE DE SOUZA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

**LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT) EM PACIENTE COM FISTULA TRANS-ESFINCTÉRICA**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS, CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, ADJRA DA SILVA VILARINHO, DAVID PESSOA MORANO, LÍVIA AUGUSTO BORGES OLINDA, RODRIGO BECKER PEREIRA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, HOSPITAL*

**SÍNDROME DA DEFECACÃO OBSTRUÍDA (SDO): QUAL A CORRELAÇÃO DOS FATORES DESENCADEANTES E A PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO POSTERIOR?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS, FRANCISCO SERGIO P REGADAS FILHO, ADJRA DA SILVA VILARINHO, DAVID PESSOA MORANO, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, SAULO SANTIAGO ALMEIDA, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL*

**DIVERTICULITE DE CÓLON DIREITO SIMULANDO APENDICITE AGUDA – RELATO DE CASO.**

STHELA MARIA MURAD-REGADAS; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA, LUSMAR VERAS RODRIGUES, CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, WARYSON SILVA SURIMÃ, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS, SAULO SANTIAGO ALMEIDA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.*

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FISTULA ANAL COM LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT) – AVALIAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E MORFOLÓGICA**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS, FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO, LUSMAR VERAS RODRIGUES, WARYSON SILVA SURIMÃ, JADER MENDONÇA FILHO, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, IRIS DEALCANFREITAS  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, SANTA CASA DE*

**EFICÁCIA DO BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO DA INCOORDENAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO. EXISTEM FATORES QUE INTERFEREM NOS RESULTADOS?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES, FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO, JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA, CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS, LÍVIA AUGUSTO BORGES OLINDA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA*

**CARCINÓIDE DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE DOIS CASOS**

DANIEL MARAÑÓN TERRIVEL; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ,  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**ADENOCARCINOMA DE CÓLON TRANSVERSO COM TUMOR ESTROMAL EM DELGADO EM PACIENTE COM 40 ANOS: RELATO DE CASO**

DANIEL MARAÑÓN TERRIVEL; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, LARA TAGLIARI KOYANAGI, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**ATIVIDADE ANTITUMORAL NEOADJUVANTE E ADJUVANTE DA RUTINA E DA ISOQUERCITINA SOBRE O ADENOCARCINOMA COLORRETAL. ESTUDO IN VIVO.**

DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; DENISE GONCALVES PRIOLLI, NATALIA PEREZ MARTINEZ, JULIO CESAR VALDIVIA, DAVI FIORAVANTE GIMENEZ, RENATO COLENCI  
*USF- UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**SÍNDROME DE CURRARINO - RELATO DE CASO**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCÍ, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA  
*CLÍNICA REIS NETO*

**MACROLIGADURA ALTA - RESULTADOS A CURTO E LONGO PRAZO**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCÍ, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA  
*CLÍNICA REIS NETO*

**RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM TUMORES DE RETO BAIXO ESTADIO I**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCÍ, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA  
*CLÍNICA REIS NETO*

**ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DO MEGACÓLON**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCÍ, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA  
*CLÍNICA REIS NETO*

**LIPOMA DE CÓLON DIREITO: RELATO DE CASO**

SARA JULIAN PELAQUIM; RAFAEL FERNANDES GAMA, CELENE BENEDITI BRAGION, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**EVOLUÇÃO E CONDUTA NOS TUMORES DESMÓIDES ASSOCIADOS A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR; REVISÃO DE 19 CASOS**

FABIO GUILHERME CASERTA MARYSSAEL DE CAMPOS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, MURILO ROCHA RODRIGUES, SÉRGIO NAHAS, IVAN CECCONELLO  
*UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS NA MUCOSA CÓLICA DESPROVIDA DE TRÂNSITO FECAL NO CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA E-CADERINA.**

LUANA BOSCHETTI ALMEIDA; CELENE BENEDITI BRAGION, SARA JULIAN PELAQUIM, MURILO ROCHA RODRIGUES, DANIELA TIEMI SATO, MAYARA MURAD, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA*

**CONTEÚDO TECIDUAL DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS NA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRÂNSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS.**

CELENE BENEDITI BRAGION; ANA BEATRIZ AFFONSECA SAMPAIO, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, MURILO ROCHA RODRIGUES, DANIELA TIEMI SATO, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA*

**MENSURAÇÃO DO CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA B-CATENINA NA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRANSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS. ESTUDO EM RATOS.**

MAYARA FLEMING FRANCISCO; CHRISTIAN BORNIA MATAVELLI, DANIELA TIEMI SATO, MURILO ROCHA RODRIGUES, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, MAYARA MURAD, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA*

**AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE DEISCÊNCIA E PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A RETOSSIGMOIDECTOMIA ELETIVA NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO VITÓRIA APART HOSPITAL-SERRA-ES**

ALINE CRUZ E SOUSA ZAMBOM; ROSSINI CIPRIANO GAMA, LUCIANO PINTO NOGUEIRA DA GAMA, GIOVANNI JOSE ZUCOLOTO LOUREIRO, FLÁVIA LEMOS MOURA RIBEIRO  
*VITÓRIA APART HOSPITAL SERRA-ES*

**HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA COM APRESENTAÇÃO ATÍCA EM ADOLESCENTE**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE CECAL – RELATO DE CASO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 7  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA-SÃO PAULO*

**ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU - RELATO DE CASO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR ASSOCIADO A TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**RESSECÇÃO ENDOANAL DE TUMOR ESTROMAL GASTRINTESTINAL (GIST) DE CANAL ANAL: ANÁLISE TARDIA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**HÉRNIA PARAILEOSTÔMICA ENCARCERADA CONTENDO VESÍCULA BILIAR GANGRENADA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**INTUSSUSCEPÇÃO COLÔNICA EM ADULTO: RELATO DE DUAS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 7  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR ASSOCIADO A TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**HÉRNIA PARAILEOSTÔMICA ENCARCERADA CONTENDO VESÍCULA BILIAR GANGRENADA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**TUMOR ESTROMAL DE RETO: RELATO DE CASO**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA, LARA TAGLIARI KOYANAGI, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*



**AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE PEROXIDAÇÃO LIPÍDICA DE MEMBRANAS EM SEGMENTOS CÓLICOS DESPROVIDOS DE TRÂNSITO INTESTINAL IRRIGADOS COM SUCRALFATO.**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO, SARA JULIAN PELAQUIN, MAYARA VIEIRA MURAD, MAYARA FLEMING FRANCISCO, CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**AVALIAÇÃO DE EXPRESSÃO TECIDUAL DA PROTEÍNA MIELOPEROXIDASE EM SEGMENTOS CÓLICOS DESPROVIDOS DE TRÂNSITO INTESTINAL IRRIGADOS COM SUCRALFATO.**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, LUANA BOCHETTI ALMEIDA, CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI, ANA BEATRIZ AFFONSECA SAMPAIO, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**ESTENOSE NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS: IMPORTÂNCIA DAS DILATAÇÕES NO SEGUIMENTO E PREVENÇÃO DO CCR - RELATO DE CASO**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, ELOAH GAMBOGI, FERNANDO LAVALL, DANIEL ZANET, MAGNO OTÁVIO SALGADO FREITAS  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

**RESIDENCIA EM COLOPROCTOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE UM RESIDENTE NA ESPECIALIDADE DE COLOPROCTOLOGIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA.**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ELOAH GAMBOGI, ROBERTA GRAZIELLE, FERNANDO LAVALL, DANIEL ZANETTI  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

**VÍDEO LIVRE: RECONSTRUÇÃO PERINEAL APÓS TRAUMA OBSTÉTRICO - RELATO DE CASO**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, SINARA MÔNICA OLIVEIRA LEITE, ALEXANDRE EL-AOAR, ELOAH GAMBOGI, ROBERTA GRAZIELLE, FERNANDO LAVALL, DANIEL ZANETTI  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

**AVALIAÇÃO TECIDUAL DAS JUNÇÕES OCLUSIVAS DO CÓLON EXCLUSO DE TRÂNSITO INTESTINAL APÓS A APLICAÇÃO PREVENTIVA DE ENEMAS COM SUCRALFATO EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO**

DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES, CELENE BENEDITI BRAGION, MAYARA VIEIRA MURAD, MAYARA FLEMING FRANCISCO, SARA JULIAN PELAQUIM, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**NEUROFIBROMATOSE DE VON RECKLINGHAUSEN ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA COLORRETAL: RELATO DE CASO**

DANIELA TIEMI SATO; LARA TAGLIARI KOYANAGI, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, DANILLO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR DIVERTICULITE DE MECKEL: RELATO DE CASO**

DANIELA TIEMI SATO; RAFAEL GAMA FERNANDES, DANILLO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

**RETALHO DE MÚSCULO GRÁCIL NA RECONSTRUÇÃO PERINEAL APÓS AMPUTAÇÃO ABDÔMINO PERINEAL DO RETO PELA TÉCNICA DE HOLMES**

BALSAMO F; PALMA RT; SABA GT; VALVERDE AL; WAISBERG J  
*DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL E DO APARELHO DIGESTIVO- FUABC- HOSPITAL ESTADIAL MÁRIO COVAS- SANTO ANDRÉ, SP*

**PSEUDOMIXOMA PERITONEAL EM DOENTE PORTADOR DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DO CÓLON: RELATO DE CASO.**

LUANA BOSCHETTI ALMEIDA; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAIS SANTOS MENDONÇA, MURILO ROCHA RODRIGUES, PAULA DAPHNE BRISIGUELLI ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO F R NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, SÃO PAULO, BRASIL*

**ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO DE APÊNDICE/CÓLON DIREITO.**

MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO; CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ, BRUNO AMARAL MEDEIROS, SIDNEY PEARCE FURTADO, KARINNE AZIN PINHEIRO, JADER ROSAS CARVALHO, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO

*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

**ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL - EXPERIÊNCIA E RESULTADOS DO NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ (NEC)**

BRUNO AMARAL MEDEIROS; CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ, MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO, SIDNEY PEARCE FURTADO, JADER ROSAS CARVALHO, KARINNE AZIN PINHEIRO, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO

*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

**TÉCNICAS CIRÚRGICAS NO TRATAMENTO DAS LESÕES INTESTINAIS DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA**

BRUNO AMARAL MEDEIROS; CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ, MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO, SIDNEY PEARCE FURTADO, JADER ROSAS CARVALHO, KARINNE AZIN PINHEIRO, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, CINTHIA QUEIROZ LIMA

*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

**ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL: TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA ABORDAGEM DAS LESÕES COLORRETAIS.**

CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ; BRUNO AMARAL MEDEIROS, MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO, SIDNEY PEARCE FURTADO, KARINNE AZIN PINHEIRO, CINTHIA QUEIROZ LIMA, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO

*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

**ANÁLISE DA APOPTOSE E PROLIFERAÇÃO CELULAR NO TECIDO MESENTERIAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN**

CILENE BICCA DIAS; MARCIANE MILANSKI, MARIANA PORTOVEDO, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, ANDRESSA COOPE, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES, RAQUEL FRANCO LEAL *SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, LABORATÓRIO DE SINALIZAÇÃO CELULAR, DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP).*

**EFICÁCIA E SEGURANÇA NO USO DO ADALIMUMABE PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN**

RAQUEL FRANCO LEAL; NIELCE M. PAIVA, MARIA L. S. AYRIZONO, PRISCILA S. P. OLIVEIRA, LUCIA HELENA LOURENÇO TOMIATO, DÉBORA H. G. ROSSI, JOÃO J. FAGUNDES, CLÁUDIO S. R. COY

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP*

**INGENUITY PATHWAY ANALYSIS IDENTIFICA IL17 E IL1B COMO REGULADORES DO PROCESSO INFLAMATÓRIO EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN NÃO RESPONDEDORES A ANTI-TNFA.**

RAQUEL FRANCO LEAL; NÚRIA PLANELL, JUAN J LOZANO, INGRID ORDÁS, ISABELLA DOTTI, MARIA CARME MASAMUNT, JULIÁN PANÉS, AZUCENA SALAS.

*INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER, HOSPITAL CLÍNIC, BARCELONA*

**EXPRESSÃO TRANSCRIPCIONAL DE IL6 EM PACIENTES NÃO RESPONDEDORES A AZATIOPRINA DIFERE DAQUELES NÃO-RESPONDEDORES A ANTI-TNFA.**

RAQUEL FRANCO LEAL; NÚRIA PLANELL, JUAN J LOZANO, INGRID ORDÁS, ISABELLA DOTTI, MARIA CARME MASAMUNT, JULIÁN PANÉS, AZUCENA SALAS.

*INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER, HOSPITAL CLÍNIC, BARCELONA*

**AValiação DO ESQUEMA DE IMUNIZAÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**  
NIELCE MARIA DE PAIVA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA,  
DÉBORA HELENA ROSSI, MICHEL GARDERE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, CLÁUDIO SADDY  
RODRIGUES COY, RAQUEL FRANCO LEAL

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*

**PADRONIZAÇÃO TÉCNICA DA COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRA-CORPÓREA**

RODRIGO AMBAR PINTO; 5

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRA-CORPÓREA E HERNIOPLASTIA INCISIONAL LOMBAR COM TELA INTRA-PERITONEAL**

RODRIGO AMBAR PINTO; 5

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**COMPARAÇÃO DA PROFUNDIDADE DE INVASÃO DE NEOPLASIAS DE RETO MÉDIO E DISTAL ENTRE ULTRASSONOGRAMA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL E A COLONOSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO DE INAGENS**

RODRIGO AMBAR PINTO; 7

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**CONCORDÂNCIA ENTRE ULTRASSONOGRAMA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL E ANATOMOPATOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA DE RETO MÉDIO E DISTAL NÃO SUBMETIDOS À NEOADJUVÂNCIA**

RODRIGO AMBAR PINTO; 7

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**COLECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ÍLEO-RETO ANASTOMOSE EM PACIENTE COM POLIPOSE COLÔNICA, NEOPLASIA DE SIGMOIDE E VÍCIO DE ROTAÇÃO INTESTINAL**

MURILO PONCE; 4

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**LINFOMA MALT DE RETO - REGRESSÃO COMPLETA APÓS A QUIMIOTERAPIA R-CHOP: RELATO DE CASO**  
MATHEUS DE OLIVEIRA RANGEL; ENILTON MONTEIRO MACHADO; MARCOS JOSÉ QUINTANILHA RODRIGUES;  
ANNA PAULA WAKED; ANDRESSA COSTA PAES; VITOR RAMOS MUSSI NETO.

*HOSPITAL ESCOLA ÁLVARO ALVIM*

**PNEUMOPATIA ASSOCIADA À DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: RELATO DE CASO**

ENILTON MONTEIRO MACHADO; MARCOS JOSÉ QUINTANILHA RODRIGUES; MATHEUS DE OLIVEIRA RANGEL;  
ANNA PAULA WAKED; VITOR RAMOS MUSSI NETO; ANDRESSA COSTA PAES.

*HOSPITAL ESCOLA ÁLVARO ALVIM*

**CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE CECAL – RELATO DE CASO**

EDUARDO AUGUSTO LOPES; LARA BURLAMAQUI VERAS, LAÉRCIO ROBLES, ROGÉRIO FREITAS, HUGO HENRIQUES,  
ALEXANDER ROLIM, ÂNGELO CECCHINI, ISAAC NETO

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

**VOLVO DE CÍLON SIGMOIDE NUM PACIENTE COM MEGACÍLON CHAGÁSICO: RELATO DE CASO**

LUANA DE MOURA BRITO CARDOSO; ANA LUISA DE ARÊA LEÃO ALVES, KLEBER COELHO DE MORAES RICCARD,  
PAULO CELSO BRACKMANN JÚNIOR

*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

**NÃO-ROTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO**

LUANA DE MOURA BRITO CARDOSO; ANA LUISA DE ARÊA LEÃO ALVES, ANDRÉA DA COSTA VELOSO, DANIELA  
ALCÂNTARA DOS SANTOS

*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

### **TRÊS ESTOMAS NA ERA DO REPARO PRIMÁRIO**

THAIS YUKA TAKAHASHI; 6  
*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO*

### **RETOCELE POSTERIOR PÓS SACRECTOMIA**

THAIS YUKA TAKAHASHI; 6  
*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO*

### **TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO**

GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; MACHADO VF, ZANNIN CV, CANTÃO CAB, FEITOSA MR,  
DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE  
*RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

### **FÍSTULA NEOVAGINA-RETAL EM PACIENTE TRANSSEXUAL APÓS CIRURGIA DE ADEQUAÇÃO DE GENITÁLIA**

VANESSA FORESTO MACHADO; SOUZA GB, ZANNIN CV, RIBEIRO MF, CANTÃO CAB, SFOGGIA E, ROCHA JJR,  
FÉRES O  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

### **CÂNCER METASTÁTICO ABDOMINAL DE SÍTIO PRIMÁRIO OCULTO. RELATO DE CASO**

ENRICO SFOGGIA; SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, MOTTA BZ, CANTÃO ABC, ROCHA JJR, FÉRES O  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

### **ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA À INSTILAÇÃO ENDOLUMINAL DE FORMALDEÍDO DURANTE ENTE-ROCLISMA. RELATO DE CASO**

CHRISTIANO VARELLA ZANIN; SOUZA GB, MACHADO VF, MOTTA BZ, CANTÃO CAB, SFOGGIA E, ROCHA JJR,  
FÉRES O.  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

### **ENDOMETRIOSE COLÔNICA SIMULANDO NEOPLASIA OBSTRUTIVA DO SIGMÓIDE**

BRUNO ZENE MOTTA; SFOGGIA E, FEITOSA MR, MACHADO VF, SOUZA GB, ZANNIN CV, ROCHA JJR, FÉRES O.  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

### **ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA À INSTILAÇÃO ENDOLUMINAL DE FORMALDEÍDO DURANTE ENTE-ROCLISMA. RELATO DE CASO**

CASSIO ALFRED B CANTÃO; SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, SFOGGIA E, MOTTA BZ, ROCHA JJR, FÉRES O.  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO*

### **RETOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA COM TELA DE POLIPROPILENO DE BAIXA DENSIDADE PROTEGIDA (PHYSIOMESH®) - RELATO DE CASO**

NATÁLIA DE CASTRO VICENTE; ALESSANDRA CINTRA AMARAL, VICTOR CARDILLO NETO, LEONARDO MACHADO DE CASTRO, RICARDO GARCIA JUNIO, GABRIELA SANTOS, PAULO CESAR CASTRO, CESAR DE PAIVA BARROS  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA*

### **ANÁLISE ENDOSCÓPICA DAS LESÕES SERRILHADAS COLORRETAIS**

PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA; RITA BARBOSA DE CARVALHO, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES, MICHEL GARDERE CAMARGO, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*

**RESSECÇÃO MULTIVISCERAL PÉLVICA EM PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL E DE CANAL ANAL. ANÁLISE DA CASUÍSTICA.**

LÍLIAN VITAL PINHEIRO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, RAQUEL FRANCO LEAL, DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, NATÁLIA VIEIRA PRANZETTI, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP*

**O USO DE MARCADORES BIOLÓGICOS PERSONALIZADOS PARA AVALIAÇÃO DE RESPOSTA TUMORAL E DETERMINAÇÃO DO TRATAMENTO FINAL EM PACIENTES COM CÂNCER DO RETO SUBMETIDOS A RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE.**

RODRIGO O PEREZ; CARPINETTI, PAOLA; HABR-GAMA, ANGELITA; DONNARD, ELISA; KOYAMA, FERNANDA; BETTONI, FABIANA; GALANTE, PEDRO; CAMARGO, ANAMARIA

*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

**EXCISÃO LOCAL TRANSANAL (TEM) PARA CÂNCER DO RETO DISTAL E RESPOSTA INCOMPLETA À RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE: O ESTÁGIO INICIAL IMPORTA?**

RODRIGO O PEREZ; ANGELITA HABR-GAMA; GUILHERME P SÃO JULIÃO; IGOR PROSCURSHIM; AUGUSTO Q COELHO; MARLENY N FIGUEIREDO; LAURA M FERNANDEZ; JOAQUIM GAMA-RODRIGUES

*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA*

**QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDAÇÃO DURANTE RADIOQUIMIOTERAPIA (RCT) LEVA À DIMINUIÇÃO SUSTENTADA DO METABOLISMO TUMORAL QUANDO COMPARADA AO REGIME CONVENCIONAL**

ANGELITA HABR-GAMA; RODRIGO O PEREZ; GUILHERME P SÃO JULIÃO; IGOR PROSCURSHIM; LAURA FERNANDEZ; MARLENY N FIGUEIREDO; JOAQUIM GAMA-RODRIGUES; CARLOS A BUCHPIGUEL

*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER; FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**RESPOSTA TUMORAL À RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM PACIENTES COM CÂNCER DO RETO: O QUE QUEREMOS PREVER? ESTAMOS PERTO DE UMA ASSINATURA GÊNICA CLINICAMENTE ÚTIL?**

RODRIGO O PEREZ; CAMILA LOPES-RAMOS; FERNANDA C. KOYAMA; ANGELITA HABR-GAMA; RAPHAEL B. PARMIGIANI; PEDRO A. F. GALANTE; MARLENY N. FIGUEIREDO; ANAMARIA A. CAMARGO

*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

**ANASTOMOSE ILEOANAL LAPAROSCÓPICA PARA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: CIRURGIA EM 2 OU 3 TEMPOS? ESTUDO COMPARATIVO EM 150 PACIENTES CONSECUTIVOS.**

MARLENY NOVAES FIGUEIREDO; LEON MAGGIORI, XAVIER TRÉTON, MARIANNE FERRON, YORAM BOUHNİK, YVES PANIS

*HOSPITAL BEAUJON - CLICHY/FRANÇA*

**TEMPO DE INTERVALO ENTRE PROCTECTOMIA POR CÂNCER E FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA E SUA RELAÇÃO COM A QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE: UM ESTUDO COM 259 PACIENTES CONSECUTIVOS.**

MARLENY NOVAES FIGUEIREDO; LEON MAGGIORI, MARIANNE FERRON, YVES PANIS

*HOSPITAL BEAUJON - CLICHY/FRANÇA*

**PREDIZENDO A REGRESSÃO TUMORAL COMPLETA DO CÂNCER DO RETO APÓS RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE PELA EXPRESSÃO DE MICRORNA MIR-21-5P**

RODRIGO O PEREZ; RAMOS, CAMILA; PARMIGIANI, RAPHAEL; HABR-GAMA, ANGELITA; BETTONI, FABIANA; KOYAMA, FERNANDA; FIGUEIREDO, MARLENY; CAMARGO, ANAMARIA

*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

**RELATO DE CASO: HEMANGIOMA COLORRETAL**

GABRIELA N. SANTANA FARDIN; ADRIANA F. SENNA, ROSSINI CIPRIANO GAMA, GIOVANNI JOSÉ Z. LOUREIRO, LUCIANO P. NOGUEIRA DA GAMA, FLÁVIA LEMOS MOURA RIBEIRO

*VITÓRIA APART HOSPITAL - SERRA, ES*

**ENTEROCOLITE NEUTROPÊNICA POR USO DE CAPECITABINA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA : RELATO DE CASO**

ADRIANA FREIRE SENA; ROSSINI CIPRIANO GAMA, GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO, LUCIANO PINTO NOGUEIRA DA GAMA, GABRIELA NOLASCO SANTANA FARDIM, LEONARDO REUTER MOTA GAMA, FLAVIA LEMOS MOURA RIBEIRO, THIAGO DE ALMEIDA FLAUZINO  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO VITÓRIA APART HOSPITAL, VITÓRIA - ES*

**ESTUDO DA INCIDÊNCIA E SINTOMATOLOGIA DA RETOCELE EM PACIENTES SUBMETIDAS A RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; MARLUS TAVARES GERBER; HECTOR SBARAINI FONTES; DAYANE RAQUEL DE PAULA; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER; RENATO ARAÚJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**PROTETOR DE FERIDA OPERATÓRIA CASEIRO EM CIRURGIA LAPAROSCÓPICA COLORRETAL**

MAURÍCIO LIMA DA FONTOURA; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, AFONSO MALLMANN, DANIELA C. KOPPE, LAURA MOSCHETTI, ROBERTO BERTEAUX ROBALDO, LUCIANO P. CARVALHO, THALIÚ A. LEÃO  
*HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PORTO ALEGRE*

**RECONSTRUÇÃO DE FERIDA PERINEAL COM RETALHO MIOCUTÂNEO ABDOMINAL APÓS RESSECÇÃO ABDOMINOPERINEAL**

FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR, MÔNICA MOURTHÉ DE ALVIM ANDRADE, ELOAH GAMBOGI LIMA, DANIEL AMARAL ZANETTI  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**CÂNCER COMPLICANDO A DOENÇA DE CROHN PERIANAL**

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; ILSO GERALDO DA SILVA, SINARA MÔNICA OLIVEIRA LEITE, FLÁVIA FONTES FARIA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ELOAH GAMBOGI LIMA, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR., DANIEL AMARAL ZANETTI  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**HÉRNIA PERINEAL PRIMÁRIA: RELATO DE CASO**

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR, ELOAH GAMBOGI LIMA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, DANIEL AMARAL ZANETTI, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ILSO GERALDO DA SILVA  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**ATLAS DE CASOS DE TUMORES DE BUSCHKE LÖWEINSTEIN OPERADOS PELOS MEMBROS DO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, BRUNA VIEIRA, ELOAH GAMBOGI LIMA, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**GANGRENA DE FOURNIER – ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CASO AVANÇADO**

ELOAH GAMBOGI LIMA; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, HERALDO NEVES VALLE JUNIOR, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ILSO GERALDO DA SILVA  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**LINFOMA PERIANAL**

MARCELO DE FILIPPIS; DANIEL DE CARVALHO DAMIN, CLAUDIO TARTA, PAULO DE CARVALHO CONTU, TIAGO LEAL GHEZZI  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

**FÍSTULA COLOVESICAL APÓS MIGRAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

MARCELO DE FILIPPIS; DANIEL DE CARVALHO DAMIN, CLAUDIO TARTA, PAULO DE CARVALHO CONTU, TIAGO LEAL GHEZZI

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

**AVALIAÇÃO DO PERFIL, QUEIXA E HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA DE PACIENTE SUBMETIDOS À MANOMETRIA ANORRETAL.**

KARINE SABRINA BONAMIGO; MARLISE MELLO CERATO, VALÉRIO CELSO MADRUGA DE GARCIA, RUY TAKASHI KOSHIMIZU, RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL, DAIANE SONZA VIDART

*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES*

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

MARLISE MELLO CERATO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, NILO LUIZ CERATO, RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA, KARINE SABRINA BONAMIGO, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL, DAIANE SONZA VIDART

*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES*

**PERFIL DOS PARTICIPANTES DE CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER COLORRETAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (RS)**

MARLISE MELLO CERATO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, DANIEL DE CARVALHO DAMIN, ADRIANO STAUBUS, CLEBER ALLEM NUNES, DANIEL AZAMBUJA, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL

*ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DE COLOPROCTOLOGIA 2014/15*

**PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL PELA PESQUISA IMUNO-QUÍMICA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

MARCELO RODRIGUES BORBA; LUIZ MARUTA, MARIA CECILIA R.T. BROCHADO, MARCOS S.V. BARROS, JORGE HENRIQUE REINA NETO, ESTEVAM MADARAS, RODRIGO MONTENEGRO LOURENÇÃO, ALINE A. BIRAL

*DIVISÃO DE CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

**DIAGNÓSTICO TARDIO DA DOENÇA DE CROHN EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

DANIEL AMARAL ZANETTI; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, ELOAH GAMBOGI LIMA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AUOAR, DIEGO VIEIRA SAMPAIO, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ

*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

**PNEUMORETROPÉRITÔNIO, PNEUMOMEDIÁSTINO E ENFISEMA SUBCUTÂNEO APÓS DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÃO DE CRESCIMENTO LATERAL(LST) RETAL**

ELOAH GAMBOGI LIMA; ROBERTA GRAZIELLE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER, DIEGO VIEIRA SAMPAIO, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

**HAMARTOMA CÍSTICO RETRORRETAL (CISTO DO INTESTINO POSTERIOR): RELATO DE CASO**

MARLUS TAVARES GERBER; DAYANE RAQUEL DE PAULA, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, LUCIANO OLTRAMANI SPONCHIADO, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**SÍNDROME DO INTESTINO CURTO EM PACIENTE COM SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE**

MARLUS TAVARES GERBER; HÉCTOR SBARAINI FONTES, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DOENÇA DE CROHN E LINFOGRANULOMA VENÉREO: RELATO DE CASO**  
MARLUS TAVARES GERBER; HÉCTOR SBARAINI FONTES, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN, MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**SUBOCCLUSÃO POR FITOBEZOAR EM PACIENTE COM ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA A DOENÇA DIVERTICULAR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; HÉCTOR SBARAINI FONTES, DAYANE RAQUEL DE PAULA, MARLUS TAVARES GERBER, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (CEC) PERIANAL PÓS TRATAMENTO COM RADIOQUIMIOTERAPIA EXCLUSIVA PARA CEC VULVAR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; HÉCTOR SBARAINI FONTES, MARLUS TAVARES GERBER, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN, RENATO ARAÚJO BONARDI, EDUARDO SCHUNEMANN JÚNIOR, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

**SARCOMA RETRORRETAL: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; RAFAEL FERNANDES GAMA; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA; JULIANO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

**PERFIL DOS PACIENTES COM NEOPLASIA COLORRETAL ANTES DOS 40 ANOS DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HUSF**

DANILO TOSHIO KANNO; LARA TAGLIARI KOYANAGI; PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

**FIXAÇÃO LAPAROSCÓPICA NA SÍNDROME DO CECO MÓVEL**

CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DANILO TOSHIO KANNO; ROGÉRIO TADEU PALMA, VIVIAN SATI OBA BOURROUL, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

**EXPERIÊNCIA DE ESTOMAS INTESTINAIS NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HUSF: TÉCNICAS E COMPLICAÇÕES**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELA TIEMI SATO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

**TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA PROCTOPATIA ACTÍNICA HEMORRÁGICA COM PLASMA DE ARGÔNIO: EXPERIÊNCIA DO GASTROCENTRO/UNICAMP.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

**HETEROTOPIA PANCREÁTICA NO ÍLEO CAUSANDO INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; MIKI MOCHIZUKI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, LARISSA BERBERT ARIAS, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*



**INFLUÊNCIA DA LAVAGEM PERITONEAL COM BUPIVACAÍNA NA MORTALIDADE E NA CICATRIZAÇÃO DE ANASTOMOSE CÓLICA CONFECCIONADA EM VIGÊNCIA DE PERITONITE FECAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; WU FENG CHUNG, HUEI DIANA LEE, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO.  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

**ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA: CASUÍSTICA DO GASTROCENTRO/UNICAMP.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO, DÉBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

**LESÕES COLORRETAIS E DE INTESTINO DELGADO INDUZIDAS POR ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-HORMONAIS: RELATO DE CASO.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA, UMBERTO MORELLI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

**ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM TÉCNICA DE DUPLO-BALÃO: EXPERIÊNCIA DO HC/UNICAMP.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

**ACOMETIMENTO LINFONODAL POR ENDOMETRIOSE PROFUNDA**  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, ROSÂNGELA DELIZA, LUIZ GUILHERME CAMARGO SALVATTI, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA METÁSTASE CEREBRAL DO CÂNCER COLORRETAL**  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**ABORDAGEM CIRÚRGICA NAS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA DE CROHN**  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, RITA BARBOSA DE CARVALHO, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DO CÂNCER COLO-RETAL ASSOCIADO À DOENÇA DE CROHN**  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PAULO EDUARDO PIZÃO, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**ANÁLISE DOS RESULTADOS DA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INTESTINAL**  
SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, CARLOS TADAYUKI OSHIKATA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COMBINADA A TERAPIA IMUNOSSUPRESSORA**

RICARDO CARRELO DA COSTA; VICTOR HUGO DA VEIGA JARDIM, RAFAEL RODRIGUES SPÍNOLA, MARIA LY-GIA MINNEY TEIXEIRA, ADEMAR GARCIA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT*

**DONOVANOSE PERIANAL : RELATO DE CASO**

RICARDO CARRELO DA COSTA; MARCOS VITOR NUNES LINDOTE, MARIA LYGIA MINNEY TEIXEIRA, RAFAEL RODRIGUES SPÍNOLA, ADEMAR GARCIA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT*

**HEPATITE FULMINANTE COM NECESSIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA REFRAATÁRIA EM USO DE INFLIXIMABE**

ROGERIO SERAFIM PARRA; ENRICO SFOGGIA, CHRISTIANO ZANNIN, GUSTAVO BOTEGA, VANESSA FORESTO MACHADO, JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA, OMAR FÉRES  
*DIVISÃO DE PROCTOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO, UNIVER-SIDADE DE SAO PAULO*

**INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE NECESSITANDO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA EM USO DE INFLIXIMABE**

VANESSA FORESTO MACHADO; 4  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO-USP*

**TRABALHO - TESTE**

RICARDO AUGUSTO; RICARDO, EVANDRO, LUSELISA  
*AEC EVENTOS*

**POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR EM PACIENTE DE 59 ANOS: MANIFESTAÇÕES TARDIAS E ASSOCIAÇÃO COM TUMOR CARCINOIDE.**

ARTHUR LOPES DE OLIVEIRA; ISABEL FERREIRA SAENGER, STEYCE LORENA PERES GARCIA, VALERIA CAR-DOSO PINTO, DANIELE FRANCO E COUTO  
*HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, DISTRITO FEDERAL*

**INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**  
LUCIANA PAGANINI PIAZZOLLA; EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD, LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNAN-DES, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

**ESTUDO COMPARATIVO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA E ANATOMOPATOLÓGICA DO CÂNCER COLORRE-TAL EM PACIENTES JOVENS E NÃO JOVENS**

JOÃO BATISTA DE SOUSA; MORATO MG, ALMEIDA RM  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA*

**INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NO ESTADIAMENTO PATOLÓGICO DO CÂNCER COLORRETAL**

LUCIANA PAGANINI PIAZZOLLA; LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, GEÓRGIA BARROS DE LIMA, FERNANDA NUNES DE CASTRO, PAU-LO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

**ESTUDO DAS TAXAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES JO-VENS NO BRASIL**

EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD; LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, ROMULO MEDEIROS DE AL-MEIDA, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

**INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NA DISTRIBUIÇÃO ANATÔMICA DO CÂNCER COLORRETAL**

LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES; EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD, LUCIANA PAGANINI PIAZOLA, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, GEÓGIA BARROS DE LIMA, FERNANDA NUNES DE CASTRO, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA

*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

**ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NA ENDOMETRIOSE INTESTINAL PROFUNDA**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, CARLOS TADAYUKI OSHIKATA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

**CIRURGIA DO CÂNCER DE RETO APÓS 8 SEMANAS DO TÉRMINO DA TERAPIA NEOADJUVANTE**

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; MARLLUS BRAGA SOARES, JULIA RESENDE SCHILNZ, RICARDO VEZZANI BATISTA, DAURITA DARCI DE PAIVA, RAFAEL DAHER, LUIZ FERNADO FRAGA, PAULO CÉSAR CASTRO, FRANCISCO LOPES-PONTES

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ*

**COMPLICAÇÕES PÓSOPERATÓRIAS NOS PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN EM USO DE ANTICORPOS ANTI-TNF ALFA**

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; ANNIBAL COELHO AMORIM JR., ANDRÉ DA LUZ MOREIRA, ANA TERESA PUGAS CARVALHO, FLAVIO ABBY, BARBARA ESBERARD, FRANCISCO LOPES-PAULO

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ.*

**ILEOLECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN**

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; KARIN LOHMANN HAMADA, MARLLUS BRAGA SOARES, ANDRÉ DA LUZ MOREIRA, ANA TERESA PUGAS CARVALHO, FLAVIO ABBY, BARBARA ESBERARD, PAULO CESAR CASTRO JR., FRANCISCO LOPES-PAULO

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ*

**PREPARO INADEQUADO PARA COLONOSCOPIA: QUAIS AS CAUSAS?**

LUIZ FELIPE DE CAMPOS-LOBATO; LEILA DENISE COSTA CAVALCANTE, CAMILA OLIVEIRA BARBOSA, FLÁVIA BERFORD GONÇALVES DE OLIVEIRA, EDSON MACHADO LUSTOSA, JOÃO BATISTA DE SOUSA, MARIA BIANCA LACERDA CORTE, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA

*INSTITUTO CUIDAR*

**MAPEAMENTO DE LAUDOS MÉDICOS DE EXAMES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA UTILIZANDO O PROCESSO DE MAPEAMENTO DE LAUDOS MÉDICOS POR ONTOLOGIAS AUTOMATIZADO POR MEIO DE UM SISTEMA COMPUTACIONAL COLABORATIVO**

JEFFERSON TALES OLIVA<sup>1, 2</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1, 2, 3</sup>, RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>, JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>, RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>1</sup>, FENG CHUNG WU<sup>1</sup>

*LABORATÓRIO DE BIOINFORMÁTICA (LABI) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE), FOZ DO IGUAÇU (PR), BRASIL.; 2 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE SISTEMAS DINÂMICOS E ENERGÉTICOS (PGESDE); 3 DEPARTAMENTO DE CIRURGIA (D.M.A.D.), SERVIÇO*

**TRANSMISSÃO E ACOMPANHAMENTO DE EXAMES DE COLONOSCOPIA EM TEMPO REAL PELA INTERNET**

RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1, 2, 3</sup>, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>, JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>, MOACIR FONTEQUE JUNIOR<sup>1, 2</sup>, RAQUEL FRANCO LEAL<sup>3</sup>, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO<sup>3</sup>, FENG CHUNG WU<sup>1, 3</sup>

*LABORATÓRIO DE BIOINFORMÁTICA (LABI) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE), FOZ DO IGUAÇU (PR), BRASIL., 2 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE SISTEMAS DINÂMICOS E ENERGÉTICOS (PGESDE), 3 DEPARTAMENTO DE CIRURGIA (D.M.A.D.), SERVIÇO*



## TEMAS LIVRES

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

MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/DMAD/FCM/UNICAMP*

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 maio de 2014, foram analisados 140 procedimentos de enteroscopia do intestino delgado com técnica de duplo-balão no hc/unicamp. Resultados: Em relação aos pacientes, 49 eram homens e 91 eram mulheres. A idade média dos pacientes foi de 43,49 anos completos (variando entre 16 e 89). As indicações para o exame foram: investigação de sangramento digestivo obscuro (49 Exames), pesquisa de microbiota intestinal (40 exames), poliposes intestinais (39 Exames), doenças inflamatórias intestinais (6 exames), dor abdominal (5 exames) e doença celíaca (1 caso). O tempo médio de exame foi de 74,3 minutos (variando entre 33 e 137). A extensão média de intestino delgado percorrido pela via anterógrada foi de 230cm (variando entre 60 e 360), e pela via retrógrada 120 (variando entre 30 e 260). Os principais achados foram: lesões vasculares (21 Pacientes), pólipos (22 pacientes) e erosões (17 pacientes). O exame realizou diagnóstico significativo e/ou mudou a conduta em 35 casos (25% do total). Em relação a complicações, houve dois casos de sangramento pós-polipectomia, que foram controlados endoscopicamente e dois casos de íleo adinâmico após tratamento clínico. Conclusão: A enteroscopia do intestino delgado com técnica de duplo-balão, em nossa casuística, apresentou-se factível e com baixo índice de complicações.

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

MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO, DÉBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/DMAD/FCM/UNICAMP*

Resumo: Introdução: A cápsula endoscópica surgiu há cerca de dez 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 achados 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 2014, foram analisados 104 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, 35 eram homens e 69 eram mulheres. A idade média dos pacientes foi de 51,32 anos completos (variando entre 19 e 83). As principais indicações Para o exame foram: investigação de sangramento digestivo (52 exames), dor abdominal (18 exames), diarreia crônica (17 exames), poliposes intestinais (7 Exames), doença celíaca (5 exames), doenças inflamatórias intestinais (5 exames). Apenas um paciente necessitou de colocação endoscópica da cápsula. O tempo médio de permanência da cápsula no estômago foi de 37,52 minutos (variando entre 5 e 233). Por sua vez, o tempo de exame no intestino delgado foi de 275,4 Minutos (variando entre 113 e 494). Os principais achados foram: lesões vasculares (59 pacientes), erosões (33 pacientes), linfangectasiaspólipos (18 Pacientes), Doença de Crohn (20 pacientes), enteropatia hipertensiva (7 Pacientes), enteropatia por ainh (2 pacientes), doença celíaca (2 pacientes), neoplasia (2 pacientes). O exame realizou diagnóstico significativo e/ou mudou a conduta em 34 casos (30% do total). Em relação a complicações, houve três casos de retenção assintomática. 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.

### **ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DINÂMICO DE UM SISTEMA DE CONTROLE PID PARA MECANISMOS DE BOMBEAMENTO PERISTÁLTICO**

MOACIR FONTEQUE JÚNIOR; HUEI DIANA LEE, NARCO AFONSO RAVAZZOLI MACIEJEWSKI, JEDIEL LEVI RIBAS TEIXEIRA, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, RENATO BOBSIN MACHADO, WU FENG CHUNG

*UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ.*

**Resumo:** Introdução: os mecanismos de bombeamento peristáltico estão presentes em diversos equipamentos hospitalares, como as bombas de auxílio em limpeza da mucosa cólica utilizadas em procedimentos colonoscópicos. Mecanismos de bombeamento com acionamento eficaz são necessários nesses procedimentos, pois exigem maior exatidão e precisão volumétrica quanto ao fluido instilado. Desse modo, o recurso de controle automático é de fundamental importância para a manutenção e a correção dinâmica de parâmetros como a vazão e o volume do fluido transferido e este processo pode ser realizado por meio de um sistema de controle em malha fechada. **Objetivo:** avaliar experimentalmente a atuação de um sistema de controle tipo proporcional, integral e derivativo (pid) dimensionado para o controle de mecanismos de bombeamento peristáltico. **Materiais e métodos:** para a realização dos experimentos, utilizou-se um protótipo de mecanismo de bombeamento peristáltico conectado ao canal de instrumentação de um fibrocolonoscópio. O elemento motriz foi controlado por um sistema em malha fechada tipo pid, atuando sobre o volume de fluido bombeado registrado por encoders ópticos acoplados ao eixo principal da bomba. Foram coletadas 30 amostras independentes com taxa de 100 registros de dados por segundo para avaliar o comportamento dinâmico do controle automático ao conduzir 150ml de água na vazão de 700ml/min. A curva de transferência volumétrica do mecanismo, em cada amostra, foi comparada com a curva ideal por análise estatística. **Resultados:** o sistema de Controle automático em malha fechada apresentou coeficiente de determinação médio de 0.9998 e desvio padrão  $9,0829 \times 10^{-5}$ , indicando baixa dispersão volumétrica em relação à curva ideal. A eficiência de correção da curva volumétrica pelo sistema de controle foi de 98% para o volume Experimental, com tempo de acomodamento médio de 8,53 segundos e amplitude máxima de desvio de 7,4%. **Conclusão:** o sistema proposto de controle automático pid em malha fechada atuou com eficiência, de acordo com os requisitos definidos para o controle de mecanismos de bombeamento Peristáltico.

#### **ANÁLISE DA PRECISÃO VOLUMÉTRICA DE PROTÓTIPO DE EQUIPAMENTO PARA CONTROLE AUTOMÁTICO DE FLUÍDOS UTILIZADOS EM PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS**

MOACIR FONTEQUE JÚNIOR; HUEI DIANA LEE, NARCO AFONSO RAVAZZOLI MACIEJEWSKI, JEDIEL LEVI RIBAS TEIXEIRA, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, RENATO BOBSIN MACHADO, WU FENG CHUNG

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ,  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ.

**Resumo:** Introdução: a limpeza da região intraluminal cólica é condição fundamental para a eficácia do diagnóstico e do tratamento das enfermidades relacionadas ao cólon. Os resíduos de matérias orgânicas presentes após limpeza ineficiente do cólon podem não somente obstruir os elementos ópticos do equipamento colonoscópico, mas também impedir a visibilidade adequada da lesão presente nesse segmento intestinal. Desse modo, métodos de limpeza de regiões localizadas do cólon por meio do colonoscópio devem prover condições fluidicas necessárias como pressão e volume adequadas para dissolução e eliminação do conteúdo intraluminal, sem comprometer a habilidade de manuseio do equipamento. **Objetivo:** avaliar experimentalmente a exatidão e a precisão de um protótipo de bomba de lavagem para procedimentos colonoscópicos em três vazões distintas para um volume fixo. **Materiais e métodos:** para a realização dos experimentos, utilizou-se um protótipo de mecanismo de bombeamento peristáltico conectado ao canal de instrumentação de um fibrocolonoscópio. Para a avaliação da precisão volumétrica do mecanismo de bombeamento foi considerado o volume de 150ml de água nas vazões controladas de 700ml/min, 1.000ml/min e 1.500ml/min. O líquido ejetado na extremidade distal do colonoscópio foi coletado em proveta graduada de 250ml com resolução de 2ml. Para cada valor de vazão foram realizadas 30 coletas independentes, as quais foram analisadas por meio do software graphpad prism 5.01. **Resultados:** o mecanismo de bombeamento peristáltico apresentou exatidão média de 84,9% e desvio padrão de 1,1%, com precisão de 2,9%. O volume médio foi de 127,4 ml com desvio padrão de 1,55 ml que representa 1,2%. Após estatística analítica entre os dados agrupados por vazão e com nível de significância de 5%, alcançou-se o p-valor  $< 0,0001$  entre os três grupos comparados. **Conclusão:** observou-se que a exatidão e a precisão do mecanismo de bombeamento peristáltico está dentro de limites mínimos esperados. Ainda, a diferença na comparação das três vazões distintas pode ser atribuída à inércia motriz presente no mecanismo de bombeamento peristáltico até a parada total.

#### **PREPARO INADEQUADO PARA COLONOSCOPIA: QUAIS AS CAUSAS?**

LUIZ FELIPE DE CAMPOS-LOBATO; LEILA DENISE COSTA CAVALCANTE, CAMILA OLIVEIRA BARBOSA, FLÁVIA BERFORD GONÇALVES DE OLIVEIRA, EDSON MACHADO LUSTOSA, JOÃO BATISTA DE SOUSA, MARIA BIANCA LACERDA CORTE, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA

INSTITUTO CUIDAR

**Resumo:** Introdução: não raramente pacientes necessitam repetir colonoscopias devido à inadequabilidade do preparo intestinal, gerando desperdício de recursos financeiros, físicos e humanos, além de aumentar a morbidade inerente ao procedimento. **Objetivo:** identificar fatores de risco associados a um preparo de cólon inadequado em pacientes submetidos à colonoscopia em um serviço de saúde privado. **Métodos:** uma base de dado de colonoscopia de um serviço de saúde

de privado foi pesquisada para pacientes examinados entre janeiro e julho de 2014. Pacientes foram divididos em dois grupos: com preparo inadequado/ruim vs sem preparo inadequado/ruim. Os grupos foram comparados em relação aos dados demográficos, tipo e percentual de ingestão do preparo e presença de doença diverticular. Uma análise multivariada foi realizada para identificar fatores de risco para preparo ruim/inadequado. Valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo. Resultados: a pesquisa da base de dados retornou 290 pacientes. Destes, 147 (51%) eram do sexo feminino, a mediana da idade foi 54 anos e do imc 25 kg/m<sup>2</sup>. O grupo de pacientes com preparo inadequado/ruim apresentava uma proporção significativamente maior de constipados (44% vs 8%  $p < 0.001$ ) e de uso de preparo com solução de lactulose (54% vs 19%  $p < 0.001$ ). Na análise multivariada a constipação intestinal (or 6 ic95% 2,3 – 15.9) e o preparo com lactulose (or 3,9 Ic95% 1,6,3 – 9.8) foram significativamente associados a um preparo inadequado/ruim. Conclusão: coloproctologistas devem estar atentos à maior probabilidade de preparo inadequado em pacientes constipados e que usaram lactulose.

#### **PNEUMORETROPÉRITÔNIO, PNEUMOMEDIÁSTINO E ENFISEMA SUBCUTÂNEO APÓS DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÃO DE CRESCIMENTO LATERAL(LST) RETAL**

ELOAH GAMBOGI LIMA; ROBERTA GRAZIELLE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER, DIEGO VIEIRA SAMPAIO, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: A Dissecção Endoscópica da Submucosa (ESD) já é procedimento consagrado no tratamento do câncer gástrico e esofageano em suas fases precoces. As lesões colorretais, inicialmente abordadas por mucosectomia, em bloco ou em fragmentos, são foco atual para a abordagem submucosa, principalmente para tumores de crescimento lateral superficial a partir de 20mm de diâmetro. A experiência de centros japoneses, referências em endoscopia terapêutica, demonstram redução no índice de recidiva da doença com esta abordagem e, segundo critérios histopatológicos específicos, podem evitar uma colectomia em alguns casos de neoplasia maligna. Relato de caso: trata-se de paciente de 50 anos, submetida a dissecção endoscópica da submucosa de lesão de crescimento lateral, com 50 mm, localizada no reto, a 8 cm da margem anal. O procedimento foi realizado sem maiores intercorrências, apenas dois pontos de afastamento da muscular, sem perfuração grosseira, fechados com clipe. Entretanto a paciente evoluiu com escape aéreo para diversas cavidades e foi tratada sem intervenção adicional, apenas manejo clínico. Conclusão: é de fundamental importância conhecer a técnica da ESD e suas complicações uma vez que, mesmo repleta de benefícios em relação a cirurgia, ela pode ter desfechos graves.

#### **TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA PROCTOPATIA ACTÍNICA HEMORRÁGICA COM PLASMA DE ARGÔNIO: EXPERIÊNCIA DO GASTROCENTRO/UNICAMP.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/DMAD/FCM/UNICAMP*

Resumo: Introdução: A proctopatia actínica é uma complicação da radioterapia para o tratamento de neoplasias malignas pélvicas. O sangramento da proctopatia 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 proctopatia actínica hemorrágica. Pacientes e Métodos: De fevereiro de 2008 a maio de 2014, foi realizado estudo prospectivo que incluiu 81 pacientes portadores de proctopatia actínica, sendo 38 homens e 43 mulheres. A idade média dos pacientes foi de 60,82 anos completos (variando entre 37 e 85). Quanto à neoplasia de base, todos os homens eram portadores de câncer de próstata. Por sua vez, 26 mulheres eram portadoras de câncer de colo uterino, 14 de neoplasia de endométrio e 3 de câncer de bexiga. Todos os pacientes apresentavam sangramento intermitente ou diário, sendo que 21 deles haviam necessitado de transfusões sanguíneas. O início dos sintomas ocorreu, em média, após 16,56 meses de radioterapia (variando entre 6 e 50 Meses). A dose radio-terápica prévia foi média de 76,15gy (variando entre 60 e 87,2). Foi utilizada a classificação endoscópica de chi (graus 0 a 3), sendo que 24 Pacientes eram portadores de retite actínica grau 1, 26 pacientes de grau 2, e 31 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 cinco deles foi necessária a complementação com aplicação tópica de formalina. Uma média de 2,47 sessões foi necessária para o alívio de sintomas, variando de 1 a 5. Após o término do tratamento, 35 pacientes não apresentaram mais sangramento, enquanto 46 mantiveram ocasionais ou raros sangramentos. Nenhum paciente necessitou de transfusões sanguíneas adicionais após o tratamento. Para três pacientes, foi necessário tratamento cirúrgico: duas retossigmoidectomias e uma ileostomia em alça devido a estenose sintomática de sigmóide, prévias ao tratamento endoscópico. O tempo de seguimento médio foi de 37,37 meses (variando entre 3 e 63). O procedimento foi bem tolerado pelos pacientes, sem complicações significativas. Conclusão: A aplicação endoscópica de plasma de argônio para o tratamento da proctopatia actínica hemorrágica é um método seguro, bem-tolerado e eficaz.

## EXPERIÊNCIA DE ESTOMAS INTESTINAIS NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HUSF: TÉCNICAS E COMPLICAÇÕES

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELA TIEMI SATO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: a confecção adequada de uma ostomia, manejo cuidadoso e fechamento com técnica precisa é fundamental para o tratamento de doenças específicas e para a vida social do paciente. Objetivos: revisar na literatura a indicação de ostomias intestinais, cuidados pré, pós-operatórios e principais complicações, e, compará-los a experiência no serviço de coloproctologia do husf. Material e métodos: pesquisa na literatura médica, utilizando a base de dados medline e lilacs, englobando artigos entre 2000 e 2014, sem restrição para idiomas específicos. Foram revisados os prontuários de 90 pacientes no período entre 2001 e 2014 que resultaram na confecção e fechamento de ostomas intestinais. Resultado: a idade média dos pacientes foi de 51,74. Foram identificadas como causas da confecção da ostomia: 63% de quadros obstrutivos (98% deste por neoplasia), 18% inflamatórios, e, 21% traumas. A dermatite periestomal foi a complicação precoce mais comum, com incidência em até 77% dos pacientes. A isquemia, associada a necrose da ostomia foi a principal causa de revisão precoce do estoma. Como complicação tardia, encontramos a hérnia paracolostômica em 14% a 30% dos doentes, diretamente relacionada ao tamanho do orifício da aponeurose sob o estoma (>3 cm). O prolapso tem uma distribuição de 7-22% quando observado exclusivamente em ileostomias, com pico de incidência destas complicações ocorrendo após de 5 Anos de segmento. A correção de hérnias paraestomais sem utilização de próteses apresenta recorrência de até 60%, o uso de técnica protética diminui esta incidência a 33%. O reparo laparoscópico é uma técnica mais rápida e com menor incidência pós-operatória de hérnia incisional. Existe evidência de melhores resultados na confecção de ileostomia em alça, temporária, quando comparada a colostomia empregando a mesma técnica. A opção de colostomia terminal, quando definitiva, também mostrou menores complicações em longo prazo. A orientação pré-operatória, demarcação prévia do local da ostomia e preparo psicológico e social do paciente antes do procedimento leva a queda de complicações pós-operatória. Conclusão: a confecção de colostomias e ileostomias apresenta ainda em nossos dias índices de morbidade significativos. Estudos reportam um taxa de complicação variável entre 21 a 70%. A discrepância nesta incidência é reflexo da falta de revisão sistemática sobre a vulnerabilidade destes pacientes e comunicação intermitente entre grupos de estudo.

## MAPEAMENTO DE LAUDOS MÉDICOS DE EXAMES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA UTILIZANDO O PROCESSO DE MAPEAMENTO DE LAUDOS MÉDICOS POR ONTOLOGIAS AUTOMATIZADO POR MEIO DE UM SISTEMA COMPUTACIONAL COLABORATIVO

JEFFERSON TALES OLIVA<sup>1,2</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1,2,3</sup>, RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>, JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>, RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>1</sup>, FENG CHUNG WUI  
*LABORATÓRIO DE BIOINFORMÁTICA (LABI) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE), FOZ DO IGUAÇU (PR), BRASIL.; 2 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE SISTEMAS DINÂMICOS E ENERGÉTICOS (PGESDE); 3 DEPARTAMENTO DE CIRURGIA (D.M.A.D.), SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA UNICAMP - CAMPINAS (SP), BRASIL.*

Resumo: Introdução: o laudo médico textual consiste em uma ferramenta essencial para qualquer especialidade médica, pois possibilita a descrição de achados e a manutenção do histórico do paciente, podendo ser também utilizados para estudos de doenças e identificação de padrões relevantes. No entanto, é necessário ter seus dados mapeados para planilhas eletrônicas, podendo ser uma tarefa custosa e sujeita a erros de mapeamento. Para auxiliar nessa tarefa foi desenvolvido o Processo de Mapeamento de Laudos Médicos por Ontologias (PMLMO) para prover apoio à transformação automática de laudos textuais para um formato estruturado. Isso permitiria também a aplicação do processo de mineração de dados. O PMLMO foi automatizado e otimizado por meio de um Sistema Computacional Colaborativo (SCC). Objetivo: analisar a eficiência do PMLMO por meio da aplicação do SCC a um conjunto de laudos artificiais de endoscopia digestiva alta (EDA). Materiais e métodos: as funcionalidades do SCC foram disponibilizadas em dois cenários (C1 e C2), um para cada fase do PMLMO. O c1 contém funcionalidades para gerenciamento e extração de padrões de laudos, construção de arquivos de padronização e definição da ontologia e da Base de Dados (BD). No C2, os laudos selecionados anteriormente são pré-processados e em seguida, a ontologia é usada para mapear a informação presente nesses laudos para a BD. Foi considerado um conjunto de 100 laudos artificiais de EDA. Resultados: os C1 e C2 foram aplicados por meio do SCC ao conjunto de laudos artificiais permitindo a extração de padrões, a definição da BD representando as informações consideradas relevantes e a elaboração da ontologia para o mapeamento desses dados. As informações contidas nos laudos foram transcritas com uma taxa de mapeamento de 100,00% e um custo de tempo de 6 horas e 50 minutos para o mapeamento pelo SCC contra 5 horas e 34 minutos para o mapeamento manual. No entanto, o custo de tempo para o PMLMO automatizado mantém-se praticamente constante após os 100 primeiros laudos, enquanto o tempo para o mapeamento manual cresce de modo linear. Conclusão: o uso do SCC para o processamento do conjunto de 100 laudos obteve resultados considerados satisfatórios, corroborando com os experimentos realizados em trabalhos anteriores. Em uma projeção do custo de tempo para mapeamento de laudos, observou-se que a partir de 260 laudos, o custo do PMLMO automatizado torna muito menor que o necessário para realizar o mapeamento manual de laudos.



### FATORES DE RISCO PARA DISPLASIA NOS ADENOMAS/PÓLIPOS SERRILHADOS SÉSSEIS

LEONARDO DE CASTRO DURAES; DAVID LISKA, MATTHEW F KALADY, JAMES CHURCH  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

Resumo: Introdução: As lesões serrilhadas são precursoras aproximadamente um terço dos cânceres colorretais. A classificação da Organização Mundial de Saúde (WHO) de pólipos serrilhados inclui pólipos hiperplásicos, adenomas/pólipos serrilhados (SSA/P) com ou sem displasia, e adenoma serrilhado tradicional (TSA). Entre estes, ssa/p com displasia é o principal precursor de câncer colorretal. O desenvolvimento da displasia em SSA/P está associado a metilação de MLH1 e instabilidade de microssatélite. Infelizmente, pouco se sabe sobre os fatores clínicos que podem predizer displasia em SSA/P e, portanto, é difícil identificar pacientes em risco. Objetivo: O objetivo deste estudo foi identificar fatores de risco que predisponde a displasia em SSA/P. Método: Um banco de dados de um único colonoscopista foi utilizado para identificar pacientes com diagnóstico histológico de SSA/P entre 2003 a 2013. Como tamanho do pólipo é um fator conhecido de displasia em pólipos, pacientes com SSA/P com displasia foram pareados com pacientes com SSA/P sem displasia utilizando-se o tamanho do pólipo (1:3). Pacientes com síndrome poliposa serrilhada foram excluídos da análise. Diversos fatores foram avaliados para determinar a associação de ssa/p com displasia. Análise estatística foi realizada, e  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Resultados: 474 SSA/P foram identificados, 448 com displasia (94,5%), e 26 sem displasia (5,5%). Neste grupo inicial, houve diferença entre o tamanho do SSA/P com displasia (16,6 mm), comparado com SSA/P sem displasia (12,2 mm) ( $p = 0,023$ ). Os 26 pacientes com SSA/P com displasia foram pareados com 78 pacientes com SSA/P sem displasia. A idade média foi 63,4 anos (63,1 sem displasia e 64,3 com displasia). Sexo masculino e aumento do número de pólipos foram fatores associados com displasia ( $p = 0,05$  e  $p = 0,031$ , respectivamente). Não houve diferença estatística na idade, tamanho do pólipo, história familiar de câncer colorretal, indicação do exame, número de adenomas, e incidência de câncer entre os grupos. Conclusão: O tamanho do SSA/P está associado com aumento do risco de displasia. Sexo masculino e número de pólipos são fatores associados com o desenvolvimento de displasia em SSA/P. Aumento da vigilância de câncer colorretal por colonoscopia nesse grupo de pacientes deve ser considerada.

### ANÁLISE ENDOSCÓPICA DAS LESÕES SERRILHADAS COLORRETAIS

PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA; RITA BARBOSA DE CARVALHO, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES, MICHEL GARDERE CAMARGO, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY

*FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*

Resumo: Introdução: em 2010, a world health organization definiu a nova classificação das lesões serrilhadas, responsáveis por até 30% das neoplasias colorretais. São oriundas da via de metilação cimp+, com transformação carcinomatosa mais precoce. Consideradas de difícil identificação endoscópica, necessitam de patologista experiente para seu correto diagnóstico e classificação. Estes aspectos tornam relevantes o estudo das lesões serrilhadas colorretais. Objetivo: caracterizar os achados endoscópicos dos adenomas serrilhados (sésil e tradicional) em série consecutiva de colonoscopias. Material e Métodos: análise retrospectiva de colonoscopias realizadas no serviço de endoscopia digestiva do gastrocentro-unicamp, no período compreendido entre janeiro de 2005 a junho de 2014. Os seguintes parâmetros foram avaliados: indicação do exame, localização, tamanho e aspectos morfológicos (classificação de paris). Resultados: Identificou-se a presença de 45 adenomas serrilhados em 43 Pacientes, sendo 55,8% do sexo feminino e média de idade de 60,7 (33 – 85) anos. A indicações predominantes da colonoscopia foram antecedente de pólipo (27,9%) e antecedente pessoal de neoplasia colorretal (18,6%). A localização mais comum foi no cólon direito (44,4%), seguida do reto (26,6%), sendo 24 (53,3%) adenomas serrilhados tradicionais e 21 (46,7%) adenomas serrilhados sésseis. quanto aos aspectos morfológicos, 32 (71,1%) eram do tipo is, nove do tipo iia, e quatro tipo ip. Com relação ao tamanho, 19 (42,2%) apresentavam entre 05 e 10mm, 16 (35,5%) entre 0 e 05mm, 02 sem avaliação do tamanho e as demais com tamanho superior a 10 mm. dezoito pacientes (41,8%) apresentavam lesões sincrônicas com diagnósticos histológicos distintos conclusão: as características morfológicas das lesões e domínio no cólon direito dificultam a identificação endoscópica. Assim para melhorar a acurácia diagnóstica, deve se estimular o emprego de cromoscopia, assim como considerar o antecedente de neoplasia colorretal como fator de risco para a presença de lesões serrilhadas.

### INCIDÊNCIA E EVOLUÇÃO DE ADENOMAS DUODENAIS EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL

DEBORA GONÇALVES ROSSI; JULIA GIRARDI CUTOVOI, ELINTON ADAMI CHAIM, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CLAUDIO COY

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - FCM- UNICAMP*

Resumo: Introdução: o câncer duodenal associa-se como a principal causa de morte na polipose adenomatosa familiar (PAF) em pacientes submetidos à colectomia profilática. Assim, a identificação de adenomas duodenais (ad) e seu correto manejo tornam-se prioritários no acompanhamento. Objetivo: avaliar a incidência e evolução de adenomas duodenais em portadores de PAF. Casuística e Métodos: análise retrospectiva de pacientes submetidos a colectomia por PAF, no período

de 1984 a 2013. No serviço de coloproctologia da unicamp, duodenoscopias são realizadas por ocasião da primeira consulta e Em exames anuais após a cirurgia. Foram analisados a incidência, tratamento e evolução de ad. Resultados: foram submetidos a tratamento cirúrgico por PAF, 84 pacientes. Destes, 68 evoluíram com ad, porém 17 perderam seguimento e três eram portadores de pólipos não neoplásicos. Assim, a incidência de adenomas duodenais foi de 77,3% e fazem parte desta casuística 38 pacientes portadores de adenomas duodenais, sendo 58,5% do sexo feminino, com média de idade de (-) anos. O diagnóstico de AD por ocasião da colectomia ocorreu em%. Nos pacientes com aparecimento tardio, o tempo médio entre a cirurgia para PAF e o diagnóstico de AD foi de (-) meses. Cinco pacientes (13,1%) foram submetidos a duodenectomia, com média de idade de 43,2 anos, sendo três do sexo feminino. As indicações para duodenectomia foram: adenoma com foco de adenocarcinoma in situ em três casos (7,9%) e dois por.... (lesões maiores do que 30 mm ou Acometimento de papila????). Um paciente evoluiu a óbito no pós-operatório por fistula pancreática e outro após quatro anos por metástase pulmonar de adenocarcinoma colorretal. Os demais encontram-se em acompanhamento clínico com exames endoscópicos anuais. Conclusão: apesar da alta incidência de adenomas duodenais nesta casuística, os pacientes em acompanhamento não apresentaram adenocarcinoma invasivo, e a mortalidade associou-se a complicação pós-operatória.

#### **OCORRÊNCIA DE TUMOR DESMÓIDE EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: ANÁLISE DA CASUÍSTICA**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; DEBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI; LILIAN VITAL PINHEIRO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*FCM-UNICAMP*

Resumo: Introdução: tumores desmóides (TD) são neoplasias raras, localmente invasivas que afetam 10-25% dos pacientes com polipose adenomatosa familiar (PAF). É uma das mais importantes manifestações extragastrointestinais na PAF, associando-se a aumento da mortalidade em seus portadores. Objetivo: avaliar a ocorrência de TD em casos de PAF no seguimento após cirurgia para PAF e a evolução desses pacientes. Casuística e métodos: análise retrospectiva dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por PAF, no período de 1984 a 2013. Foram obtidos dados clínicos e demográficos e analisados incidência, tratamento e evolução dos pacientes portadores de TD. Resultados: foram submetidos a tratamento cirúrgico por PAF 84 pacientes. Destes, 17 evoluíram com TD, sendo 70,5% do sexo feminino, com média de idade de 29,2 (16,3 - 56,1) anos. O tempo médio entre a cirurgia para PAF e o diagnóstico de TD foi de 48,1 (12-146) meses, sendo que em dois casos a lesão precedeu a Cirurgia. O diagnóstico foi estabelecido por exame físico ou manifestação clíni-

ca durante o seguimento em 12 casos (70,5%), em pacientes assintomáticos com alteração no exame de imagem de rotina em dois casos (11,7%) e na urgência, por abdome agudo obstructivo em três casos (17,6%). Dez casos (58,8%) Com apresentação intrabdominal, seis (35,2%) na parede abdominal, e seis (35,2%) em outras localizações. Mais de uma localização foi evidenciada em quatro casos (23,5%). Com relação ao tratamento, 13 pacientes (76,4%) foram submetidos à cirurgia e três a tratamento clínico. Um paciente evoluiu a óbito antes da terapêutica. Dos pacientes com tratamento clínico exclusivo, um Paciente apresentou progressão da lesão, porém perdeu seguimento e dois evoluíram sem aumento da lesão em sete e 108 meses de acompanhamento. Dos pacientes operados, houve quatro casos de recidiva (30,7%). Em dois optou-se por tratamento clínico com estabilização da lesão. Dois pacientes foram Submetidos à reabordagem cirúrgica, sem evidência de recidiva em 10 meses e 108 meses de acompanhamento. Conclusão: a incidência de TD nesta casuística foi de 20,2% dos casos de PAF. Evolução favorável foi possível em 88,2%, considerando-se inclusive pacientes com ressecção incompleta e tratamento clínico exclusivo.

#### **EVOLUÇÃO E CONDUTA NOS TUMORES DESMÓIDES ASSOCIADOS A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR; REVISÃO DE 19 CASOS**

FABIO GUILHERME CASERTA MARYSSAEL DE CAMPOS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, MURILO ROCHA RODRIGUES, SÉRGIO NAHAS, IVAN CECCONELLO

*UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: tumores desmóides (TD) são neoplasias localmente invasivas, raramente descritas, que acometem 10% a 25% dos portadores de polipose adenomatosa familiar (PAF). Objetivo: avaliar a incidência dos TD, a apresentação clínica, e o potencial impacto na evolução e tratamento da PAF. Casuística e método: os prontuários de 133 pacientes portadores de PAF, acompanhados de 1977 a 2013 foram revisados. Os portadores de TD foram separados com objetivo de recuperar os dados demográficos, clínicos e o tratamento realizado. Enfocou-se na evolução da doença e causas de complicação ou morte. Resultados: foram diagnosticados 19 (14,3%) pacientes portadores de TD, sendo 16 (84,23%) surgidos após traumatismo prévio e três (15,77%) durante o tratamento cirúrgico da PAF, dos doentes acometidos pelo TD. 11 (57,89%) eram mulheres e oito (42,10%) homens com média de idade de 32,9 anos. O intervalo entre o traumatismo cirúrgico e o diagnóstico de TD variou de sete a 60 meses. Manifestações extracólicas foram encontradas em 12 (63,1%) Doentes diagnosticados com TD. A neoplasia localizou-se na parede abdominal Em oito (42,10%) doentes, parede abdominal e cavidade abdominal em dois (10,52%) e no braço esquerdo em um (5,26). Do total de casos encontrados cinco (26,30%) Enfermos apresentavam história familiar prévia de TD. Quatro (21,05%) evoluíram com obstrução intestinal, dois (10,52%)

com hidronefrose e a neoplasia foi a causa de óbito em três (15,7%) doentes. Conclusões: na presente Revisão de casuística os TD foram encontrados em 14,3% dos doentes com PAF Sendo que a maioria deles surgiram após o traumatismo cirúrgico e foram responsáveis por complicações graves em 31% dos doentes e pela evolução fatal e 15,7% dos casos. A identificação dos fatores de risco clínico pode auxiliar o cirurgião nas estratégias de diagnóstico e decisão terapêutica.

#### **ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO TUMOR CARCINÓIDE: ESTAMOS NA ERA PRÉ- RASTREAMENTO?**

ROBERTO CARLOS GUANDALINI JÚNIOR; RENATA BANDINI VIEIRA, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA E MARIANA SANO GAROTTI

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS- SP*

Resumo: Introdução: o diagnóstico do tumor carcinóide pode ser difícil dado seu comportamento indolente e sua topografia variada com distintas apresentações clínicas. A epidemiologia global deste tumor variou ao longo das décadas devido ao aprimoramento diagnóstico. O apêndice cecal era o mais frequente quando foi substituído pelo íleo terminal e, atualmente, o carcinóide de reto tem atingido incidência semelhante. Nos países desenvolvidos, tal incremento pode estar relacionado à recomendação do rastreamento a partir do ano 2000. Objetivo: identificar a epidemiologia, em nosso meio, dos tumores carcinóides no século atual. Método: revisão da base de dados do serviço de anatomia patológica do Hospital Heliópolis-SP, de 2000 até 2014. Resultados: foram 92 pacientes diagnosticados com tumor carcinóide no período. Destes, 37 pacientes (40,21%) eram do trato gastro-intestinal (TGI) e 27,17% do trato respiratório. Dentre os carcinóides do TGI, o apêndice cecal (32,43%) predominou, seguido do íleo terminal em igual proporção com estômago (21,62%) e reto em quarto lugar (13,51%). Conclusão: o diagnóstico do tumor carcinóide em nosso meio ainda se baseia na clínica, fazendo com que o carcinóide de apêndice cecal ainda seja o mais diagnosticado, diferente da epidemiologia global.

#### **NEUROFIBROMATOSE DE VON RECKLINGHAUSEN ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA COLORRETAL: RELATO DE CASO**

DANIELA TIEMI SATO; LARA TAGLIARI KOYANAGI, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: a neurofibromatose, descrita inicialmente em 1882 por von recklinghausen, é uma doença genética caracterizada por uma anormalidade neuroectodérmica e por manifestações clínicas de envolvimento sistêmico e progressivo, que acometem principalmente a pele, o sistema nervoso,

ossos, olhos e eventualmente outros órgãos, podendo apresentar uma grande diversidade de manifestações que variam de indivíduo para outro. A associação de neurofibromatose com neoplasia colorretal, apesar de descrita é uma possibilidade rara na literatura. Objetivo: relatar um caso de paciente com neurofibromatose de von recklinghausen com neoplasia de cólon. Relato do caso: ntt, homem, 70 anos, oriental de ascendência japonesa, procurou o serviço médico devido a queixa de hematoquezia e alteração do hábito intestinal associado a perda ponderal. Ao exame físico apresentava lesões ao longo do corpo com pedículos cutâneos e manchas em café-com-leite em dorso. O exame colonoscópico demonstrou lesão ulcerada vegetante em transição retossigmoideana de 3cm há 18cm da borda anal. O paciente foi submetido a biópsias das lesões de pele que confirmaram neurofibromatose, e, foi estadiado para neoplasia colorretal. E, aguarda cirurgia eletiva. Discussão: existe dois tipos de neurofibromatose (NF), a do tipo NF1 relacionada ao cromossoma 17 e o NF2 relacionado ao cromossoma 22. A NF é uma condição geralmente assintomática. O grande fato é que nos paciente portadores de nf1 apresentam grande risco de transformação maligna em neurosarcoma e possuem risco aumentado de desenvolverem outros tipos de tumores, devido a mutação do gene supressor de tumor NF1.

#### **APLICATIVO “CIRURGIAS COLORRETAIS” PARA SÉRIES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

MAURO PINHO; WILLIAM COUTINHO HILBIG, LEANDRO ROSIN, GIOVANI MENEGUZZI DE CARVALHO, GABRIELLY DE ARAUJO, ALINE SANTIAGO, LUIS CARLOS FERREIRA, HARRY KLEINUBING JR.

*DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE E DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVILLE*

Resumo: A evolução do conhecimento sobre as doenças e respostas ao tratamento depende da análise de grandes séries de pacientes, requerendo para isto a organização de bases de dados padronizadas e de fácil acesso. Com o desenvolvimento dos recursos digitais, e, em particular, através do armazenamento de dados on line (“na nuvem”), isto tornou-se possível, em especial após a disseminação de dispositivos móveis com acesso à internet como telefones celulares, tablets ou notebooks. Objetivo: desenvolvimento de um aplicativo baseado em um formulário eletrônico especialmente preparado para registrar as informações mais relevantes sobre casos de pacientes submetidos a cirurgias colorretais. Método: após a elaboração do referido formulário, foi este incluído em um aplicativo capaz de permitir consultas e alterações a cada um dos casos inseridos, assim como possibilitar a qualquer momento relatórios para análise da casuística. Além disto, foi ainda incluída uma função que permite a formação voluntária de séries coletivas, possibilitando a construção de grandes estudos multicêntricos baseados em dados padronizados. Resultados: após o desenvolvimento e publicação do aplicativo, a inserção de um grande número de casos de cirurgias colorretais para

testar seus diferentes recursos demonstrou que estes funcionaram de forma adequada, possibilitando sua disponibilização gratuita para os usuários interessados nesta forma de organização de sua casuística.

#### **COMO AVALIAR A CAPACIDADE DE UM SERVIÇO PARA HABILITAR UM CIRURGIÃO COLORRETAL?**

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, GIANCARLO DE SOUZA MARQUES, NIKOLAY COELHO DA MOTA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES, JOSÉ ARIMATÉA ALVES DE CARVALHO JUNIOR

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO*

Resumo: Introdução: a formação de um especialista em coloproctologia além de conhecimento teórico prático necessita sobremaneira de treinamento cirúrgico e o desenvolvimento de habilidade cirúrgica nos mais diversos procedimentos cirúrgicos da especialidade. Objetivo: avaliar o volume de procedimentos cirúrgicos realizados pelo serviço de coloproctologia do Hospital Presidente Dutra, e inferir se este volume credência o serviço para a formação de especialista. Identificar as áreas de fragilidade permitindo a criação de convênios que viabilizasse a residência em coloproctologia no Hospital Universitário Presidente Dutra. Método: foram levantadas todas as cirurgias realizadas no serviço de coloproctologia do Hospital Presidente Dutra no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012. Calculado o percentual de cada procedimento sobre o volume global de cirurgias realizadas no serviço. Resultados: no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012 foram realizadas 357 cirurgias no serviço de coloproctologia do hospital universitário presidente dutra. Deste total 56,79% foram cirurgias orificiais e 43,21% de cirurgias abdominais. Foi individualizada a quantidade de cada procedimento específico e constatado haver um número muito pequeno de cirurgias oncológicas, laparoscópicas e a falta de treinamento em urgência visto que os hospitais universitários de um modo geral não prestam este tipo de atendimento. Estes resultados demonstraram a necessidade de realização de convênios que viabilizassem o completo treinamento de um especialista em coloproctologia. Conclusão: o conhecimento do volume de cirúrgicas de um serviço e o percentual específico de cada procedimento realizado neste serviço é fundamental quando se prospecta a abertura de uma residência cirúrgica em área específica pois possibilita a antecipação de medidas que tornem factível a instalação desta.

#### **TRANSMISSÃO E ACOMPANHAMENTO DE EXAMES DE COLONOSCOPIA EM TEMPO REAL PELA INTERNET**

RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1,2,3</sup>, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>, JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>, MOACIR FONTEQUE JUNIOR<sup>1,2</sup>, RAQUEL FRANCO LEAL<sup>3</sup>, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO<sup>3</sup>, FENG CHUNG WU<sup>1,3</sup>

*LABORATÓRIO DE BIOINFORMÁTICA (LABI) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE), FOZ DO IGUAÇU (PR), BRASIL., 2 PROGRAMA DE*

*PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE SISTEMAS DINÂMICOS E ENERGÉTICOS (PGESDE), 3 DEPARTAMENTO DE CIRURGIA (D.M.A.D.), SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA UNICAMP - CAMPINAS (SP), BRASIL.*

Resumo: Introdução: a área computacional aplicada à medicina tem contribuído para aumentar a eficiência no armazenamento, na transmissão e na análise de dados referentes aos pacientes e na precisão do diagnóstico. No entanto ainda não existem soluções disponíveis para a interação e a discussão, entre especialistas, durante a realização de procedimentos médicos. Objetivo: desenvolvimento e avaliação experimental de um método computacional para o acompanhamento, em tempo real, de procedimentos endoscópicos pela internet. Materiais e métodos: fase 1: definição dos requisitos por meio de reuniões com especialistas da área médica: acompanhamento de vídeos de exames endoscópicos em tempo real e interação entre especialistas por meio de vídeo, áudio, mensagens texto e captura de imagens relativas aos procedimentos médicos. Fase 2: construção do sistema aplicando-se as linguagens de programação java e flex, banco de dados mysql e o servidor de streamings red5. Fase 3: avaliação de desempenho do método transmitindo-se 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; o segundo (cliente) recebia o vídeo por meio de um link da RNP de 1 gbps. Os Experimentos foram realizados, com duração de 30 minutos cada, durante os 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 método pode ser aplicado para qualquer procedimento médico que envolva transmissão de vídeo e pode ter importantes contribuições para o aperfeiçoamento e educação continuada de profissionais da área da saúde. Obteve-se QPS médio de 23,91 e desvio padrão (DP) de 0,64 no emissor; QPS médio de 21,07 e dp de 2,52 no cliente, determinando a existência de diferença de desempenho estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ). Entretanto, os vídeos foram recebidos a taxas que não prejudicam a percepção de continuidade e manteve-se a qualidade máxima das imagens transmitidas, o que é primordial para a discussão dos exames pelos especialistas. conclusão: o método proposto é inédito e pode ser utilizado para o acompanhamento remoto de exames endoscópicos, contribuindo para melhorar a precisão na realização de diagnósticos e para a educação Continuada de profissionais da área de saúde. Palavras-chave: telemedicina, videocolonosopia, educação continuada.

#### **CIRURGIA LAPAROSCÓPICA AUMENTA A SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O TRATAMENTO HOSPITALAR**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; LUCA STOCCHI, JAMES MERLINO, TRACY HULL, MASSARAT ZUTSHI, DANIEL BOKAR, BROOKE GURLAND  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

**Resumo:** Introdução: A cirurgia laparoscópica colorretal apresenta vantagens sobre cirurgia aberta, como menor dor pós-operatória, menor tempo de permanência hospitalar, retorno mais rápido da motilidade intestinal e melhor resultado estético. No entanto, é incerto se estes benefícios melhoram a satisfação do paciente com o tratamento oferecido. HCAHPS (Hospital Consumer Assessment Of Healthcare Providers And Systems) é um questionário padronizado utilizado nos estados unidos com o objetivo de Mensurar a satisfação dos pacientes em relação ao tratamento hospitalar. Este questionário é enviado a todos os pacientes após a alta, e é utilizado pelo “medicare” para a remuneração hospitalar. Objetivo: O objetivo deste trabalho foi determinar se o uso da laparoscopia em procedimentos colorretais influencia a satisfação do paciente ao tratamento oferecido, utilizando-se o questionário HCAHPS. Método: Os questionários HCAHPS, de 2009 a 2013, coletados após as altas hospitalares de pacientes submetidos a procedimentos colorretais, foram relacionados a um banco de dados de cirurgia colorretal mantido prospectivamente em uma instituição terciária de grande volume. As respostas em cada domínio do questionário foram comparados em pacientes submetidos a cirurgia aberta (a), cirurgia laparoscópica sem conversão (l), e cirurgia laparoscópica convertida a cirurgia aberta (c). Resultados: 1937 questionários foram relacionados às respectivas cirurgias colorretais (a - 1394 (72%), l - 498 (25,7%), c - 45 (2,3%)). Pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica responderam mais positivamente ao domínio “comunicação com médicos” (p=0.044). L apresentou melhor resultado no domínio “dor pós-operatória” comparado com a. Quando a cirurgia laparoscópica foi convertida para cirurgia aberta, estes achados significativos não foram encontrados. O uso de laparoscopia não influenciou os outros domínios do questionário hcahps. Conclusão: Pacientes submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica apresentaram melhor satisfação ao tratamento hospitalar oferecido. Isto, porém, não ocorreu quando a cirurgia laparoscópica foi convertida para cirurgia aberta. Este estudo apresenta uma nova vantagem da cirurgia laparoscópica colorretal.

#### **COLECTOMIA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DAS LESÕES DO CÓLON DIREITO**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

**Resumo:** Introdução: o câncer colorretal (CACR) é um dos maiores responsáveis pela mortalidade oncológica no mundo. O câncer do cólon direito representa em torno de 15% das formas de CACR. A colectomia laparoscópica, principal forma de abordagem desta patologia, apresenta benefícios como retorno mais precoce à dieta habitual, menor período de internação, menor utilização de analgésicos e melhores resultados estéticos sem prejuízo dos resultados oncológicos. A

implementação da anastomose intra-corpórea modificou esta abordagem, que evoluiu de assistida para totalmente laparoscópica. Objetivo: apresentar três casos de colectomia direita totalmente videolaparoscópica realizados no serviço de coloproctologia do hospital felício rocho. Método: entre dezembro de 2013 e março de 2014, 3 (três) pacientes, entre 59 e 75 anos, do sexo feminino, foram submetidas a colectomia direita por videolaparoscopia com anastomose intra-corpórea. Duas destas pacientes apresentavam adenocarcinoma de cólon e uma possuía uma lesão de crescimento lateral extensa. Todos os procedimentos transcorreram pela abordagem videolaparoscópica com anastomose intracorpórea isoperistáltica. Os espécimes cirúrgicos foram retirados através de Incisão de Maylard com até 4 cm. Resultados: o tamanho das peças retiradas foi de 20/23/24 cm, com 22/12/19 Linfonodos ressecados e a anatomia patológica revelou adenocarcinoma em duas peças e adenoma túbulo-viloso na terceira. Uma das pacientes apresentou hematoquezia no pós-operatório e outra possuía trombofilia, ambas permaneceram internadas por 5 dias. Discussão: os benefícios da colectomia direita videolaparoscópica comparada à cirurgia assistida incluem menor íleo, menos dor e melhor função pulmonar no pós-operatório, além de curta permanência hospitalar com alta precoce. A técnica empregada, contempla a ressecção oncológica completa, menor tempo cirúrgico e com menor incisão para retirada da peça. Diante disso, obtemos melhores resultados a curto prazo, uma vez que a menor manipulação intestinal na cirurgia totalmente laparoscópica parece estar associada a menor incidência de dor, menor uso de analgésicos e período de internação mais curto comparada com a laparoscopia convencional. Conclusão: a experiência inicial com estes três casos de colectomia direita totalmente laparoscópica mostrou que a técnica é factível e segura, com resultados a curto-prazo semelhantes à cirurgia laparoscópica convencional, bem como dos parâmetros oncológicos da peça cirúrgica.

#### **RECONSTRUÇÃO LAPAROSCÓPICA DO TRANSITO INTESTINAL APÓS CIRURGIA DE HARTMANN**

FLAVIO ROBERTOS SANTOS E SILVA; YURI YAMANE DIAZ, SANTIAGO CIRILO SERVIN, GIANCARLO SOUZA MARQUES, KILSON MARTINS COELHO, AUDRAN LARDINER ALVES DE OLIVEIRA, RODRIGO ALMEIDA BATISTA, MANOEL DE CASTRO SILVA NETTO  
*INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELLO*

**Resumo:** Introdução: a Cirurgia de Hartmann consiste na realização de uma colostomia terminal e o fechamento do coto distal do intestino grosso, geralmente o reto. Essa técnica, inicialmente descrita no início do século xx, objetiva diminuir a mortalidade relacionada à deiscência das anastomoses colorretais primárias. A técnica de reconstrução laparoscópica vem sendo usada com segurança desde o início da década de 90, e seu emprego tem diminuído as taxas de morbimortalidade relacionadas à cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal por via laparotômica. Objetivo: análise dos resultados obti-

dos em cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal pela técnica de reconstrução laparoscópica. Método: análise dos resultados de 11 cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal por via laparoscópica, em pacientes Pós-Cirurgia de Hartmann, em hospital especializado. Resultados: dos casos dos pacientes submetidos à cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal por via laparoscópica, 7 eram de pacientes do sexo feminino, o tempo médio das operações foi de 132 minutos, o tempo médio de internação hospitalar foi de 5,5 dias e a dieta reintroduzida em média 24 horas após a conclusão da operação. A retirada da sonda vesical aconteceu após uma média de 10 horas após a operação. Houve 2 conversões em virtude de aderências firmes aumentando a dificuldade do procedimento, houve uma lesão térmica de intestino delgado solucionada por sutura laparoscópica. Nesta amostra houve um caso de deiscência anastomótica necessitando de reintervenção cirúrgica. Conclusão: o acesso laparoscópico pode ser usado com segurança, estando associado há uma menor quantidade de complicações pós-operatórias. A maior parte dos pacientes operados eram mulheres. A reconstrução laparoscópica apresentou menor tempo em relação à via laparotômica, bem como um tempo menor de internação hospitalar. A técnica de reconstrução laparoscópica também permite uma reintrodução precoce da dieta. A realização de punções laterais facilita o acesso da cavidade, evitando as aderências e permitindo uma laparoscopia segura, apresentando-se, portanto, como uma opção segura.

#### **ABAIXAMENTO DE CÓLON TOTALMENTE LAPAROSCÓPICO COM EXTRAÇÃO POR ORIFÍCIOS NATURAIS (NOSE), RESULTADOS INICIAIS**

THALLES VALENTE LISBOA; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, MINAS GERAIS*

Resumo: Introdução: a extração do espécime após a colectomia videolaparoscópica é classicamente realizada por minilaparotomias. Esta técnica reduziu muito as complicações relacionadas à parede abdominal comparando à técnica laparotômica. A extração através de orifícios naturais, além do benefício estético restringe apenas aos portais complicações como hérnias, infecções, dor e deiscências. Objetivo: apresentar nossa experiência quanto abaixamento de cólon totalmente laparoscópico com retirada do espécime através de orifícios naturais (NOSE). Método: estudo retrospectivo de novembro/2012 a junho/2014. Onde foram incluídos sete pacientes submetidos a abaixamento de cólon com retirada do espécime por orifícios naturais. Resultados: os sete pacientes foram do sexo feminino com idade entre 36 e 85 anos. Cinco das pacientes eram portadoras de adenocarcinoma de reto baixo submetidas à quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, uma portadora de Endometriose de reto e uma com lesão polipóide colonoscopicamente irresssecável. Seis das pacientes tiveram a retirada por via vaginal e apenas uma por via anal. Quatro das pacientes tiveram alta até o quinto dia pós-operatório, duas entre o sexto e o décimo dia pós-operatório, uma permaneceu Internada por mais de dez dias. Tivemos apenas um caso com complicação pós-operatória, fistula posterior da anasto-

mose colorretal. Nas pacientes submetidas à extração vaginal, nenhuma apresentou complicação relacionada à colporrafia. Também não houve recidiva local no período acompanhado. Conclusão: a cirurgia de abaixamento de cólon com extração do espécime por orifícios naturais é uma alternativa reproduzível, viável e segura. Além disso, possuem o potencial benefício de evitar complicações relacionadas à incisão abdominal e oferecem benefícios estéticos.

#### **COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DE DUHAMEL POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

JOSE RAIMUNDO BAHIA SAPUCAIA FILHO; PAULO MARCELO PIRES BASTOS, CARLOS RAMON MENDES, RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA, HEITOR LIMA MEDEIROS  
*CLÍNICA DR JOSE BAHIA SAPUCAIA*

Resumo: Introdução: a Doença de Hirschprung (DH) ou megacólon congênito caracteriza-se pela ausência de células gangliônicas no plexo submucoso e mioentérico. É uma importante causa de obstrução intestinal em neonatos e megacólon em crianças e adultos. Sua incidência é de cerca de 1:5000 nascidos vivos. A constipação crônica é a principal queixa na consulta clínica e o diagnóstico é definido através da confirmação anatomopatológica. O tratamento é cirúrgico e uma das técnicas mais difundidas atualmente é a Técnica de Duhamel por videolaparoscopia objetivo: relatar três complicações pós operatórias decorrentes da Cirurgia de Duhamel por videolaparoscopia em um serviço de salvador. Resultados: nos 18 casos de Cirurgia de Duhamel por videolaparoscopia, que compõem a casuística do serviço, ocorreram pelo menos uma complicação em 3 pacientes. Dentre as complicações observadas temos: a deiscência de sutura mecânica realizada com grampeador laparoscópico linear no coto retal, deiscência de anastomose no colo retal com grampeador circular, e volvo de delgado, com tração e deiscência de parte da anastomose colorretal. Conclusão: concluiu-se que temos que ter atenção na adequação da carga utilizada para o fechamento do coto retal e na anastomose colorretal, considerando-se a espessura tecidual de um colo dilatado, hipertrófico, como os observados na aganglionose.

#### **AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM ALTA PRECOCE APÓS PROCEDIMENTO DE CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA, LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERRIERA, RICAROD AGUIAR SAPUCAIA  
*HOSPITALA SANTA IZABEL*

Resumo: A cirurgia colorretal laparoscópica está associada à redução nos dias de internação hospitalar além de retorno precoce às atividades, menor dor pós-operatório e melhor resultado estético. Este trabalho tem o objetivo de mostrar a experiência do serviço de coloproctologia do Hospital Santa Izabel – Salvador/BA, nos casos de paciente Submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica com alta hospitalar dentro das

primeiras 48h pós-operatórias. Método: estudo retrospectivo onde foram avaliados os prontuários dos paciente submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica e que receberam alta em até 48h de pós-operatório no período de abril/2010 a julho/2014. Resultados: foram encontrados 78 paciente com alta até 48 horas de pós-operatório, sendo que em 10 pacientes a alta foi nas primeiras 24h. Nenhum paciente recebeu preparo de cólon no pós-operatório. Em todos os pacientes foi liberada dieta líquida no pós-operatório imediato, o que funcionou com estímulo e facilitou a evolução no pós-operatório. A média de idade dos pacientes foi de 54 anos, sendo semelhante nos dois grupos (24 e 48horas de pós-operatório). Com relação ao sexo, a maioria dos paciente era do sexo feminino com 63%. A principal cirurgia realizada foi a retossigmoidectomia em 69% dos casos, sendo que em 62,8% dos casos o diagnóstico pré-operatório era de neoplasia maligna. Não houveram complicações pós-operatórias que levassem esses paciente a necessidade de reinternação hospitalar ou reoperação. Conclusão: em pacientes selecionados como no caso da nossa série a alta hospitalar pode ser precoce, dentro das primeiras 24-48h de pós-operatório, com segurança e sem aumentar a morbi-mortalidade cirúrgica.

#### **ANÁLISE DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO ELETIVO DA DOENÇA DIVERTICULAR**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES, THALLES VALENTE LISBOA

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

Resumo: Introdução: a Doença Diverticular do Cólon (DDC) é uma condição comum que afeta a maior parte da população acima dos 60 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. A patologia apresenta-se de forma muito variada, desde pouco agressivas até formas complicadas com rápida evolução e traduz imenso prejuízo à saúde dos portadores assim como dos sistemas de saúde. Com o aprimoramento da técnica cirúrgica videolaparoscópica, cada vez mais este tem sido o tratamento utilizado. Objetivo: este estudo tem como objetivo analisar os resultados da cirurgia videolaparoscópica eletiva no tratamento da doença diverticular, avaliando o índice de complicações, o tempo de cirurgia e o tempo de internação hospitalar. Método: foram selecionados 70 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico eletivo de DDC e CACR 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. Resultados: os pacientes portadores de DDC estudados (45 no total) apresentavam mé-

dia de idade de 55,7 anos, com predomínio do sexo masculino, variando entre 33 e 83 anos. Enquanto o grupo de pacientes portadores de CACR selecionado (25 no total) apresentou média de idade de 58,3 anos, com predomínio do sexo feminino, variando de 42 a 78 anos. A maior parte dos pacientes selecionados evoluiu sem complicações no pós-operatório, com média de permanência hospitalar de 4,8 dias para os pacientes com CACR e 4,26 dias nos portadores de DDC. Discussão: apesar de toda a discussão em torno da Colectomia VI, apenas 5-10% dos procedimentos são realizados desta forma. Os resultados encontrados indicam que não existem evidências de que as Complicações, o tempo de internação e a duração do procedimento sejam diferentes no grupo portador da DDC quando comparado ao grupo CACR. Conclusão: diante dos dados analisados, concluímos que o tratamento videolaparoscópico eletivo da DDC não apresentou diferença quanto às Complicações, o tempo de cirurgia e o tempo de internação quando comparado ao tratamento do câncer colorretal pela mesma abordagem.

#### **RELATO DE CASO: ACHADOS SUGESTIVOS DE MESENTERITE ESCLEROSANTE EM PÓS OPERATÓRIO DE COLECTOMIA TOTAL POR DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON**

MARIANA OKINO MITUO; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, MARIO ANTONIO FERRARI, RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP*

Resumo: Introdução: mesenterite esclerosante representa um processo inflamatório primário idiopático de fibrose que acomete o mesentério. Geralmente afeta homens entre a quinta e a sétima década de vida. Sintomas mais comuns são dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso, febre e até pacientes assintomáticos. Mais de 50% apresentam massa abdominal palpável. O diagnóstico é baseado no achado radiológico associado a biópsia para excluir malignidades e outras patologias que acometem o mesentério. O tratamento deve ser individualizado baseado nos sintomas, complicações e comorbidades. Relato de caso: mulher, 86 anos, em seguimento ambulatorial com histórico de colectomia total com ileorreto anastomose em maio de 2000, por enterorragia e lesão estenosante em sigmóide devido a doença diverticular do cólon. Manteve em acompanhamento com queixas de diarreia e dor abdominal esporádica, mal definida, principalmente em hipocôndrio esquerdo. Apresentava ultrassonografias de abdome e endoscopia digestiva alta (eda) desde o pré operatório, datando de 1999 a 2010, sem achados relevantes. Em consulta há 6 meses apresentou ao exame físico massa palpável, indolor, de cerca de 8 cm de diâmetro em hipogastro. Negava dor abdominal. Solicitado exames complementares. Tomografia de abdome total com achado de densificação de gordura mesentérica em região epigástrica desviando antero-superiormente o estômago, medindo 116 x 76 mm, englobando vasos mesen-

téricos. Redução focal do calibre da artéria mesentérica superior. A possibilidade de mesenterite esclerosante deve estar entre os diagnósticos diferenciais. Na eda observou-se no estômago abaulamento com mesma coloração da mucosa, compressão extrínseca, em região de transição esfago gástrica que se estende pela pequena curvatura até incisura angularis. Em retorno ambulatorial de abril e junho de 2014 manteve-se sem queixa algica e com melhora parcial da diarreia em uso de loperamida. Discussão: o diagnóstico de mesenterite esclerosante é firmado no achado radiológico e histopatológico, encontrado geralmente em pacientes com histórico de cirurgia prévia e trauma. Nesse caso, apresentamos uma paciente em pós operatório tardio de colectomia total que apresentou imagem tomográfica sugestiva desse diagnóstico. Devido a paciente se apresentar assintomática e idade avançada foi optado por não realização de biópsia.

#### **TEO – TRANSANAL ENDOSCOPIC OPERATION: RESULTADOS INICIAIS DO HOSPITAL FELICIO ROCHO - MG**

MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO; FABIO LOPES DE QUEIROZ; ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; NATALIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; PAULO ROCHA FRANCA NETO; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA

*HOSPITAL FELICIO ROCHO - MINAS GERAIS*

Resumo: O TEO, Operação Endoscópica Transanal (TEO) é uma técnica minimamente invasiva desenvolvida por buess na década de 80 diante da dificuldade na abordagem das lesões de reto, principalmente as proximais e como alternativa para as ressecções locais e ressecções abdominais. Os adenomas que não são passíveis de ressecção endoscópica e alguns Tumores Iniciais (T1) selecionados, são as principais indicações do TEO. Os objetivos deste trabalho são o de apresentar a experiência inicial do Serviço de Coloproctologia do Hospital Felício Rocho – MG. Métodos: São apresentados os resultados de oito pacientes com lesões adenomatosas de reto até 10 cm da margem anal, submetidos ao TEO no período de agosto de 2013 a maio de 2014 pelo serviço de coloproctologia do hfr. Todos os pacientes foram submetidos a colonoscopia com biópsias das lesões sem evidência de neoplasia e ressonância pré-operatória. Resultados: Entre os oito pacientes submetidos a operação endoscópica transanal, cinco eram do sexo masculino e três do sexo feminino com idade entre 36 a 68 anos. Desses quatro pacientes apresentavam sangramento retal, três com lesão diagnosticada em colonoscopia para prevenção e um após exteriorização de lesão pelo ânus às evacuações. Cinco pacientes apresentavam lesões até 5 cm da margem anal e os demais entre 5 e 10 cm. Seis pacientes apresentavam lesões estadiadas como t1 e dois como t2 na rnm, e ao serem avaliados juntamente com o anatomo-patológico, todas as lesões foram superestadiadas. Sendo sete lesões benignas e um adenocarcinoma intrmucoso. Nenhum dos pacientes apresentavam suspeita de lesão infiltrativa no exame clínico. Com relação

as intercorrências per-operatórias 1 paciente apresentou sangramento sem repercussão, dois apresentaram perfuração do reto Durante a ressecção, sendo tratados com punção abdominal. No seguimento ambulatorial, um paciente evoluiu com estenose assintomática. Um dos pacientes apresentou recidiva da lesão com biópsia revelando Adenocarcinoma e o mesmo encontra-se em tratamento neoadjuvante para posterior programação cirúrgica. Conclusões: As lesões iniciais tendem a ser superestadiadas pela rm e o exame clínico e aspecto macroscópico da lesão devem ser levados em conta `a avaliação inicial. O TEO pode ser considerado uma técnica segura e efetiva para a ressecção de adenomas retais não ressecáveis por colonoscopia e lesões T1 selecionadas com morbidade e mortalidade menores que a abordagem convencional.

#### **CASUÍSTICA DAS RESSECÇÕES DE LESÕES RETAIS POR ABORDAGEM TRANSANAL VIDEOASSISTIDA DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL SALVADOR – BA.**

THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL*

Resumo: Introdução: as cirurgias minimamente invasivas já são uma realidade bem estabelecida do ponto de vista de benefícios para os pacientes, tanto pelas menores taxas de complicações quanto pela possibilidade de preservação esfinteriana. A viabilidade e a segurança das Operações Endoscópicas Transanais (TEO) ou Microcirurgia Endoscópica Transanal (TEM) vêm ganhando cada vez mais espaço desde o seu surgimento em 1983, na Alemanha. Objetivo: relatar a experiência do serviço de coloproctologia do Hospital São Rafael, no tratamento das lesões retais através da técnica TEO/TEM nas ressecções transanais vídeo assistidas. Materiais e métodos: realizada análise retrospectiva, através da revisão de Prontuário, dos pacientes submetidos a ressecções por TEO de outubro de 2011 A julho de 2014, assim como comparação dos resultados anatomo-patológicos pré e pós operatórios. Resultados: foram submetidos a TEO um total de 11 pacientes, sendo 8 (72,7%) do Sexo feminino e 3 (27,3%) do sexo masculino. A média de idade dos pacientes foi de 51,3 anos. A idade dos pacientes variou de 23 a 70 anos (média 51,3 anos). Considerando anatomia patológica pré operatório foram evidenciados: 6 (54,5%) adenomas, 3 (27,3%) tumores carcinóides menores que 2cm e 2 (18,2%) lesões Inconclusivas. A distância da borda anal variou de 3 a 15cm.nenhum paciente apresentou sangramento importante, abscesso anorretal ou necessidade de reabordagem cirúrgica. As principais queixas referidas pelos pacientes foram: dor, tenesmo e trombose hemorroidária no pós operatório imediato. Os resultados histológicos pós-operatórios mostraram: 3 adenomas túbulo-vilosos, 3 tumores carcinóides, 3 adenocarcinomas e 2 granulomas esquistossomóticos. Quanto às complicações tardias, nenhum paciente apresentou



alteração da continência, estenose ou necessidade de confecção de colostomia. Conclusão: a ressecção transanal por técnica videoassistida (TEO/TEM) é viável e segura, conferindo baixa morbidade, tornando-se, cada vez mais, uma técnica atrativa, devido aos seus benefícios.

#### **MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL – EXPERIÊNCIA INICIAL**

FLAVIO ROBERTOS SANTOS E SILVA; YURI YAMANE DIAZ, SANTIAGO CIRILO SERVIN, GIANCARLO SOUZA MARQUES, KILSON MARTINS COELHO, AUDRAN LARDINER ALVES DE OLIVEIRA, DANILO DALLAGO DE MARCHI, FRANCISCO RAUL SANTOS TEÓFILO  
*INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELLO*

Resumo: Introdução: desenvolvida em 1983 por gerhard buess, consiste em uma técnica cirúrgica minimamente invasiva para a ressecção de tumores retais selecionados, a microcirurgia endoscópica transanal, hoje, tem destacada redução da morbimortalidade e aumento da qualidade de vida pós cirurgia, sendo uma importante alternativa para ressecções impossíveis por colonoscopia. Objetivo: demonstrar a técnica de microcirurgia endoscópica transanal, demonstrar a utilização de pinças curvas que visam facilitar a realização do procedimento e relatar a experiência inicial em serviço de referência em São Luís, MA. Método: descrição da experiência inicial de microcirurgia endoscópica transanal, realizada no período de 2013 a 2014, em serviço de referência em São Luís, MA. Resultados: em um total de quatro pacientes submetidos à microcirurgia endoscópica transanal, dois eram do sexo masculino e a idade variou entre 56 e 70 anos. Dois tiveram estadiamento T0, um TIS e outro T1. Todos tiveram dois dias de tempo de internação, sem intercorrências, com margens livres e fizeram uso de kefazol por 48 horas. O procedimento cirúrgico foi realizado com pinças de apreensão e porta agulhas curvas que facilitaram as manobras cirúrgicas. Conclusão: a microcirurgia transanal endoscópica mostrou-se uma excelente ferramenta no tratamento dos tumores retais selecionados, evidenciando pelo baixo tempo de internação e ausência de intercorrências, resultando em um melhor prognóstico e melhor qualidade de vida ao paciente durante o tratamento para estes estadiamentos (tis, t0 e t1). O uso de pinças curvas especialmente desenvolvidas para este procedimento facilitam a cirurgia.

#### **RESSECÇÃO ENDOANAL DE TUMOR ESTROMAL GASTRINTESTINAL (GIST) DE CANAL ANAL: ANÁLISE TARDIA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: O Tumor Estromal Gastrinestetal (GIST) de canal anal é uma neoplasia bastante rara sendo seu diagnóstico pré-operatório dificultado por ser uma lesão submucosa e com necessidade de comprovação imunohistoquímica. Apesar de representar a mais frequente neoplasia mesenquimal do trato gastrointestinal, o gist é raro na região anorretal

onde corresponde a penas 5% do total de neoplasias, e extremamente raro no canal anal correspondendo a apenas 0,15 a 0,3% dos tumores nesta localização. Relato de caso: Relata-se caso de ressecção endoanal de gist de canal anal com recidiva após mais de dois anos de seguimento tendo como tratamento de resgate nova ressecção endoanal seguida de radioterapia e quimioterapia e que se encontra Em uso de GLEEVEC devido metástase hepática com controle da doença há 9 anos. A lesão ao exame proctológico apresentava-se endurecida e subcapsular de 5 Cm em seu maior eixo em parede póstero-lateral a esquerda distando 2 cm da borda anal cujo anatomopatológico revelava menos de 2 figuras de mitoses Por campo de grande aumento, configurando um GIST de muito baixo risco. Discussão: O GIST anorretal é mais comum entre 40 e 59 anos com uma significante maior prevalência em homens (71%). Os sintomas mais comuns são sangramento, Massa palpável e dor anorretal, além de desconforto anorretal relacionado ou não às evacuações e alteração do hábito intestinal. Geneticamente, a malignidade é definida pelo tamanho e número de mitoses, mas O exato comportamento biológico do GIST anorretal é menos claro de tal modo que permanece incerto se o melhor tratamento para esse tumor é a ressecção radical ou a local quando esta é viável. Ademais, ressalta-se que a recorrência local do GIST anorretal é maior que 80%, excedendo as taxas de recidiva que ocorrem em outras áreas do trato gastrointestinal. Conclusão: A média de tempo de recorrência local dos gist,s de canal anal é de 1,5 a 2 anos, e no caso apresentado foi de 2 anos e 4 meses, sendo essa recorrência evento bastante comum mesmo com a excisão radical, com índices de sobrevida em 5 anos entre 20 e 25%.

#### **EXCISÃO LOCAL TRANSANAL (TEM) PARA CÂNCER DO RETO DISTAL E RESPOSTA INCOMPLETA À RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE: O ESTÁGIO INICIAL IMPORTA?**

RODRIGO O PEREZ; ANGELITA HABR-GAMA; GUILHERME P SÃO JULIÃO; IGOR PROSCURSHIM; AUGUSTO Q COELHO; MARLENY N FIGUEIREDO; LAURA M FERNANDEZ; JOAQUIM GAMA-RODRIGUES  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA*

Resumo: Introdução: a excisão local pode oferecer uma possibilidade de preservação de órgão no manejo de pacientes selecionados após RCT neoadjuvante. Os resultados oncológicos desta estratégia estão associados com o risco de metástase linfonodal. Logo, além do estágio t após a neoadjuvância, o estágio inicial tem o potencial de influenciar os resultados desta estratégia de tratamento. Objetivo: comparar os resultados patológicos e oncológicos de pacientes após RCT e resposta clínica incompleta que foram operados por tem, de acordo com o estágio inicial. Material e Métodos: uma análise retrospectiva a partir de dados prospectivos Foi realizada. Quarenta e seis pacientes com câncer do reto distal CT2-4N0-2M0 Foram submetidos a RCT neoadjuvante com 5-FU. A avaliação da resposta clínica foi realizada com ao menos 8 semanas após o fim da RCT. Os pacientes com resposta completa não foram

operados imediatamente. Pacientes com Resposta incompleta foram submetidos a tratamento cirúrgico. Os pacientes com tumores residuais pequenos ( $\leq 3$ cm; YCT1-2N0M0) foram submetidos a ressecção endoscópica transanal (tem). Estes pacientes foram comparados de acordo com o estágio inicial. Resultados: 15 pacientes (32%) tinham estágio inicial t2n0. O estágio YT final era YPT0 em 3 (20%) pacientes, YPT2 em 9 (60%) e ypt3 em 1 (7%) paciente. Não houve diferença do estágio YPT final em relação a pacientes com estágio inicial ct3-4 Ou CN+ submetidos a RCT seguida de tem ( $p=0.38$ ). Recorrência local foi observada em 1 paciente com estágio inicial ct2n0 (7%) e em 7 pacientes (23%) com Estágios II e III ( $p=0.18$ ). Limitações: este estudo tem como limitações um número limitado de pacientes e de ser um estudo retrospectivo e não randomizado. Conclusão: pacientes com estágio inicial CT2N0 que não desenvolvem resposta Completa à RCT neoadjuvante (YCT0-2N0;  $\leq 3$ cm) geralmente apresentam características patológicas desfavoráveis pra ressecção local por tem (YPT2 ou 3 em 66%). Quando há resposta clínica incompleta após RCT, os pacientes com estágio inicial CT2N0 têm resultados patológicos e oncológicos semelhantes a Pacientes com estágio inicial II e III e, provavelmente, não são candidatos ideais para excisão local.

#### **AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE PELO POSSUM E P-POSSUM COMO INDICADOR DE QUALIDADE EM CIRURGIAS COLORRETAIS NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO -MG**

MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO; FABIO LOPES DE QUEIROZ; ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; NATALIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; PAULO ROCHA FRANCA NETO; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA

*HOSPITAL FELICIO ROCHO - MINAS GERAIS*

Resumo: A auditoria periódica de um serviço de cirurgia é essencial para se realizar uma avaliação crítica dos resultados e se obter ganho na qualidade. 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 e foi adotado 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 do Hospital Felício Rocho – MG de janeiro 2011 a junho de 2014 e compará-los com os valores de possum/ p-possum esperados. Métodos: Os 551 pacientes submetidos a cirurgias entre janeiro de 2011 e junho de 2014, possuíam protocolos, previamente preenchidas pela equipe médica, com dados relativos à mortalidade e morbidade pós-operatórias, necessários para a Análise estatística: para análise de morbidade e mortalidade possum e p- possum os pacientes foram divididos em grupos e calculado a morbidade e mortalidade para cada grupo. Resultados: Dos 551 pacientes 165 apresentavam morbidade menor que 20, 171 morbidade

entre 20 e 40 e 216 morbidade  $> 40$  com morbidade observada de 9,09;10,52 e 24,53% respectivamente. Na análise da mortalidade pelo possum, foram feitas divisões em três categorias ( $p<5$ ;  $5e 10$ ; e  $>10$ ) encontramos 246 pacientes com mortalidade esperada menor que 5%, 126 paciente com mortalidade esperada entre 5 e 10% e 180 paciente com mortalidade esperada maior que 10% . A mortalidade observada foi de 0,81; 1,58 e 15% respectivamente. Na análise da mortalidade pelo p-possum, encontramos 447 pacientes com mortalidade esperada menor que 5%, 52 cuja mortalidade esperada Encontra-se entre 5 e 10%, 32 com mortalidade esperada entre 10 e 50% e 16 Paciente com mortalidade esperada maior que 50%. A mortalidade observada foi de 1,78%; 5,76%; 21,78% e 62,5% respectivamente. Foram observados trinta e um óbitos no total, sendo 61,29% (19 pacientes) por procedimentos de urgência e os demais eletivos. A sepse foi a principal causa de óbito, com percentual de 67,7% dos casos. A mortalidade geral foi de 5,62% . Conclusão: os dados apresentados mostram que o possum e p-possum foram capazes de prever morbidade e mortalidade de forma acurada no serviço, podendo ser utilizados com segurança para avaliação de morbimortalidade, permitindo melhorias nas rotinas pós-operatórias e a realização de auditoria interna na clínica.

#### **PROTOCOLO MULTIMODAL DE RECUPERAÇÃO RÁPIDA EM PROCEDIMENTOS COLORRETAIS EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA**

MARLISE MELLO CERATO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, NILO LUIZ CERATO, RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA, KARINE SABRINA BONAMIGO, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL, DAIANE SONZA VIDART

*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES*

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 eletivas em serviço de coloproctologia. Métodos: revisão de prontuários de internação hospitalar dos pacientes submetidos a cirurgias colorretais eletivas durante o desenvolvimento e implantação de protocolo de recuperação rápida. No período de julho de 2012 a junho de 2014, 87 pacientes preencheram os critérios de inclusão. Resultados: dos 87 procedimentos colorretais abdominais, a média de idade dos pacientes foi de 68,54 anos ( $\pm 13,02$ ), 53 do sexo feminino e 34 do sexo masculino. Destes, 61 tinham comorbidades associadas. Todos realizaram avaliação anestésica e fisioterapêutica, 52 nutrológica e 22 acompanhamento psicológico. Apresentaram neoplasia de cólon 81 pacientes, 18 de reto ou canal anal e 20 pacientes por doença benigna. Foram realizados 25 (28,73%) procedimentos por videolaparoscopia (VLP) e 62 (71,26%) por via aberta. Foi realizada drenagem da cavidade

abdominal em 21 pacientes, com tempo de permanência do dreno, em média, de 4,95 dias. Oito pacientes apresentaram complicações transoperatórias, 6 por sangramento, 1 por lesão intestinal e 1 Lesão de baço. O tempo médio de internação nos procedimentos abertos foi de 5,4 dias e nas cirurgias VLP 4,26 dias, nos pacientes sem complicações. A abreviação de jejum foi realizada em 72 casos (82,75%). A dieta foi ofertada no pó imediato ou no 1º PO, em 75 pacientes (86,20%) e foi bem tolerada em 78,66% dos casos. Durante a internação 21 apresentaram complicações pós-operatórias (18 submetidos a cirurgia aberta e 3 a VLP), sendo, das abertas, 1 fístula, 1 sangramento, 3 sepses, 6 deiscências, 7 íleos prolongados e, das vídeos, 3 deiscências. 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.

#### **AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE DEISCÊNCIA E PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A RETOSSIGMOIDECTOMIA ELETIVA NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO VITÓRIA APART HOSPITAL SERRA - ES**

ALINE CRUZ E SOUSA ZAMBOM; ROSSINI CIPRIANO GAMA, LUCIANO PINTO NOGUEIRA DA GAMA, GIOVANNI JOSE ZUCOLOTO LOUREIRO, FLÁVIA LEMOS MOURA RIBEIRO

*VITÓRIA APART HOSPITAL SERRA-ES*

Resumo: Introdução: as complicações do tratamento das doenças colorretais que envolvem ressecções e anastomoses não são raras e, frequentemente, são graves. Possuem extensões mórbidas que podem variar, prolongando o tempo de internação hospitalar e o custo do tratamento, gerando sequelas e contribuindo para indesejável índice de mortalidade. Objetivo: trata-se de um trabalho retrospectivo, onde avaliamos 122 pacientes submetidos a retossigmoidectomia eletiva por diversas patologias, no período De 2000 a 2013, no serviço de coloproctologia do Vitória Apart Hospital. O objetivo principal foi avaliar a taxa de deiscência de anastomose, assim como, idade, sexo dos pacientes e patologia. Também avaliaram-se as complicações precoces e tardias do procedimento, bem como o estadiamento do câncer colorretal em pacientes com diagnóstico de neoplasia (classificação TNM). Método: a escolha dos 122 pacientes foi aleatória e um protocolo foi realizado para preenchimento dos dados. As informações foram registradas em planilha de Excel, obtendo-se os resultados a seguir. Resultado: dos 122 pacientes, 64,8% dos pacientes era do sexo feminino e 35,2% do sexo masculino. A faixa etária mais acometida foi dos 51 aos 60 anos. Dentre as patologias, a neoplasia acometeu 50,8% dos casos, doença diverticular 41,8%, Endometriose 6,6% e GIST 0,8%. A incidência de deiscência de anastomose foi de 3 casos (2,5%). Cerca de 17,2% dos pacientes apresentaram complicações precoces, sendo que as mais comuns foram abscesso de parede (47,6%),

suboclusões (23,8%), seromas (14,3%), hemorragia intra-abdominal (9,5%) e abscesso pélvico (4,8%). Dentre as complicações tardias, hérnia incisional (7,4%) e estenose de anastomose (2,5%) foram as mais frequentes. A peça cirúrgica foi avaliada e exame anatomopatológico demonstrou que a maior parte dos pacientes se encontrava no estágio T3N0M0 (21%) e T2N0M0 (21%). Conclusão: a incidência de deiscência de anastomose em retossigmoidectomias eletivas, apresentada pela equipe de cirurgiões avaliada, está de acordo com a literatura atual. Na opinião dos autores, a baixa incidência de deiscência de anastomose passa, inicialmente, pelas condições clínicas dos pacientes, preparo de cólon, realização de neoadjuvância, contribuindo para redução dos tumores, boa técnica cirúrgica, experiência da equipe e utilização de grampeadores empregados.

#### **INCIDÊNCIA E EVOLUÇÃO DE ADENOMAS DUODENAIS EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR**

DEBORA GONÇALVES ROSSI; JULIA CUTOVOI GIRARD, ELINTON ADAMI CHAIM, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOAO JOSE FAGUNDES, CLAUDIO COY

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO DMAG DA UNICAMP - SP*

Resumo: Introdução: o câncer duodenal associa-se como a principal causa de morte na polipose adenomatosa familiar (PAF) em pacientes submetidos à colectomia profilática. Assim, a identificação de adenomas duodenais (ad) e seu correto manejo tornam-se prioritários no acompanhamento. Objetivo: avaliar a incidência e evolução de adenomas duodenais em portadores de PAF. Casuística e métodos: análise retrospectiva de pacientes submetidos a colectomia por PAF, no período de 1984 a 2013. No serviço de coloproctologia da unicamp, duodenoscopias são realizadas por ocasião da primeira consulta e em exames anuais após a cirurgia. Foram analisados a incidência, tratamento e evolução de ad. Resultados: foram submetidos a tratamento cirúrgico por PAF, 84 Pacientes. Destes, 68 evoluíram com ad, porém 17 perderam seguimento e três eram portadores de pólipos não neoplásicos. Assim, a incidência de adenomas duodenais foi de 77,3% e fazem parte desta casuística 38 pacientes, sendo 58,5% do sexo feminino, com média de idade de 43,64 anos. O diagnóstico de ad por ocasião da colectomia ocorreu em 45,58% (31 pacientes). Nos pacientes com aparecimento tardio, o tempo médio entre a cirurgia para PAF e o diagnóstico de ad foi de 7,05 meses. Cinco pacientes (13,1%) foram submetidos a duodenectomia, com média de idade de 43,2 anos, sendo três do sexo feminino. As Indicações para duodenectomia foram: adenoma com foco de adenocarcinoma in situ em três casos (7,9%) e dois por inúmeros pólipos duodenais (mais de 50) com displasia de alto grau. Um paciente evoluiu a óbito no pós-operatório por fistula pancreática e outro após quatro anos por metástase pulmonar de adenocarcinoma colorretal. Os demais encon-

tram-se em acompanhamento clínico com exames endoscópicos anuais. Conclusão: apesar da alta incidência de adenomas duodenais nesta casuística, os pacientes em acompanhamento não apresentaram adenocarcinoma invasivo, e a mortalidade associou-se a complicação pós-operatória.

#### **ANÁLISE DAS PRESSÕES MANOMÉTRICAS PRÉ E PÓS TRATAMENTO EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DO RETO SUBMETIDOS A RESSECÇÃO ANTERIOR BAIXA APÓS NEOADJUVÂNCIA**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO *HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

Resumo: Introdução: as cirurgias poupadoras de esfíncter para o câncer de reto vêm sendo frequentemente utilizadas especialmente após evolução da radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes. Sabe-se que após a ressecção do reto ocorre uma redução na pressão esfíncteriana de repouso, seja por lesão direta com a utilização de instrumentos endoanais ou por dano à inervação durante a excisão total do mesorreto. Reduções nas pressões de contração também tem sido relatadas, geralmente atribuídas a lesão do plexo nervoso intramural durante a dissecação pélvica. Objetivo: avaliar o valor das pressões esfíncterianas iniciais e após tratamento, nos pacientes com adenocarcinoma do reto médio/distal, submetidos a neoadjuvância e ressecção cirúrgica. Métodos: estudo retrospectivo, longitudinal, realizado com pacientes portadores de adenocarcinoma do reto médio ou distal, que realizaram neoadjuvância e posteriormente ressecção anterior baixa do reto com anastomose primária. As variáveis foram descritas de acordo com a frequência. A média das pressões de repouso e contração foram calculadas e algumas variáveis foram testadas a fim de determinar quais estavam associadas aos valores pressóricos. Foram utilizados os testes t de student e teste levene, considerando valor de  $p < 0,05$ . Resultados: foram incluídos no estudo 42 pacientes, 28 (66,7%) do sexo masculino. A média de idade foi 56,45 anos e imc de 25,9. Os tumores do reto médio foram encontrados em 26 pacientes (61,9%) enquanto 16 (38,1%) apresentavam tumores do reto distal. Em relação a via de acesso, 31 pacientes (73,8%) foram submetidos a cirurgia laparoscópica e 11 (26,2%) a cirurgia aberta. Ileostomia de proteção foi realizada na totalidade dos casos. A distância da anastomose em relação a borda anal variou de 2 a 6cm, sendo  $< 4$ cm em 22 pacientes (52,4%) e  $\geq 4$  em 20 (47,6%). Houve redução significativa entre a média da pressões pré e pós tratamento de repouso (76,6mmhg para 48,6mmhg) e contração (186,8mmhg para 136,6mmhg) ( $p < 0,001$ ). Os pacientes menores de 50 anos e aqueles submetidos a anastomose colorretal a menos de 4cm da borda anal, apresentaram reduções

significativas nas pressões de repouso ( $p=0,046$  e  $p=0,039$ ). Conclusão: houve redução das pressões esfíncterianas de repouso e contração após o tratamento com radioquimioterapia e cirurgia. Pacientes menores de 50 anos e anastomose colorretal a menos de 4cm da borda anal apresentaram redução significativa das pressões de repouso.

#### **ESVAZIAMENTO PÉLVICO LATERAL NO CÂNCER DE RETO. ANÁLISE DA CASUÍSTICA.**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MICHEL GARDERE CAMARGO, LARISSA BERBERT ARIAS, PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY *GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - DMAD - FCM - UNICAMP*

Resumo: Introdução: o tratamento padrão do adenocarcinoma de reto extraperitoneal é a excisão total do mesorreto associado a terapia neoadjuvante. Porém, a possibilidade de acometimento neoplásico em linfonodos da fossa obturatória e cadeia ilíaca justifica a realização de Esvaziamento Pélvico Lateral (EPL) em casos selecionados. Objetivo: avaliar o acometimento de linfonodos laterais em pacientes operados por câncer de reto localmente avançado e o acompanhamento tardio. Casuística e métodos: análise retrospectiva de 17 Doentes operados entre 2010 e 2014, submetidos ao EPL. As indicações para EPL foram: estadiamento locorregional pré-operatório t3 ou t4, presença de linfonodomegalia no mesorreto ou em cadeias dos vasos ilíacos. Resultados: Onze doentes (64,7%) eram do sexo masculino e média de idade foi de 57,7 (38-79) anos. Quatorze (82,3%) eram portadores de adenocarcinoma do reto distal, 1 (5,9%) do reto proximal, 1 (5,9%) de carcinoma sincrônico do reto e ceco e um outro (5,9%), de polipose adenomatosa familiar e câncer do reto. Tratamento Neoadjuvante foi realizado em 14 doentes. As cirurgias realizadas foram: amputação abdominoperineal do reto em 7 (41,2%), retossigmoidectomia e anastomose coloanal em 4 (23,6%), retossigmoidectomia e anastomose colorretal em 2 (11,7%), proctocolectomia e ileostomia em 2 (11,7%), abaixamento do cólon direito em 1 (5,9%) e exenteração pélvica em um outro (5,9%). Em 10 Doentes (58,8%), o EPL foi bilateral, em 5 (29,5%), à esquerda e em 2 (11,8%), à direita. Não houve complicações relacionadas ao procedimento no intra-operatório. O número de linfonodos laterais identificados na peça cirúrgica variou entre um e 11; três doentes (17,6%) apresentaram linfonodos acometidos pela neoplasia, sendo que 2 (14,3%) receberam tratamento neoadjuvante no pré-operatório. No seguimento tardio, 10 doentes (58,8%) encontram-se livre de doença, 3 (17,6%) tiveram recidiva pélvica, 2 (11,8%) recidiva linfonodal múltipla e outros 2 (11,8%), metástases à distância. Dos pacientes com recidiva pélvica, 2 (11,8%) evoluíram para óbito após 14 e 22 meses da cirurgia. Conclusão: a taxa de acometimento de metástase em linfonodos laterais foi elevada e positiva em 14,3% dos pacientes submetidos a terapia neoadjuvante, indicando a necessidade de associar este procedimento em casos selecionados. Entretanto, a taxa de re-

cidiva linfonodal e pélvica também são altas, demonstrando o estadiamento avançado da doença.

#### **RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE MILES**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, RANIERE RODRIGUES ISAAC, PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Introdução: excluindo o câncer de pele, o adenocarcinoma colorretal é a terceira neoplasia maligna mais comum no Brasil, com um pico de incidência na 6ª década de vida. Estimativa de casos novos em 2014 é de 32.600, sendo 15.070 Homens e 17.530 mulheres. Os protocolos terapêuticos para a doença no reto estão em constante reavaliação. O advento da quimiorradioterapia Neoadjuvante e a técnica de excisão total do mesorreto são os principais modificadores do prognóstico da doença nos últimos anos. Métodos: avaliados os dados de pacientes com adenocarcinoma de reto, submetidos a cirurgia de amputação abdomino-perineal do reto em seguimento ambulatorial no serviço de coloproctologia do HC-UFGO no período de 1991 até 2014. Foram excluídos pacientes com carcinoma espinocelular e com dados incompletos. Feitas análises quanto ao sexo, idade, localização do tumor, estadiamento tm, tipo de cirurgia, taxa de recidiva, neoadjuvância, e mortalidade. Resultados: identificados 53 pacientes submetidos a cirurgia de miles, com uma média de idade de 51,98 anos (19-80 anos), sendo 60,38% do sexo feminino; 22,6% acometendo pacientes com menos de 40 anos. O estadiamento pré-operatório evidenciou que 2,17% eram estadiamento 0, 17,39% eram estadiamento I, 21,73% estadiamento II, 34,78% estadiamento III e 23,91% estadiamento IV. Em pacientes menores de 40 anos, 8,3% eram estadiamento I, 8,3% estadiamento II, 50% estadiamento III e 16,7% estadiamento IV. A mediana do cea pré-operatório 3,3 (0,6 – 29,2). O tratamento neoadjuvante foi realizado em 40 pacientes (86,96%). A mediana de seguimento foi de 3 anos (0-9anos). Relato de óbito em 24% dos pacientes, com média de idade de 46,72 anos (19-77), sendo que 36,4% eram menores que 40 anos. Desse pacientes que evoluíram para óbito, 45,5% tinham invasão tumoral t3-t4, 36,4% tinham linfonodos acometidos e 27,3% tinham metástase a distância já no seu diagnóstico. Recidiva local ocorreu em 15,1% dos casos. Discussão: a incidência de pessoas com idade inferior a 40 anos foi de 22,6%, sendo que dos pacientes que evoluíram para óbito, 36,4% eram menores de 40 Anos, ilustrando a agressividade da doença em pacientes jovens. A alta incidência de tumores diagnosticados em estadiamentos avançados evidencia a limitação dos programas de rastreamento populacional e a baixa suspeição da doença em pacientes jovens. Apesar da alta incidência de lesões avançadas, o índice de recidiva local foi baixo e as taxas de sobrevida compatíveis com o estadiamento inicial da doença.

#### **RESULTADOS DA AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL E RESSECÇÃO ANTERIOR DO RETO NO PERÍODO DE 2005 A 2012, NO HC-UFMG.**

RODRIGO GOMES DA SILVA; ANTONIO LACERDA FILHO, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES, VINICIUS RODRIGUES TARANTO NUNES, LUISA LIMA CASTRO, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, LILIANE DINIZ DE ARAÚJO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG*

Resumo: Introdução: a amputação abdominoperineal (aap) e a ressecção anterior (ra) são técnicas operatórias usadas na abordagem de tumores do reto. Historicamente a aap apresenta piores resultados que a ra, entretanto, alterações na técnica cirúrgica da aap permitiram a criação da chamada aap cilíndrica, com melhores resultados quando comparada à ra. Objetivo: comparar os resultados da aap cilíndrica e ra realizadas no serviço no período de 2005 a 2012. Método: os dados foram coletados através de revisão de prontuários de pacientes submetidos à aap ou ra consideradas curativas no período de 2005 a 2012. Pacientes com metástase a distância foram excluídos. Resultados: 109 pacientes preencheram os critérios de inclusão no estudo. Desse, 89 foram submetidos a ra e 19 foram submetidos a aap. Não houve diferença estatística de idade ou sexo entre os grupos. 77,1% dos tumores eram fixos ao diagnóstico, com uma tendência de mais tumores fixos no grupo da aap (p = 0,06). 94,7% dos pacientes submetidos a aap e 66,7% dos pacientes submetidos a ra fizeram radioterapia pré-operatória. Em relação à classificação tm, encontrou-se uma tendência a tumores mais avançados (estádio t4) no grupo da aap, porém sem significância estatística (p = 0,057). Não foi encontrada diferença significativa do n entre os grupos. A porcentagem de qualquer recorrência da doença foi maior no grupo da aap (47,4%) quando comparado a ra (21,3%). Não houve diferença significativa na recorrência local (26,3% para aap e 16,9% para ra), proporção de cirurgia laparoscópica ou de perfuração tumoral entre os grupos. A sobrevida livre de recorrência foi maior no grupo da ra. Conclusão: os resultados de recorrência e sobrevida foram piores na aap quando comparado a ra, refletindo, porém, o estadiamento mais avançado dos pacientes amputados. Os aspectos que podem ter contribuído para esse resultado devem ser ponderados, como a maior tendência de tumores fixos, em estágio t4 e maior porcentagem de radioterapia pré-operatória em pacientes submetidos a aap. Esses fatos sugerem que esses pacientes provavelmente apresentavam doença mais avançada ao diagnóstico, o que pode ter contribuído negativamente para seu prognóstico.

#### **RETALHO MIOCUTÂNEO APÓS DEISCÊNCIA DE SUTURA PRIMÁRIA DE FERIDA DE AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL**

FABER HENRIQUE CACCIA; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, FABIO LOPES DE QUEIROZ, RENATA PAOLINELI BOTINHA MACEDO, PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO

*INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

Resumo: Introdução: o fechamento primário da ferida perineal após a ressecção abdominoperineal é técnica comum. Complicações como deiscência e cicatrização retardada podem ocorrer, principalmente após realização de terapia neoadjuvante. Para reduzir estes inconvenientes, algumas alternativas como a interposição de malhas biológicas, omentoplastia e retalhos miocutâneos (utilização do músculo retoabdominal, glúteo máximo e grácil) tem sido realizadas. Objetivo: apresentar o caso de paciente submetido a cirurgia de amputação abdominoperineal por neoplasia sincrônica de fístula perianal e cólon descendente, com fechamento perineal primário, evoluindo com deiscência completa de ferida, necessitando de nova abordagem cirúrgica. Métodos: cel, masculino, 64 anos, hipertenso, diabético, coronariopata com diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso de fístula perianal e Adenocarcinoma em cólon descendente. Submetido a cirurgia de amputação abdominoperineal, colectomia esquerda, linfadenectomia retroperitoneal e colostomia terminal, após quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes; procedimento inicialmente laparoscópico com posterior conversão para via laparotômica devido a redundância de cólon descendente e sigmóide, além de espessamento inespecífico em cólon proximal. Realizada síntese primária da ferida perineal, aproximando-se músculos glúteos máximos após preenchimento oparcial da pelve com bexiga. Evoluiu com deiscência de ferida operatória, e exposição de bexiga. Realizado acompanhamento com comissão de feridas, sendo iniciado curativo especial com alginato para debridamento dos tecidos. Após 30 dias, submetido à confecção de retalho musculocutâneo e cutâneo local, utilizando músculos glúteos máximos. Resultados: evoluiu com boa cicatrização da ferida, tendo apenas pequena necrose em pele, sem comprometimento do retalho. Não houve déficits motores ou limitações em membros inferiores. Recebendo alta hospitalar. Conclusão: a reconstrução primária da ferida da amputação abdominoperineal evoluiu com deiscência, complicação frequente já mostrada na literatura. A confecção de retalho miocutâneo de músculo glúteo máximo em segundo tempo obteve um bom resultado, com fechamento completo da ferida, demonstrando que esta pode ser uma boa opção para reconstrução perineal.

**O USO DE MARCADORES BIOLÓGICOS PERSONALIZADOS PARA AVALIAÇÃO DE RESPOSTA TUMORAL E DETERMINAÇÃO DO TRATAMENTO FINAL EM PACIENTES COM CÂNCER DO RETO SUBMETIDOS A RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE.** RODRIGO O PEREZ; CARPINETTI, PAOLA; HABR-GAMA, ANGELITA; DONNARD, ELISA; KOYAMA, FERNANDA; BETTONI, FABIANA; GALANTE, PEDRO; CARMARGO, ANAMARIA

*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

Resumo: Introdução: a radioquimioterapia (RCT) neoadjuvante pode levar a uma regressão tumoral completa em parte dos pacientes. Porém, a avaliação desta resposta pode ser difícil

devido às limitações dos achados do exame clínico e das avaliações radiológicas. A identificação de marcadores biológicos preditores da resposta tumoral poderia auxiliar na seleção de pacientes candidatos a tratamentos alternativos à ressecção cirúrgica após uma aparente resposta clínica completa. DNAs circulantes que carregam alterações genéticas específicas podem ser encontrados no soro dos pacientes e já foram utilizados para monitorar a dinâmica tumoral. Avanços recentes nas técnicas de sequenciamento permitiram identificar alterações genéticas individuais nos tumores de forma rápida e econômica. Lnterações cromossomiais específicas podem então ser usadas como biomarcadores personalizados para monitorar a resposta ao tratamento, com isso evitando o problema de não haver uma alteração genética universal nos tumores sólidos. Métodos: biópsias prévias ao tratamento com RCT neoadjuvante foram colhidas prospectivamente de pacientes com adenocarcinoma do reto distal (CT2-4N0-2M0). O DNA foi extraído após a confirmação de que havia uma porcentagem superior a 80% de células neoplásicas. Sequenciamento genético completo foi realizado com objetivo de identificar rearranjos cromossomiais específicos ao tumor (TSCR). Amostras de sangue/soro dos pacientes foram colhidas antes e após a RCT, até a avaliação da resposta tumoral e decisão terapêutica. Resultados: os rearranjos cromossomiais específicos do tumor (TSCR) foram selecionados de 5 pacientes com câncer do reto e validados pelo sequenciamento sanger. TSCRs foram detectados em todas as amostras de sangue/soro prévias ao tratamento. As amostras pós neoadjuvância de pacientes com resposta clínica ou patológica completa foram negativas para TSCR. Já as amostras após o tratamento de pacientes com resposta incompleta mostraram presença dos TSCR. Conclusão: a monitorização dos TSCR pode ajudar a identificar células neoplásicas residuais após o tratamento neoadjuvante para o câncer do reto distal e a selecionar pacientes que seriam candidatos ideais para estratégias de tratamento alternativas.

**EXPRESSÃO GÊNICA DE COASY PODE PREDIZER A RESPOSTA AO TRATAMENTO NEOADJUVANTE EM CÂNCER DE RETO**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; GERALD A GANTT; JENNIFER DEVECCHIO; ADAM G MACE; MATTHEW F KALADY

*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

Resumo: Introdução: A resposta ao tratamento neoadjuvante varia entre os pacientes com câncer de reto. Aproximadamente 20% dos pacientes com neoplasia retal apresentam resposta patológica completa a radioquimioterapia neoadjuvante. Estes pacientes apresentam melhor prognóstico oncológico. Coenzyme a synthase (COASY) facilita a biossíntese de coenzyme A. Essa via é essencial para a homeostase de lípidos, proteção contra o stress oxidativo, suporte da integridade do dna e proliferação celular. Objetivo: O objetivo deste estudo é determinar a associação entre a expressão gênica de COASY e a resposta ao tratamento neoadjuvante de pacientes com câncer de reto. Método: 33 pacientes com adenocarcinoma de reto, submetidos a radioquimioterapia

neoadjuvante, tiveram suas biópsias pré-tratamento congeladas, de acordo com um protocolo aprovado pelo comitê de ética. O mrna tumoral foi extraído das biópsias e a expressão gênica foi determinada por técnica de microarray. A resposta do tumor a radioquimioterapia foi avaliada pelo critério da American Joint Committee on Cancer (AJCC) (0 – resposta completa; 1 – pequena quantidade de células tumorais; 2 – câncer residual em tecido fibrótico; 3 – ausência de resposta) e correlacionado com a expressão gênica. PCR quantitativo em tempo real (QPCR) foi usado nas mesmas amostras para validar a expressão gênica. Análise estatística univariada foi realizada e  $p < 0.05$  foi considerado como estatisticamente significativo. Resultados: A expressão gênica de COASY está diminuída em pacientes com resposta completa (AJCC 0), comparado com pacientes com resposta parcial e sem resposta a radioquimioterapia neoadjuvante (AJCC 1-3) no microarray. Os mesmos resultados foram encontrados utilizando-se QPCR ( $p < 0,05$ ). Conclusão: A diminuição da expressão gênica de COASY está associada a melhor resposta à radioquimioterapia neoadjuvante no câncer de reto. COASY pode ser utilizado como marcador genético para prever a resposta à neoadjuvância na neoplasia retal.

#### **RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM TUMORES DE RETO BAIXO ESTADIO I**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCI, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA

*CLÍNICA REIS NETO*

Resumo: Introdução: a taxa de mortalidade do câncer de reto inferior está relacionada com a recorrência local nos primeiros 5 anos. Para os tumores estadio I, a excisão local vem sendo cada vez mais utilizada, entretanto estudos recentes mostram uma maior taxa de incidência de recorrência local. Portanto, a radioterapia pré-operatória deve ser considerada mesmo para estes tumores, como uma tentativa de prevenir a recorrência e promover a cura. Objetivo: mostrar a eficácia da radioterapia neoadjuvante em câncer de reto baixo estadio I. Materiais e métodos: estudo de coorte em um banco de dados prospectivo foi realizado com um total de 75 pacientes com câncer de reto baixo estágio I. Curso longo de radioterapia pré-operatória de 4500 cg foi realizado neste grupo selecionado de pacientes que foram acompanhados por um período mínimo de cinco anos. Resultados: estadio I / TI com 27 pacientes. Todos apresentaram resposta completa ao tratamento e não precisaram ser submetidos à cirurgia. Cinco anos de acompanhamento sem recorrência. Estadio I / TII com 48 pacientes. Após radioterapia neoadjuvante, oito pacientes foram submetidos à cirurgia por tumor persistente. Todos foram submetidos à Excisão Local Total (FTLE), porém o exame anatomopatológico não mostrou câncer residual em nenhum deles. Conclusão: curso longo de radioterapia pré-operatória não só reduziu a recorrência local e taxa de mortalidade, mas também reduziu a indicação cirúrgica em pacientes com câncer de reto inferior estadio I.

#### **COMPARAÇÃO DA PROFUNDIDADE DE INVASÃO DE NEOPLASIAS DE RETO MÉDIO E DISTAL ENTRE ULTRASSONOGRRAFIA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL E A COLONOSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO DE IMAGENS**

RODRIGO AMBAR PINTO; 7

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a avaliação da profundidade de invasão das neoplasias precoces do reto das têm importância essencial na conduta terapêutica do paciente. O ultrassom endorretal (user 3D) pode promover uma avaliação precisa da invasão tumoral na parede retal. Recentemente a colonoscopia com magnificação de imagens e avaliação das criptas surgiu com a proposta de avaliar o grau de invasão de lesões precoces na luz retal. Objetivo: comparar os achados da user 3D com os da colonoscopia com magnificação de imagem, quanto ao grau de invasão de neoplasias de reto médio e distal, tendo como padrão ouro o anatomopatológico. 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). A profundidade de invasão da lesão na parede retal (t) analisada durante o user 3D foi comparada ao resultado da colonoscopia com magnificação de imagens e padrão de criptas, sendo os resultados de ambos cegos entre si. Os resultados eram comparados ao anatomopatológico da peça cirúrgica obtida após o procedimento. Foram calculados a sensibilidade, especificidade, acurácia, valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN) para a profundidade de invasão na parede do reto. Resultados: no período de 4 anos foram estudados 21 pacientes, sendo 11 (52,38%) do sexo feminino, com idade média de 60,28 anos. Ambos os exames diagnósticos foram realizados para todos os pacientes. O user 3D identificou 80,95% dos pacientes como t0, 14,28% t1, 4,76% t2, ao passo que a colonoscopia verificou 85,71% de t0, 14,28% t1. Apenas em 4 exames (19,05%) os resultados não foram concordantes. A concordância entre a colonoscopia e a patologia foi de 80,95% e entre o user 3D e a patologia foi de 66,67%. A sensibilidade da colonoscopia foi de 60%, a especificidade de 100%, a acurácia de 90,47%, o VPP de 100% e VPN 88,88%. Para o user a sensibilidade foi de 40%, a especificidade de 87,5%, a acurácia de 76,19%, o VPP de 50% e o VPN de 82,35%. Conclusão: a colonoscopia de magnificação apresenta maior concordância com a patologia para a profundidade de invasão de neoplasias precoces do reto. Os resultados iniciais, no entanto, precisam ser comprovados com maior número de pacientes em estudos posteriores.

#### **ESTUDO MULTICÊNTRICO DA APLICAÇÃO DO ULTRASSONOGRAFIA ENDORRETAL 3D NA AVALIAÇÃO DO CÂNCER RETAL: INTERFERE NA DECISÃO DO TRATAMENTO?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS, ROSILMA GORETE LIMA BARRETO, JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES

UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/UFMA -  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/ GC - GAS-  
TROCLÍNICA DE CASCAVEL

Resumo: Objetivo: o presente estudo tem por objetivo determi-  
nar o impacto do USG-3D no estadiamento e conduta do câncer  
retal comparando aos achados patológicos (PTN). Método: fo-  
ram avaliados 90 pacientes consecutivos com câncer retal em 3  
centros no Brasil. Foi realizado USG-3D para estadiamento e  
distribuídos em dois grupos. GI: tumor inicial foram submeti-  
dos a ressecção local e GII: tumor avançado realizado radioqui-  
mioterapia (RQT). Pacientes GII não foram reestadiados pelo  
USG-3D após RQT, mas a presença de tumor residual e de lin-  
fonodos foi identificado. O comprimento do tumor, a taxa de re-  
dução do comprimento do tumor e a distância da margem distal  
do tumor para o aparelho esfíncteriano (CM) ou a invasão do ca-  
nal anal foram avaliados antes e depois da RQT. A seleção para  
preservação esfíncteriana ou ressecção abdominoperineal foi  
baseada nas medidas do usg-3D e os achados patológicos foram  
comparados. Resultados: GI com 18 pacientes, idade média de  
56a (UT0=12, UT1=3, UT2=1, UT3=2 E N1=1), submetidos a  
ressecção endoscópica (n=5) ressecção cirúrgica (n=13). A con-  
cordância entre PTN e USG-3D 3D-US foi quase perfeita para  
T0 (k=0.87), t2, t3 e n1 (k=1) e substancial para T1(k=0.77).  
GII com 72 pacientes, idade média 60a, PRÉ-RQT estadiamen-  
to foi ut2=5, ut3=59, ut4=8, n1=37, 13 dos quais apresentavam  
invasão de canal anal. Após rqt, 24 foram submetidos a APR,  
44 a cirurgia com preservação esfíncteriana (incluindo ressec-  
ção anterior, interesfíncteriana e/ou colo-anal anastomose) e 4 a  
conduta Watch And Wait. A correlação entre a taxa de redu-  
ção tumoral e o tamanho do tumor foi observada. Após RQT,  
o comprimento do tumor foi significativamente menor, a dis-  
tância do tumor ao aparelho esfíncteriano foi maior e a taxa de  
redução do tumor foi maior no grupo submetido a preservação  
que no grupo que realizou apr. A concordância entre os acha-  
dos patológicos e ao USG-3D PÓS RQT foi substancial para a  
identificação de tumor residual ou resposta completa (k=0.63)  
e moderada para presença de linfonodos (k=0.42). A patologia  
revelou margem distal livre. A média de follow-up foi de dois  
anos (média, 3m-6a). Conclusão: câncer retal foi adequadamente  
avaliado e conduzido usando USG-3D. Após RQT resposta  
complete foi observada ou tumor residual foi quantificado. O  
mais importante parâmetro de seleção dos pacientes para pre-  
servação esfíncteriana foi a distância entre o tumor e o esfíncter.  
Margem distal segura deverá ser no mínimo 1cm.

#### **CONCORDÂNCIA ENTRE ULTRASSONOGRRAFIA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL E ANATOMOPA- TOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE NEO- PLASIA DE RETO MÉDIO E DISTAL NÃO SUBMETI- DOS À NEOADJUVÂNCIA**

RODRIGO AMBAR PINTO; 7

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICI-  
NA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Resumo: Introdução: o adequado estadiamento oncológico  
das neoplasias 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) pode promover uma ava-  
liação precisa da invasão tumoral na parede retal e do acom-  
etimento linfonodal. Objetivo: correlacionar os achados da  
USER 3D com 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 acompanha-  
dos 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 linfonodos (n) foram analisados  
durante o USER 3D, sendo comparados com o anatomopa-  
tológico da peça cirúrgica obtida após o procedimento. Para  
correlação das variáveis qualitativas ordinais t e n, foi utili-  
zado o índice de concordância gamma, que varia de -1 a 1 e  
valores próximos a 1 indicam melhor concordância entre duas  
variáveis. Foram calculados a sensibilidade, especificidade,  
acurácia, valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN)  
para as variáveis em questão. Resultados: no período de 4  
Anos foram estudados 43 pacientes, sendo 26 (60,46%) do  
sexo feminino, com idade média de 63,79 anos, submetidos a  
ressecção transanal (25) e retossigmoidectomia (18). O user 3D  
foi realizado em todos os pacientes, sendo a profundidade de  
invasão dividida de t0 a t4. O USER 3D identificou 47,62%  
dos pacientes como t0, 26,19% t1, 16,67% t2, 7,14 t3 e 2,38  
t4, ao passo que o anatomopatológico verificou 53,66% de t0,  
17,07% t1, 19,51% t2, 4,88% t3 e 4,88% t4. O fator gamma  
de t entre o user 3D e a patologia foi de 0,86 (ic95% 0,71-1). A  
sensibilidade de t foi de 89,29%, a especificidade de 66,67%,  
a acurácia de 82,5%, o vpp de 86,21% e vpn 72,73%. Dos 18  
pacientes submetidos à retossigmoidectomia a concordância  
de N foi 100%, porém com grandes variações estatísticas, che-  
gando IC95% a 37,96% a 100%. Conclusão: a avaliação ao  
USER 3D de lesões onde a terapêutica neoadjuvante não é in-  
dicada demonstrou boa correlação com os produtos de ressec-  
ção para profundidade de invasão na parede retal. Quanto ao  
acometimento linfonodal, apesar de concordância adequada o  
baixo número de pacientes não permite conclusões concretas.

#### **QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDAÇÃO DURANTE RADIOQUIMIOTERAPIA (RCT) LEVA À DIMINUIÇÃO SUSTENTADA DO METABOLISMO TUMORAL QUAN- DO COMPARADA AO REGIME CONVENCIONAL**

ANGELITA HABR-GAMA; RODRIGO O PEREZ; GUI-  
LHERME P SÃO JULIÃO; IGOR PROSCURSHIM; LAU-  
RA FERNANDEZ; MARLENY N FIGUEIREDO; JOA-  
QUIM GAMA- RODRIGUES; CARLOS A BUCHPIGUEL  
INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO  
LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER ; FACUL-  
DADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Resumo: Introdução: a RCT neoadjuvante pode levar a uma  
importante regressão tumoral em pacientes com câncer do  
reto. Regimes de RCT com quimioterapia de consolidação



podem levar a maiores taxas de regressão tumoral completa. O objetivo deste estudo foi avaliar a atividade metabólica tumoral após dois tipos de tratamento neoadjuvante com RCT usando PET/CT sequencial em dois intervalos após o fim da neoadjuvância. Material e métodos: pacientes com câncer do reto CT2-4N0-2M0 tratados com RCT convencional (54GY e 2 ciclos de quimioterapia com 5-FU) ou RCT estendida (54GY e 6 ciclos de QT com 5-FU) foram avaliados com pet/ct sequencial no início Do tratamento e 6 e 12 semanas após o fim da radioterapia. Resultados: 99 pacientes submetidos a RCT convencional foram comparados a 12 pacientes submetidos a RCT com QT de consolidação. Pacientes tratados com terapia de consolidação tiveram maiores taxas de resposta clínica e patológica (66% vs. 23%;  $p<0.001$ ). A variação de suvmax entre o exame inicial e Após 6 semanas do fim da rt foi mais evidente em pacientes submetidos à RCT estendida com QT de consolidação quando comparada com o RCT convencional (88% vs. 63%;  $p<0.001$ ), além da variação de suv max inicial e após 12 semanas do fim da RT (90% vs. 57%;  $p<0.001$ ). Não houve diferença no suv max entre 6 e 12 semanas Nos dois tipos de RCT. Um aumento no suvmax entre 6 e 12 semanas foi observado em 51% dos pacientes submetidos ao regime convencional e em apenas 18% dos pacientes com o regime de consolidação de RCT ( $p=0.04$ ). Conclusão: a maior parte da redução do metabolism tumoral após RCT neoadjuvante ocorre nas primeiras 6 semanas após o fim da RT. Em pacientes submetidos a RCT estendida, a diminuição desse metabolism é maior nas primeiras 6 semanas e sustentada até 12 semanas após a RT. A avaliação da resposta tumoral pode ser adiada de forma segura em pacientes submetidos à terapia de consolidação.

#### **RESPOSTA TUMORAL À RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM PACIENTES COM CÂNCER DO RETO: O QUE QUEREMOS PREVER? ESTAMOS PERTO DE UMA ASSINATURA GÊNICA CLÍNICA-MENTE ÚTIL?**

RODRIGO O PEREZ; CAMILA LOPES-RAMOS; FERNANDA C. KOYAMA ; ANGELITA HABR-GAMA; RAPHAEL B. PARMIGIANI; PEDRO A. F. GALANTE; MARLENY N. FIGUEIREDO; ANAMARIA A. CAMARGO  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

Resumo: Introdução: a radioquimioterapia (RCT) neoadjuvante pode levar à regressão tumoral completa em pacientes com câncer do reto. Predizer esta resposta poderia permitir selecionar pacientes que iriam se beneficiar da neoadjuvância e poupá-los de uma proctectomia radical desnecessária. Objetivo: o objetivo deste estudo foi identificar uma assinatura de expressão gênica capaz de prever a resposta patológica completa à RCT neoadjuvante. Material e métodos: este foi um estudo retrospectivo a partir de dados coletados prospectivamente. Vinte e cinco pacientes com adenocarcinoma do reto CT2-4N0-2M0 até 7cm da margem anal e submetidos à RCT neoadjuvante com 5-FU foram incluídos. Biópsias prévias ao

tratamento foram coletadas prospectivamente, seguidas de confirmação histológica de presença de células cancerígenas em mais de 80% do material e extração do RNA. Os pacientes foram comparados de acordo com a resposta à RCT. A análise de expressão gênica foi realizada utilizando-se RNA-SEQ. O valor preditivo dessas assinaturas foi validado em outro grupo de amostras que incluía pacientes com resposta clínica completa. Também foram utilizadas assinaturas previamente descritas como preditoras de resposta completa à RCT em nosso estudo. Resultados: foram identificados 27 genes expressados de forma diferente entre pacientes com resposta completa e resposta incompleta. Assinaturas gênicas preditivas usando grupos dentre estes 27 genes tiveram acurácia máxima de 81.8%. Apesar disto, as assinaturas com maior sensibilidade mostraram baixa especificidade e vice-versa, quando utilizadas em um grupo diferente de pacientes. Assinaturas previamente descritas, utilizadas em nossa coorte, também tiveram baixo valor preditivo. Conclusão: genes expressados de maneira diferente entre pacientes com resposta completa e incompleta não predizem acuradamente a PCR e não se mostraram clinicamente úteis para guiar a intervenção cirúrgica.

#### **PREDIZENDO A REGRESSÃO TUMORAL COMPLETA DO CÂNCER DO RETO APÓS RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE PELA EXPRESSÃO DE MICRORNA MIR-21-5P**

RODRIGO O PEREZ; RAMOS, CAMILA; PARMIGIANI, RAPHAEL; HABR- GAMA, ANGELITA; BETTONI, FABIANA; KOYAMA, FERNANDA; FIGUEIREDO, MARLENY; CAMARGO, ANAMARIA

*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

Resumo: Introdução: a radioquimioterapia (RCT) neoadjuvante pode levar a uma regressão tumoral completa em uma parte dos pacientes com câncer do reto. Já foi sugerido que a excisão total do mesorreto (ETM) poderia ser evitada nestes pacientes. Atualmente a seleção destes pacientes é baseada em achados clínicos e radiológicos imprecisos. Marcadores tumorais moleculares capazes de prever a resposta completa à RCT poderiam permitir uma melhor seleção dos pacientes candidatos a esta estratégia. O objetivo deste trabalho foi identificar micrornas expressados de maneira diferente entre tumores do reto que desenvolveram resposta completa ou incompleta ao tratamento neoadjuvante. Métodos: biópsias antes do tratamento com RCT neoadjuvante foram colhidas prospectivamente de pacientes com adenocarcinoma do reto. A reavaliação da Resposta tumoral ao tratamento foi feita após, no mínimo, 8 semanas do fim da RCT. Pacientes com resposta clínica completa não foram submetidos à cirurgia imediatamente. Pacientes com resposta incompleta foram submetidos à Cirurgia. Pacientes com resposta incompleta foram comparados com pacientes que mantiveram a resposta clínica completa (mais de 18 meses de seguimento) ou com resposta patológica completa. Pacientes com resposta clínica Completa inicialmente e que apresentaram recorrência da doença foram

considerados como um novo grupo para análise. Resultados: um grupo inicial, para treinamento, de 27 pacientes identificou 4 Micrnas expressados de forma diferente que poderiam distinguir entre os pacientes com resposta completa e incompleta. A validação destes 4 MRNAS em um grupo independente de 12 pacientes confirmou a expressão do MIR-21-5P como um preditor de resposta. A sensibilidade e especificidade deste marcador para prever resposta completa à RCT foram de 78% e 88%, respectivamente. Além disso, sua expressão mostrou um padrão compatível com resposta incompleta nos 4 pacientes que apresentaram recorrência após resposta clínica completa inicial. Conclusão: a expressão do MIR-21-5P pode ser um potencial marcador biológico capaz de prever a resposta tumoral à RCT neoadjuvante. Esta expressão pode ajudar na seleção de pacientes com resposta clínica completa que serão candidatos a estratégias de tratamento alternativas à cirurgia para o câncer do reto.

#### **CIRURGIA DO CÂNCER DE RETO APÓS 8 SEMANAS DO TÉRMINO DA TERAPIA NEOADJUVANTE**

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; MARLLUS BRAGA SOARES, JULIA RESENDE SCHILNZ, RICARDO VEZANI BATISTA, DAURITA DARCI DE PAIVA, RAFAEL DAHER, LUIZ FERNADO FRAGA, PAULO CÉSAR CASTRO, FRANCISCO LOPES-PONTES

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ*

Resumo: Introdução: o tratamento do câncer de reto tem como opção a terapia neoadjuvante com radioterapia e quimioterapia nos casos localizados no terço médio e distal apresentando estágio clínico II e III. A atual recomendação indica tratamento cirúrgico após 6 a 8 semanas do término da neoadjuvância. Entretanto, existe uma tendência nos últimos anos de prolongar esse intervalo para até 12 semanas no sentido de aumentar os índices de “downstaging” e resposta patológica completa. Portanto, o objetivo desse estudo foi avaliar os resultados dos pacientes submetidos a terapia neoadjuvante operados após 8 semanas. Métodos: o estudo foi retrospectivo, descritivo, incluindo os pacientes consecutivos operados com diagnóstico de adenocarcinoma de reto, submetidos a terapia neoadjuvante no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), entre 2010 e 2013. O estágio clínico pré tratamento foi realizado utilizando ressonância magnética (RM) com protocolo específico para estadiamento locorregional de câncer de reto. As variáveis coletadas incluíram: dados demográficos, localização do tumor, características histopatológicas, estadiamento tumoral, protocolo de neoadjuvância, estadiamento clínico e patológico, intervalo entre cirurgia e término da neoadjuvância, “downstaging”, “downsizing”, resposta patológica completa, morbidade e mortalidade. Resultados: no período analisado, foram tratados 61 pacientes com câncer de reto no hupe. Foram incluídos, 24 pacientes submetidos a neoadjuvância que realizaram RM para estadiamento clínico locorregional com idade mediana de 63 (54-80) anos, e 62% eram homens. O intervalo mediano entre o término da neoadjuvância e a cirurgia foi de 12 (9-20) meses. A taxa de ressecção abdomino-perineal foi

de 16%. A taxa de pacientes que apresentaram “downstaging” foi de 68% e a resposta patológica completa ocorreu em 4 (17%) pacientes. O “downsizing” ocorreu em todos os pacientes (100%). As complicações posoperatórias foram: 4 pacientes com abscesso intra-abdominal, 3 pacientes com deiscência de anastomose, 1 paciente com pneumonia, 1 paciente com hemorragia pósoperatória e 1 paciente com evisceração. Não ocorreram casos de mortalidade peri-operatória. Conclusão: o intervalo entre cirurgia e término da neoadjuvância maior que 8 semanas parece ser seguro com resultados aceitáveis. Outros estudos comparativos e controlados devem ser realizados para melhor definir o intervalo ideal.

#### **TEMPO DE INTERVALO ENTRE PROCTECTOMIA POR CÂNCER E FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA E SUA RELAÇÃO COM A QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE: UM ESTUDO COM 259 PACIENTES CONSECUTIVOS.**

MARLENY NOVAES FIGUEIREDO; LEON MAGGIORI, MARIANN FERRON, YVES PANIS  
*HOSPITAL BEAUJON - CLICHY/FRANÇA*

Resumo: Introdução: não há consenso a respeito do tempo adequado entre a proctectomia com excisão total do mesorreto e o fechamento de ileostomia de proteção, especialmente em pacientes submetidos à quimioterapia adjuvante. O objetivo deste estudo foi analisar o efeito deste intervalo sobre a morbidade e resultados operatórios. Material e métodos: de janeiro de 2008 a julho de 2013, todos os pacientes submetidos à proctectomia com excisão do mesorreto por via laparoscópica foram avaliados, excluídos os casos com procedimentos associados durante o fechamento de ileostomia. As informações foram colhidas retrospectivamente de uma base de dados mantida de forma prospectiva. Os pacientes foram divididos em 3 grupos, de acordo com o tempo entre os procedimentos: menos do que 60 dias (grupo a), entre 61 e 90 dias (grupo b) e mais do que 91 dias (grupo c). Uma análise comparativa foi realizada entre os grupos. Resultados: 259 pacientes (146 homens – 56,4%) com idade média de 60±11 anos foram incluídos, com tempo médio para fechamento de ileostomia de 92±58 dias, e foram divididos nos grupos a (n= 65), b (n=115) e c (n=79). Mais pacientes tiveram seu fechamento de ileostomia durante quimioterapia adjuvante nos grupos b (36%) e c (30%) do que no grupo a (11%); p=0.001. O grupo c teve uma maior taxa de fistula anastomótica (6% vs gr a 1,5% e gr b 0%; p=0.014), tempo de hospitalização mais prolongado (média 6,4 dias vs gr a 5,7 dias e gr b 5,9 dias; p=0.021) e mais hérnias detectadas no momento do fechamento do estoma (26% vs GR A 6% e GR B 12%; p=0.002). Por outro lado, a morbidade operatória (global e severa) e a taxa de complicações de ferida operatória (hematoma e infecção) não apresentaram diferenças entre os grupos. Conclusão: este estudo sugere que o intervalo entre a ressecção anterior baixa do reto e o fechamento de ileostomia de proteção pode ser o mais breve possível, sem efeitos deletérios para o paciente, como maiores taxas de fistulas. Na verdade, este menor tempo de espera pode diminuir a morbidade associada ao estoma em si. Além

disso, não há prejuízos em relação aos resultados cirúrgicos ou maior morbidade quando a ileostomia é fechada durante a quimioterapia adjuvante.

### **PLAQUETOSE NA NEOPLASIA COLORRETAL DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA**

ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA; DANILO TOSHIO KANNO, LARA KOYANGI TAGLIARI, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, RONALDO NONOSE, ENZO FABRICIO RIBEIRO DO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: a literatura mostra que pacientes com neoplasia colorretal que apresentavam plaquetose no pré-operatório apresentavam menor sobrevida no pós-operatório. Sasaki et al demonstraram que no cancer colorretal, a plaquetose, correlaciona-se diretamente com a agressividade do tumor, através da análise do tamanho do tumor, grau de invasão na parede, índice de linfonodos acometidos e metástases a distância. Ainda assim, há quem defenda que não existe correlação com a sobrevida dos pacientes a elevação das plaquetas. Objetivo: estudar os pacientes operados no serviço de coloproctologia do hospital universitário são francisco no período 2011 a 2012 submetidos a cirurgia oncológica colorretal, e, avaliar os casos que apresentaram plaquetose e compará-los as e sobrevida destes. Resultados: foram estudados 60 pacientes submetidos a cirurgia colorretal por neoplasia. A ordem de apresentação dos tumores foi: reto (16), transição retossigmóide (25), cólon esquerdo (2), transversos (4), sincrônico (1), cólon direito (9). Dentre todos os 57 casos, 9 casos apresentaram plaquetose, sendo destes: reto (3), retossigmóide (2) cólon esquerdo (1), cólon transversos (1) e cólon direito (2). A maioria dos casos de plaquetose apresentaram sobrevida inferior a 8 meses, sendo as causas de morte: tromboembolismo (1), coagulopatia (3), fistula (1) e pneumonia (2). Discussão: evidenciou-se uma correlação com menor sobrevida nos pacientes com plaquetose, porém não se identificou prevalência em um segmento específico colônico. A literatura mundial mostra-se ainda controversa quanto a inversa proporção das plaquetas dos pacientes com neoplasia colorretal no pré-operatório e sua sobrevida. Em nossa revisão, os dados obtidos corroboram em parte com os autores que advogam que a sobrevida é inferior nos pacientes com trombocitose.

### **RESSECÇÃO MULTIVISCERAL PÉLVICA EM PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL E DE CANAL ANAL. ANÁLISE DA CASUÍSTICA.**

LÍLIAN VITAL PINHEIRO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, RAQUEL FRANCO LEAL, DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, NATÁLIA VIEIRA PRANZETTI, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP*

Resumo: Introdução: a ressecção completa é um dos fatores prognósticos mais importantes nas neoplasias colorretais e de

canal anal. Nas lesões distais é frequente a invasão locorregional e torna-se necessária a ressecção em monobloco de estruturas adjacentes, ou eventualmente, de exenteração pélvica total. Porém, estes procedimentos são menos empregados em função de dificuldade técnica e elevada morbi-mortalidade. Objetivo: avaliar os resultados da ressecção multivisceral pélvica em portadores de câncer colorretal e de canal anal. Casuística e métodos: análise retrospectiva das indicações, procedimentos associados, morbidade e resultados oncológicos. Resultados: entre 1999 e 2014, a ressecção múltipla de órgãos pélvicos foi realizada em 26 pacientes, sendo 15 (57,7%) do sexo masculino, e média de idade de 54 anos. As cirurgias foram para tumor primário em 19 (73,1%), sendo 16 Adenocarcinomas e 3 carcinomas epidermóides, e recidiva nos outros 7 (26,9%). As cirurgias realizadas foram: amputação abdominoperineal do reto (ou Retossigmoidectomia ou colectomia parcial) + cistoprostatectomia em 8, amputação abdominoperineal (ou retossigmoidectomia) + cistectomia + ressecção de genitália feminina em 5, colectomia total + cistoprostatectomia em 3, amputação abdominoperineal do reto + cistectomia em 2, Retossigmoidectomia (ou colectomia parcial) e cistectomia parcial em 2 e ressecção da recidiva tumoral juntamente com bexiga e próstata (nos homens) e genitália feminina (nas mulheres) em 6. No intra-operatório, 2 doentes apresentaram hemorragias sacrais maciças, necessitando de tamponamento com compressas, retiradas após 48 e 72 horas. No pós-operatório imediato, as principais complicações cirúrgicas foram: fistula entérica, infecção da ferida operatória, abscesso pélvico, deiscência de sutura do períneo, fistula urinária, evisceração, infecção da ferida operatória e obstrução arterial aguda. Mortalidade foi observada em 5 (19,2%) doentes. No acompanhamento tardio, ocorreram outros 8 óbitos, sendo 5 por doença disseminada e outros 3, de causas não relacionadas. Do restante, 8 perderam acompanhamento e 5 encontram-se bem e livres de doença, com seguimento médio de 43,5 meses. Conclusão: a ressecção multivisceral pélvica é acompanhada de considerável morbi-mortalidade, mas esta cirurgia pode apresentar um bom controle local da doença e sobrevida aceitável, justificando sua realização em pacientes selecionados.

### **ANÁLISE DE PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL SUBMETIDOS A CIRURGIA PRIMÁRIA E METASTECTOMIA**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Introdução: a metástase do câncer colorretal ocorre em aproximadamente 50-60% dos pacientes submetidos a ressecção cirúrgica com intenção curativa, sendo o fígado o principal órgão acometido. A ressecção da metástase é a melhor alternativa para aumento da sobrevida. Métodos: foram

avaliados nos últimos 5 anos os pacientes do serviço de coloproctologia HC/UFG com adenocarcinoma colorretal, tratados cirurgicamente e submetidos a ressecção de metástase. Feitas análises quanto ao sexo, idade, localização do tumor, estadiamento TNM, tipo de cirurgia, local da metástase, tempo entre a cirurgia colorretal e o diagnóstico da metástase, tempo entre a cirurgia colorretal e a ressecção da metástase e mortalidade. Resultados: identificados 7 pacientes, com uma média de idade de 61 anos (27-67 anos), sendo 4 mulheres. Dois pacientes com doença no reto (28,6%) e 5 no sigmoide. A mediana do CEA pré-operatório foi 3,77 (2,4-830). Quatro pacientes foram submetidos a retossigmoidectomia; 2 a cirurgia de Hartmann e 1 a proctocolectomia total. Histopatologicamente todos eram adenocarcinoma moderadamente diferenciado; 2 tinham invasão perineural e 1 Invasão angiolímfática. Todos apresentavam doença avançada (t3) e 6 (85,7%) tinham linfonodos positivos. O diagnóstico da metástase foi feito no pré-operatório em 1 paciente e no intra-operatório em outro, sendo ressecada na mesma cirurgia. Apenas em um paciente a metástase era pulmonar (14,3%); em 6 pacientes a doença era hepática, sendo que em 2 deles com mais de um sítio de metástase. Em 5 pacientes a metástase foi diagnosticada no pós-operatório, com uma mediana de 9 meses (1-24 meses); 3 desses o diagnóstico foi feito com menos de um ano da cirurgia primária. A metastectomia foi realizada, em média, 15,2 meses após a cirurgia colorretal e 6 meses após o diagnóstico da metástase. A média de seguimento foi de 22,4 meses, sendo que nenhum paciente foi a óbito. Três pacientes tiveram metástase pulmonar no seguimento e estão em uso de quimioterapia paliativa. Diversos fatores estão associados com o prognóstico do câncer colorretal como acometimento linfonodal, tempo livre de doença entre a ressecção e o diagnóstico de metástase, o CEA e o tamanho e número de metástases. Em nossa casuística, o diagnóstico de metástase foi feito após mais de um ano da ressecção colorretal em 28,6%. Apenas um paciente não apresentou linfonodo positivo na anatomia patológica, confirmando a importância do acometimento linfonodal na agressividade da doença.

#### **CIRURGIA CITORREDUTORA COMPLETA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EM 40 PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMATOSE PERITONEAL**

NATÁLIA REGINA MISSON; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANÇA NETO, VINÍCIUS PIRES RODRIGUES, MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO - BELO HORIZONTE (MG)*

Resumo: Introdução: A cirurgia citorredutora associada a quimioterapia Hipertérmica Per-operatória (HIPEC) é um procedimento cirúrgico complexo, utilizado no tratamento do câncer de várias origens. Foi descrita primeiramente no tratamento do pseudomixoma peritoneal em 1980, por spratt et al.

Desde a década passada, a cirurgia citorredutora com HIPEC emergiu como opção de tratamento efetivo em pacientes com tumores gastrointestinais e mesotelioma peritoneal, alcançando resultados promissores em patologia associada a prognóstico desfavorável. Objetivo: Avaliar os resultados da cirurgia citorredutora e da Quimioterapia Hipertérmica (HIPEC) em pacientes portadores de carcinomatose peritoneal. Método: Foram avaliados prospectivamente, 40 pacientes submetidos a citorredução no serviço de coloproctologia do hospital felício rocho, no período entre 2004 e 2014, catalogados no banco de dados da clínica por meio de protocolos pré-determinados. Resultados: A idade média foi de 49,75 anos, variando entre 14 e 79 anos e 60% eram do sexo feminino. Em 47,5% o sítio primário foi o câncer colorretal, seguido pelo pseudomixoma em 35% dos casos, 10% de origem ovariana e 7,5% de outros sítios. O índice de carcinomatose peritoneal (ICP) apresentou média de 16,28, com variação entre 2 e 39. A droga utilizada na maioria dos pacientes foi a mitomicina c, sendo que somente 2 pacientes utilizaram oxaplatina. A taxa de complicação foi de 52%, sendo a infecção (urinária e pulmonar) a mais comum, seguida pela sirs. Durante a internação, a taxa de mortalidade foi de 7,5%. O tempo médio de internação no cti foi de 8,5 dias e o tempo médio de internação total foi 18 dias. Conclusão: A cirurgia citorredutora combinada com a quimioterapia hipertérmica per-operatória é uma opção de tratamento para pacientes com carcinomatose peritoneal, com perspectiva de aumento de sobrevida com um índice de complicações e mortalidade operatória aceitáveis.

#### **ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA METÁSTASE CEREBRAL DO CÂNCER COLORRETAL** SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: Introdução: os principais objetivos do tratamento do câncer colorretal são a cura, o controle da recidiva local e a manutenção da qualidade de vida. Nesta busca, os aspectos técnicos e terapêuticos interdisciplinares representam importância real. Apesar dos avanços terapêuticos, a sua mortalidade global continua expressiva. Isto se deve, sobretudo, ao fato de praticamente metade dos pacientes já apresentarem metástases, ainda que não evidentes, por ocasião do tratamento cirúrgico. O seguimento pós-operatório objetiva a detecção precoce da recidiva o que permite a instituição de novo tratamento visando melhorar o prognóstico e a qualidade de vida do doente. O cérebro pode ser sede de lesões metastáticas secundárias a neoplasias malignas. Entre as mais raras encontram-se as derivadas do câncer colorretal. Objetivo: analisar os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da metástase cerebral do câncer colorretal. Método: apresentam-se os quadros de dois portadores do câncer colorretal com manifestação de metástases cerebrais. Os diagnósticos foram feitos em um

deles concomitante com o diagnóstico da lesão primária, e o outro durante o seguimento. Em ambos as manifestações clínicas neurológicas contribuíram para a suspeita diagnóstica. No doente onde o diagnóstico foi feito concomitante com a lesão primária a evolução rápida devido à gravidade da disseminação não permitiu qualquer tipo de terapia, evoluindo a óbito precocemente. Em outro enfermo onde o diagnóstico foi feito durante o seguimento, a conduta cirúrgica especializada transcorreu de forma favorável com remissão dos sintomas neurológicos. Resultado: o carcinoma metastático ao cérebro derivado do câncer colorretal é incomum, e geralmente associado à doença instalada em outro local. Este diagnóstico tem sido possível graças ao aumento da sobrevida promovida pelas terapêuticas atuais. A presença e a persistência de sintomas neurológicos levam a suspeição diagnóstica apresentando maior acurácia através dos exames de imagem. A terapêutica é multidisciplinar variando de corticoterapia, radioterapia e ressecção cirúrgica. Deve ser adequada ao contexto geral, levando-se em consideração fatores relevante como performance status, sobrevida e os reais benefícios desejados. Conclusão: conclui-se que a terapêutica especializada neurológica pode ser indicada para remover lesões metastáticas, visto as inestimáveis contribuições para a melhoria da qualidade de vida mesmo na impossibilidade da cura.

#### **ATIVIDADE FÍSICA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL NO BRASIL: OS COLOPROCTOLOGISTAS RECOMENDAM?**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BÁRBARA DE QUEIROZ E BRAGÁGLIA, RENATO GOMES CAMPANATI, JÚLIA REAL, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES E FILIPE BORGES TEIXEIRA CARDOSO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

Resumo: Introdução: mundialmente, estima-se que a inatividade física cause cerca de 10% dos casos de CRC. À vista disso, estudos recentes demonstraram uma diminuição de até 30% da incidência dessa neoplasia pela atividade física. Mais recentemente, essa associação foi também comprovada para prevenção terciária. Assim, baseado nas evidências atuais, questiona-se a influência dessas informações na prática médica diária. Objetivo: avaliar o grau de recomendação e conscientização da prática diária de exercícios físicos como prevenção primária e terciária para CRC. Método: um breve questionário foi enviado via email a todos os médicos associados à Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBC). Os dados foram analisados estatisticamente para a determinação de preditores de maior recomendação do exercício pelos médicos. Resultados: um total de 1267 questionários foram enviados, sendo 158 inválidos, conferindo uma taxa de resposta de 25,33% (281). Maioria dos médicos eram homens (79,35%), entre 40 e 50 anos de idade (43,77%), que atendem principalmente pacientes particulares ou de convênios (71,17%), com uma média de 13,6 anos de associação à SBPC e que prati-

cavam atividade física regular (79,35%). Cerca de 76% dos médicos disseram reconhecer a evidência atual do impacto do exercício físico, porém apenas 49,82% declararam ter bom conhecimento sobre o assunto. Quanto à prática diária, 52,31% classificaram como frequente a recomendação da atividade para prevenção primária e apenas 34,52% para terciária. A prática da atividade física pelo médico, o reconhecimento da evidência e o bom grau de conhecimento foram preditores de maior recomendação da atividade física. Conclusão: esse estudo demonstra que, apesar da expressiva evidência sobre o tema, as taxas de recomendação ainda são baixas e devem ser melhoradas. Destaca-se ainda que o aconselhamento quanto ao exercício é ainda pior no contexto de pacientes já tratados para o câncer primário. Além disso, foi demonstrado que os hábitos pessoais dos médicos influenciam nas taxas da prescrição da atividade física, assim como os tornam mais convincentes, factíveis e hábeis para motivar a adoção de hábitos mais saudáveis pelos pacientes.

#### **RESULTADOS DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL UNICAMP 2011-2014**

CLAUDIO COY; TAMARA MARIA NIERI, ROGERIO TERRA ESPIRITO SANTO, LILA LEA CRUVINEL, ANDRE MYIOSHI, DRAUSIO JEFERSON DE MORAES, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / GASTROCENTRO/FCM/CECOM - UNICAMP*

Resumo: Introdução: a alta incidência de câncer colorretal em nosso meio com elevada mortalidade e suas características biológicas, como origem em lesões benignas e crescimento lento, justificam medidas preventivas. No Brasil, campanhas sistemáticas de prevenção são raras. Em 2011 iniciou-se a campanha de prevenção de câncer colorretal da UNICAMP em três faculdades, em 2012 e 2013 em todas as unidades e até junho de 2014 a campanha atingiu metade do campus. Objetivo: relatar os resultados estratificados por ano, faixa etária e sexo. Material e Métodos: campanha perene dirigida a alunos, funcionários e docentes com idade superior a 50 anos, e população estimada de 6000 indivíduos. São realizadas palestras sobre câncer colorretal em todas as unidades do campus (faculdades, institutos e áreas administrativas) e distribuição de testes para pesquisa de sangue oculto (TSO). Nos casos positivos, os participantes são encaminhados para colonoscopia no Gastrocentro-UNICAMP. Para fins de análise os participantes foram divididos aleatoriamente nas seguintes faixas etárias: entre 50 e 60 anos (faixa 1), maior que 60 e menor que 70 (faixa 2) e entre 70 e 75 anos (faixa 3). Resultados: durante todo o período foram realizados 5072 TSO, com adesão correspondente a 45,5% e positividade de 15,1%. Foram identificados e removidos 237 adenomas, sendo 40 (16,8%) com tamanho superior a 10 mm e três com diagnóstico de carcinoma in situ. O diagnóstico de adenocarcinoma foi realizado em seis indivíduos, achado correspondente a 0,11% dos participantes 0,05% da população-alvo. A adesão ao teste de sangue oculto

foi de 52,0% em 2011, 49,5% em 2012, 41,0% em 2013 e 47,6% até junho de 2014. Dentre os pacientes com testes positivos, 25,3% não realizaram a colonoscopia. Em relação ao sexo, não foram identificadas diferenças em relação a adesão à campanha, positividade do teste e achados endoscópicos. A adesão por faixa etária foi de 47% (faixa 1), 41,4% (faixa 2), e 44,6% (faixa 3). TSO foi positivo em 6,8% dos participantes da faixa 1, 7,09% da faixa 2 e 19,0% na faixa 3. A incidência de adenocarcinoma foi de 0,12% dos participantes na faixa 1, 0,3% na faixa 2 e zero na faixa 3. Conclusão: a taxa de adesão/ano tem se mantido constante e sem diferenças em relação ao sexo e faixa etária. A positividade do tso foi maior acima dos 70 anos, porém a ocorrência de adenocarcinoma foi mais frequente entre 60 e 70 anos.

#### **PERFIL DOS PARTICIPANTES DE CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER COLORRETAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (RS)**

MARLISE MELLO CERATO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, DANIEL DE CARVALHO DAMIN, ADRIANO STAUBUS, CLEBER ALLEM NUNES, DANIEL AZAMBUJA, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL

*ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DE COLOPROCTOLOGIA 2014/15*

Resumo: Introdução: a incidência e a mortalidade por câncer colorretal (CCR) vêm apresentando uma tendência crescente. O CCR é a 2ª causa de morte, por neoplasia. No Brasil as maiores incidências são na região sudeste e sul. No RS é o 3º tipo mais comum em homens (após próstata e pulmão) e o 2º em mulheres (após mama). Em Porto Alegre, é o 2º mais incidente em ambos os sexos. Estudos recentes mostram que até 80% dos pacientes encontram-se em estadios avançados ao diagnóstico e que a realização de colonoscopia reduz de forma significativa a incidência do CCR, sendo que a cada 1% de adenoma detectado, reduzimos em 3% a chance de CCR. A sobrevida média em cinco anos é de 55% nos países desenvolvidos e 40% nos países em desenvolvimento. Objetivo: definir o perfil dos participantes na campanha de prevenção do CCR, na cidade de Porto Alegre. Método: foi realizada em shopping, em maio de 2014, durante 4 dias, a exposição de um modelo inflável representando o intestino grosso com vídeos educativos e ilustrações das doenças do intestino. No final da visita as dúvidas eram esclarecidas por coloproctologistas. Foi aplicado questionário aos participantes com preenchimento de dados pessoais, realização de colonoscopia, história pessoal e familiar de neoplasia. Resultado: participaram 3500 pessoas, sendo que 1835 preencheram o questionário. A idade média foi de 37,04 ( $\pm 16,38$ ) anos, 59,89% mulheres e 40,11% homens. Em relação ao grau de escolaridade, 11% tinham ensino fundamental, 29,26% médio, 52,75% superior e 3,59% pós-graduação. Eram da área da saúde 12,58%, 14,27% estudantes e os demais de profissões variadas. Havia realizado colonoscopia 18,85%, 47,01% considerando somente os com mais de 50 anos. Tinham história pessoal de neoplasia 106 (5,77%), sendo que 54 (50,94%) haviam realizado colonoscopia. Tinham história familiar 623 (33,95%), destes, 140 (22,47%)

havia realizado colonoscopia, destes 115 (18,45%) tinham mais de 40 anos. Conclusão: a alta incidência do CCR e a diferença nos resultados do tratamento e prognóstico de acordo com o estágio da doença justificam os esforços de diagnóstico precoce e de rastreamento em população de alta incidência do CCR. A campanha levou a uma maior conscientização das pessoas atingidas em relação a importância da prevenção e do diagnóstico precoce. São necessários esforços e campanhas anuais para alcançarmos um grande percentual da população e tentarmos mudar a realidade do CCR no nosso meio.

#### **PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL PELA PESQUISA IMUNO-QUÍMICA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

MARCELO RODRIGUES BORBA; LUIZ MARUTA, MARIA CECILIA R.T. BROCHADO, MARCOS S.V. BARROS, JORGE HENRIQUE REINA NETO, ESTEVAM MADARAS, RODRIGO MONTENEGRO LOURENÇÃO, ALINE A. BIRAL

*DIVISÃO DE CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: O câncer colorretal é o mais frequente tumor do aparelho digestivo tanto no homem quanto na mulher. A pesquisa de sangue oculto é um método importante e de baixo custo na prevenção em grandes populações. Para estudar a PSOF por imuno-química em um grupo fechado como os membros da Universidade de São Paulo, os autores estão realizando este estudo. Os resultados iniciais do período de dezembro de 2013 à junho de 2014 são: A - total de exames FOBT efetuados: 1577. B - total de FOBT positivos: 75 (4,41%) (b/a)=75/1577. C - total de positivos para câncer nas colonoscopias realizadas: 4 (0,25%) (c/a)=4/1577. D - colonoscopias realizadas em FOBT+: 47. Doenças benignas ou exame normal: 19 (40,42%) (19/47) adenomas (baixo grau ou serrilhado): 24 (51,02%) (24/47) cancer: 4 (8,51%) (4/47). Câncer intramucoso ou adenomas de alto grau de atipia: 2 (tratados por via endoscópica). Câncer invasivos: 2 (tratados por sigmoidectomia. Pacientes FOBT + aguardando realização de colonoscopia 28.

#### **PERFIL DOS PACIENTES COM NEOPLASIA COLORRETAL ANTES DOS 40 ANOS DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HUSF**

DANILO TOSHIO KANNO; LARA TAGLIARI KOYANAGI; PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: o câncer colorretal é a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil e vem aumentando nos últimos anos, ocorrendo predominantemente em idosos, sendo incomum em menores de 40 anos, correspondendo entre 2,1 a 14,6% dos casos. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico varia entre 2 meses e 10 meses. Relato de experiência: estudados 34 pacientes no período entre 2000 e 2014

com idades entre 22 e 40 anos com neoplasia colorretal. Apresentavam-se em 17 mulheres e 17 homens, com idade média de 34,11 anos. Localização do tumor: 8% cólon proximal (cólon direito: 2, cólon transversal: 1), 35,29% cólon distal (6 casos de cólon descendente, 6 cólon sigmoide), e, 55% reto (reto alto: 6, reto médio: 2, reto baixo: 8, reto não Definido: 3). O tipo histológico do tumor apresentou-se: 18,91% de adenocarcinoma bem diferenciado (7 casos), 58,88 adenocarcinoma moderadamente diferenciado (20 casos), 5,8% adenocarcinoma pouco diferenciado (2 casos), 17,64% adenocarcinoma sem grau de diferenciação (6 casos), e, carcinoma indiferenciado (1 caso). As cirurgias realizadas foram: ressecção endoscópica (1 caso), amputação abdominoperineal do reto (7 casos), retossigmoidectomia anterior (14 casos), colectomia esquerda (7 casos), colectomia direita (2 casos), colectomia total (1 caso), exenteração pélvica (1 caso), e, um caso inoperável. O estadiamento pela classificação de Dukes foi a seguinte: 14,7% Dukes a (5), 23,52 Dukes b (8), 47,05% Dukes c (16), 8,82% Dukes d (3), 5,88% indefinidos (2). Quanto a terapia oncológica; 20,58% dos pacientes foram submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante, e, 23,52% foram submetidos a quimioterapia adjuvante. A sobrevida global pós-operatória se deu em função da recidiva da neoplasia, que foi identificada em 9 pacientes. Recidiva em 1 ano (2 casos), 2 anos (2 casos), 3 anos (3 casos), 4 anos (4 casos), e, 5 anos (1 caso). Óbitos durante a internação foi devido a infecção que representaram 5,88% dos casos (2 casos). Discussão: nossa experiência evidencia que a grande maioria dos casos de neoplasia colorretal antes dos 40 anos apresenta uma predominância no cólon distal e principalmente reto. Destaca-se que os casos de recidiva pélvica correlacionaram-se predominantemente em casos de reto e sigmoide, e, que os casos de menor sobrevida foram as neoplasias de reto baixo, dados que corroboram com a literatura mundial.

#### **ESTUDO COMPARATIVO DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES NONAGENÁRIOS COM CÂNCER COLORRETAL**

ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; FÁBIO LOPES QUEIROZ; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA; PAULO ROCHA FRANÇA NETO; MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO; VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; NATÁLIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE-MG*

Resumo: Introdução: o câncer colorretal é mais prevalente na população acima de 65 anos e sua incidência aumenta com a idade. Considerando o aumento na expectativa de vida da população, conforme dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde, o diagnóstico de CACR em idosos tem aumentado concomitantemente. Devido a menor reserva fisiológica e à coexistência de comorbidades nestes pacientes, o benefício da intervenção cirúrgica e anestésica devem ser criteriosamente avaliados, bem como o prognóstico e a sobrevida. Objetivo: comparar os resultados do tratamento cirúrgico de pacientes

nonagenários portadores de câncer colorretal, com pacientes com idade inferior a 90 anos. Os grupos serão comparados quanto à distribuição por sexo, idade, tempo de internação, tipo de cirurgia realizada e complicações pós-operatórias. Métodos: foram incluídos neste estudo um total de 442 pacientes com câncer colorretal, submetidos à cirurgia curativa, no serviço de coloproctologia do Hospital Felício Rocho, em Belo Horizonte - MG, Brasil. A base de dados do referido serviço foi utilizada para a obtenção da amostra, no período entre 2007 a 2013. Este é um estudo descritivo e retrospectivo que comparou o perfil de 13 pacientes nonagenários (grupo I), com 429 pacientes com menos de 90 anos (grupo II). Resultados: houve predominância feminina no grupo I com 69% dos casos, já no grupo II a prevalência foi semelhante, com 52% de mulheres. A média de idade do grupo I foi de 92,54 anos. O tempo médio de internação nos grupos I e II foi de 10,27 e 8,77 dias, respectivamente. o grupo I evoluiu com intercorrências em 46,15% dos casos, enquanto o grupo II apresentou complicações em 14,22% da amostra. Conclusão: os dados analisados mostraram que pacientes nonagenários apresentam maior taxa de complicação e tempo de internação mais prolongado, quando comparados com aqueles de idade inferior. Palavras-chaves: câncer colorretal; cirurgia; nonagenários.

#### **INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

LUCIANA PAGANINI PIAZZOLLA; EDUARDO BOTE-LHO SILVA MAUAD, LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

Resumo: Introdução: a mediana de idade dos pacientes à época do diagnóstico do câncer colorretal é de 70 anos. Com o aumento da expectativa de vida, é importante estudar a apresentação clínica do câncer colorretal nos idosos. O objetivo deste estudo é avaliar a influência da idade na apresentação clínica e no estadiamento patológico do câncer colorretal. Método: foram revisados os registros de 309 pacientes com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma colorretal tratados no hospital universitário de Brasília (HUB) entre janeiro de 2006 e dezembro de 2012 foram revisados. Os pacientes foram categorizados, segundo idade, em dois grupos: 50-64 anos e  $\geq 65$  anos. Noventa e três pacientes (30,1%) foram excluídos, seja por apresentarem idade abaixo de 50 anos, por serem operados de urgência, por serem assintomáticos e diagnosticados em programas de rastreamento ou por terem tumores sincrônicos. Para os 216 pacientes remanescentes, foram obtidas as variáveis epidemiológicas, os dados demográficos, os fatores de Risco para câncer colorretal, e os sintomas clínicos: sangramento intestinal, alteração de hábito intestinal, dor abdominal e perda ponderal. A duração desses sintomas (em meses), desde a primeira manifestação clínica referida pelo paciente

até o diagnóstico final de câncer colorretal, também foi obtida nos prontuários. As comparações das variáveis quantitativas foram realizadas com o teste t de student para aquelas que apresentaram distribuição normal em ambos os grupos etários ou o teste não paramétrico de Mann-Whitney, para aquelas sem distribuição Gaussiana. As variáveis qualitativas foram Sumarizadas como números absolutos e percentagens e foram comparadas usando o teste de  $\chi^2$  ou teste exato de Fisher. Resultados: com exceção da idade, as características epidemiológicas e os dados demográficos tiveram distribuição semelhante nos dois grupos. Pacientes idosos e jovens tiveram taxas de sangramento intestinal semelhantes (72 vs. 67%,  $p = 0.4389$ ), alteração de hábito intestinal (72 vs. 68%,  $p = 0.5375$ ), e perda de peso (55 vs. 53%,  $p = 0.6979$ ). O grupo de pacientes idosos teve menor frequência de dor abdominal (53 vs. 68%,  $p = 0.0028$ ). O intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi similar nos dois grupos  $10,52 \pm 9,49$  vs.  $9,28 \pm 7,8$  ( $p > 0,05$ ). Conclusão: pacientes idosos e não idosos tiveram intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico semelhantes, mas os idosos tiveram menor frequência de dor abdominal.

#### **INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NO ESTADIAMENTO PATOLÓGICO DO CÂNCER COLORRETAL**

LUCIANA PAGANINI PIAZZOLLA; LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, GEÓRGIA BARROS DE LIMA, FERNANDA NUNES DE CASTRO, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA

*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

Resumo: Introdução: a progressão da idade pode interferir no diagnóstico de câncer colorretal, uma vez que pessoas mais idosas tem apresentação clínica mais branda, como menor frequência e intensidade de dor abdominal. O objetivo deste estudo é avaliar a influência da idade no estadiamento patológico do câncer colorretal. Método: Os registros de 216 pacientes com o diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma, colorretal tratados no Hospital Universitário de Brasília (HUB) de janeiro/2006 e dezembro/2012 foram revisados. Os pacientes foram categorizados, segundo idade, em dois grupos: 50-64 anos e  $\geq 65$  anos. Foram obtidas seguintes informações: variáveis epidemiológicas, dados demográficos, fatores de risco para câncer colorretal e os dados anatomopatológicos. Utilizou-se estadiamento patológico tumor-nódulo - metástase (PTNM) e classificou-se os pacientes com doença em estágios I, II, III ou IV. As comparações das variáveis entre os grupos foram realizadas com o teste t de student, teste não paramétrico de Mann-Whitney, teste de  $\chi^2$  ou teste exato de Fisher. Empregou-se um modelo de análise multivariada com Regressão de Poisson com variância robusta, bem como razões de prevalência com intervalo de 95%, para se analisar a intensidade da associação entre cada variável independente e os estágios patológicos t3 e t4 ou os estágios patológicos

final III e IV. O nível de significância foi fixado em  $p$ -valor  $< 0,05$ . Resultados: com exceção da idade, as características epidemiológicas e os dados demográficos tiveram distribuição semelhante nos dois grupos. A ocorrência de estágios III e IV foi de 54% no grupo idoso e 55% no jovem. O grupo idoso teve 26% de estágio I e o grupo jovem 19%. Na análise multivariada, as razões de prevalência bruta e ajustada para a idade e outras variáveis não tiveram associação com os estágios patológicos t3 e t4. Essas mesmas variáveis não tiveram associação com os estágios patológicos finais mais avançados III e IV. A frequência de estágios patológicos mais avançados foi semelhante em pacientes abaixo e acima de 65 anos, e, após o ajuste em modelo multivariado, essa distribuição não sofreu influência de nenhuma outra variável. Conclusão: pacientes idosos e não idosos tiveram estágios patológicos do adenocarcinoma colorretal semelhantes.

#### **ESTUDO DAS TAXAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES JOVENS NO BRASIL**

EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD; LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA

*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

Resumo: Introdução: em 2014 no Brasil são estimados 15 070 novos casos de Câncer Colorretal (CCR) em homens e 17 530 em mulheres. Nos países desenvolvidos a mediana de idade dos pacientes à época do diagnóstico do câncer colorretal é de 70 anos. Aproximadamente 90% dos pacientes diagnosticados têm mais de 55 anos, o que justifica o início do rastreamento na população a partir de 50 anos. A incidência do câncer colorretal vem se mantendo estável nos últimos 25 anos em pacientes acima de 50 anos, mas vem aumentando em pacientes com idade inferior a 50 anos. Em 2004 foi realizada uma revisão a respeito dos estudos que abordam pacientes com idade abaixo de 40 anos e os autores constataram que, dentre todos os pacientes com câncer colorretal, a percentagem média ajustada foi de 6% variando de 0,4% a 35,6% para os pacientes com menos de 40 anos. O objetivo deste trabalho é estudar as taxas de internação hospitalar no Brasil de pacientes jovens para tratamento de câncer colorretal. Método: a taxa de internação por CCR foi obtida dos dados de internações disponibilizados no sistema de informações hospitalares do SUS. Foram estudadas as taxas de internação hospitalar por 10 anos consecutivos de 2004 a 2013. Foram considerados pacientes jovens os com idade de 15 a 49 anos e idosos os com idade de 50 anos ou mais. Resultados: no período estudado, foram registradas 390.966 internações por CCR em pacientes acima de 15 anos de idade. Sendo 195.443 (49,99%) pacientes do sexo masculino e 195.523 (50,01%) do sexo feminino ( $p > 0,05$ ). O número de internações por pacientes jovens (entre 15 e 49 anos) no período estudado foi 123.810 (31,66%). Dentre estas, 62.633 (50,59%) foram por pacientes do sexo masculino e 61.177



(49,41%) por pacientes do sexo feminino ( $p>0,05$ ). Quanto à distribuição por região, o número de internações é maior na região sul (41,51/100 mil), seguida das regiões sudeste (24,75/100 mil) e centro-oeste (19,80/100 mil). No Brasil a média de internações no período estudado foi de 21,56/100 mil habitantes. Conclusão: considerando que o câncer colorretal tem baixa incidência em pessoas abaixo dos 50 anos de idade, as taxas de internação hospitalar em pacientes jovens é alta e sem diferenças significantes entre homens e mulheres.

#### **INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NA DISTRIBUIÇÃO ANATÔMICA DO CÂNCER COLORRETAL**

LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES; EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD, LUCIANA PAGANINI PIAZOLA, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, GEÓGIA BARROS DE LIMA, FERNANDA NUNES DE CASTRO, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

Resumo: Introdução: há estudos que avaliam a distribuição do CCR em pacientes com idade superior ou inferior a 50 anos. O objetivo deste trabalho é estudar se há diferenças quanto à localização do tumor em pacientes idosos e não idosos. Método: 216 registros de pacientes acima de 50 anos de idade e com o diagnóstico de adenocarcinoma de cólon ou reto foram revisados. A população estudada foi dividida em dois grupos de acordo com a idade à época do diagnóstico: 50 a 64 anos (não idosos); e 65 ou mais anos (idosos). Os dois grupos foram comparados quanto à localização do tumor. Os tumores foram considerados localizados no reto; no cólon esquerdo (quando no sigmoide, cólon descendente e flexura esplênica); e no cólon direito (quando no cólon transversal, ascendente e ceco). As variáveis foram sumarizadas como números absolutos e percentagens e foram comparadas usando o teste de qui-quadrado. O nível de significância foi fixado em  $p < 0,05$ . Resultados: os tumores localizados no reto foram os mais frequentes, sendo 106 (49%) casos, sendo 45 casos em pacientes do grupo não idosos e 61 casos no grupo idoso ( $p=0,1133$ ). Os não idosos tiveram 40 caso no cólon esquerdo e os idosos 31 casos ( $p=0,0663$ ). A distribuição também foi semelhante no cólon direito – 22 casos no grupo jovem e no grupo idoso ( $p=0,968$ ). Conclusão: neste grupo de pacientes a idade não interferiu na distribuição do CCR no intestino grosso.

#### **OCTOGENÁRIOS SE BENEFICIAM DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER COLORRETAL**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; LUCA STOCCHI, MATTHEW F KALADY, HERMANN KESSLER, DAVID DIETZ, XIAOBO LIU, FEZA REMZI  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

Resumo: Introdução: O diagnóstico de câncer colorretal vem aumentando na população idosa. O papel da idade na morbidade e mortalidade em octogenários não está claramente definido. Objetivo: Comparar o prognóstico cirúrgico e oncológico da cirurgia para câncer colorretal com intenção curativa em octo-

genários com outras faixas etárias. Método: Um banco de dados de um hospital terciário foi utilizado para identificar pacientes com adenocarcinoma colorretal estadiamento patológico I-III, operados com intenção curativa, entre 2000 e 2009. Critérios de exclusão foram cirurgia de urgência, doença inflamatória intestinal, câncer colorretal hereditário, e outras neoplasias. Três faixas etárias foram comparadas:  $< 65$  anos de idade (grupo a),  $\geq 65$  e  $< 80$  anos de idade (grupo b), e acima de 80 anos de idade (grupo c). Análises univariadas, multivariadas e de sobrevida (Kaplan-Meier) foram realizadas. Resultados: 1953 pacientes preencheram os critérios de inclusão (a – 915, b – 785, c – 253). As idades médias foram 53, 72,4 e 84,6 anos para os grupos a, b e c, respectivamente. Não houve diferença estatística no estadiamento patológico entre os grupos ( $p=0,30$ ). A classificação asa aumentou com a idade ( $p < 0,001$ ). Octogenários (grupo c) receberam menos tratamento neoadjuvante/adjuvante independente do estadiamento ( $p < 0,001$ ). Não houve diferença no uso de laparoscopia entre os grupos ( $p=0,078$ ). A morbidade aumentou com a idade ( $p < 0,001$ ). Análise multivariada mostrou idade, classificação asa, e cirurgia para câncer de reto como fatores independentes associados ao aumento da morbidade ( $p < 0,001$ ). A mortalidade em 30 dias aumentou significativamente com a idade (0,1%, 2,3% e 4,7% para os grupos a, b e c respectivamente) ( $p < 0,001$ ). A sobrevida geral e a sobrevida livre de doença em 5 anos foram menores no grupo c ( $p < 0,001$ ). Na análise multivariada, asa ( $p < 0,001$ ) e estadiamento patológico ( $p < 0,001$ ) foram fatores independentes na sobrevida específica de câncer em 5 anos. Idade, no entanto, não foi um fator independente na sobrevida específica de câncer ( $p=0,439$ ). Conclusão: Embora as ressecções curativas de câncer colorretal em pacientes acima de 80 anos de idade terem maior morbimortalidade, estes pacientes alcançam prognósticos específicos de câncer colorretal a longo prazo comparáveis com pacientes mais novos. Idade apenas não deve ser um fator limitante ao tratamento do câncer colorretal.

#### **ANÁLISE DA EXPRESSÃO PROTEÔMICA DE GLICOSAMINOGLICANOS SULFATADOS DA MATRIZ EXTRACELULAR NO CARCINOMA COLORRETAL HUMANO E NO TECIDO COLORRETAL NÃO NEOPLÁSICO PELA ESPECTROMETRIA DE MASSA E SUA RELAÇÃO COM A BIOLOGIA DO TUMOR**

ANA PAULA CLETO MAROLLA; ANA PAULA CLETO MAROLLA\*, JAQUES WAISBERG\*\*/\*\*\*\*, SANDRA DI FELICE BORATO\*\*\*, GIOVANNA CANATO TOLOI\*\*\*, CAROLINA KEESE\*\*\*, DANIEL REIS WAISBERG\*\*\*\*, ELOAH RABELLO SUAREZ\*, HELENA BONCIANI NADER\*, MARIA APARECIDA DA SILVA PINHAL\*  
*FACULDADE DE MEDICINA DA USP E FACULDADE DE MEDICINA DO ABC E HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL*

Resumo: Racional: glicosaminoglicanos sulfatados estão presentes na matriz extracelular e desempenham papel crucial no desenvolvimento e progressão tumoral. Os oligossacarídeos resultantes da degradação de glicosaminoglicanos sulfatados da

membrana matriz extracelular das neoplasias sólidas ajudam as células neoplásicas a alterar a matriz extracelular para facilitar a proliferação e disseminação da neoplasia. A condroitina, o dermatan e o heparan são glicosaminoglicanos envolvidos nestes fenômenos biológicos. Objetivo: determinar a presença e a quantidade de glicosaminoglicanos sulfatados no tecido conjuntivo dos tecidos neoplásico e não neoplásico do carcinoma colorretal pela espectrometria de massa por ionização e eletropulverização, com a técnica de proteólise e eletroforese. Método: as amostras de tecido colorretal neoplásicos e não neoplásicos foram obtidos de 64 doentes com carcinoma colorretal operado. Expressão e quantificação dos glicosaminoglicanos sulfatados de condroitina, dermatan e heparan e de seus fragmentos foram analisados por espectrometria de massa por ionização e eletropulverização, com a técnica de proteólise e eletroforese. Resultados: obtiveram-se nos tecidos analisados fragmentos de dissacarídeos dos glicosaminoglicanos sulfatados com sua caracterização estrutural. A presença de condroitina e dermatan no tecido neoplásico colorretal foi de 49,3% e no tecido não neoplásico de 23,3%. A quantidade de heparan no tecido neoplásico foi de 33,3% e de 42,7% no tecido colorretal não neoplásico. Os resultados mostraram aumento significativo ( $p=0,01$ ) da quantidade de condroitina e dermatan no tecido neoplásico em relação ao tecido colorretal não neoplásico. A quantidade de heparan diminuiu significativamente ( $p=0,03$ ) no tecido neoplásico em relação ao tecido não neoplásico. Conclusões: o aumento do heparan no tecido neoplásico sugere propriedades antiproliferativas pelo reconhecimento célula-célula e inibição do ciclo celular, enquanto que a elevação da condroitina e o dermatan no tumor sugere sua contribuição para a proliferação celular pela facilitação da migração de células neoplásicas. A espectrometria de massa de ionização por eletropulverização e proteólise mostrou ser instrumento analítico de estudo dos fragmentos estruturais de glicosaminoglicanos sulfatados gerados por ionização a partir da matriz extracelular do tecido colorretal neoplásico e não neoplásico.

#### **CORRELAÇÃO DO NÍVEIS DE EXPRESSÃO DO SHLA-G E DADOS DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL NA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, RENATA TOSCANO SIMÕES, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, ELOAH GAMBONI LIMA, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUSA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: O câncer colorretal (CCR) é o tumor maligno que acomete algum segmento do cólon e/ou o reto. É uma doença muito comum, sendo um dos maiores problemas de saúde da atualidade. Segundo a organização mundial de saúde o CCR é o segundo câncer mais prevalente no mundo, com cerca de 2,4 milhões de portadores e 94.300 novos casos ao ano. No Brasil, de acordo com o instituto nacional do câncer, o CCR é o quarto câncer mais comum entre os homens e o terceiro entre

as mulheres. O CCR está associado à alimentação, doenças, medicamentos, história familiar e alterações genéticas. Os tumores mucíparos e carcinoma de células em anel de sinete são os de pior prognóstico e o tratamento cirúrgico é o mais eficaz. O antígeno leucocitário humano g (HLA-G) faz parte do complexo principal de histocompatibilidade e está localizado no braço curto do cromossomo 6 (6p21.3). O hla-g tem função de imunotolerância e permite o escape das células tumorais do sistema imune. Com isso, o presente trabalho objetivou a avaliação da correlação dos dados clínicos de prontuários de pacientes com CCR e controles, com a expressão do shla-g; e avaliar se poderia ser utilizado como um biomarcador do CCR. Foram coletadas amostras de sangue periférico de 121 pacientes com CCR e 44 controles. As amostras foram submetidas ao Teste de Elisa para dosagem do HLA-G solúvel (SHLA-G) e esses valores foram correlacionados com os dados dos prontuários dos pacientes. Os dados foram analisados através da comparação de médias entre grupos pelo teste Mann-Whitney (teste t) e Kruskal-Wallis (Oneway Anova) (Graphpad Prism 5.0). Os resultados não mostraram diferença estatística ( $p > 0,05$ ) na comparação do SHLA-G com os grupos CCR e controle; com os gêneros; faixas etárias; cor da pele; câncer de reto e câncer colônico; tumores mucíparos; e carcinoma de células em anel de sinete. Porém, apresentou significância estatística quando comparado com a presença de metástases ( $p = 0,0313$ ); localização do tumor ( $p = 0,0452$ ); grau de displasia ( $p = 0,0007$ ); estágio clínico ( $p = 0,0233$ ); e os níveis do cea ( $p < 0,0001$ ). Com base nesses dados sugerimos que o HLA-G está relacionado com o desenvolvimento e prognóstico do CCR; e após maiores estudos poderia vir a ser utilizado como um biomarcador do CCR.

#### **NA DOENÇA HEMORROIDÁRIA HÁ NECESSIDADE DE REALIZAR COLONOSCOPIA PRÉ-OPERATÓRIA?**

MARIANA SANO GAROTTI; FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA, JULIANA TEIXEIRA MACHADO, MARCUS FÁBIO MAGALHÃES FONSECA, SABRYNA DE LACERDA WERNECK, GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS*

Resumo: Introdução: a doença hemorroidária é mais prevalente entre 30 e 60 anos e entre suas manifestações clínicas a exteriorização de sangue nas fezes está presente em até 83% dos paciente. A associação entre doença hemorroidária com hematoquezia e câncer colorretal existe em até 2%. Objetivo: avaliar a necessidade da realização de colonoscopia para pacientes com queixa de hematoquezia em pré-operatório de hemorroidectomia. Materiais e métodos: estudo retrospectivo transversal, sendo selecionados Pacientes aleatoriamente de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Foram divididos em dois grupos, um com 30 pacientes cujo critério de solicitação da Colonoscopia foi hematoquezia com doença hemorroidária e outro grupo controle composto também por 30 pacientes selecionados aleatoriamente. Resultados: no grupo dos pacientes com doença hemorroidária foi observado predomínio do sexo

masculino 18 pacientes (60%), maiores de 50 anos 21 pacientes (70%). Dos exames realizados 22 foram completos (73%) e sem alterações. As alterações encontradas foram doença diverticular em 3 casos, pólipos associados a doença diverticular em 1 caso, úlcera retal em 1 caso e 3 exames foram incompletos. O grupo controle mostrou resultados semelhantes exceto pela predominância do sexo feminino e pela identificação de 4 tumores colorretais. Conclusão: por ser um estudo transversal não se pode tirar conclusões definitivas, mas há indícios de que não há necessidade de ser realizado colonoscopia em pacientes com queixa de hematoquezia com doença orificial comprovada, porém um estudo longitudinal é imprescindível.

#### **HEMORROIDOPEXIA POR GRAMPEAMENTO SEM E COM COMPLEMENTAÇÃO POR HEMORROIDECTOMIA EXCISIONAL: RESULTADOS A LONGO PRAZO**

SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMOND SEID E LUCAS DE ARAUJO HORCEL  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SP)*

Resumo: Introdução: a hemorroidopexia por grampeamento (HG) foi introduzida em 1998 para o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária. Há evidência de que a HG está associada a mais recidiva sintomática quando comparada à técnica excisional. Complementar a hg empregando técnica excisional fechada é uma opção em casos selecionados. As principais vantagens são simplificar resolutivamente o tempo endoanal com o emprego do PPH e melhorar os resultados de recidiva a longo prazo empregando uma ressecção mais econômica. Objetivo: comparar os resultados a longo prazo da hg isolada e associada a complementação com técnica excisional (HG-E). Método: em um estudo de coorte retrospectivo, 65 pacientes (29 homens) foram submetidos a HG e 21 (13 homens) pacientes à HG-E. Todos os pacientes foram operados pela mesma equipe. A indicação de HG-E dependeu da presença de queixas associadas a hemorroidas externas ou da observação de componente externo volumoso após o grampeamento e foi realizada pela Técnica de Ferguson por eletrocirurgia sem ligadura vascular em todos os casos. Todas as variáveis foram obtidas pela aplicação de um questionário realizada por meio eletrônico, telefone ou consulta médica. Resultados: a duração mediana do seguimento pós-operatório foi de 53,5 (11-144) meses. Maior fração de pacientes com grau mais avançado de doença hemorroidária foi observada no grupo HG-E ( $p=0,001$ ). Quarenta e três por cento e 33%, respectivamente, referiram sintomas no último mês após a hg e hg- e ( $p=0,45$ ). Não houve diferença entre o intervalo médio entre a cirurgia e o reaparecimento de sintomas após hg [30 (8-84) meses] e após HG-E [38,8 (8-65)] –  $p=0,80$ . Não houve diferença entre os grupos com relação à necessidade de tratamento clínico pós-operatório: hg - 47 (72,3%) pacientes, e HG-E - 15 (71,4%) pacientes –  $p=0,99$ . Oito (12,3%) pacientes foram reoperados após hg e 2 (9,5%), após HG-E –  $p=0,78$ . A distribuição dos pacientes nos dois grupos de acordo com o grau de satisfação pós-operatória foi similar ( $p=0,97$ ). Conclusão: a complementação da hemorroidopexia por grampeamento foi empregada em pacientes com casos de doença hemorroidária

mais avançada e possibilitou oferecer a esses pacientes os mesmos resultados tardios de segurança e eficácia associados à hemorroidopexia por grampeamento empregada isoladamente.

#### **CASUÍSTICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA PELA TÉCNICA DE DESARTERIALIZAÇÃO COM USO DO THD NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL- SALVADOR – BA**

THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL*

Resumo: Introdução: a desarterialização hemorroidária transanal consiste na ligadura, guiada por doppler, dos ramos distais da artéria retal superior, resultando na redução do fluxo de sangue, descongestionamento do plexo hemorroidário e regeneração do tecido conjuntivo promovendo retração das hemorroidas e redução do prolapso. Esta técnica vem sendo cada vez mais empregada no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV, com bons resultados, baixas taxas de complicações, menor uso de analgésicos e com a vantagem de não haver ferida cirúrgica. Objetivo: analisar retrospectivamente o perfil dos pacientes submetidos a tratamento da doença hemorroidária através da técnica thd no serviço de coloproctologia do hospital são rafael em Salvador – BA. Material e método: realizada análise retrospectiva, através da revisão de prontuários, de todos os pacientes submetidos a THD durante o período de junho de 2012 a julho de 2014. Resultados: foram operados um total de 44 pacientes, 25 mulheres (56,8%) e 19 homens (43,2%). A idade dos pacientes variou de 25 a 70 anos (média 45,7 anos). O tempo operatório não ultrapassou 90 minutos, todos os pacientes receberam antibioticoprofilaxia e receberam alta após 24 horas de pós-operatório. 1 paciente necessitou de reabordagem cirúrgica devido a uma sutura próxima à linha pectínea causando dor intensa. Dentre as complicações, observou-se tenesmo, dor, trombose hemorroidária e sangramento de pequeno volume, tratados com medidas clínicas. Nenhum paciente apresentou recidiva dos sintomas. O follow up máximo é de 2 anos. Conclusão: desarterialização hemorroidária é uma alternativa eficaz e segura para o tratamento da doença hemorroidária, principalmente nos graus III e IV com excelentes resultados e baixa taxa de complicação.

#### **HELP - DESARTERILIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA COM LASER DOPPLER GUIADA - EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS**

PAULO BOARINI; CANDELARIA, PAP, BOARINI, L; BOARINI, M  
*H M DO TATUAPE/ H M ALEXANDRE ZAIO / SANTA CASA DE SAO PAULO*

Resumo: A doença hemorroidária está associada a teoria de vascular de hiperfluxo causando dilatações nos plexos venosos hemorroidários. Essa nova técnica descrita utiliza uma

fibra de laser diodo 980 nm, associada a um doppler para reconhecimento e posterior fotocoagulação das arteríolas terminais das artérias hemorroidárias. A profundidade de penetração pode ser regulada, assim como o tempo de exposição. São aplicadas 5 disparos de laser, a uma potência de 13 watts com duração de 1.2s cada e uma pausa entre os disparos de 0.6s causando constrição tecidual na profundidade de aproximadamente 5 mm. As arteríolas terminais da artéria hemorroidária superior, se precisamente identificadas, através de um sinal de doppler, podem ser obliteradas com o uso do laser. Métodos: um proctoscópio especial com uma pequena janela é posicionado 3 cm da linha denteada. Através desta, introduzimos uma caneta de doppler, cuja função é identificar o fluxo dos ramos terminais das artérias hemorroidárias (normalmente de 8-12). É realizada rotação horária do proctoscópio, sendo estes ramos fulgurados progressivamente através da fibra ótica de laser. O procedimento não requer anestesia e pode ser realizado ambulatorialmente. Resultados: 55 pacientes entre 2011 à 2013, com hemorroidas de II e III graus cujo principal sintoma era sangramento, foram tratados por esta técnica. O procedimento mostrou ser sintomaticamente eficiente em 85% dos casos num seguimento de 6 meses. Sangramento pós operatório foi observado em 2 dos casos sendo resolvido clinicamente. Dor de pequena intensidade ocorreu em 3 casos sendo resolvido com analgésicos comuns. Nenhum caso requereu anestesia. Conclusões: o procedimento hemorroidário de laser help representa um novo tratamento miniinvasivo, não excisional, para pacientes que apresentam hemorroidas de segundo e terceiro grau, sem prolapso mucoso severo. Fotocoagulação das artérias hemorroidárias causam uma progressiva retração dos mamilos hemorroidários. Esse procedimento não requer anestesia, é tecnicamente fácil de realizar, pode ser repetido e pode ser realizado em regime ambulatorial.

#### **PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO PARA TUBERCULOSE E CRITÉRIO DE CURA EM FÍSTULAS ANORRETAIS COMPLEXAS E RECIDIVADAS**

LEONARDO GUEDES DE OLIVEIRA; CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO, ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS, CAROLINA CHACON CONSENTINO, ANDRE BARRETO SILVA, MONIKA PEREIRA KIM, JOÃO PUPO DE AGUIAR NETO, EDNA DELABIO FERRAZ

*HUCFF-UFRJ*

Resumo: Introdução: o diagnóstico de tuberculose (TB), doença causada pelo *mycobacterium tuberculosis*, é habitualmente desconsiderado na abordagem de fístulas anorretais, embora endêmica em algumas regiões. Entre 22 países responsáveis por 90% dos casos de tuberculose em todo o mundo, o Brasil ocupa o 17º lugar. A forma gastrointestinal está em sexto lugar (5%) dos casos extrapulmonares, enquanto a anorretal representa 2-7% dos casos de fístula anal, sendo mais comum em homens de meia-idade e de regiões endêmicas. Em nosso país, dados epidemiológicos e evidências clínicas acumuladas sugerem a necessidade de uma investigação sistemática de TB, considerado um cofator responsável importante em casos de fístula

anorretal complexa, especialmente quando associada à imunossupressão. Na tentativa de reduzir as altas taxas de recorrência de fístula anal (> 30%) sistematizar a investigação diagnóstica deve ser levada em conta pelo cirurgião. Objetivo: apresenta-se a evolução de um quadro de TB anal associado à fístula complexa, confirmado após afastada a hipótese inicial de Doença de Crohn, a fim de enfatizar a relevância da suspeita e a necessidade de um protocolo de investigação diagnóstica. São discutidos também os critérios para cura para nestes casos, em que as fístulas estão contaminadas pelo bacilo. Discussão: devido ao risco de dano ao esfíncter nas abordagens cirúrgicas repetidas de fístulas anorretais complexas, se faz necessária a exclusão da infecção por tuberculose, uma doença subdiagnosticada, e uma rotina para diagnóstico pré-operatório se mostra indispensável. Na ausência de descrição na literatura, destaca-se a importância da elaboração de protocolos clínicos e propedêuticos, a fim de reduzir sobretudo a recorrência da doença e a lesão do esfíncter, quando da indicação de tratamento cirúrgico de doença complexa ou recidivada.

#### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA ANAL COM LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT) – AVALIAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E MORFOLÓGICA**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS, FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO, LUSMAR VERAS RODRIGUES, WARYSON SILVA SURIMÃ, JADER MENDONÇA FILHO, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, IRIS DEALCANFREITAS

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA*

Resumo: Introdução: o tratamento da fístula anal visa a cicatrização evitando danos na continência fecal, apresentando opções técnicas operatórias aquelas com secção da musculatura esfíncteriana ou com preservação do esfíncter (plug, cola e avanço de retalho). Em 2007, Rojanasakul et al. publicaram uma nova técnica para o tratamento de fístula com baixas taxas de recidiva e sem alteração na continência fecal, sendo denominada de LIFT (Ligadura Interesfíncteriana do Trajeto Fistuloso). Método: pacientes portadores de fístula anal trans-esfíncteriana criptoglandular foram submetidos a avaliação clínica (escore de continência da Cleveland Clinic Florida) manométrica (quantificadas pressões anais) e ultrassonografia anorretal 3D (US-3D) e identificados trajeto(s) e orifício(s) fistuloso(s) e quantificado a musculatura esfíncteriana envolvida pelo trajeto fistulosos. Foram submetidos a tratamento cirúrgico utilizando técnica LIFT. Após 2 meses de cicatrização foram reavaliados quanto a continência fecal, função esfíncteriana e morfológica do canal anal e os resultados cirúrgico(-complicações operatória, tempo de cicatrização e recidiva).

Resultados: foram operados 16 pacientes (8 do sexo feminino e 8 do masculino) com idade variando entre 23 e 50 anos. O percentual de musculatura envolvida pelo trajeto fistuloso variou entre 30-81%, tendo como complicações um caso (6%) de deiscência da sutura do trajeto e não cicatrização, tratada com fistulotomia inter-esfincterica e três casos (19%) de recidiva (1 fistula interesfinctérica, tratada com fistulotomia em um tempo e 2 fistulas, tratadas com fistulotomia com aposição de seton). A cicatrização ocorreu entre 35 a 60 dias, tendo como taxa de cicatrização 75% e não houve nenhum caso de incontinência. Os casos de cicatrização e recidiva foram confirmados clinicamente e com US-3D. As pressões anais não se alteraram significativamente. Tempo de seguimento médio foi de 10 meses conclusão: a técnica LIFT se mostrou eficaz e apresentou bons resultados com taxa de cicatrização de 75%, sem dano na continência fecal. No entanto, é necessário o seguimento a longo prazo.

#### **AVALIAÇÃO DA TÉCNICA LIFT (LIGATION OF THE INTERSPHINCTERIC FÍSTULA TRACT) EM PACIENTES COM FÍSTULAS PERIANAIS TRANSESFINCTERIANAS**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; CAROLINE SAUTER DALBEM, SERGIO DANILO TANAHARA TOMIYOSHI

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

Resumo: As fistulas perianais são uma condição relativamente comum em consultório de proctologia, podendo variar desde casos simples, com trajetos superficiais facilmente palpáveis, até casos complexos, com trajetos profundos, atravessando porções consideráveis do aparelho esfincteriano, cuja secção pode levar a graus variáveis de incontinência durante uma fistulotomia. Objetivo: avaliar a efetividade do emprego da técnica LIFT (Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract) nos pacientes portadores de fistulas perianais transesfincterianas. Método: estudo prospectivo com pacientes portadores de fistula perianal transesfincteriana submetidos à técnica LIFT. Foram incluídos no estudo pacientes portadores de fistulas perianais de origem criptoglandular transesfincteriana sem intervenções cirúrgicas prévias. Foram excluídos pacientes portadores de fistulas perianais de outra origem, como Doença de Crohn, tuberculose, neoplasia anal e fistulas recidivadas. Todos os pacientes foram submetidos à mesma técnica anestésica e posterior tratamento cirúrgico em dois tempos: colocação de sedenho e após seis semanas realização de LIFT. Resultados: avaliou-se 22 pacientes; a média de idade observada foi de 45,6 anos. O seguimento ambulatorial pós-LIFT variou de 4 a 24 meses, com média de acompanhamento de 14 meses. O tempo de cicatrização variou de 4 a 8 semanas pós-procedimento. Dezesete pacientes ficaram curados (77%), cinco apresentaram recidiva (23%), porém, todos na forma interesfincteriana e foram tratados por fistulotomia, alcançando também a cura completa. Uma paciente evoluiu com incontinência fecal leve. Conclusão: a técnica LIFT demonstrou-se segura e eficaz no tratamento das fistulas perianais transesfincterianas.

#### **AINDA EXISTE ESPAÇO PARA A ESFINCTEROTOMIA LATERAL INTERNA NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL CRÔNICA?**

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, GIANCARLO DE SOUZA MARQUES, NIKOLAY COELHO DA MOTA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES, JOSÉ ARIMATÉA ALVES DE CARVALHO JÚNIOR

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO*

Resumo: Introdução: a fissura anal é uma doença orifical de elevada frequência nos ambulatórios de coloproctologia, relacionada a um aumento da pressão esfincteriana de repouso e tem definido como tratamento cirúrgico definitivo a esfínterotomia lateral interna. Objetivo: avaliar a pressão de repouso em pacientes portadores de fissura anal crônica antes e após tratamento com nifedipina 0,5%, comparando as pressões pré e pós-tratamento, avaliando índice de falha e necessidade de esfínterotomia. Método: foram avaliados 25 pacientes portadores de fissura anal atendidos no ambulatório de coloproctologia do hospital universitário presidente Dutra e no Instituto de Coloproctologia no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014, realizada eletromanometria anorretal e iniciado tratamento com nifedipina 0,5% e medidas higiene dietéticas durante 12 semanas e realização de eletromanometria após 12 semanas em pacientes com fissura cicatrizada e nos pacientes onde não ocorreu cicatrização completa. Avaliado índice de cicatrização da fissura, e pressão de repouso na vigência da fissura e após o tratamento. Resultados: foram 25 pacientes avaliados sendo 21 do sexo feminino, idade média foi de 34 anos variando de 19 a 65 anos, 8 pacientes (33,0%) apresentavam pressão de repouso normal (40 a 70mmhg) no primeiro exame e 5 pacientes (20,0%) mantiveram pressão de repouso elevada após o tratamento com nifedipina 0,5% por 3 meses. Dentre os cinco pacientes que mantiveram a hipertonia somente dois mantiveram pressão de repouso superior a 100mmhg e foram submetidos a esfínterotomia lateral interna. Conclusão: o uso da esfínterotomia química com a utilização da nifedipina 0,5% promoveu a cicatrização em 80% dos pacientes com fissura sugerindo que a esfínterotomia cirúrgica deverá ser reservada àqueles pacientes sem resposta ou com resposta pouco significativa a esfínterotomia química.

#### **AVALIAÇÃO ELETROMANOMÉTRICA DE PACIENTES COM QUADRO CLÍNICO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ET-SUO SAGAE

*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

Resumo: Objetivo: Avaliação de pacientes com queixas de constipação intestinal utilizando a eletromanometria anorretal de 8 canais. Métodos: Estudo realizado no período de janeiro de 2013 a junho 2014 com 222 pacientes (209 mulheres e 13

homens) provenientes do ambulatório de coloproctologia do hospital são lucas (cascavel/pr) portadores de constipação intestinal com escore de agacham et al. (1999) com pontuação > 6,0. Eles foram avaliados retrospectivamente usando eletromanometria anorretal. As variáveis analisadas foram pressão de repouso, de contração e presença ou ausência de relaxamento ao esforço evacuatório (anismus). O aparelho utilizado foi um com sistema de 8 canais de água perfundido (dynapack mpx 816, dynamed). Concedeu-se um período de 5 minutos para que o paciente se adaptasse à sonda e se conseguisse gravações de linha de base estável antes das medições, as quais serão obtidas. Resultados: A média de idade foi 38,77 anos (16-66). A média da pressão de repouso foi de 55,6 mmhg (13-106) e de contração 130,2 mmhg (33-244). Quarenta (18%) pacientes apresentaram hipotonia esfinteriana de repouso e 45 (20,3%) hipotonia esfinteriana de contração. Cento e quarenta e quatro (64,9%) pacientes apresentaram normotonia esfinteriana de repouso e 149 (67%), normotonia esfinteriana de contração. Trinta e cinco (15,8%) pacientes apresentaram hipertonia esfinteriana de repouso e 28 (12,6%) hipertonia de contração. Vinte apresentaram sensibilidade retal alterada e cinquenta com capacidade alterada. A incidência de anismus foi de 70,27% (156) pacientes. Trinta (13,5%) foram submetidos a, pelo menos, 1 parto vaginal e 19 (8,6%), a pelo menos 1 cirurgia orificial. Conclusão: A avaliação de pacientes portadores de evacuação obstruída através da eletromanometria anorretal demonstrou hipotonia esfinteriana e incidência de anismus considerável. Esses dados favorecem na escolha da melhor abordagem terapêutica no grupo de pacientes com evacuação obstruída sem queixas de incontinência fecal.

**AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DE PACIENTES PORTADORES DE EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA**  
DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, KARINA CORRÊA EBRAHIM, UNIVALDO ETSUO SAGAE  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

Resumo: Objetivo: Avaliação de pacientes portadores de evacuação obstruída através da ultrassonografia anorretal tridimensional. Métodos: Estudo realizado no período de janeiro de 2012 a junho 2013 com 128 pacientes provenientes do ambulatório de coloproctologia do Hospital São Lucas (Cascavel/PR) portadores de evacuação obstruída com escore de constipação de agacham et al. (2006) com pontuação > 6,0. Eles foram avaliados retrospectivamente usando ultrassonografia anorretal 3D dinâmica (Ecodefecografia). As variáveis analisadas foram as disfunções do assoalho pélvico posterior (retocele, intussuscepção retal, contração paradoxal ou não-relaxamento do músculo puborretal) e lesão do esfíncter. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: com lesão esfinteriana (grupo I (GI): 58 mulheres e 1 homem) e sem (grupo II (GII): 58 mulheres e 1 homem). Resultados: A média de idade do GI foi 60,45 anos (31-89) e do GII 51,92 anos (26-82)

( $p < 0.005$ ). Trinta e sete (62,7%) pacientes do GI e 27 (39,7%) do GII tinham tido pelo menos 1 parto vaginal e 13 (22%) do GI e 28 (41,11%) do GII, pelo menos uma cirurgia orificial. Retocele foi evidenciada em 43 (72,8%) pacientes do GI e 48 (70,5%) do GII, intussuscepção em 19 (32,7%) do GI e 20 (29,4%) do GII e Anismus em 25 (43,1%) do GI e 33 (48,5%) do GII. Do GI, 5 (8,7%) pacientes apresentaram lesão do esfíncter anal interno (EAI) e 49 (84,4%) do esfíncter anal externo (EAE). Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à retocele, intussuscepção, partos vaginais e cirurgias orificiais, no entanto, não foi observado diferença em relação à anismus. Conclusão: A avaliação de pacientes portadores de evacuação obstruída através da ultrassonografia anorretal tridimensional demonstrou que o grupo de pacientes portadores de lesão esfinteriana anal apresentou significativamente maior incidência de partos vaginais, retocele e intussuscepção. Com isso, o cirurgião deve avaliar anatomicamente os pacientes portadores de evacuação obstruída candidatos a cirurgia. Não houve diferença entre a incidência de anismus em ambos os grupos.

**SÍNDROME DA DEFECÇÃO OBSTRUÍDA (SDO): QUAL A CORRELAÇÃO DOS FATORES DESENCADANTES E A PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO POSTERIOR?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS, FRANCISCO SERGIO P REGADAS FILHO, ADJRA DA SILVA VILARINHO, DAVID PESSOA MORANO, MAURA TARCINY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, SAULO SANTIAGO ALMEIDA, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO*

Resumo: Objetivo: avaliar a correlação entre a prevalência de disfunção do assoalho pélvico posterior relacionados à evacuação obstruída com o tipo, número de partos e a idade, em pacientes com SDO, utilizando-se ultrassom anorretal tridimensional (US-3D). Método: análise de dados prospectivos de mulheres com SDO e escore de constipação da Cleveland Clinic Florida > 6 que foram submetidas ao US-3D para identificar disfunção do assoalho pélvico posterior relacionados à evacuação obstruída (retocele, intussuscepção, contração paradoxal ou não-relaxamento do músculo puborretal=anismus, enterocele/sigmoidocele) e lesão esfinteriana. Foram agrupadas de acordo com o tipo de parto e número de partos vaginais (pv): g0=nulíparas, G1=1PV, G2=2PV, G3 = 3PV e G4 ≥ 4PV; e sub-agrupadas em ≤ 50 vs. > 50anos. Resultados: foram avaliadas 929 mulheres. Destas, 229 (25%) nulíparas (134≤50 e 95>50a); 261(28%) submetidas à cesariana(s) (144≤50 e 117>50a) e 439(47%) submetidas a pv (126≤50 e

313 > 50a). A distribuição de retocele foi similar entre nulíparas, cesarianas e PV, permanecendo similar em  $\leq 50$  e  $> 50a$ . Não houve correlação entre a prevalência de retocele e o número de PV. A distribuição de intussuscepção foi menor em cesarianas ( $p=0,00$ ). Em  $>50a$ , teve menor prevalência em cesarianas ( $p<0,01$ ). Não houve correlação entre a prevalência da intussuscepção e o número de PV em  $\leq 50$  e  $> 50a$ . A distribuição de anismus foi maior em cesarianas e nulíparas ( $p=0,004$ ). Mulheres  $> 50a$  com pv tiveram menor prevalência ( $p=0,03$ ). Não houve correlação entre a prevalência de anismus e o número de pv em  $\leq 50$  e  $> 50a$ . A distribuição de enterocele/sigmoidocele foi menor em cesarianas ( $P=0,03$ ). Em  $\leq 50a$ , foi menor em cesarianas ( $p=0,00$ ). Não houve correlação entre a prevalência de enterocele/sigmoidocele e o número de pv em  $\leq 50$  e  $>50a$ . A distribuição de lesão esfinteriana foi maior em PV ( $p=0,001$ ) e sub-divididas em  $\leq 50a$  ( $p=0,001$ ) e  $>50a$  ( $p=0,009$ ). Houve correlação entre a prevalência de lesão muscular e o número De PV em  $\leq 50$  a ( $p=0,00$ ) e  $>50a$  ( $p=0,002$ ). Conclusões: o tipo de parto e a paridade não se correlacionam com a prevalência de disfunções do assoalho pélvico posterior relacionadas à SDO, mas foi evidenciada elevada prevalência de defeitos esfinterianos e a idade jovem se correlacionou com maior prevalência de anismus.

#### **DIAGNÓSTICO DA CONTRAÇÃO PARADOXAL DO PUBORRETAL EM MULHERES ADULTAS: PAPEL DA CINEDEFECOGRAFIA, ELETRONEUROMIOGRAFIA COM AGULHAS CONCÊNTRICAS, ELETROMANOMETRIA ANORRETAL E TESTE DE EXPULSÃO DO BALÃO.**

FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; SOARES, FA; FERNANDEZ, RNM; SILVA, SM; LIRA, EF; VIANA, CRUZ, CA; CUNHA, S.

*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

Resumo: Introdução: dentre as causas funcionais de constipação disquética, destaca-se a contração paradoxal do puborretal (CPPR), que pode ser definida como a ausência de relaxamento ou mesmo a contração da musculatura do assoalho pélvico e do esfíncter anal externo à manobra evacuatória. Seu diagnóstico é por vezes difícil, requerendo a realização de mais de um exame complementar uma vez que os exames disponíveis apresentam baixa acurácia diagnóstica, não havendo consenso na literatura sobre algum exame que sirva de padrão-ouro. Objetivo: avaliar a sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo e razão de semelhanças (Likelihood Ratio), comparando-se a cinedefecografia (CD), a eletromanometria anorretal (MANO); o teste simplificado de expulsão do balão (TEB) e a eletromanometria anal com agulhas concêntricas (ENMG). Métodos: noventa e três pacientes consecutivas com queixas de constipação disquética - adultas e do sexo feminino - foram incluídas no protocolo de avaliação de disquética do ambulatório de fisiologia anorretal do HBDF, tendo sido submetidas a avaliações padronizadas mediante aplicação de questionário-padrão com coleta de dados de anamnese, obstétricos, de exame físico e aplicação de

escores de Cleveland Clinic para constipação e incontinência fecal. Todas as pacientes foram referenciadas para realização de CD, MANO, ENMG e TEB no HBDF e os dados obtidos registrados. Os exames complementares foram categorizados como sugestivos ou não sugestivos de CPPR e comparados entre si, dois a dois. Resultado: houve significância estatística demonstrando concordância apenas entre TEB e ENMG e entre TEB e MANO. Os demais exames não concordaram entre si no diagnóstico de CPPR. Conclusão: a baixa correlação entre os achados dos diversos exames sugerem que a concordância entre ao menos dois deles é essencial para firmar o diagnóstico de CPPR. Não parece haver um exame padrão-ouro para este diagnóstico.

#### **INÉRCIA COLÔNICA: TRATAMENTO CIRÚRGICO** FABER HENRIQUE CACCIA; FABIO LOPES DE QUEIROZ, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, RENATA PAOLINELI BOTINHA MACEDO, PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO

*INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

Resumo: Introdução: a constipação intestinal é um sintoma gastrointestinal frequente. Diversas são as causas, podendo variar desde erros alimentares, defeitos anatômicos ou causas funcionais. Entre essas, a inércia colônica, um distúrbio funcional, caracterizado por constipação severa e refrataria ao tratamento clínico. Esse distúrbio na motilidade colônica pode levar ao tratamento cirúrgico, sendo a colectomia total com íleo-reto anastomose uma proposta de tratamento definitivo. Objetivo: relatar o caso de uma paciente portadora de inércia colônica, com obstrução intestinal, ostomia e posterior colectomia total com íleo-reto anastomose. Discussão da fisiopatologia, diagnóstico e indicações de tratamento. Método: paciente scsm, 14 anos, sexo feminino. História de constipação intestinal desde a infância com piora nos últimos 6 meses, tendo sido submetida a 4 laparotomias para desobstrução intestinal por fecaloma e confecção de sigmoidostomia em alça. Tempo de esvaziamento oro-gástrico normal, manometria anal normal, enema baritado com dilatação de ceco e complicado com obstrução. Tempo de trânsito colônico com retenção dos marcadores principalmente em colon direito. Houve persistência dos episódios de semi-oclusão intestinal, mesmo após ostomia. Submetida a colectomia total com íleo-reto anastomose. Resultados: paciente teve boa evolução pós-operatória, com até 3 episódios de evacuações diárias, sem relato de dor abdominal ou incontinência anal. Anatomia-patológica e imunohistoquímica com resultado inespecífico. Conclusão: a propedêutica adequada com exames diagnósticos foi fundamental para o correto diagnóstico. Sendo a colectomia total com íleo-reto anastomose uma boa indicação para a paciente.

#### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INÉRCIA CÓLICA: ANÁLISE DOS RESULTADOS**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; UMBERTO MORELLI; MICHEL GARDERE CAMARGO; RAQUEL FRANCO LEAL;

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

FCM-UNICAMP

Resumo: Introdução: inércia cólica é afecção rara e de difícil diagnóstico. A cirurgia quando indicada apresenta evolução incerta. Objetivo: avaliar os resultados em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico em portadores de inércia cólica. Casuística e métodos: análise retrospectiva da evolução de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico com diagnóstico pré-operatório de inércia cólica. A avaliação diagnóstica foi efetuada com enema opaco ou colonoscopia, tempo de trânsito cólico, videofecograma e manometria anorretal. Os critérios de indicação cirúrgica incluem enema opaco normal, tempo de trânsito cólico com retenção de 80% dos marcadores no quinto dia, ausência de melhora com fisioterapia do assoalho pélvico e falha ao tratamento clínico. O critério de exclusão foi megacólon chagásico ou idiopático. Resultados: foram incluídos 15 pacientes, sendo 13 do sexo feminino (86,6%). Oito submetidos à colectomia total com ileorretoanastomose e sete à derivação ileorretal sem colectomia. A média de idade ao início do acompanhamento foi de 42,2 anos, e por ocasião da cirurgia de 46,2 anos. O tempo médio de acompanhamento pós-operatório foi de 33,4 meses. Dos oito pacientes submetidos à colectomia total, sete (87,5%) apresentaram melhora da constipação e uma faz uso esporádico de laxativo osmótico. Uma paciente apresentou diarreia com dermatite associada e piora da qualidade de vida após a colectomia, sendo submetida à ileostomia. Duas pacientes apresentaram quadro de abdome agudo obstrutivo, sendo submetidas à laparotomia por aderências, com boa evolução. Dos sete pacientes submetidos à ileorretoanastomose, três (42,8%) não apresentaram melhora da constipação. Não houve complicações nesse grupo de pacientes. Apenas um paciente necessita do uso rotineiro de loperamida (submetido à colectomia total), e outros três fazem uso esporádico, dois submetidos à colectomia e um à derivação interna. Conclusão: a colectomia total apresenta bons resultados em pacientes com diagnóstico clínico de inércia cólica. Derivação interna ileorretal apresentou altas taxas de insucesso nesta casuística.

#### **EFICÁCIA DO BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO DA INCOORDENAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO. EXISTEM FATORES QUE INTERFEREM NOS RESULTADOS?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES, FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO, JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA, CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA, MAURA TARCINY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS, LÍVIA AUGUSTO BORGES OLINDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ,

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

Resumo: Introdução: reabilitação do assoalho pélvico incluindo biofeedback (BFD) tem se mostrado eficaz no tratamento da evacuação obstruída associada incoordenação do assoalho pélvico (anismus) apresentando variação ampla, entre 8% a 100%. Objetivo: avaliar a eficácia do BFD nos pacientes com sintomas de evacuação obstruída e anismus e analisar os fatores que podem interferir nos resultados. Métodos: análise prospectiva dos dados de pacientes com diagnóstico clínico e manométrico de anismus. Foi utilizado o escore de constipação da Cleveland Clinic para quantificar a sintomatologia. Os dados foram analisados de acordo com o percentual (%) de resposta ao tratamento, sendo distribuídos em insatisfatória ( $\leq 50\%$ ) e satisfatória ( $> 50\%$ ) associado a avaliação de fatores que poderiam interferir nos resultados: sexo, idade, escore, parto vaginal, menopausa, histerectomia e cirurgia coloproctológica prévia. Utilizou-se os testes t student e fisher de acordo com dados numéricos ou categóricos. Resultados: incluídos 116 pacientes (75 mulheres, 41 homens, média de 54 anos). Entre mulheres, 33 (46%) tiveram parto vaginal, 51(72%) eram menopausadas, 15(21%) apresentaram antecedente de cirurgia coloproctológica, e 18 (25%) de histerectomia. Houve redução significativa no escore pré comparado com pós-biofeedback (mediana:  $14 \times 6/p=0.0001$ ) e a média do % de resposta ao tratamento foi de 54%. Metade das mulheres (56%) apresentaram resposta satisfatória. Entre homens, seis tinham cirurgias prévias. A redução no escore pré vs. Pós ( $11 \times 5/p=0.0001$ ) foi significativa e a média do % de resposta foi 57%. Em 66% dos homens a resposta foi satisfatória. O escore pré foi significativamente maior nas mulheres comparadas aos homens, mas o % de resposta foi similar entre os sexos. As variáveis analisadas não interferiram na resposta ao tratamento com bfd ( $p>0,05$ ). Conclusão: O biofeedback é um método seguro que pode ser eficaz no tratamento de pacientes com anismus com melhora de mais 50% dos sintomas em mais da metade dos pacientes de ambos os sexos. O sexo, idade, valor do escore, parto vaginal, menopausa, histerectomia e cirurgia coloproctológica prévia não se correlacionaram com o percentual de resposta ao tratamento.

#### **AVALIAÇÃO ELETROMANOMÉTRICA DE PACIENTES COM QUADRO CLÍNICO DE INCONTINÊNCIA FECAL**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ET-SUO SAGAE

GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ  
Resumo: Objetivo: Avaliação de pacientes com queixas clínicas de incontinência fecal utilizando a eletromanometria anorretal de 8 canais. Métodos: Estudo realizado no período de janeiro de 2013 a junho 2014 com 35 pacientes (5 Homens e 30



mulheres) provenientes do ambulatório de coloproctologia do Hospital São Lucas (Cascavel/PR) portadores de incontinência fecal com escore de Jorge et al. (1999) com pontuação de 7 a 20. Os pacientes foram avaliados retrospectivamente usando eletromanometria anorretal. As variáveis analisadas foram pressão de repouso, de contração e presença ou ausência de relaxamento ao esforço evacuatório (anismus). O aparelho utilizado foi um com sistema de 8 canais de água perfundido (dynapack mpx 816, dynamed). Concedeu-se um período de 5 minutos para que o paciente se adaptasse à sonda e se conseguisse gravações de linha de base estável antes das medições, as quais serão obtidas. Resultados: A média da pressão de repouso foi de 28,4 mmHg (10-67), enquanto que a de contração foi de 72,68 mmHg (26-165). Vinte e sete (77,1%) pacientes apresentaram Hipotonia esfinteriana de repouso e 28 (80%) hipotonia esfinteriana de contração. Cinco (14,3%) pacientes apresentaram normotonia esfinteriana de repouso e 6 (17,1%) normotonia esfinteriana de contração. Nenhum paciente apresentou hipertonia esfinteriana de repouso e 2 (5,7%) hipertonia de contração. Seis (17,1%) apresentaram sensibilidade retal alterada e quatorze (40%) com capacidade alterada. A incidência de anismus foi de 82,85% (29) pacientes. Dentre os pacientes, 17 (48,6) foram submetidos a, pelo menos, 1 parto vaginal e 4 (11,4) pacientes, a pelo menos 1 cirurgia orifical. Conclusão: A avaliação de pacientes portadores de incontinência fecal através da eletromanometria anorretal demonstrou que a média da pressão esfinteriana anal em paciente com queixas de incontinência fecal é abaixo do limite da normalidade e a incidência de anismus é considerável, o que auxilia ao médico escolher qual melhor tratamento para esse grupo de pacientes.

#### **AValiação de defeitos anatômicos dos esfínteres anais e elevador do ânus relacionados a incontinência fecal após parto vaginal utilizando um escore ultrassonográfico**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Resumo: Introdução: a incontinência fecal é uma queixa comum em pacientes submetidas a parto vaginal, alterando a qualidade de vida. Objetivo: avaliar os defeitos dos esfínteres anais e 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 intraclass 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 mais baixa.

#### **ESTUDO DA INCIDÊNCIA E SINTOMATOLOGIA DA RETOCELE EM PACIENTES SUBMETIDAS A RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; MARLUS TAVARES GERBER; HECTOR SBARAINI FONTES; DAYANE RAQUEL DE PAULA; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER; RENATO ARAÚJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Resumo: Introdução: o termo retocele define uma herniação da parede anterior do reto sobre a parede posterior da vagina. Geralmente as portadoras são assintomáticas, porém a retocele pode contribuir para dificuldade evacuatória. Objetivo: avaliar e comparar com a literatura os seguintes dados sobre um grupo de pacientes do hc-ufpr: 1) incidência da retocele; 2) prevalência dos sintomas mais típicos nas portadoras; 3) relação da entidade com idade, paridade e via de parto. Material e método: todas as pacientes submetidas a retossigmoidoscopia rígida no serviço de endoscopia do hc-ufpr no período entre setembro de 2013 e maio de 2014 foram testadas quanto à presença de retocele no momento do exame e questio-

nadas quanto a: 1) presença de constipação; 2) sintomas de evacuação obstruída; 3) paridade. A retocele foi graduada em leve, moderada ou grave, segundo a classificação de Baden e Walker. Após exclusão de 9 pacientes, os dados das 148 pacientes restantes foram avaliados e comparados à literatura. Resultados: a incidência de retocele no grupo estudado foi de 83,1%; porém, entre todas as pacientes com essa condição, apenas 8,9% relataram sintomas de evacuação obstruída. Entre as nulíparas, 90% apresentavam algum grau de retocele ao exame, enquanto entre as grandes múltíparas (5 ou mais partos normais prévios) a incidência global foi de 77%. Porém, se consideradas apenas as retoceles maiores, a ocorrência nas nulíparas foi de 17,5% e nas grandes múltíparas, 38,5%. Conclusão: a incidência da retocele na população geral é difícil de ser estimada, já que na maioria dos casos é assintomática e não leva a paciente a buscar atendimento médico; entretanto, os dados da literatura variam entre 30-93%. Apesar de a idade e a multiparidade serem fatores de risco conhecidos, no nosso grupo não houve aumento significativo da incidência com a idade. A paridade se confirmou como fator de risco para retoceles maiores, mas não para as pequenas e assintomáticas. A maior deficiência desse trabalho foi o uso da classificação de Baden e Walker para quantificação da retocele, já que é bastante subjetiva em comparação ao sistema de quantificação de prolapso de órgãos pélvicos (POP-Q), atualmente preconizada pela sociedade internacional de continência. O uso da classificação de baden e walker possivelmente superestimou a incidência da retocele no presente estudo.

#### QUAIS FATORES INTERFEREM NA PREVALÊNCIA DE RETOCELE SIGNIFICANTE?

1 ADJRA DA SILVA VILARINHO; 2 STHELA MARIA MURAD REGADAS, 3 FRANCISCO SERGIO P REGADAS FILHO, 4 LUSMAR VERAS RODRIGUES, 5 DAVID PESSOA MORANO, 6 SAULO SANTIAGO ALMEIDA, 7 RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS

1,3,5 HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA; 2,4,6,7,8 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

Resumo: A retocele significativa é o distúrbio anatomo-funcional mais frequente em pacientes portadores de sintomas de evacuação obstruída e os fatores relacionados com a sua prevalência permanece ainda controverso. Objetivo: Avaliar a correlação entre a prevalência de retocele significativa (graus II e III) e o tipo e número de partos e a idade em pacientes do sexo feminino com síndrome de defecação obstruída (SDO) utilizando ultrassom anorretal dinâmico 3D (US-3D). Métodos: Análise de dados prospectivos de mulheres com SDO e escore de constipação da Cleveland Clinic Florida maior que 6 que foram submetidas a US-3D para identificar retocele graus II e III no período de 2007-2014. Foram agrupadas de acordo com o tipo de parto (pelo menos um parto vaginal e cesariana – sem trabalho de parto) e número de partos vaginais (PV): g0= nulíparas, g1= 1PV, g2= 2PV, g3= 3PV e g4 ≥ 4PV, e sub-agrupados de acordo com a idade (≤50 vs. >50anos). Utilizou-se

os testes de Fisher e qui-quadrado para tendência. Resultados: Foram avaliadas 929 mulheres. Dessas, 229 (25%) nulípara (134 mulheres ≤ 50anos e 95 > 50anos); 261 (28%) submetidas a cesariana(s) (144 mulheres ≤ 50anos e 117 > 50anos) e 439 (47%) submetida a parto(s) vaginal(is) (126 mulheres ≤ 50anos e 313 > 50anos). A distribuição de retocele foi similar: nulíparas=117/229 (51%); cesarianas=147/261 (56%) e parto vaginal=249/439 (57%). Os resultados permaneceram similares quando sub-divididos em até 50 anos: nulíparas=66/134 (49%); cesarianas=144/144 (53%) e parto vaginal=126/126(59%) e maiores que 50 anos: nulíparas=51/95 (54%); cesariana=71/117 (61%) e parto vaginal 175/313 (56%). Não houve correlação entre a prevalência de retocele e o número de partos vaginais, sendo a distribuição da retocele, em menores que 50 anos: g0=66/135 (49%); g1= 27/48 (56%); g2=23/42 (55%); g3=15/23 (65%) e g4=9/15 (60%). Entre as maiores que 50 anos, a prevalência foi também similar e a distribuição segue: g0=51/95 (54%); g1= 33/57 (58%); g2=47/69 (68%); g3=33/64(51%) e g4=53/122(43%). Conclusões: O tipo de parto e número de partos vaginais, bem como a idade, não se correlaciona com a prevalência de retocele significativa em pacientes com síndrome de defecação obstruída.

#### TRREMS (TRANSANAL REPAIR OF RECTOCELE AND RECTAL MUCOSECTOMY WITH ONE CIRCULAR STAPLER), EXPERIÊNCIA INICIAL

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO  
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

Resumo: Introdução: as anorretocèles, definidas como herniações da parede retal anterior ou posterior, surgem da perda de apoio anterior do reto do septo retovaginal causada pela perda da integridade do tecido. O reparo transanal da anorretocèle foi inicialmente recomendado por Sullivan et al. Em 1968, modificado por Bresler et al. (com o uso do grampeador linear) em 1993 e, em 2005 a nova técnica TRREMS (Transanal Repair of Rectocele and Rectal Mucosectomy with One Circular Stapler) foi proposta por Regadas et al. Utilizando somente um grampeador mecânico circular. Objetivo: apresentar a experiência inicial da equipe de coloproctologia do Hospital Felício Rocho no tratamento da retocele pela técnica do TRREMS. Método: relatamos quatro casos de pacientes entre 36 e 66 anos, do sexo feminino, com queixa de dificuldade evacuatória portadoras de anorretocèle associado ou não a prolapso retal que foram submetidas a propeleutíca com classificação do grau de constipação, manometria anorretal e defecorreção. Após tratamento clínico as pacientes mantinham o quadro inalterado ou com melhora apenas do ânimo. A partir disso, foram encaminhadas para cirurgia que foi realizada segundo a técnica de Regadas. Resultados: as pacientes evoluíram com melhora completa da anorretocèle, melhora significativa da constipação intestinal e da qualidade

de vida, sem incontinência. Apenas, uma das pacientes evoluiu com estenose anal que foi tratada com esfínteroplastia. Discussão: a anorretocele, associada ao prolapso mucoso ou intussuscepção retoanal está relacionada ao esforço excessivo durante a evacuação e constitui causa comum de defecação obstruída. As pacientes apresentaram melhora clínica completa da anorretocele e importante da constipação. O tratamento pela técnica transanal é relativamente recente, porém sofreu modificações importantes e apresenta bons resultados com índice de complicações aceitável. Conclusão: o reparo transanal no tratamento da anorretocele pela técnica do TRREMS tem sido mencionado como a técnica que melhor contempla o componente anorretal pois reconstrói a estrutura anatômica com mínimas complicações e reduz o grau de constipação com a utilização de apenas um grampeador.

#### **ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NA ENDOMETRIOSE INTESTINAL PROFUNDA**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, CARLOS TADAYUKI OSHIKATA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: Introdução: a terapêutica cirúrgica representa a melhor opção para o tratamento da endometriose profunda intestinal principalmente em doentes sintomáticas e que não responderam ao tratamento medicamentoso. As vias urinárias e o trato intestinal, quando acometidos, representam os sítios que mais influenciam no planejamento cirúrgico. Este é influenciado diretamente pelo diagnóstico preciso que por sua vez depende de uma boa anamnese com exame físico especializado ginecológico e proctológico, exames laboratoriais e de imagem. Apesar de o exame laparoscópico continuar a ser opção de escolha ginecológica para avaliação e diagnóstico da endometriose, métodos menos invasivos por imagem devem ser usados para estabelecer localização, tamanho e infiltração das lesões endometrióticas. Estas informações contribuem para o planejamento cirúrgico com participação interdisciplinar. Objetivo: analisar os métodos diagnósticos empregados no diagnóstico da endometriose intestinal profunda e a sua influência no planejamento cirúrgico. Método: apresenta-se a casuística de 22 doentes submetidas a tratamento cirúrgico com diagnóstico de endometriose profunda intestinal. Toda a casuística foi submetida previamente a anamnese com exame ginecológico e proctológico completo. As avaliações por imagem utilizaram sempre a ultrassonografia, abdominal e transvaginal, além da ressonância magnética com protocolo específico. A colonoscopia foi realizada também em todas as enfermas e adequada com aparelhos de fino calibre, quando necessário, com vista a torná-las sempre completas. Exames gerais foram sempre executados visando o controle clínico geral. Resultado: o quadro clínico da endometriose intestinal

profunda pode variar de acordo com os locais acometidos e ser de difícil diagnóstico diferencial de várias enfermidades intestinais e pélvicas. A ultrassonografia abdominal e transvaginal consegue oferecer dados quanto à localização, tamanho e infiltração das lesões, representando método acessível, porém examinador dependente. Sua maior dificuldade é determinar a distância entre a lesão e a margem anal, e a exata profundidade da lesão na parede intestinal. A tomografia computadorizada com múltiplos detectores mostra toda a espessura da parede, mas, ao contrário da ressonância magnética, não tem boa acurácia para distinguir tecidos de moles, apresentando dificuldade em diferenciar e delimitar os órgãos pélvicos das lesões. A ressonância completa a avaliação da ultrassonográfica, especialmente em casos mais complexos e mais extensos. A colonoscopia deve ser realizada para afastar doenças intestinais concomitantes e avaliar a extensão e profundidade da doença. Quando do não acometimento mucoso encontra-se sinais indiretos como compressões ou retrações. Conclusão: conclui-se que o diagnóstico e estadiamento preciso da enfermidade permite a elaboração de planejamento terapêutico interdisciplinar, mas principalmente de forma conjunta com a doente na busca dos melhores resultados e anseios desejados.

#### **ANÁLISE DOS RESULTADOS DA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INTESTINAL**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, CARLOS TADAYUKI OSHIKATA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: A endometriose é definida como a presença de tecido semelhante ao endométrio externo a cavidade uterina. De etiologia incerta e sem limite de disseminação, pode comprometer vários órgãos, entre eles, o intestino. Este é normalmente acometido pela endometriose profunda infiltrativa, forma que penetra cinco mm ou mais abaixo da superfície peritoneal. É considerada uma doença progressiva que não regride espontaneamente e tende a se agravar com o tempo. Manifesta-se com a dor pélvica associada a alterações do hábito intestinal e eventuais sangramentos, sempre relacionados com o ciclo hormonal. Estes são motivados pela fibrose reativa na superfície serosa da parede intestinal, produzindo deformidades e aderências, decorrentes dos implantes de endometriose nodulares e que se desenvolvem a partir de agrupamentos de lesões puntiformes. A baixa eficácia do tratamento medicamentoso recomenda o tratamento cirúrgico. A indicação cirúrgica deve ser baseada no quadro clínico da paciente e tem como objetivo principal melhora da qualidade de vida. O planejamento cirúrgico envolve variáveis como o tamanho, número de lesões, camadas da parede intestinal comprometidas, circunferência da alça envolvida e a distância da margem anal. Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos a endometriose continua sendo

uma doença pouco entendida e de evolução incerta. Objetivo: analisar os resultados do tratamento cirúrgico de doentes portadores de endometriose intestinal. Método: apresenta-se a casuística de 22 portadoras de endometriose profunda intestinal submetidas a tratamento cirúrgico combinado com procedimentos ginecológicos. A maioria foi submetida à ressecção intestinal em monobloco com segmentos ginecológicos. Apenas um doente apresentou complicação cirúrgica caracterizada por abscesso pélvico drenado espontaneamente por via vaginal. Não houve necessidade de reoperações em nenhuma paciente. Resultado: o tratamento da endometriose profunda é eminentemente cirúrgico e esta relacionado com as manifestações sintomáticas apresentadas bem como com o agravamento dos mesmos. Quando bem indicado e executado por equipe multidisciplinar pode oferecer resultados satisfatórios com baixa morbidade. Conclusão: conclui-se a importância do conhecimento fisiopatológico da endometriose, de suas manifestações clínicas, bem como seu diagnóstico preciso, visando à execução de procedimento cirúrgico como opção boa e segura para o controle e cura da enfermidade.

#### **ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL: TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA ABORDAGEM DAS LESÕES COLORRETAIS.**

CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ; BRUNO AMARAL MEDEIROS, MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO, SIDNEY PEARCE FURTADO, KARINNE AZIN PINHEIRO, CINTHIA QUEIROZ LIMA, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO  
*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

Resumo: Introdução: a endometriose é caracterizada pela proliferação de tecido endometrial fora da cavidade uterina. A endometriose pode estar restrita a camada serosa ou infiltrada. Ocorre envolvimento intestinal em 5 a 27% de mulheres com endometriose pélvica, em 18% destas com lesão de retossigmóide. Podem ser utilizadas, para o tratamento da endometriose infiltrativa profunda com acometimento do retossigmóide, 4 técnicas cirúrgicas: shaving, ressecção discóide, retossigmoidectomia linear e retossigmoidectomia segmentar. Quando há acometimento do apêndice ou ceco, realiza-se apendicectomia, tiflectomia ou colectomia direita. Método: serão apresentadas as técnicas citadas, com indicações, material utilizados e aspectos técnicos. Resultados: o shaving consiste na ressecção do tecido endometrial da face anterior do retossigmóide utilizando-se energia ou dissecação fria. Indicado em doenças que não se aprofundam nas camadas da parede intestinal. Técnica menos agressiva, com alta taxa de recidiva. A ressecção discóide consiste na exérese de porção da parede anterior do retossigmóide, contendo o nódulo endometriótico, com o grameador circular. Indicado em nódulos medindo até 3cm. Não pode ser realizada quando a alça encontra-se tortuosa ou com vários focos de lesão. A retossigmoidectomia linear consiste no uso de grameador linear laparoscópico para retirada de espessura parcial do intestino acometido pela doença. Preserva-se o diâmetro da luz da alça. A retossigmoidectomia

segmentar consiste na ressecção de segmento do retossigmóide. Utiliza-se grameador linear e circular. Traz menor taxa de recidiva, porém com maior tempo de internação e maior taxa de complicações, devido à anastomose. A apendicectomia por vídeo é realizada caso haja lesão no apêndice cecal, com base viável. Acometido o ceco, sem envolvimento da válvula íleo-cecal, é realizada a tiflectomia (linear ou em cunha, preservando a válvula) com grameador linear laparoscópico. A lesão costuma envolver também a base do apêndice, ressecado em conjunto. Havendo envolvimento da válvula, a colectomia direita por videolaparoscopia é realizada, com anastomose extra-corpórea, com grameador linear convencional de 80mm. Discussão: as técnicas para tratamento da endometriose profunda com acometimento intestinal são variadas, cabendo à equipe cirúrgica decidir a melhor conduta para o tratamento adequado de cada paciente, tendo em mente a agressividade da cirurgia e o risco de complicações.

#### **ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL - EXPERIÊNCIA E RESULTADOS DO NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ (NEC)**

BRUNO AMARAL MEDEIROS; CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ, MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO, SIDNEY PEARCE FURTADO, JADER ROSAS CARVALHO, KARINNE AZIN PINHEIRO, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO  
*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

Resumo: Introdução: depósitos endometrióticos intestinais são achados em 6 a 30% das pacientes com endometriose infiltrativa profunda. O acometimento do reto leva à diminuição da qualidade de vida da mulher devido a dor progressiva, dispareunia e outros sintomas gastrointestinais. O exame físico e a avaliação dos sintomas específicos são as ferramentas básicas do diagnóstico. Exames de imagem, como USTV, são importantes para um maior conhecimento da dimensão da lesão. O NEC é uma equipe multidisciplinar composto por ginecologistas, cirurgiões, enfermeira, instrumentadora, nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta, com o objetivo de oferecer às pacientes portadoras de endometriose o tratamento preconizado na literatura médica. Objetivo: avaliar os resultados do tratamento da endometriose profunda com acometimento intestinal. Método: análise retrospectiva do prontuário de 142 pacientes operadas por via laparoscópica entre agosto de 2012 e junho de 2014. Foi avaliado idade, tamanho do nódulo intestinal à USTV, cirurgia realizada, taxa de conversão, complicações e tempo de internação. As pacientes assinaram termo de consentimento informado em consulta prévia à cirurgia. Resultados: a média de idade das pacientes foi de 31,3 (21 a 42) anos. Os nódulos intestinais mediram entre 1,0cm e 9,6cm. 17 pacientes (11,9%) foram submetidas a “shaving”. 5 pacientes (3,52%) foram submetidas a retossigmoidectomia linear. 49 pacientes (34,5%) foram submetidas a ressecção discóide, sendo em dois casos necessário o duplo grameamento devido ao tamanho do nódulo. 70 pacientes (49,3%) foram submetidas a retossigmoidectomia segmentar. Em 1 paciente (0,7%)

não foi identificado nódulo intestinal no procedimento. A taxa de conversão foi de 2,11% (3 casos). 1 paciente (0,7%) apresentou perfuração retal durante shaving. 1 paciente (0,7%) apresentou deiscência de anastomose colorretal após retossigmoidectomia segmentar. A média de internação hospitalar foi de 2,26 dias (1 a 6 dias). Discussão: a média de idade das pacientes é compatível a literatura. O tamanho dos nódulos intestinais mostra que foram operadas pacientes com diferentes graus de acometimento da doença, sendo, em sua maioria nódulos de tamanho médio (entre 2 e 4cm). Os casos mais graves, com nódulos maiores, estão relacionados a cirurgias mais agressivas (ressecção segmentar) e maior tempo de internação hospitalar. As taxas de complicação e a média de internação hospitalar são compatíveis com a literatura.

#### **ACOMETIMENTO LINFONODAL POR ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, ROSÂNGELA DELIZA, LUIZ GUILHERME CAMARGO SALVATTI, PATRÍCIA PRANDO CARDIA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: Introdução: a endometriose é definida como a presença de tecido semelhante ao endométrio de forma heterotópica com resposta às ações cíclicas hormonais. É considerada profunda quando de acometimento de pelo menos 5 mm de profundidade. O envolvimento intestinal não é raro sendo o sigmóide, o apêndice cecal e o reto as regiões mais frequentemente comprometidas. Os sintomas geralmente são inespecíficos e habitualmente o comprometimento exclui a camada mucosa. Como complicações pode evoluir com quadros de obstrução ou sangramento intestinal. O acometimento linfonodal é raro e representa achado ocasional nos exames histopatológicos das espécimes pós-ressecção. Objetivo: analisar os achados histopatológicos das espécimes das cirurgias de endometriose profunda com acometimento intestinal enfatizando a avaliação linfonodal. Método: apresenta-se a casuística de cirurgias para tratamento da endometriose profunda com acometimento intestinal visando avaliar nas espécimes cirúrgicas a presença do acometimento linfonodal. Resultado: foram diagnosticados em 2 doentes a presença de linfonodos retroperitoneais com acometimento pela endometriose. Em ambos os casos foram realizadas ressecções extensas intestinais em monobloco com segmento ginecológico buscando a ressecção completa das manifestações da doença. A endometriose profunda foi comprovada pela histopatologia. Não houve correlação com achados radiológicos ou laparoscópicos prévios. Conclusão: considerando a possibilidade de disseminação linfonodal na endometriose profunda, embora incomum, bem como a dificuldade para seu diagnóstico prévio, conclui-se a necessidade de análise histopatológica completa com vistas ao diagnóstico preciso visando a busca do controle e cura da enfermidade.

#### **MODELO EXPERIMENTAL DE FÍSTULA ANAL EM RATOS**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; MARIA-NA SOUSA ARAKAKI, GUSTAVO RIBEIRO FALCÃO, PEDRO CARVALHO CASSINO, RICARDO KENITHI NAKAMURA, NATHÁLIA FAVERO GOMES, RICARDO GASPARIN COUTINHO DOS SANTOS

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

Resumo: Introdução: o manejo da fistula anal ainda permanece um debate. A ausência de um tratamento ideal isento de complicações estimula o desenvolvimento de novas modalidades terapêuticas. Objetivo: desenvolver um modelo experimental de fistula anal em ratos. Metodologia: criação de fistula anal cirúrgica em 10 ratos por meio de passagem de fio de aço através da musculatura do esfíncter anal. Os animais foram submetidos a eutanásia para comprovação histológica do trajeto fistuloso. Resultados: todos os segmentos analisados histologicamente apresentaram lúmen e tecido de granulação. Houve epitelização completa do trajeto em dois espécimes, epitelização até a metade do trajeto em um, e epitelização somente da porção externa em seis. Um trajeto não apresentou área de epitelização. Conclusão: o desenvolvimento de fistula anal em ratos foi comprovado histologicamente.

#### **ATIVIDADE ANTITUMORAL NEOADJUVANTE E ADJUVANTE DA RUTINA E DA ISOQUERCITINA SOBRE O ADENOCARCINOMA COLORRETAL. ESTUDO IN VIVO.**

DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; DENISE GONCALVES PRIOLLI, NATALIA PEREZ MARTINEZ, JULIO CESAR VALDIVIA, DAVI FIORAVANTE GIMENEZ, RENATO COLENCI

*USF- UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: atividade antitumoral é atribuída aos flavonóides conferindo-lhe significativa importância farmacológica. Objetivo: avaliar a resposta da rutina e isoquercitina (Q3G) utilizadas de forma profilática ou terapêutica em modelo animal de adenocarcinoma de cólon. Método: realizou-se cultura de células HT-29. Foi executado xenoinxerto heterotópico em camundongos atímicos. Os compostos foram utilizados por 7 dias previamente ao implante tumoral (grupo profilaxia) ou a partir de volume tumoral de 100mm<sup>3</sup> (grupo terapia). Grupo controle constituiu-se de animais que não foram submetidos à tratamento. Atividade antiproliferativa foi verificada pela curva de crescimento tumoral na primeira e segunda semana após tratamento. Diagnóstico anatomopatológico foi realizado por he. Resultados: os tumores foram diagnosticados como adenocarcinoma pouco diferenciado. Observou-se inibição de crescimento tumoral no grupo profilaxia Q3G em relação ao grupo controle (p=0.04) na 1ª semana após tratamento. Esta diferença não foi mantida na 2ª semana de evolução tumoral. Para o grupo terapia houve diferença durante o tratamento com Q3G e grupo controle (p=0.03), sem diferença quando comparados os grupos rutina e controle (p=0.13), quanto à inibição de crescimento tumoral. Quando avaliado o 14º dia notou-se que Q3G (p=0.00) e rutina (p=0.00) mantiveram efeito sobre a inibição tumoral quando comparadas ao controle. Não existiu diferença quan-

do comparadas as drogas entre si no uso terapêutico ( $p=0.64$ ). Há diferença entre a utilização de ambos os fármacos, Q3G e rutina, para ação preventiva e terapêutica, sendo mais eficazes para a inibição do tumor se a utilização for terapêutica, quando avaliado o tempo de sete dias. Ambos compostos mantêm a inibição tumoral ao longo das duas semanas avaliadas. Conclusão: a rutina e a isoquercitina têm efeito antitumoral in vivo. A ação adjuvante se mostra mais efetiva que a neoadjuvante no adenocarcinoma colorretal.

**INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS NA MUCOSA CÓLICA DESPROVIDA DE TRÂNSITO FECAL NO CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA E-CADERINA.**  
LUANA BOSCHETTI ALMEIDA; CELENE BENEDITI BRAGION; SARA JULIAN PELAQUIM, MURILO ROCHA RODRIGUES, DANIELA TIEMI SATO, MAYARA MURAD, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA*

Resumo: O estresse oxidativo decorrente da derivação intestinal reduz as proteínas componentes das junções de adesão intercelular (JA) no epitélio cólico excluído de trânsito fecal. A e-caderina é a principal proteína presente nas JA. Já se demonstrou que a aplicação de enemas contendo extrato aquoso de *Ilex Paraguariensis* (IP) preserva a barreira epitelial na mucosa desprovida de trânsito devido as propriedades antioxidantes que a substância possui. Até o momento, nenhum estudo avaliou os efeitos do extrato aquoso de ip na preservação das ja em modelos de colite de exclusão. Objetivo: avaliar os efeitos da aplicação de enemas com extrato aquoso de ip no conteúdo tecidual da proteína e-caderina na mucosa cólica desprovida de trânsito fecal. Métodos: vinte e seis ratos foram submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo por colostomia proximal e fístula mucosa distal. Foram divididos em 2 grupos experimentais de 13 animais, segundo o sacrifício após 2 ou 4 semanas da cirurgia. Cada grupo foi dividido em 2 subgrupos segundo a intervenção com enemas contendo SF 0,9% ou extrato aquoso de IP na concentração de 0,2g/100ml/dia. O diagnóstico de colite foi estabelecido por análise histológica e a expressão tecidual da proteína e-caderina por imunistoquímica. O conteúdo de e-caderina foi quantificado por morfometria computadorizada. A comparação do conteúdo de e-caderina entre os 2 grupos foi feita pelo teste t de student, e a variância segundo o tempo de irrigação com o teste anova, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p<0,05$ ). Resultados: o conteúdo de e-caderina nos animais submetidos à intervenção com SF após 2 e 4 semanas de irrigação foi de  $2,83\pm 0,43$  e  $3,11\pm 0,22$ , enquanto nos animais irrigados com extrato aquoso de IP, após 2 e 4 semanas de irrigação de  $10,10\pm 0,37$  e  $11,53\pm 0,45$ , respectivamente. O conteúdo de e-caderina foi sempre maior nos submetidos a intervenção com extrato aquoso de IP, independentemente do tempo de intervenção ( $p<0,0001$ ). Não houve redução no conteúdo tecidual de e-caderina relacionada ao tempo de irrigação

nos animais irrigados com extrato aquoso de IP. Conclusão o conteúdo tecidual de e-caderina nos segmentos cólicos sem trânsito é maior após a intervenção com extrato aquoso de IP, porém reduz-se com o progredir do tempo de exclusão.

**CONTEÚDO TECIDUAL DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS NA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRÂNSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS.**

CELENE BENEDITI BRAGION; ANA BEATRIZ AFFONSECA SAMPAIO, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, MURILO ROCHA RODRIGUES, DANIELA TIEMI SATO, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA*

Resumo: Objetivo: avaliar os efeitos da aplicação de enemas de *Ilex Paraguariensis* (IP) no conteúdo de mucinas neutras e ácidas no cólon sem trânsito fecal. Métodos: vinte e seis ratos foram submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo por colostomia proximal e fístula mucosa distal. Foram divididos em 2 grupos experimentais de 13 animais, segundo o sacrifício após 2 ou 4 semanas após a cirurgia. Cada grupo foi dividido em 2 subgrupos segundo a intervenção com enemas contendo SF 0,9% ou extrato aquoso de IP (0,2g/100ml/dia). A colite foi estabelecida por análise histológica e as mucinas neutras e ácidas pelas colorações do PAS e azul de alcian, respectivamente. O conteúdo tecidual das mucinas foi quantificado por morfometria computadorizada. Para comparar o conteúdo de mucinas ácidas e neutras entre os 2 grupos adotou-se o teste t de student, e o teste anova com pós-teste de Tukey para análise de variância segundo o tempo de irrigação, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p<0,05$ ). Resultados: o conteúdo de mucinas neutras e ácidas nos animais submetidos à intervenção com SF após 2 e 4 semanas de irrigação foi de  $6,67\pm 1,6$ ,  $15,91\pm 0,86$  e  $5,54\pm 1,60$ ,  $15,53\pm 1,01$  respectivamente. O conteúdo tecidual de mucinas neutras e ácidas nos animais irrigados com extrato aquoso de IP, após 2 e 4 semanas de irrigação foi de  $18,70\pm 3,74$ ,  $24,60\pm 0,80$  e  $19,99\pm 1,14$ ,  $29,68\pm 0,95$ , respectivamente. O conteúdo de mucinas neutras e ácidas foi sempre maior nos submetidos a intervenção com extrato aquoso de IP independente do tempo de intervenção ( $p=0,0001$ ). Não houve redução no conteúdo tecidual de mucinas neutras relacionada ao tempo de irrigação nos animais irrigados com extrato aquoso de IP. Apesar da redução no conteúdo de mucinas ácidas com o tempo ela foi menor nos animais submetidos a intervenção com IP quando comparado ao SF ( $p<0,05$  e  $p<0,01$ , respectivamente). Conclusão a aplicação diária de extrato aquoso de IP aumenta o conteúdo tecidual de mucinas neutras e ácidas nos segmentos cólicos sem trânsito fecal. Nos animais tratados com extrato aquoso de IP o conteúdo de mucinas neutras se mantém com o tempo de irrigação, enquanto o conteúdo de mucinas ácidas sofre redução, porém menor do que a encontrada nos animais do grupo controle. Esses achados sugerem que o extrato aquoso de IP apresenta benefícios na manutenção da barreira de muco que recobre o epitélio cólico.

**MENSURAÇÃO DO CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA  $\beta$ -CATENINA NA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRANSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS. ESTUDO EM RATOS.**

MAYARA FLEMING FRANCISCO; CHRISTIAN BORNIA MATAVELLI, DANIELA TIEMI SATO, MURILO ROCHA RODRIGUES, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, MAYARA MURAD, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA

Resumo: A proteína  $\beta$ -catenina possui importância nos mecanismos de adesão intercelular e no controle da divisão celular. A  $\beta$ -catenina é uma das proteínas presente nas junções aderentes (JA) do epitélio intestinal. Demonstrou-se que o estresse oxidativo no epitélio cólico sem trânsito fecal reduz o conteúdo e modifica o padrão de expressão da proteína  $\beta$ -catenina nas glândulas da mucosa cólica. É possível que a aplicação de enemas contendo extrato aquoso de *Ilex Paraguariensis* (IP), substância com atividade antioxidante possa preservar o conteúdo da proteína no epitélio cólico porém, nenhum estudo avaliou os efeitos do extrato aquoso de IP no conteúdo tecidual de  $\beta$ -catenina na mucosa cólica desprovida de trânsito intestinal. Objetivo: avaliar os efeitos da aplicação de enemas com extrato aquoso de IP no conteúdo tecidual da proteína  $\beta$ -catenina no epitélio cólico desprovido de trânsito fecal. Métodos: vinte e seis ratos foram submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo por colostomia proximal e fístula mucosa distal. Foram divididos em 2 grupos experimentais de 13 animais, segundo o sacrifício após 2 ou 4 semanas da cirurgia. Cada grupo foi dividido em 2 subgrupos segundo a intervenção com enemas contendo SF 0,9% ou extrato aquoso de IP na concentração de 0,2g/100ml/dia. O diagnóstico de colite foi firmado por estudo histopatológico e a expressão tecidual da proteína  $\beta$ -catenina por técnica imunoistoquímica. O conteúdo tecidual da proteína foi avaliado por morfometria computadorizada. Os resultados foram comparados pelo teste t de student, e a variação segundo o tempo de irrigação pelo teste anova, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: o conteúdo de  $\beta$ -catenina no grupo submetido à intervenção com SF após 2 e 4 semanas de irrigação foi de  $2,89 \pm 0,38$  e  $3,51 \pm 0,22$ , enquanto nos animais irrigados com extrato aquoso de IP, após 2 e 4 semanas de  $9,95 \pm 0,29$  e  $11,78 \pm 0,26$ , respectivamente. O conteúdo de  $\beta$ -catenina foi sempre mais elevado nos animais submetidos a intervenção com extrato aquoso de ip, independentemente do tempo de intervenção ( $p < 0,0001$ ). Não houve modificações no conteúdo tecidual de  $\beta$ -catenina segundo o tempo de irrigação avaliado em ambos os grupos. Conclusão o conteúdo tecidual de  $\beta$ -catenina nos segmentos cólicos sem trânsito é mais elevado após a intervenção com extrato aquoso de IP quando comparado aos animais submetidos a intervenção com solução salina, sugerindo potencial ação terapêutica na colite de exclusão.

**AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE PEROXIDAÇÃO LIPÍDICA DE MEMBRANAS EM SEGMENTOS CÓLICOS DESPROVIDOS DE TRÂNSITO INTESTINAL IRRIGADOS COM SUCRALFATO.**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO, SARA JULIAN PELAQUIN, MAYARA VIEIRA MURAD, MAYARA FLEMING FRANCISCO, CHRISTIAN BORNIA MATAVELLI, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

Resumo: Introdução: colite de exclusão (CE) é uma doença que ocorre no cólon desprovido de trânsito intestinal. A ce apresenta alta prevalência e surge após três meses de derivação fecal. A ação dos radicais livres de oxigênio é fundamental no desencadeamento e manutenção do processo inflamatório na CE. Embora a CE seja uma enfermidade relativamente comum e com incidência crescente, até a presente data não se estudou, experimentalmente, os efeitos antioxidantes do sucralfato (SCF) na prevenção da peroxidação lipídica de membranas medida através da avaliação dos níveis de malondialdeído (MDA). Método: trinta ratos foram randomizados em três grupos, que passaram pelo mesmo procedimento cirúrgico sendo feita uma colostomia proximal (cólon com trânsito) e uma fístula mucosa distal (cólon sem trânsito). Todos foram irrigados diariamente sendo o grupo a com SF 0,9%, grupo b sucralfato 1g/kg/dia e grupo c sucralfato 2 g/kg/dia. Metade de cada um destes três grupos foi submetido ao sacrifício com 2 semanas após a cirurgia e a outra metade com 4 semanas. Resultado: foi feita a mensuração dos níveis teciduais de MDA nos animais submetidos à irrigação com SF 0,9% e SCF por duas e quatro semanas. Ao comparar-se os níveis teciduais de MDA no cólon desprovido de trânsito fecal dos animais submetidos a intervenção com SF 0,9% e SCF por duas semanas, verificou-se que o conteúdo tecidual de mda foi significativamente menor no cólon submetido a intervenção com SCF ( $p < 0,0001$ ). Da mesma forma, ao comparar-se os níveis teciduais de mda no cólon desprovido de trânsito fecal dos animais submetidos a intervenção com SF 0,9% e SCF por quatro semanas, verificou-se que o conteúdo tecidual de MDA foi significativamente menor no cólon submetido a intervenção com SCF ( $p < 0,001$ ). Conclusão: a aplicação de enemas com sucralfato na colite de exclusão diminui o conteúdo tecidual de MDA quando comparado ao controle, revelando um efeito protetor nos níveis de peroxidação lipídica de membranas, sugerindo um efeito protetor no nível de atividade inflamatória tecidual.

**AVALIAÇÃO DE EXPRESSÃO TECIDUAL DA PROTEÍNA MIELOPEROXIDASE EM SEGMENTOS CÓLICOS DESPROVIDOS DE TRÂNSITO INTESTINAL IRRIGADOS COM SUCRALFATO.**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, LUANA BOCHETTI ALMEIDA, CHRISTIAN BORNIA MATAVELLI, ANA BEATRIZ AFFONSECA SAMPAIO, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

Resumo: Introdução: colite de exclusão (CE) é uma doença que ocorre no cólon desprovido de trânsito intestinal. A ce apresenta alta prevalência e surge após três meses de derivação fecal. A ação dos radicais livres de oxigênio é fundamental no desencadeamento e manutenção do processo inflamatório na CE. Embora a CE seja uma enfermidade relativamente comum e com incidência crescente, até a presente data não se estudou, experimentalmente, os efeitos antioxidantes do sucralfato como prevenção na alteração da expressão tecidual da proteína mieloperoxidase (MPO). Método: trinta ratos foram randomizados em três grupos, que passaram pelo mesmo procedimento cirúrgico sendo feita uma colostomia proximal (cólon com trânsito) e uma fistula mucosa distal (cólon sem trânsito). Todos foram irrigados diariamente sendo o grupo a com SF 0,9%, grupo b sucralfato 1g/kg/dia e grupo c sucralfato 2 g/kg/dia. Metade de cada um destes três grupos foi submetido ao sacrifício com 2 semanas após a cirurgia e a outra metade com 4 semanas. Resultado: ao mensurar-se conteúdo tecidual de mpo nos animais submetidos a irrigação por duas semanas com SF 0,9%, sucralfato 1,0g/kg e sucralfato 2,0g/kg, verificou-se que a os animais irrigados com sucralfato de 1,0g/kg quando comparados àqueles irrigados com SF 0,9%, apresentavam conteúdo tecidual de mpo significativamente reduzido ( $p<0,01$ ) e nos irrigados com 2,0g/kg esses valores eram também extremamente significantes ( $p<0,01$ ). Quando se mensurou a irrigação dos animais por quatro semanas, verificou-se que o conteúdo tecidual de MPO nos animais irrigados com sucralfato 1,0 g/kg com os animais do grupo controle, reduzia significativamente ( $p<0,01$ ) e nos irrigados por 4 semanas com 2,0g/kg constatou-se redução do conteúdo de MPO também extremamente significativo ( $p<0,01$ ). Conclusão: a aplicação de enemas com sucralfato na colite de exclusão diminui o conteúdo tecidual de MPO quando comparado ao controle, sugerindo efeito protetor no nível de atividade inflamatória tecidual.

#### **AVALIAÇÃO TECIDUAL DAS JUNÇÕES OCLUSIVAS DO CÓLON EXCLUSO DE TRÂNSITO INTESTINAL APÓS A APLICAÇÃO PREVENTIVA DE ENEMAS COM SUCRALFATO EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO**

DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES, CELENE BENEDITI BRAGION, MAYARA VIEIRA MURAD, MAYARA FLEMING FRANCISCO, SARA JULIAN PELAQUIM, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

Resumo: A derivação do trânsito intestinal aumenta a produção de radicais livres de oxigênio podendo ocasionar ruptura das pontes de claudina e ocludina, principais proteínas constituintes das junções oclusivas intercelulares. Objetivo: avaliar os efeitos da aplicação preventiva de enemas com SCF em segmentos cólicos desprovidos de trânsito intestinal. Métodos: trinta ratos wistar machos, foram submetidos a derivação intestinal por meio de colostomia terminal no cólon descen-

dente e exclusão do segmento cólico distal. Os animais foram divididos em três grupos experimentais equitativos segundo receberem aplicação de enemas diários contendo solução fisiológica (SF) (subgrupo controle, SCF na concentração de 1g/kg/dia (SCF-1) ou sucralfato 2g/kg/dia (SCF-2). Cada grupo experimental por sua vez foi dividido em dois subgrupos grupos, segundo o sacrifício ter sido realizado duas ou quatro semanas após a derivação intestinal. Os resultados foram comparados entre os grupos pelo teste t de student, a variação segundo o tempo de irrigação foi avaliada pelo teste anova, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p<0,05$ ) para ambos os testes. Resultados: o conteúdo tecidual de claudina nos animais irrigados com SF, SCF-1 e SCF-2 após duas semanas de irrigação foram de  $8,39\pm 0,87$ ,  $14,35\pm 0,89$  e  $19,69\pm 0,83$ , respectivamente. Nos irrigados por quatro semanas o conteúdo de claudina encontrado foi de  $7,55\pm 0,79$ ,  $16,95\pm 1,26$  e  $20,94\pm 0,94$ , respectivamente. O conteúdo tecidual de ocludina nos animais irrigados com SF, SCF-1 e SCF-2 após duas semanas de irrigação foram de  $9,73\pm 1,02$ ,  $13,21\pm 0,89$  e  $19,69\pm 0,85$ , respectivamente. Em quatro semanas o conteúdo de ocludina encontrado foi de  $11,14\pm 0,45$ ,  $16,36\pm 1,52$  e  $17,94\pm 0,59$ , respectivamente. Houve aumento do conteúdo tecidual de claudina nos animais irrigados com sucralfato em duas e quatro semanas quando comparados com os animais do grupo controle. Houve variação do conteúdo de claudina com dose dependente da concentração utilizada, com o tempo de irrigação. Houve aumento do conteúdo tecidual de ocludina nos animais irrigados com sucralfato. Houve variação do conteúdo de ocludina com dose dependente da concentração utilizada, sendo significativa com o tempo de irrigação de 2 semanas, não havendo significância em 4 semanas. Conclusão: a aplicação de enemas com SCF preserva o conteúdo de claudina e ocludina, sugerindo que a substância possa prevenir a quebra das junções oclusivas em modelo de colite de exclusão.

#### **INFLUÊNCIA DA LAVAGEM PERITONEAL COM BUPIVACAÍNA NA MORTALIDADE E NA CICATRIZAÇÃO DE ANASTOMOSE CÓLICA CONFECCIONADA EM VIGÊNCIA DE PERITONITE FECAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; WU FENG CHUNG, HUEI DIANA LEE, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO.

GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP

Resumo: Introdução: A ocorrência de deiscência de anastomose intestinal está associada com aumento do tempo de internação, morbimortalidade, necessidade de reoperações, custos de assistência médico-hospitalar e sofrimento do paciente. O conhecimento dos mecanismos envolvidos na cicatrização de tecidos permite o cirurgião interferir no reparo de tecidos, prevenindo e prevendo complicações. Objetivos: Nosso objetivo foi avaliar os efeitos da lavagem peritoneal com bupi-



vacaína na mortalidade e na cicatrização da anastomose em cólon descendente de ratos, em vigência de peritonite fecal ou não. Metodologia: Foram utilizados 40 ratos machos wistar, pesando entre 300-350g, distribuídos aleatoriamente em quatro grupos de dez animais cada. Foi realizada laparotomia e anastomose em cólon descendente seis horas após injeção intraperitoneal de solução fisiológica (SF) ou de fezes autólogas. Grupo 1: sem peritonite e lavagem com 3ml de SF; grupo 2: sem peritonite e lavagem com 8 mg/kg de bupivacaína a 0,5% (0,5ml) adicionado a 2,5ml de SF; grupo 3: peritonite e lavagem com 3ml de sf; grupo 4: peritonite e lavagem com 8 mg/kg de bupivacaína a 0,5% (0,5ml) adicionado a 2,5ml de SF. Os animais que evoluíram para óbito foram submetidos a necropsia. A eutanásia e o teste biomecânico de energia total de ruptura (ETR) foram realizados no quinto dia de pós-operatório dos animais sobreviventes. Resultados: O grupo 4 apresentou maior sobrevida quando comparado ao grupo 3, sem significância estatística. O grupo 3 apresentou valores de ETR menores que os dos outros grupos, com significância estatística. Conclusões: A peritonite fecal aumentou a mortalidade e influenciou negativamente a anastomose em cólon descendente de ratos, diminuindo sua resistência intrínseca. A lavagem peritoneal com bupivacaína aumentou a resistência anastomótica em vigência de peritonite fecal.

#### **TRATAMENTO DE ULCERA PERIANAL DE DOENÇA DE CROHN COM PAPAÍNA: RELATO DE CASO.**

CAROLINA CHACON COSENTINO; ROSANE LOUZADA MACHADO, MARIA JOSÉ DE SOUZA PEREIRA FRANCISCO, JOAO DE AGUIAR PUPO NETO

*HUCFF-UFRJ*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn perianal representa uma manifestação clínica distinta da doença inflamatória intra-luminal, com características e manifestações particulares. Aproximadamente 25% dos pacientes com Doença de Crohn (DC) apresentam manifestações perianais. O tratamento cirúrgico com uso de sedenho e antibioticoterapia prolongada são amplamente utilizados. No entanto alguns pacientes necessitam de abordagem diferenciada, em caso de doença mais agressiva. Objetivo: relatar o caso de uma adolescente com doença perianal refratária aos tratamentos clínicos e cirúrgicos habituais. Relato de caso: paciente L.K.S.J, do sexo feminino, 17 anos. Diagnosticada em 17/06/2011 com D.C., com biópsias de múltiplas lesões ulceradas no períneo com destruição do canal anal. Retossigmoidoscopia evidenciava lesões em canal anal, com mucosa retal preservada. Biópsia confirmou dc, sendo realizada abordagem cirúrgica com passagem de sedenho cortante, e uso de ciprofloxacino, metronidazol, prednisona e azatioprina, sem melhora do quadro, evoluindo com a formação da úlcera, após a passagem do sedenho cortante. Indicado em junho de 2012 terapia hiperbárica, sendo então submetida a 80 sessões, permanecendo a lesão perineal ulcerada. Em 21/05/2013 foi iniciado tratamento com adalimumabe, não apresentando desde então sinais de atividade de doença (dores articulares, dor abdominal ou diarreia); porém perma-

necendo a lesão perineal. Em março de 2014 iniciou acompanhamento no presente serviço de coloproctologia, apresentando, ao exame, lesão estendendo-se desde a borda anal até o cóccix. Sendo então iniciado tratamento com papaína gel, dado a refratariedade aos tratamentos anteriores. A paciente apresentou redução da lesão ulcerada, com cicatrização progressiva da lesão. Discussão: o desbridamento químico com uso de papaína é amplamente difundido para o tratamento de feridas e úlceras, com resultados expressivos. Na extensão do nosso conhecimento, não há relatos sobre o uso de papaína em úlceras perineais de DC. Escolhemos a papaína visto que é um agente já amplamente utilizado no tratamento de feridas, e em lesões perineais como na gangrena de fournier.

#### **HIPOVITAMINOSE D EM PACIENTES PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN ACOMPANHADOS NO HOSPITAL DE BASE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP.**

PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, MARIO ANTONIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE MEREGE, MARIANA OKINO, JOAO GOMES NETINHO, GENI SATOMI *FAMERP*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal de caráter auto-imune que pode acometer todo o trato gastrointestinal. A vitamina d é obtida, principalmente através da exposição solar, e em pequena proporção através da alimentação, sendo sua absorção ileal. É sabido o seu papel na homeostase óssea, porém tem sido amplamente estudada como mediadora da resposta imune após a descoberta do receptor de vitamina d dentro das células de defesa. Estudos têm demonstrado hipovitaminose d em pacientes com DC. Objetivo: este estudo objetiva avaliar níveis séricos da vitamina d e traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com a dc acompanhados no serviço de coloproctologia do hospital de base em São José do Rio Preto/SP. Metodologia: identificados os pacientes com dc neste serviço, foi confeccionado banco de dados com os valores da vitamina d sérica dosados entre abril e junho de 2014, correlacionando-os com idade e sexo dos mesmos. Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva simples. Todos os pacientes concordaram em participar do estudo, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Resultados: foram avaliados 52 pacientes neste estudo, com média de idade de 43 anos, variando entre 15 e 77 anos, sendo 31 (59,6%) mulheres e 21 (40,3%) homens. O nível sérico da vitamina d médio entre os paciente do estudo foi 28,1 com desvio-padrão de 12,07. Foram identificados 30 pacientes com hipovitaminose d, representando 57,7% dos pacientes estudados, sendo 3 pacientes (5,8%) com valor sérico de vitamina d menor ou igual a 10 ng/ml, 13 (25%) entre 11 e 20 ng/ml e 14 (26,9%) entre 21 e 29 ng/ml. Apenas 10 (19,2%) apresentaram valor sérico de vitamina d dentro dos valores adequados (30 - 36 ng/ml). Conclusão: o estudo está de acordo com os dados epidemiológicos apresentados na literatura em relação a idade e sexo. A dosagem do nível sérico da vitamina d corroborou os achados

da grande maioria de estudos já publicados, demonstrando a hipovitaminose d em pacientes com dc. Devem ser avaliados com cautela os pacientes que já utilizam algum tipo de suplementação de vitamina d, avaliar o grau de exposição solar, o IMC, fatores estes que se apresentam como viéses. O tema, entretanto, ainda carece de estudos correlacionando o índice de atividade de doença e testes de prova inflamatória com os níveis de vitamina d, e estudos prospectivos avaliando a relevância da reposição de vitamina d na remissão da doença.

#### **ANÁLISE DA APOPTOSE E PROLIFERAÇÃO CELULAR NO TECIDO MESENTERIAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN**

CILENE BICCA DIAS; MARCIANE MILANSKI, MARIANA PORTOVEDO, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, ANDRESSA COOPE, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES, RAQUEL FRANCO LEAL

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, LABORATÓRIO DE SINALIZAÇÃO CELULAR, DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP).*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn (DC) é uma doença intestinal inflamatória crônica transmural com características muito peculiares como o espessamento do tecido adiposo mesenterial próximo à área intestinal afetada. As características histológicas e moleculares desse tecido, bem como o papel na fisiopatologia da dc ainda não é conhecido. Objetivo e método: avaliar apoptose na mucosa intestinal e tecido mesenterial na dc e em controles. Além disso, avaliar a taxa de proliferação dos adipócitos 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 determinação de apoptose, utilizou-se imunohistoquímica para bax e bcl-2, e imunofluorescência para caspase 3. A proliferação tecidual foi realizada por imunohistoquímica para ki67. 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 expressão de bax (proteína pro- apoptótica) no tecido intestinal, principalmente, lâmina própria, na dc quando comparado aos controles ( $p < 0,05$ ). Com relação ao tecido mesenterial, observou-se maior número de adipócitos positivos para bcl-2 (anti-apoptótica) e menor expressão de caspase-3, nos pacientes com dc ( $p < 0,05$ ), quando comparado aos respectivos controles. A coloração para ki67 no tecido mesenterial não evidenciou proliferação dos adipócitos nos grupos estudados. Conclusão: houve diminuição da atividade apoptótica dos adipócitos do tecido mesenterial dos pacientes com dc quando comparado aos controles, com ausência de proliferação. Estes achados podem sugerir a migração de adipócitos maduros próximo à área intestinal afetada pela dc, desempenhando papel

de manutenção do processo inflamatório local, uma vez que os adipócitos são capazes de liberar fatores pró-inflamatórios. Projeto financiado pela FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

#### **INGENUITY PATHWAY ANALYSIS IDENTIFICA IL17 E IL1B COMO REGULADORES DO PROCESSO INFLAMATÓRIO EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN NÃO RESPONDEDORES A ANTI-TNFA.**

RAQUEL FRANCO LEAL; NÚRIA PLANELL, JUAN J LOZANO, INGRID ORDÁS, ISABELLA DOTTI, MARIA CARME MASAMUNT, JULIÁN PANÉS, AZUCENA SALAS.

*INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER, HOSPITAL CLÍNICA, BARCELONA*

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. Entretanto, em longo-prazo, 40% podem não apresentar benefícios sustentados com o uso de anti-tnf $\alpha$ . Objetivo: realizar análise de vias transcricionais envolvidas com a não resposta ao anti-tnf $\alpha$  em biópsias intestinais de pacientes com dc. Casuística e Método: cinquenta e cinco 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 vias (Ingenuity Pathway Analysis) 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  $> 150$ . 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: cinquenta por cento das vias transcricionais envolvidas na manutenção do processo inflamatório nos pacientes não respondedores a anti-tnf $\alpha$  estiveram relacionadas a IL17. Além do transcrito IL17a, identificou-se IL1b como regulador da inflamação neste grupo de pacientes. A validação desses genes por QPCR em uma coorte independente confirmou os resultados. Conclusão: a não resposta ao tratamento com anti-tnf $\alpha$  está associada à regulação da transcrição de um conjunto de genes, dentre eles, il1 $\beta$  e il17a, que possivelmente estão relacionados à manutenção do processo inflamatório endoscópico neste grupo específico de pacientes. Estes achados são importantes para guiar novas terapêuticas nos pacientes que não respondem ao anti-tnf- $\alpha$ .

#### **EXPRESSÃO TRANSCRIPCIONAL DE IL6 EM PACIENTES NÃO RESPONDEDORES A AZATIOPRINA DIFERE DAQUELES NÃO-RESPONDEDORES A ANTI-TNFA.**

RAQUEL FRANCO LEAL; NÚRIA PLANELL, JUAN J LOZANO, INGRID ORDÁS, ISABELLA DOTTI, MARIA CARME MASAMUNT, JULIÁN PANÉS, AZUCENA SALAS.

*INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER, HOSPITAL CLÍNICA, BARCELONA*

Resumo: Introdução: o tratamento medicamentoso na Doença de Crohn se fundamenta principalmente no uso de imunossuppressores e terapia anti-tnf $\alpha$ . No entanto, 40% desses pacientes podem não apresentar benefícios sustentados a longo prazo. Prévias análises por microarray identificaram il6 como o transcrito mais relevante, modulado pela terapêutica anti-tnf $\alpha$ , porém não relacionados à resposta a este medicamento. Objetivo: comparar a expressão de il6 em biópsias intestinais de pacientes com dc em uso de anti-tnf- $\alpha$  com aqueles em uso de azatioprina, enfocando aqueles não respondedores a estas medicações. Casuística e método: trinta e sete pacientes com diagnóstico estabelecido de dc e 7 controles saudáveis foram incluídos. A determinação da expressão de il6 foi realizada por meio de QPCR. Utilizou-se a expressão transcripcional de IL1B e S100A8 como parâmetro para confirmação da presença de processo inflamatório molecular. 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. Os pacientes com azatioprina estavam em uso há pelo menos 4 meses. 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: a expressões de IL6, IL1B e S100A8 estavam diminuídas nos respondedores à azatioprina utilizada de forma isolada, quando comparadas aos não respondedores a este medicamento, mantendo-se elevadas nos não respondedores. Este resultado diferiu no caso dos pacientes em uso de anti-tnf $\alpha$ , que apresentaram baixos níveis de il6 mesmo nos não respondedores a esta terapia. Conclusão: este grupo de genes, do qual il6 está incluído, foi pela primeira vez descrito na literatura, sugerindo que a sua modulação pode não ser suficiente o bastante para induzir remissão da doença nos não respondedores ao anti-tnf $\alpha$ . Esta característica é específica desta terapia biológica, não ocorrendo naqueles não respondedores à azatioprina.

**AValiação DO ESQUEMA DE IMUNIZAÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**  
NIELCE MARIA DE PAIVA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA, DÉBORA HELENA ROSSI, MICHEL GARDERE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, RAQUEL FRANCO LEAL  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*

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:

134 de um total de 558 pacientes em seguimento regular no ambulatório de DII foram entrevistados entre março de 2013 a março de 2014 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 134 pacientes, 55,9% são do sexo feminino e 44,1% masculino, sendo a faixa etária média de 49,5 (17-83) anos. 73,9% são portadores de Doença de Crohn, 22,4% retocolite ulcerativa e 3,7% colite indeterminada. Com relação ao tratamento: 38,0% utilizam azatioprina, 15,6% mesalazina, 5,2% sulfassalazina, 2,2% metotrexato, 26,9% adalimumabe, 28,3% infliximabe, 3,7% prednisona e 8,2% não utilizam medicação. Dos 134 pacientes, 68,6% apresentaram carteira de vacina e 31,4% não a possuía. Apenas 1 paciente foi orientado pelo médico da ubS com relação ao esquema vacinal recomendado por ter doença crônica e 48,6% pelo médico assistente do ambulatório de coloproctologia, os outros 50,7% não tinham recebido orientação sobre o item vacinação. Dos 134 pacientes, 31,4% estavam com a vacina dupla-adulto em dia conforme protocolo do PNI, 60,4% não estavam com a vacina em dia e 8,2% não se lembravam de seu esquema vacinal. 48,5% nunca tinham tomado vacina da gripe inativada. 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-la antes do início deste tipo de terapêutica.

**ANASTOMOSE ILEOANAL LAPAROSCÓPICA PARA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: CIRURGIA EM 2 OU 3 TEMPOS? ESTUDO COMPARATIVO EM 150 PACIENTES CONSECUTIVOS.**

MARLENY NOVAES FIGUEIREDO; LEON MAGGIORI, XAVIER TRÉTON, MARIANNE FERRON, YORAM BOUHNİK, YVES PANIS

*HOSPITAL BEAUJON - CLICHY/FRANÇA*

Resumo: A escolha entre realizar uma anastomose ileoanal com bolsa ileal em 2 ou 3 tempos nos casos de doença inflamatória intestinal (DII) pode depender das condições intra-operatórias, mas também da preferência do cirurgião, o qual muitas vezes opta pelo procedimento em 3 tempos por considerar mais “seguro”. O objetivo deste estudo foi comparar os resultados operatórios entre as duas estratégias cirúrgicas material e métodos: entre 2001 e 2003 todos os pacientes submetidos à anastomose ileoanal com bolsa ileal por via laparoscópica para doença inflamatória intestinal foram incluídos (nos casos de cirurgia em 3 tempos a colectomia subtotal foi

feita por via laparoscópica). Uma análise retrospectiva a partir de base de dados mantida prospectivamente foi realizada. Os resultados foram comparados de forma cumulativa nos pacientes operados em 3 tempos (colectomia subtotal + proctectomia com bolsa ileal) em relação ao pacientes operados em 2 tempos (proctocolectomia com bolsa ileal). Resultados: 149 pacientes foram incluídos: cirurgia em 2 tempos (gr a, n = 69) e em 3 tempos (gr. B, n = 80). Pacientes do grupo a eram mais velhos ( $46 \pm 14$  anos) que do grupo b ( $39 \pm 15$  anos),  $p=0,002$ . No gr. B havia mais pacientes diagnosticados com Doença de Crohn (DC) (16% vs gr a 3%,  $p = 0,007$ ) e no gr a, mais pacientes com retocolite ulcerativa (rcu), 91% vs 77%,  $p = 0,022$ ; não houve diferença quanto à colite indeterminada ( $p = 0,593$ ). Não houve diferenças em relação ao sexo, índice de massa corporal ou comorbidades. A taxa de conversão foi semelhante (1,4% vs 5%,  $p = 0,23$ ), bem como a morbidade pós-operatória global (46% vs 48%,  $p = 0,772$ ), clavier-dindo 3 ou 4 (13% vs 17%,  $p = 0,453$ ), taxa de reoperação (6% vs 8%,  $p = 0,679$ ) e taxa de fistula ou abscesso (13% vs 17%,  $p = 0,453$ ). O tempo operatório acumulado foi menor no gr a (média de  $303 \pm 84$  minutos vs  $436 \pm 97$  minutos,  $p < 0,001$ ), bem como o tempo de internação acumulado (média de  $12 \pm 6$  dias vs  $18 \pm 7$  dias,  $p < 0,001$ ). Conclusão: a morbidade pós-operatória parece ser semelhante entre os dois tipos de estratégias cirúrgicas para o tratamento da DII com bolsa ileal por via laparoscópica. Este dado, além de um período de hospitalização acumulado mais curto, pode justificar uma redução nas indicações para uma abordagem em 3 estágios, talvez deixando-a apenas para os casos de colite aguda grave ou pacientes com uso de esteróides por tempo prolongado, uma vez que esta estratégia não parece ser necessariamente mais “segura”.

#### **CÂNCER COMPLICANDO A DOENÇA DE CROHN PERIANAL**

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; ILSON GERALDO DA SILVA, SINARA MÔNICA OLIVEIRA LEITE, FLÁVIA FONTES FARIA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ELOAH GAMBONI LIMA, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR., DANIEL AMARAL ZANETTI  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: carcinoma anal é raro, 1 a 2% dos tumores malignos do tgi, mas representa aprox. 14% nos pacientes com Doença de Crohn (DC). Os tipos mais comuns são adenocarcinoma e carcinoma de células escamosas. A causa do câncer anal na dc perianal é desconhecida, mas acredita-se que seja resultado do processo inflamatório crônico. Relato de casos: 1. Dfpp, 36anos, feminino, diagnóstico de dc em 2004. Submetida a ressecção ileocólica em 2006. Iniciou com doença perianal em dez/12 sendo tratada com drenagens, antibióticos, corticoides, azatioprina e mesalazina com evolução desfavorável. Prescrito infliximabe em ago/13. Manteve doença perianal grave. Rm (dez/13): comprometimento do reto baixo, fistulas complexas perianais sem abscesso e espessamento importante das paredes. Ap: carcinoma mucinoso de células emanel de sinete invasor. Encaminhada para qt e rt. 2. Mcfd,

44anos, feminino, diagnóstico de dc em nov/11. Não aderiu ao tratamento. Retornou em jan/13 com doença perianal grave. Iniciado infliximabe e realizado procedimentos cirúrgicos (drenagens de fistulas + retossigmoidectomia a Hartmann). Manteve sangramento e dor perineal. Rm (jan/14): lesão retal invadindo vagina e parede posterior uterina. Ap: carcinoma escamocelular invasor bem diferenciado. Qt e rt com melhora acentuada. 3. Jrvn, 56anos, masculino, diagnóstico de dc aos 19 anos. Submetido a 07 cirurgias (abdominal e anal) até 2013. Tratamento com azatioprina e antibióticos. Doença perianal com fistulas complexas e estenose de canal anal. Em mar/14 retornou com detecção à rts de lesão vegetante em canal anal - biopsiado. Rnm (abril/14): fistula grosseira complexa, suspeita de neoplasia. Ap: adenocarcinoma mucinoso. Encaminhado para rt. Discussão: fistulas perianais são encontradas em 20 a 25% dos pacientes com dc limitadas ao ileo e 60% quando o reto é envolvido. A presença de carcinoma anal em dc está associada com fistula perianal de longa data e é incomum. Uma teoria seria o processo inflamatório e a regeneração constante das mucosas em fistulas crônicas levando a degeneração maligna. Outra hipótese é a imunossupressão de longa data como mecanismo para a carcinogênese. Um ponto relevante é o atraso no diagnóstico, sendo os sinais e sintomas atribuídos à doença inflamatória, e os tumores detectados localmente avançados. Conclusão: apesar da malignidade de fistulas perianais crônicas associadas com a dc ser rara, uma alta suspeição deve ser mantida e vigilância periódica realizada.

#### **ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À RESPOSTA E AUSÊNCIA/PERDA DE RESPOSTA AO ANTICORPO ANTI-FATOR DE NECROSE TUMORAL-ALFA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS;  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

Resumo: A Doença de Crohn (DC) apresenta um grande desafio quanto ao seu tratamento, considerando-se que os melhores medicamentos disponíveis têm eficácia bastante limitada. Objetivo: analisar as características entre os grupos de pacientes com Doença de Crohn que tiveram e os que não tiveram ou perderam resposta ao tratamento com anti-tnf. Método: estudo retrospectivo de pacientes com dc que fizeram uso de ifx ou ada. Resultados: foram estudados 72 pacientes com média de idade de 35 anos; 45 foram tratados com adalimumabe e 27 com infliximabe; 90% das mulheres tiveram resposta, contra 10 que não tiveram/perderam resposta; dos homens, 60% tiveram resposta contra 40% que não tiveram/perderam resposta; não houve diferença entre ifx e ada quanto à resposta; 48 tinham menos de 40 anos e 24 mais de 40 anos. Dos que tinham menos de 40 anos, 37 tiveram resposta, contra 11 que não tiveram/perderam resposta. Daqueles com mais de 40 anos, 16 tiveram resposta contra 8 que não tiveram/perderam resposta; pacientes com menos de 2 anos de diagnóstico tiveram melhor resposta do que aqueles com dois a cinco anos de sintomas; estes, melhor resposta que aqueles com mais de cinco anos de diagnóstico. Conclusão: as características observadas de

melhor resposta ao tratamento da dc com anti-tnf foram associação com azatioprina, gênero feminino, idade menor de 40 anos e menos de dois anos de diagnóstico.

### **MULHERES RESPONDEM MELHOR À TERAPIA BIOLÓGICA NA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS;

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

Resumo: Objetivo: a Doença de Crohn e em si um grande desafio para o tratamento de doenças inflamatórias intestinais. Pacientes que apresentam a forma fistulizante, particularmente com fistulas perianais, criam mais um desafio, pois há grande dificuldade em obter o controle da doença, mesmo usando os avanços terapêuticos de longo prazo realizados nos últimos anos avaliou-se a diferença entre o sexo dos pacientes em tratamento biológico para a Doença de Crohn e fistula perianal. Método: foram estudados 30 pacientes com Doença de Crohn com fistula perianal, com idade média de 35 anos, 2000-2013 nunca antes tratados com agentes biológicos; receberam estes medicamentos em doses e intervalos habituais. Todos foram também tratados cirurgicamente com curetagem e colocação de “seton-stitches” antes do uso de agentes biológicos. Os resultados foram analisados estatisticamente pelo teste t de student, p, 0.05 sendo considerado uma diferença significativa. Resultados: entre os respondentes, dez eram homens e nove eram mulheres, sem diferença significativa entre os sexos, a este respeito. Entre os não-respondedores, oito eram homens e três eram mulheres: assim, significativamente mais homens contra as mulheres eram na o- respondedores. De um modo geral, 55% de homens e 75% das mulheres responderam ao tratamento. Conclusão: as mulheres apresentaram uma taxa de falha menor quando expostas a tratamento biológico para a fistula perianal na Doença de Crohn, quando comparadas aos homens.

### **COMPARAÇÃO ENTRE ADALIMUMABE E INFLIXIMABE NO TRATAMENTO DAS FÍSTULAS PERIANAIS NA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS;

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

Resumo: A forma fistulizante da Doença de Crohn (DC) apresenta um grande desafio quanto ao seu tratamento, especialmente as fistulas perianais pela sua alta prevalência, mesmo associando-se o tratamento cirúrgico aos anti-tnf. Objetivo: analisar os fatores relacionados à resposta ao tratamento cirúrgico associado ao anti-tnf dos pacientes com fistulas perianais por dc. Método: estudo retrospectivo de pacientes com fistulas perianais por dc que fizeram uso de ifx ou ada associado ao tratamento cirúrgico. Resultados: foram estudados 30 pacientes com média de idade de 35 anos; 16 foram tratados com ada (9 ada+aza) e 14 com ifx (10 ifx+aza); dez dos tratados com ada tiveram resposta e dos seis que não responderam apenas um teve resposta com ifx; oito tiveram resposta com ifx e dos que não responderam nenhum apresentou resposta com ada; dos que responderam, 10 eram homens e nove mulheres; dos que não responderam, oito eram homens contra 3 mulheres; daque-

les com menos de 40 anos, 16 responderam contra apenas 3 que não responderam; dos com mais de 40 anos, três responderam contra oito que não responderam; quanto ao tempo decorrido entre o início da doença e início do anti-tnf: responderam 14 (<2 anos), um (2-5 anos) e quatro (>5 anos); não responderam: cinco (<2 anos), quatro (2-5 anos) e dois (>5 anos); conclusão: não houve diferença de resposta entre os agentes anti-tnf utilizados; houve melhor resposta nos que utilizaram anti-tnf em associação com azatioprina, entre as mulheres, nos com menos de 40 anos e naqueles tratados com até dois anos do início da doença.

### **TUBERCULOSE DISSEMINADA EM PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN EM USO DE IMUNOBIOLOGICO – RELATO DE CASO**

ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; ANDRE BARRETO SILVA; CAROLINA CHACON CONSENTINO; CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO; JOAO DE AGUIAR PUPO NETO; ROSANE LOUZADA MACHADO  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO*

Resumo: Introdução: devido aos efeitos imunossupressores do adalimumabe, é importante a realização de um rastreio clínico rigoroso antes da sua utilização. A identificação de contraindicações, como a tuberculose latente, é importante pelo quadro grave que pode acometer o paciente imunossuprimido. Objetivo: relatar caso de tuberculose disseminada em paciente com Doença de Crohn após uso de adalimumabe, e discutir o rastreio para tuberculose em pacientes com doença inflamatória intestinal que utilizarão imunobiológicos. Relato do caso: r.s.g., 60 anos, sexo masculino, contabilista, natural do Rio de Janeiro. Em acompanhamento por Doença de Crohn desde 2004. Ppd não reator em 16/07/2013. Apresentou quadro de astenia, anorexia, sonolência, febre, náuseas e tumoração cervical em dezembro de 2013 que apareceram dez dias após a segunda aplicação de adalimumabe. Aspirado da massa cervical foi baar positivo confirmando diagnóstico de tuberculose ganglionar. Iniciado esquema rhze em 27/12/2013, entretanto o paciente apresentou piora clínica mantendo quadro febril. Em janeiro de 2014 foi internado com quadro séptico devido à tuberculose disseminada, por micobactéria resistente ao esquema rhze. TC de abdome evidenciou microabscessos esplênicos. Alterado esquema para moxifloxacino, etambutol, estreptomina e isoniazida com boa resposta e melhora clínica do paciente. Segue em tratamento e acompanhamento no hucff. Discussão: estudos demonstram que o adalimumabe é indicado para o tratamento da Doença de Crohn. Os pacientes que serão receberão esta medicação devem ser submetidos a rastreio rigoroso para tuberculose e receberem tratamento adequado se indicado. É consenso atual que o paciente com ppd entre 5 e 10mm (fraco reator), pelo risco de desenvolver doença potencialmente grave, deve receber tratamento. Conclusão: o rastreio adequado para tuberculose em pacientes que serão tratados com o adalimumabe é de extrema importância. O tratamento de pacientes com ppd fraco reator pode prevenir casos graves, diminuindo a morbimortalidade, tornando mais segura a utilização dessa droga em pacientes com Doença de Crohn.

### **TERAPIA COMBINADA NA DOENÇA DE CROHN. É POSSÍVEL A MANUTENÇÃO DO ESQUEMA TERAPÊUTICO INICIAL?**

CLAUDIO COY; LARISSA BERBERT, NATALIA PRANZETTI VIEIRA, DEBORA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO

*AMBULATÓRIO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS "PROF. DR. RICARDO GÓES" GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA- FCM-UNICAMP*

Resumo: A associação de imunossuppressores tiopurínicos e terapia biológica possibilita melhor controle clínico na Doença de Crohn (DC). Entretanto, a manutenção do esquema terapêutico inicialmente proposto nem sempre é factível. Objetivo: avaliar os resultados referentes ao emprego e manutenção da Terapia Combinada (TC) em portadores de dc. Casuística e métodos: análise da casuística em 35 portadores de dc com emprego de TC. Foram avaliados: tempo de manutenção de TC e fatores associados a alteração da proposta terapêutica inicial. Resultados: houve predomínio do sexo masculino (60%) com média de idade ao diagnóstico de 29,4 anos. Com relação à classificação de montreal, houve predomínio nas seguintes classes: a2 (71,4%), l2 (45,7), b1 (54,2%); acometimento perineal esteve presente em 57,1% dos casos. O início de tratamento com TC ocorreu em 34,2% e em 62,8% dos casos terapia biológica foi adicionada posteriormente ao uso de azatioprina. O tempo médio de TC foi de 45,6 meses. A alteração do esquema terapêutico inicial ocorreu em 28,5% dos casos, com tempo médio de uso de 35,5 meses, sendo as causas mais comuns: efeitos adversos à terapia biológica (11,4%), falha terapêutica (5,7%), falta de aderência ao tratamento (5,7%) e efeito adverso da azatioprina (2,8%). Não se correlacionou a mudança terapêutica com idade ao diagnóstico, localização da doença e forma de apresentação. O tempo médio de uso de TC nos pacientes com manutenção da proposta terapêutica inicial foi 49,9 meses e controle clínico em 65,7%. Conclusões: efeitos adversos aos medicamentos foram a causa mais comum para a mudança da proposta inicial de TC. Características clínicas da dc não se correlacionaram com alterações terapêuticas.

### **O EMPREGO DE TERAPIA BIOLÓGICA ALTEROU O PERFIL DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA NA RETOCOLITE ULCERATIVA?**

LARISSA BERBERT ARIAS; NATALIA PRANZETTI VIEIRA, DEBORA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CLAUDIO COY  
*UNICAMP*

Resumo: Existem controvérsias se o emprego de terapia biológica esta associada à redução da indicação cirúrgica na retocolite ulcerativa (RCUI). Objetivo: identificar a incidência e o perfil de portadores de RCUI submetidos a tratamento cirúrgico antes e após o uso de terapia biológica em nosso serviço. Casuística e

métodos: análise da casuística em portadores de RCUI antes e após a introdução de terapia biológica em nosso serviço. Foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de evolução pré-operatório, terapêutica empregada por ocasião da cirurgia, extensão do processo inflamatório (pancolite vs colite esquerda), terapia empregada, tipo de cirurgia, incidência de tratamento cirúrgico e indicações, considerando-se: intratabilidade clínica, cirurgia de urgência e ocorrência de displasia ou câncer. Foram excluídos portadores de colite indeterminada ou diagnóstico pós-operatório de Doença de Crohn. Resultados: foram incluídos 396 pacientes portadores de RCUI em acompanhamento entre 1985 e 2013, sendo 79 com diagnóstico antes de 2000 e 259 após. Foram submetidos à tratamento cirúrgico, 57 pacientes, 26 deles antes do uso de terapia biológica e 31 após. Não foram observadas diferenças em relação ao sexo, idade e tempo de evolução pré-operatório. Identificou-se menor incidência de tratamento cirúrgico após uso de terapia biológica (32% vs 12%;  $p=0,002$ ) assim como em portadores de colite esquerda. Não houve diferença significativa com relação às indicações nos dois períodos. Conclusões: o advento de terapia biológica possibilitou redução da incidência de cirurgias em portadores de RCUI. O perfil das indicações cirúrgicas permaneceu o mesmo.

### **ANÁLISE DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL USUÁRIOS DE AGENTE ANTI-TNF ALFA, ACOMPANHADOS EM UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO**

NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉILO MOREIRA JÚNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Introdução: as doenças inflamatórias intestinais (DII), representadas pela Doença de Crohn (DC), retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) e colite indeterminada (ci), são doenças de incidência crescente e prevalência variável, tendendo a maior prevalência nos países industrializados. a sua etiologia ainda é incerta. um grande desafio é o seu tratamento, que pode ser feito com várias classes de drogas e apresenta resultados variáveis. nas últimas duas décadas, investiu-se no desenvolvimento de drogas que diminuem a resposta inflamatória a nível celular, os chamados "agentes biológicos", que são anticorpos anti- r a prevalência de usuários de terapia biológica, indicações e a resposta terapêutica nos pacientes acompanhados no ambulatório de DII de um serviço universitário. Métodos: realizou-se análise retrospectiva de 132 prontuários do ambulatório de dii. Resultados: noventa e oito pacientes (74,3%) eram portadores de RCUI, 28 (21,2%) de dc e 6 (4,5%) de ci. Do total, 18 (13,6%) fazem uso de terapia biológica (16 portadores de dc e 2 de ci). Todos haviam recebido outros tratamentos previamente. a média de idade desses usuários foi de 39,2 anos, variando de 18 a 59 anos. A média de tempo de uso dos biológicos foi de 3,5 anos. dos 18 pa-

cientes, 7 (38,9%) fazem uso de infliximabe e 11 (61,1%) de adalimumabe. As indicações foram: doença perianal (44,5%), refratariedade ao tratamento convencional (33,3%), cortico-dependência (11,1%) e fístulas entéricas (11,1%). Todos os pacientes apresentaram melhora clínica após o início dessa terapia, sendo que 13 (72,2%) mantiveram remissão e 5 (27,8%) diminuíram a atividade da doença. Dos 8 pacientes que iniciaram o uso dos biológicos por doença perianal, 100% apresentaram controle clínico considerável ou remissão completa. Conclusão: a terapia biológica trouxe grandes avanços no tratamento das di, principalmente nos quadros sépticos perianais e nas falhas do tratamento convencional. Apesar de já reconhecermos a modalidade “top-down”, no nosso serviço ainda prevalece a opção pelo esquema “step-up”. A maioria dos usuários dessa terapia são jovens portadores de dc com doença perianal de difícil controle. Apesar dos bons resultados iniciais, o seguimento rigoroso desses pacientes é necessário para avaliar: a sustentação da resposta clínica e endoscópica, bem como o surgimento de complicações relacionadas ao uso de biológicos a longo prazo e definição da possibilidade de descontinuar o uso desses agentes terapêuticos.

**EFICÁCIA E SEGURANÇA NO USO DO ADALIMUMABE PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN**  
RAQUEL FRANCO LEAL; NIELCE M. PAIVA, MARIA L. S. AYRIZONO, PRISCILA S. P. OLIVEIRA, LUCIA HELENA LOURENÇO TOMIATO, DÉBORA H. G. ROSSI, JOÃO J. FAGUNDES, CLÁUDIO S. R. COY

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP*

Resumo: Introdução: o tratamento clínico da Doença de Crohn (DC) tem avançado muito com a introdução da terapia biológica. Um dos principais desafios no manejo dessas drogas é a perda de resposta e a ocorrência de efeitos adversos. Objetivo: avaliar a eficácia e segurança do uso do adalimumabe no tratamento da dc. Casuística e método: entre abril de 2008 e maio de 2014, 105 doentes do ambulatório de DII do gastrocentro-unicamp, foram submetidos a tratamento com adalimumabe e se mantêm em seguimento ambulatorial, sendo a média de idade atual de 39,5 (17–71) anos e 53,3% do sexo feminino. Previamente à administração da medicação fez-se triagem ambulatorial para infecções (teste cutâneo de exposição à tuberculose, radiografia de tórax, sorologias para hepatite b, c e hiv). O número de aplicações variou de 1 a 133, com média de 50,3, sendo o total de 5286 aplicações. Quarenta e nove pacientes estão em uso de adalimumabe há mais de 2 anos, e destes, 25 estão em uso ou utilizaram a droga por mais de 3 anos. Resultados: as indicações do adalimumabe com relação ao local de acometimento foram: dc perianal em 43 pacientes (40,9%); dc de cólon não-fistulizante em 31 (29,5%); dc de delgado não-fistulizante em 27 (25,7%); dc ileocecal em 5 (4,8%); dc de delgado fistulizante em 3 (2,9%); enteroartropatia em 14 (13,3%); e alto risco para recidiva da dc no pós-operatório em 12 (11,4%). Em 22 pacientes (21%) houve mais de

um local acometido para a indicação do adalimumabe. Com relação ao uso de infliximabe prévio, 37 haviam utilizado, sendo que 19 haviam desenvolvido reação adversa à droga, 17 apresentaram perda de resposta, mesmo com o escalonamento da dose, e um paciente com difícil acesso venoso para administração da droga. Durante o tratamento, 26 pacientes desenvolveram reações adversas ou complicações: 3 infecções por herpes cutâneo, 4 reações cutâneas urticariformes, 3 reações psoriáticas, 4 eritema ou dor no local da aplicação, 10 quadros infecciosos (5 urinários e 5 respiratórios), 2 neoplasias. A suspensão foi necessária em 9 (8,6%) pacientes: 5 por perda de resposta, 2 por neoplasia e 2 por reação psoriática. Dos 105 pacientes, 59 estão completamente assintomáticos (56,2%), e os demais (43,8%) estão sintomáticos (evidência de atividade endoscópica e/ou radiológica da doença; de dc perianal em atividade; sintomas articulares). Conclusão: o adalimumabe tem se mostrado medicamento seguro e sua eficácia a longo prazo está de acordo com o verificado na literatura.

**INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE NECES-SITANDO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA EM USO DE INFLIXIMABE**

VANESSA FORESTO MACHADO; 4

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP*

Resumo: Introdução: já foi comprovado que a terapia anti  $\text{tnf-}\alpha$  é eficaz e segura no tratamento da doença inflamatória intestinal (DII). O infliximabe (ifx) está indicado para o tratamento de retocolite ulcerativa (rcu) com atividade moderada a grave refratária, e/ou para pacientes que não podem receber o tratamento convencional por serem intolerantes ao mesmo. Relato de caso: paciente de 38 anos com diagnóstico de rcu há 10 anos, refratária ao tratamento clínico com mesalazina e sulfassalazina, necessitando pulsos intermitentes de corticoide. Foi iniciado ifx após pesquisa de infecções e coleta de exames laboratoriais. Após 6 aplicações, paciente retornou ao ambulatório; estava assintomática, porém com alteração das enzimas hepáticas com predomínio de alt/ast (325/408). O ifx foi suspenso. Foi então novamente realizado o rastreamento de infecções e pesquisa de auto- anticorpos que foram negativos. Colangioproressonância mostrou sinais de hepatite aguda, sem dilatação de vias biliares. Discussão: durante a investigação, a paciente evoluiu com queda do estado geral e icterícia, sendo indicado internação hospitalar. Após uma semana, apresentou piora progressiva da função hepática, culminando em encefalopatia grau iii. Configurada a insuficiência hepática fulminante, a paciente foi incluída na lista do transplante hepático. Dois dias após, paciente foi submetida ao transplante e iniciado imunossupressão com tacrolimus. O histopatológico do explante evidenciou extensas áreas de necrose. O estudo accent mostrou que cerca de 42% dos pacientes que receberam o ifx, apresentaram aumento dos níveis de transaminases, porém não houve manifestações hepáticas graves. Após o início da comercialização, o fda relatou 31 casos clinicamente

expressivos de hepatotoxicidade pela droga. Porém, havia outras causas potenciais de dano hepático. O ifx pode causar falência hepática por três mecanismos: hepatite auto-imune (mais comum), lesão hepática colestatia e ação direta da droga. Conclusão: pacientes com DII estão sujeitos a desenvolver uma gama de doenças hepatobiliares pela própria doença ou pelo uso de medicamentos. O diagnóstico de lesão induzida pelo anti tnf é um desafio, e deve-se levar em conta o quadro clínico e a temporalidade. Esta complicação é rara e alerta os médicos a dosar de maneira regular as provas de função hepática, a fim de realizar o diagnóstico e tratamento precoces.

#### **A ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA DOENÇA DE CROHN METASTÁTICA**

FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, MARIANA SANO GAROTTI, ROBERTO CARLOS GUANDALINI JÚNIOR, GALDINO JOSÉ SITÔNIO FORMIGA

*HOSPITAL HELIÓPOLIS*

Resumo: Em 1965, parks e col. Descreveram a Doença de Crohn metastática (dcm), que é caracterizada pela inflamação crônica com infiltrado do tipo granulomatoso não caseoso na pele sem contiguidade com o trato gastro-intestinal. O surgimento da dcm independe da atividade e localização da dc e muitas vezes pode anteceder o diagnóstico da doença inflamatória intestinal (DII). Objetivo: relatar a experiência do serviço de coloproctologia do hospital heliópolis no tratamento da Doença de Crohn metastática. Métodos: estudo retrospectivo e descritivo, através da revisão de prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de doença inflamatória intestinal no período de janeiro de 2005 a julho de 2013, com o dc intestinal e metastática. Foram analisados a idade, gênero, raça, classificação de montreal, a época do surgimento das lesões metastáticas, a localização da dcm e o tratamento realizado. Resultados: de um total de 282 pacientes com dc oito apresentavam o diagnóstico de dcm, seis eram mulheres e com predominância de brancos, 75%. Todos com diagnóstico da dc antes dos vinte e dois anos de idade e com manifestação ileocólica, 60%, e perianal, 100% (pela classificação de montreal: 4 pacientes a1 e 4 a2, 5 b3, 6 l3). O aparecimento das manifestações metastáticas aconteceram de seis meses a vinte anos após o início da dc, exceto em uma paciente em que a dcm foi diagnosticada ao mesmo tempo que o Crohn intestinal. As características clínicas foram de edema vulvar, ulceração vaginal ou escrotal e peniana, nodulações abscedadas em região inguinal e axilar. O achado anatomopatológico mais frequente foi de processo inflamatório crônico com células gigantes (tipo langhans), o granuloma de crohn foi encontrado em dois pacientes. A excisão e curetagem das lesões, associada a terapia com anti-tnf (adalimumabe ou infliximabe) e azatioprina foi sempre utilizada. A resolução completa do dcm aconteceu em três pacientes, após no mínimo três meses de tratamento. Cinco pacientes apresentaram reativações frequentes das lesões metastáticas, sem correlação com atividade da doença, sempre tratadas com abordagem cirúrgica e ajuste medicamentoso. Conclusão: pacientes com DII e lesões genitais, como edema

e úlceras, ou nodulações e pápulas em regiões de dobra, como a virilha, devem nos lembrar do Crohn metastático. O diagnóstico definitivo é histológico e o tratamento a longo prazo, com cirurgias conservadoras e imunobiológicos, leva a um bom controle das manifestações.

#### **MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN (DC) NO ESTADO DE MATO GROSSO – BRASIL.**

ANNA CAROLINA FRANCO; MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES; AYMÊ CHAVES NOGUEIRA; CAROLINA ROSSONI DE MELO, NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA; CLAUDIA MAGESTE REIS FALCÃO; MARDEM MACHADO DE SOUZA.

*HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO (CUIABÁ-MT).*

Resumo: Introdução: a dc é uma doença inflamatória intestinal que ocasiona inflamação transmural e pode acometer todo o trato gastrointestinal. Trata-se de uma doença multifatorial, predominante em países desenvolvidos. Não há cura, mas pode-se alcançar a remissão com uso adequado de medicações. Objetivo: descrever os medicamentos usados no tratamento da dc no estado de mato grosso. Método: estudo descritivo, observacional, transversal, realizado através da revisão de 184 prontuários de pacientes com dc no estado do mato grosso, provenientes do programa de medicamentos excepcionais da secretaria de saúde. Resultados: analisando a terapia medicamentosa atual da dc no estado de mato grosso encontramos setenta e oito (42,4%) pacientes em uso de mesalazina (5-asa). O adalimumab esta presente como monoterapia em 28(15,2%) pacientes e o infliximab em 17 (9,2%) pacientes. Vinte (10,9%) pacientes utilizam terapia combinada com adalimumab e dez (5,4%) com o infliximab. A terapia imunossupressora com azatioprina é realizada em 14 (7,6%) pacientes e há associação da azatioprina com outros medicamentos em 32 (17,4%) pacientes. Setenta e quatro (40,2%) pacientes demandaram terapia medicamentosa pregressa. Destes, trinta e oito (51,4%) pacientes fizeram uso de prednisona em algum momento. A principal associação ocorreu entre prednisona e 5-asa (16,2%), nove (12,2%) utilizaram algum anti-tnf, principalmente o adalimumab. Conclusão: este estudo mostrou alguns aspectos sobre o tratamento medicamentoso dos pacientes com dc no estado de Mato Grosso.

#### **RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO PROSPECTIVO**

PAULO GUSTAVO KOTZE; RENATO VISMARA ROPELATO, JULIANA FERREIRA MARTINS, JAIME FONTANELLI, IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, LORETE MARIA DA SILVA KOTZE

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR*

Resumo: Introdução: recorrência endoscópica pós-operatória (rep) é evento comum após ressecções intestinais laparoscópi-



cas na Doença de Crohn (DC). Há escassez de estudos prospectivos sobre o tema em pacientes Brasileiros. O objetivo deste estudo foi descrever prospectivamente as taxas de rep em uma série de casos de ressecções ileocólicas videolaparoscópicas por dc de forma preliminar, e correlacionar com o tratamento realizado para sua prevenção. Método: estudo prospectivo com portadores de dc submetidos a ressecções ileocólicas videolaparoscópicas. Foram incluídos todos os pacientes consecutivamente operados entre janeiro de 2010 e junho de 2014, provenientes de um único centro de referência, com protocolo de realização de colonoscopias pós-operatórias após 6 e 18 meses. As taxas de rep foram analisadas nas colonoscopias e correlacionadas com o tratamento realizado para sua prevenção. Os resultados foram compilados e descritos em forma de algoritmo de tratamento segundo o desenho do estudo. Resultados: no período do estudo, 22 pacientes foram submetidos a ressecções ileocólicas laparoscópicas. Destes, 3 foram excluídos por não realizarem a primeira colonoscopia após 6 meses da data da cirurgia. Dos 19 pacientes analisados (12 homens), a média de idade foi de 35,8 anos. Os fenótipos mais comumente observados foram a2 (n=12), l3 (n=14) e b2 (n=15). Destes, 17 utilizaram azatioprina (aza) após as ressecções e 2 não utilizaram nenhum tratamento, com 13 utilizando biológicos (9 ifx e 4 ada), em combinação com aza. Após seguimento médio de 28,63(8-72) meses, rep foi observada em 5/19 pacientes (26,31%) na colonoscopia de 6 meses, 4 dos quais utilizando biológicos. Apenas 10 pacientes realizaram a colonoscopia de 18 meses, com rep sendo observada em apenas 2 (20%), os quais já a apresentavam no controle endoscópico de 6 meses. Conclusões: rep foi observada em 26,31% dos pacientes após 6 meses, taxa compatível com a literatura internacional. A maioria dos pacientes com rep utilizava biológicos antes das operações, o que provavelmente significou maior gravidade da dc nesses casos. Os resultados preliminares deste estudo piloto prospectivo demonstram a importância de se delinear protocolos de seguimento para esses pacientes, para se otimizar a terapia baseada em achados colonoscópicos e reduzir as taxas de rep, com consequente melhor controle da doença.

#### **ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O INFLIXIMABE E O ADALIMUMABE NA PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS NA DOENÇA DE CROHN: RESULTADOS DO BANCO DE DADOS INTERNACIONAL MULTIPER**

PAULO GUSTAVO KOTZE; FABIO VIEIRA TEIXEIRA, IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, ROGERIO SAAD-HOSSNE, ANTONINO SPINELLI, SILVIO DANESE, AKIHIRO YAMADA, TAKAYUKI YAMAMOTO  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), YOKKAI-CHI IBD UNIT, HOSPITAL HELIOPOLIS, UNESP BOTUCATU, CLÍNICA GASTROSAUDE, SAKURA HOSPITAL, INSTITUTO HUMANITAS*

Resumo: Introdução: o adalimumabe (ada) e o infliximabe (ifx) parecem mais eficazes na redução da recorrência endoscópica pós-operatória (rep) na Doença de Crohn (DC), em relação ao

tratamento convencional. Há escassez de dados comparativos entre essas duas drogas nesse cenário. O objetivo deste estudo foi comparar as taxas de rep em pacientes tratados com ifx e ada após ressecções ileocólicas na dc. Método: o banco de dados multiper (multicenter international postoperative endoscopic recurrence) é uma análise retrospectiva de taxas de rep após ressecções ileocólicas, proveniente de 7 Centros de referência de 3 diferentes países. Todos os pacientes consecutivamente submetidos a ressecções ileocólicas entre 2008 e 2012 que tiveram colonoscopias realizadas em até 12 meses após as cirurgias foram incluídos. Pacientes tratados com terapia convencional foram excluídos. Rep foi definida como score de rutgeerts  $\geq$  i2. Pacientes em terapia biológica após a cirurgia foram alocados em 2 grupos, em relação aos medicamentos utilizados (ifx e ada). as taxas de rep foram comparadas entre os dois grupos. A análise estatística foi realizada com os testes de fisher e qui-quadrado (variáveis nominais) e pelos testes t de student e mann-whitney (variáveis quantitativas), com  $p < 0.05$  considerado significativo. Resultados: inicialmente foram analisados 231 pacientes (63 excluídos por falta de dados e por realizarem a primeira colonoscopia após 12 meses). Dos 168 pacientes incluídos, 96 foram manejados com biológicos após as ressecções (37 com ada e 59 com ifx) e foram incluídos neste estudo comparativo. Os grupos foram totalmente homogêneos em relação a todas as características de base, principalmente idade ( $p=0.282$ ), gênero ( $p=0.521$ ), ressecções prévias ( $p=0.392$ ), dc perianal ( $p=0.262$ ) e mono ou comboterapia ( $p=0.521$ ). Rep foi identificada em 9/37 (24.32%) dos pacientes tratados com ada estudo comparativo entre o infliximabe e o adalimumabe na prevenção da recorrência endoscópica pós-operatória após ressecções ileocólicas na Doença de Crohn: resultados do banco de dados internacional multiperversus 16/59 (27.12%) no grupo tratado com ifx ( $p = 0.815$ ). Conclusões: nesse estudo internacional retrospectivo, não houve diferença na comparação direta entre a utilização do ifx e do ada em termos de taxas de rep.

#### **A LOCALIDADE DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS INFLUENCIA NAS TAXAS DE RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS NA DOENÇA DE CROHN? RESULTADOS DE UM ESTUDO MULTICÊNTRICO INTERNACIONAL (MULTIPER DATAB**

PAULO GUSTAVO KOTZE; TAKAYUKI YAMAMOTO, IDBLAN ALBUQUERQUE, RODOLFF NUNES DA SILVA, ROGERIO SAAD-HOSSNE, FABIO VIEIRA TEIXEIRA, YASUO SUZUKI, ANTONINO SPINELLI  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), YOKKAI-CHI IBD UNIT, HOSPITAL HELIOPOLIS, UNESP BOTUCATU, CLÍNICA GASTROSAUDE, SAKURA HOSPITAL, INSTITUTO HUMANITAS*

Resumo: Introdução: recorrência endoscópica pós-operatória (rep) ocorre em um percentual significativo de pacientes um ano após ressecções ileocólicas. Diversos aspectos influen-

ciam nas taxas de rep, principalmente tipo de tratamento e características fenotípicas da Doença de Crohn (DC). Há escassez de dados comparativos de diferentes regiões do mundo em relação à recorrência endoscópica. O objetivo deste estudo foi comparar taxas de rep em pacientes tratados em 3 diferentes países. Método: o banco de dados multiper (multicenter international postoperative endoscopic recurrence) é uma análise retrospectiva de taxas de rep após ressecções ileocólicas, proveniente de 7 centros de referência de 3 diferentes países. Todos os pacientes consecutivamente submetidos a ressecções ileocólicas entre 2008 e 2012 que tiveram colonoscópias realizadas em até 12 meses após as cirurgias foram incluídos. Os pacientes do banco de dados foram alocados em 3 grupos, pelo país em que foram tratados. As taxas de rep foram comparadas entre os grupos. A análise estatística foi realizada com os testes de fisher e qui-quadrado (variáveis nominais) e pelos testes t de student e mann-whitney (variáveis quantitativas), com  $p < 0.05$  considerado significativo. Os métodos de kruskal-wallis e anova foram utilizados na comparação entre os 3 grupos, com análise multivariada com regressão logística para recorrência. Resultados: dos 168 pacientes incluídos, 72 foram tratados no Brasil, 53 no Japão e 43 na Itália. Os grupos foram homogêneos, à exceção pela duração da dc ( $p = 0.002$ ), ressecções prévias ( $p < 0.001$ ) e dc perianal ( $p = 0.004$ ). Rep foi identificada em 31.94% dos pacientes tratados no Brasil (b), 37.74% dos tratados no Japão (j) e em 13.95% dos manejados na Itália (i). Na comparação direta: b vs. I:  $p = 0.036$  (or: 2.89; 95% ci: 1.06-7.89); j vs. I:  $p = 0.012$  (or: 3.74; 95% ci: 1.33-10.51) and j vs. B:  $p = 0.501$  (or: 1.29; 95% ci: 0.61-2.73). Na análise multivariada, utilizando pacientes tratados na Itália como referência pacientes tratados no Brasil e Japão apresentaram maior risco de recorrência (or = 2.37 and or = 2.31, respectivamente). Conclusões: no banco de dados multiper, pacientes tratados na Itália apresentaram menores taxas de rep quando comparados aos tratados no Brasil e no Japão. Dados internacionais prospectivos em relação a rep poderiam elucidar potencial influência de fatores genéticos, dietéticos e ambientais no manejo pós-operatório da dc.

#### **COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA DOS AGENTES ANTI-TNF ISOLADOS OU EM COMBINAÇÃO COM AZATIOPRINA NA PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN: RESULTADOS DE UM ESTUDO INTERNACIONAL (MULTIPER DATABASE)**

PAULO GUSTAVO KOTZE; ANTONINO SPINELLI, SILVIO DANESE, ROGERIO SAAD- HOSSNE, IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, FABIO VIEIRA TEIXEIRA, IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, TAKAYUKI YAMAMOTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), INSTITUTO HUMANITAS, CLÍNICA GASTROSAUDE, UNESP BOTUCATU, HOSPITAL HELIOPOLIS, YOKKAICHI IBD UNIT

Resumo: Introdução: recorrência endoscópica pós-operatória (rep) ocorre em aproximadamente 80% dos pacientes após ressecções ileocólicas na Doença de Crohn (DC). Agentes

biológicos são mais eficazes na redução da rep em relação ao tratamento convencional em estudos prospectivos. O objetivo deste estudo foi avaliar se a superioridade da comboterapia (agentes anti-tnf + azatioprina – aza), em comparação com o uso isolado de biológicos, em relação às taxas de rep após ressecções ileocólicas, seria confirmada em uma análise multicêntrica e retrospectiva. Método: o banco de dados multiper (multicenter international postoperative endoscopic recurrence) é uma análise retrospectiva de taxas de rep após ressecções ileocólicas, proveniente de 7 centros de referência de 3 diferentes países. Todos os pacientes consecutivamente submetidos a ressecções ileocólicas entre 2008 e 2012 que tiveram colonoscopias realizadas em até 12 meses após as cirurgias foram incluídos. Rep foi definida como score de rutgeerts  $\geq$  i2. Os pacientes manejados com terapia biológica foram alocados em 2 grupos: monoterapia com os mesmos ou comboterapia com aza. As taxas de rep foram comparadas entre os dois grupos. A análise estatística foi realizada com os testes de fisher e qui-quadrado (variáveis nominais) e pelos testes t de student e mann-whitney (variáveis quantitativas), com  $p < 0.05$  considerado significativo. Resultados: dos 168 pacientes incluídos, 96 foram manejados com biológicos após as ressecções (59 manejados com monoterapia e 37 com comboterapia) e foram incluídos neste estudo comparativo. Os grupos foram homogêneos em relação à idade ( $p = 0.150$ ), gênero ( $p = 0.830$ ), ressecções prévias ( $p = 0.284$ ) e tipo de biológico utilizado (ada ou ifx,  $p = 0.521$ ). Havia maior duração da dc no grupo de comboterapia em relação ao tratado com monoterapia (108 vs. 64 meses,  $p = 0.030$ ). Per foi identificada em 22.03% (13/59) dos pacientes no grupo monoterapia versus 32.43% (12/37) dos tratados com comboterapia ( $p = 0.340$ ). Conclusões: na análise retrospectiva do banco de dados internacional multiper, a terapia combinada com biológicos associados à azatioprina não foi superior à monoterapia com biológicos na prevenção da rep após ressecções ileocólicas na dc. Estudos maiores e prospectivos são necessários para melhor se elucidar um plausível efeito sinérgico entre imunossuppressores e biológicos no cenário da prevenção da recorrência.

#### **USO PRÉ-OPERATÓRIO INTENCIONAL DO ADALIMUMABE NA DOENÇA DE CROHN: EXPERIÊNCIA INICIAL**

PAULO GUSTAVO KOTZE; RENATO VISMARA ROPELATO, JAIME FONTANELLI, ERON FABIO MIRANDA, LORETE MARIA DA SILVA KOTZE

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR

Resumo: Introdução: o uso prévio de agentes biológicos parece não aumentar as taxas de complicações clínicas e cirúrgicas após cirurgias abdominais na Doença de Crohn (DC). Pacientes com extensas massas inflamatórias, com indicação cirúrgica, podem apresentar significativa dificuldade intra-operatória pelo edema, possibilidade de ressecções extensas e maior possibilidade de sangramento. O objetivo deste estudo foi avaliar se o uso intencional do adalimumabe (ada) no pré-operatório

com o propósito de redução de massas abdominais inflamatórias é estratégia segura no manejo da dc. Método: estudo retrospectivo com portadores de dc abdominal que apresentaram massas abdominais com indicação cirúrgica, manuseados com terapia biológica pré-operatória intencional. Foram excluídos casos com abscessos abdominais ou infecção secundária, e casos em que cirurgias eletivas foram realizadas na vigência do tratamento biológico ocasionalmente. Resultados: em uma coorte de 56 pacientes portadores de dc tratados com ada, foram incluídos dois pacientes em que o uso da medicação foi realizado intencionalmente no pré-operatório, com o intuito de redução das dimensões das massas inflamatórias para se facilitar o ato cirúrgico. Caso 1: paciente feminina, com 34 anos, portadora de massa inflamatória no íleo terminal com cerca de 16 cm à tomografia, associada a estenose. Tratada com ada 160/80 mg com manutenção de 40 mg a cada 14 dias por 3 meses. Submetida posteriormente a ressecção ileocólica com anastomose primária, sem complicações pós-operatórias. Caso 2: paciente masculino, com 38 anos, apresentava massa inflamatória de cerca de 13 cm na topografia de anastomose ileocecal prévia, com compressão do músculo psoas. Tratado com o mesmo regime de indução e manutenção com ada, por um período de 90 dias, e posterior ileocectomia direita por estenose. Evolução sem complicações pós-operatórias imediatas ou tardias. Conclusões: pacientes submetidos a tratamento cirúrgico com ressecções intestinais por dc e previamente expostos ao ada parecem não apresentar maiores taxas de complicações. O uso intencional pré-operatório de agentes biológicos com o intuito de se reduzir massas inflamatórias para facilitar o ato cirúrgico é estratégia inovadora, e pode ser utilizada em casos selecionados em portadores da dc. Estudos prospectivos com amostras maiores de pacientes são necessários para melhor se definir o papel dessa terapêutica em casos complicados da doença.

#### **RECORRÊNCIA CIRÚRGICA DA DOENÇA DE CROHN E SEUS FATORES PREDITORES EM UMA COORTE DE PACIENTES ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; ANTÔNIO LACERDA FILHO, MARIA DE LOURDES ABREU FERRARI, DÉBORAH ALMEIDA ROQUETTE ANDRADE, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, RODRIGO GOMES DA SILVA *INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG E DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG – BELO HORIZONTE/MG.*

Resumo: A Doença de Crohn (DC) caracteriza-se por um processo inflamatório transmural crônico e recorrente que se traduz em diferentes fenótipos, de acordo com a classificação de Montreal. Apesar do desenvolvimento do tratamento clínico, cerca de 75% dos pacientes com dc ainda necessitam de tratamento cirúrgico e 16% a 65% dos pacientes necessitam de outra operação em 10 anos. Objetivos: este estudo teve como objetivo avaliar a recorrência cirúrgica e seus possíveis fato-

res preditores em pacientes operados para tratamento de DC. Métodos: foi estudada retrospectivamente uma coorte de 125 pacientes com dc submetidos a tratamento cirúrgico entre janeiro de 1992 a janeiro de 2012, em acompanhamento regular no ambulatório de intestino clínico do hospital das clínicas da UFMG. Resultados: a distribuição por gênero foi semelhante, sendo 50,4% do sexo feminino, com média de idade de 46,12 anos, a maioria (63,2%) com diagnóstico entre 17 e 40 anos. O íleo terminal foi envolvido em 58,4%, sendo que o comportamento estenosante foi observado em 44,8% e o penetrante em 45,6% dos pacientes. Doença perianal foi observada em 26,4% dos casos. A média de tempo de acompanhamento foi de 152,40 meses, sendo que a primeira operação foi realizada 29 meses, em média, após o diagnóstico. Recorrência cirúrgica foi observada em 29,6%, com um tempo médio de 68 meses até a segunda operação. Observou-se que a localização ileocólica, o comportamento penetrante e a presença de doença perianal estiveram associados significativamente com maior recorrência. O maior tempo de progressão da doença também esteve associado a um maior número de cirurgias, enquanto que a idade acima de 40 esteve mais frequentemente relacionada à necessidade de cirurgia de urgência. Conclusão: conclui-se que a dc em suas formas mais invasivas e prolongadas, sobretudo de topografia ileocólica e com comprometimento perianal tende a recorrer mais frequentemente após tratamento cirúrgico.

#### **MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA (RCUI) NO ESTADO DE MATO GROSSO – BRASIL.**

MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES; ANNA CAROLINA FRANCO, AYMÊ CHAVES NOGUEIRA, CAROLINA ROSSONI DE MELO, NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA, CLAUDIA MAGESTE REIS FALCÃO, MARDEM MACHADO DE SOUZA. *HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO (CUIABÁ-MT).*

Resumo: Introdução: a RCUI é uma doença inflamatória intestinal crônica, que pode se apresentar como doença grave, sendo responsável por índices expressivos de morbidade e mortalidade. A patogenia é pouco conhecida, mas sabe-se que o tripé básico consiste na interação de fatores genéticos, microbiota intestinal e imunorregulação da mucosa do cólon. A terapia medicamentosa é capaz de controlar os sintomas da doença, contribuindo para uma menor probabilidade de novas crises. Objetivo: descrever os medicamentos usados no tratamento da RCUI no estado de mato grosso. Método: estudo descritivo, observacional, transversal, realizado através da revisão de 255 prontuários de pacientes com RCUI no estado do mato grosso, provenientes do programa de medicamentos excepcionais da secretaria de saúde. Resultados: foi observado a prevalência do uso da mesalazina (5-asa) em duzentos e quinze (84,4%) pacientes e associado com outros medicamentos em 18 (7%) pacientes. A associação do 5-asa com a azatioprina ocorreu em 5,9% dos pacientes. Encontramos dez (3,4%) pacientes em uso apenas de azatioprina, nove (3,6%) em uso

de sulfassalazina, dois (0,8%) pacientes em uso de anti-tnf (adalimumab ou infliximab) e quatro (1,5%) pacientes em uso de associações terapêuticas com anti-tnf. Somente trinta e cinco (13,7%) pacientes necessitaram de tratamento progressivo. Destes, quinze pacientes (42,9%) requereram uso de prednisona (10 a 60mg/dia) isolada ou associada a outras medicações. Eventualmente, alguns pacientes (11,4%) necessitaram do uso de antibióticos (ciprofloxacina e/ou metronidazol) ao longo do tratamento. Apenas três (8,5%) exigiram tratamento progressivo com anti-tnf. Conclusão: este estudo mostrou alguns aspectos sobre o tratamento medicamentoso dos pacientes com RCUI no estado de Mato Grosso.

#### **ANÁLISE DE PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA EM USO DE TERAPIA BIOLÓGICA**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA, DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE CAMARGO, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DMAD - FCM, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*

Resumo: Introdução: o emprego da terapia biológica no tratamento das doenças inflamatórias intestinais (DII) implicou no melhor controle destas, porém seu potencial de malignidade ainda permanece controverso. Objetivo: relatar os pacientes portadores de DII que tiveram diagnóstico de neoplasia maligna em uso de terapia biológica. Casuística e Métodos: no período de 2004 a 2014, 295 pacientes acompanhados no ambulatório de DII do gastrocentro-unicamp, utilizaram terapia biológica (190 infliximabe e 105 adalimumabe). Destes, 5 apresentaram neoplasia maligna. Resultados: três doentes eram do sexo feminino e a média de idade foi de 54,4 anos por ocasião do diagnóstico do tumor. Três faziam uso de infliximabe, sendo dois em associação com azatioprina e dois utilizavam adalimumabe. Estes últimos haviam previamente utilizado infliximabe. Os tipos histológicos e a localização das neoplasias foram: carcinoma urotelial de bexiga, melanoma de dorso, carcinoma papilífero de tireóide, adenocarcinoma de reto e carcinoma de mama. Todos foram submetidos a tratamento cirúrgico e tiveram suspensa a medicação para a Doença de Crohn. O paciente com CA de bexiga evoluiu para óbito em decorrência da doença 3 anos após o diagnóstico. O do tumor de reto apresentou recidiva da doença sendo reoperado, mas esta cirurgia não foi curativa e o doente se encontra com doença avançada. Os outros 3 pacientes estão bem, sem evidência de recidiva dos tumores e com Doença de Crohn controladas, mesmo sem medicação. Conclusão: a ocorrência de neoplasias malignas na vigência de terapia biológica em pacientes com DII está de acordo com o descrito na literatura. Não existem condutas padronizadas, porém recomenda-se a suspensão da terapia imunossupressora para o controle clínico da doença maligna.

#### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACÓLON TÓXICO POR DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, MICHEL GARDERE CAMARGO, NATÁLIA VIEIRA PRANZETTI, LARISSA BERT ARIAS, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - DMAD - FCM - UNICAMP*

Resumo: Introdução: megacólon tóxico (mt) é uma complicação rara das doenças inflamatórias intestinais (DII), mas de elevada morbimortalidade. Objetivo: avaliar as cirurgias por mt ao longo dos últimos 14 anos em serviço de referência em dii. Casuística e métodos: no período de 2000 a 2014, nove doentes portadores de DII foram operados em decorrência de mt. Oito (88,9%) tinham diagnóstico prévio de retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) e um apresentava quadro agudo como primeira manifestação. Resultados: cinco doentes (55,5%) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 32,1 (24-43) anos. Seis doentes (66,7%) foram operados nos três primeiros anos do estudo. Em 7 Doentes (77,8%), a cirurgia realizada foi colectomia total com fechamento do reto e ileostomia terminal e em 2 (22,2%), foi realizada retocoliectomia total e confecção de reservatório ileal (ri) com anastomose ileoanal e ileostomia de proteção. Ocorreram duas complicações cirúrgicas: um paciente apresentou abscesso intraperitoneal sendo reoperado no 14º dia de pós-operatório e outro, sangramento do reto remanescente, controlado com medidas clínicas, além de um outro paciente que apresentou infecção do trato urinário. O anatomopatológico do espécime cirúrgico foi RCUI em 8 e Doença de Crohn (DC) em um. Dos pacientes que não realizaram a cirurgia definitiva, reconstrução do trânsito intestinal foi realizada em 5, com proctectomia e confecção de reservatório ileal com anastomose ileoanal em 4 e anastomose ileorretal em um (dc); um doente aguarda cirurgia de reconstrução e um outro perdeu seguimento. No seguimento, mais dois doentes tiveram diagnóstico de dc, um no espécime da proctectomia e um outro, evoluiu com recidiva da doença no ri e no perineo. Conclusão: a ocorrência de mt foi rara, a morbidade baixa e não houve mortalidade nesta casuística. Esta complicação foi mais comum na RCUI do que na dc, podendo o diagnóstico diferencial ser difícil na vigência nesta situação. Antes da cirurgia definitiva, uma melhor avaliação do espécime cirúrgico da colectomia, e biópsias do reto remanescente são aconselháveis.

#### **ABORDAGEM CIRÚRGICA NAS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA DE CROHN**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, RITA BARBOSA DE CARVALHO, PATRÍCIA PRANDO CARDIA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: Introdução: a indicação cirúrgica da Doença de Crohn esta sugerida principalmente com a presença de suas de suas complicações e intimamente relacionada com o aumento do

tempo de seguimento. Este é proporcionado também pelos avanços das terapias medicamentosas, que visam à melhora da qualidade de vida, a preservação de funções orgânicas, bem como manter a remissão pelo máximo de tempo possível. Entre as complicações que ainda representam indicações cirúrgicas mais comuns encontram-se os abscessos, as estenoses, as fístulas, os sangramentos, as perfurações e a degeneração neoplásica. Estas requerem com frequência terapias precisas atendendo a necessidade do seu controle imediato e na busca de sua resolução definitiva, sempre da forma mais conservadora possível. Objetivo: analisar os resultados das indicações terapêuticas cirúrgicas da Doença de Crohn na vigência de suas complicações durante o período de terapia medicamentosa específica. Método: apresenta-se a casuística de doentes portadores de Doença de Crohn em seguimento durante tratamento medicamentoso que desenvolveram complicações relacionadas à enfermidade. Ocorreram abscessos em quatro doentes, estenoses em três, degeneração neoplásica em dois, fístula cutânea em dois, e perfuração em um. Os portadores de abscessos e estenoses receberam terapias não cirúrgicas prévias à indicação cirúrgica. Aqueles que apresentaram fístulas e degeneração neoplásica foram encaminhados para tratamento cirúrgico programado. O doente com perfuração em peritônio livre foi prontamente operado. As terapias cirúrgicas foram adequadas à localização da doença bem como à complicação manifestada. A evolução foi considerada satisfatória com exceção de um enfermo que necessitou de reoperação por intercorrência pós-operatória. Resultado: o tratamento cirúrgico das complicações da Doença de Crohn apresenta particularidades decorrentes das possibilidades de localização e manifestações da enfermidade. As terapias de preservação são sempre mais sugeridas e a variável cirúrgica representa ponto de equilíbrio entre a agressividade da doença e da terapia visando à obtenção de melhores resultados. Conclusão: conclui-se que as terapias equilibradas, combinadas e menos agressivas são recomendadas sempre que possível estão associadas a resultados satisfatórios.

#### **COMPLICAÇÕES PÓSOPERATÓRIAS NOS PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN EM USO DE ANTI-CORPOS ANTI-TNF ALFA**

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; ANNIBAL COELHO AMORIM JR., ANDRÉ DA LUZ MOREIRA, ANA TERESA PUGAS CARVALHO, FLAVIO ABBY, BARBARA ESBERARD, FRANCISCO LOPES-PAULO

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ.*

Resumo: Introdução: o risco de complicação cirúrgica na Doença de Crohn é significativo e tem sido associado em estudos prévios ao uso de corticóide, desnutrição, presença de seps abdominal e tabagismo. Nos últimos anos, as drogas anti-tnf alfa tem sido usadas com frequência no tratamento da Doença de Crohn, porém a segurança de seu uso nos pacientes submetidos a cirurgia ainda é controverso. Portanto, o objetivo desse estudo foi avaliar o uso da terapia biológica e sua associação com complicações sépticas no período pós-operatório. Métodos: o estudo foi retrospectivo, incluindo os pacientes

consecutivos operados com diagnóstico de Doença de Crohn no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), entre 2010 e 2013. As variáveis coletadas incluíram: dados demográficos, classificação de Montreal, medicação em uso, albumina pre-operatória, doença perianal, tabagismo, cirurgias prévias, tipo de cirurgia e anastomose, tempo de internação, morbidade e mortalidade. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos: grupo I (com anti-tnf) e grupo II (sem anti-tnf). Resultados: foram incluídos 73 pacientes, (38 grupo I e 35 grupo II), 60% eram mulheres e a idade mediana foi de 39 (20-61) anos. O fenótipo mais comum foi o fistulizante em 60% dos pacientes e a cirurgia mais comum foi a ileocectomia (77%). Um estoma foi realizado em 40% dos pacientes. Vinte e sete pacientes estavam em uso de infliximabe e 11 em uso de adalimumabe. Os resultados entre os dois grupos foram semelhantes, exceto pela duração da doença (10 vs. 16 anos;  $p=0.03$ ) e via laparoscópica (34% vs. 57%;  $p=0.04$ ). As complicações sépticas e morbimortalidade foram semelhantes nos dois grupos. Conclusão: esse estudo sugere que operar na vigência do tratamento com anti-tnf alfa é seguro e pode não haver necessidade de suspender a medicação no pré-operatório.

#### **ILEOLECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN**

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; KARIN LOHMANN HAMADA, MARLLUS BRAGA SOARES, ANDRÉ DA LUZ MOREIRA, ANA TERESA PUGAS CARVALHO, FLAVIO ABBY, BARBARA ESBERARD, PAULO CESAR CASTRO JR., FRANCISCO LOPES-PAULO

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ*

Resumo: Introdução: estudos prévios tem demonstrado que o uso da laparoscopia na Doença de Crohn ileocólica é segura e eficaz na doença estenosante. Entretanto, há pouca evidência do emprego da laparoscopia na doença fistulizante abdominal. Portanto, o objetivo desse estudo é comparar as vias convencional e laparoscópica na ileocectomia por Doença de Crohn, incluindo os pacientes com doença fistulizante abdominal. Métodos: o estudo foi retrospectivo, incluindo os pacientes consecutivos operados com diagnóstico de Doença de Crohn no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), entre 2010 e 2013. As variáveis coletadas incluíram: dados demográficos, classificação de montreal, medicação em uso, albumina pre-operatória, doença perianal, tabagismo, cirurgias prévias, tipo de cirurgia e anastomose, tempo de internação, morbidade e mortalidade. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos: grupo I (convencional) e grupo II (laparoscópico). Resultados: foram incluídos 56 pacientes (26 grupo I e 30 grupo II), 63% eram mulheres e a idade mediana foi de 39 (20-67) anos. Apenas 1 paciente no grupo II foi convertido para cirurgia convencional. O fenótipo mais comum foi o fistulizante abdominal em 64% dos pacientes. A terapia biológica estava sendo administrada em 52% dos pacientes e 32% necessitaram de estoma. A presença de doença fistulizante abdominal estava presente em 18 (69%) pacientes no grupo I e 18 (60%) pacientes no grupo II. Os resultados entre os dois grupos foram semelhantes, exceto pela presença de

cirurgias abdominais prévias (58% grupo I vs. 20% grupo ii,  $p < 0.01$ ), formação de estoma (50% grupo I vs. 17% grupo ii,  $p = 0,01$ ) e tempo mediano de internação pós-operatória (10 dias grupo I vs. 5,5 dias grupo ii,  $p < 0.01$ ). As complicações sépticas e morbimortalidade foram semelhantes nos dois grupos. Conclusão: esse estudo sugere que a via laparoscópica seja segura e eficaz sempre que possível tecnicamente, mesmo na presença de doença fistulizante abdominal.

#### ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DO CÂNCER COLO-RETAL ASSOCIADO À DOENÇA DE CROHN

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PAULO EDUARDO PIZÃO, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn é caracterizada por um processo inflamatório crônico que pode atingir todo o aparelho digestório com localização mais freqüente no intestino delgado e no segmento colo-retal. Tem como característica clínica a longa evolução dos sintomas, sendo difícil de estabelecer o início exato da doença. Pode não apresentar quadro clínico patognomônico, porém, frequentemente é caracterizada por diarreia, emagrecimento, cólicas abdominais e sangramento evacuatório. Alternância do hábito intestinal e quadros suboclusivos podem aparecer no início ou posteriormente como conseqüência de uma diminuição do lúmen intestinal por estenose inflamatória ou cicatricial. Por outro lado a neoplasia colo-retal tem características clínicas semelhantes dependendo do segmento acometido. Por requisitarem terapêuticas específicas diferentes necessitam do diagnóstico diferencial e precoce. Objetivo: apresentar os quadros de doentes portadores de Doença de Crohn associado à neoplasia colo-retal, visando analisar os aspectos clínicos e diagnósticos da enfermidade, bem como as terapêuticas empregadas. Método: apresenta-se a associação destas enfermidades em dois doentes sendo um de localização cólica esquerda e outro retal. Ambos possuem diagnósticos confirmados de enfermidade de crohn em acompanhamento e recebendo terapêuticas específicas durante período prolongado. Apresentaram achado do câncer colo-retal diagnosticado através de exame colonoscópico, com estadiamento sem disseminação metastática. Foram submetidos a tratamento cirúrgico específico com boa evolução. Não apresentaram indicações para terapias adjuvantes, sendo inseridos em planejamento para seguimento. Resultado: a ausência de sintomas diferenciais das enfermidades, torna a colonoscopia essencial para o diagnóstico preciso. Não só a região acometida pela doença inflamatória, mas todo o trato gastrointestinal deve ser examinado periodicamente, independente da presença de sintomas, visto a necessidade do diagnóstico precoce e da possibilidade de ocorrência desta concomitância também relacionada à agressão inflamatório de longa duração. Conclusão: considerando a possibilidade dessa associação e a semelhança do quadro clínico em ambas as cir-

cunstâncias, conclui-se a importância do exame endoscópico colo-retal de forma rotineira e periódica visando contribuir para o diagnóstico precoce e melhor prognóstico.

#### AVALIAÇÃO DO PERFIL, QUEIXA E HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA DE PACIENTE SUBMETIDOS À MANOMETRIA ANORRETAL

KARINE SABRINA BONAMIGO; MARLISE MELLO CERATO, VALÉRIO CELSO MADRUGA DE GARCIA, RUY TAKASHI KOSHIMIZU, RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL, DAIANE SONZA VIDART  
*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES*

Resumo: Introdução: a manometria anorretal (ma) consiste em avaliar as pressões da musculatura esfinteriana anal, reflexos, sensibilidade e capacidade retal. Tem relevância para o diagnóstico e planejamento terapêutico de diversas patologias anorretais. Objetivo: avaliar o perfil dos pacientes submetidos à ma e as queixas que motivaram a sua solicitação. Métodos: revisão de questionários aplicados a pacientes submetidos à ma em laboratório de motilidade digestiva no período de 2 anos. Resultados: foram revisados 296 questionários, 252 pacientes eram do sexo feminino e a idade média foi 61,56 anos ( $\pm 15,11$ ). O motivo da solicitação do exame foi incontinência fecal (if) em 69,83%, constipação e bloqueio evacuatório 13,89%, pré-operatório de cirurgia orificial em 6,10%, fissura anal 4,74%, dor anorretal ou pélvica 3,05%, procidência retal 1,69%, alteração ao exame físico e pré-operatório de reconstrução de trânsito intestino 0,33% cada. O período médio de duração dos sintomas antes do exame foi de 49,94 meses ( $\pm 88,26$ ), com número médio de evacuações por semana de 11,7 ( $\pm 11,52$ ) nos incontinentes, 4,38 ( $\pm 3,33$ ) nos contipados e 8,35 ( $\pm 5,51$ ) nos demais. Nos pacientes com if a queixa foi soiling em 51,94%, urgência evacuatória em 25,24% e acidentes em 39,32% e a pontuação média na escala de wexner de 7,62 ( $\pm 4,67$ ). Do total 42,37% relacionavam sua queixa com limitação em suas atividades e, nos incontinentes 49,25% necessitava de uso de forro perineal. Nas mulheres que realizaram o exame por if 131 tiveram duas ou mais gestações e 18 uma gestação, sendo que 87,24% dos nascimentos ocorreram por via vaginal, destes 66,15% instrumentados ou com episiotomia. Nas demais, 45 tiveram duas ou mais gestações e 9 uma gestação, sendo que 74,07% dos nascimentos ocorreram via vaginal e 52,5% destes instrumentados ou episiotomia. Cirurgias perineais foram informadas em 80 pacientes e cirurgias/radioterapia pélvicas em 54 pacientes. Os pacientes constipados apresentavam menor número de evacuações semanais em relação aos outros pacientes. Doenças neurológicas, reumatológicas, de tireóide e diabete mellitus estavam presentes em 75 casos. Conclusão: dos pacientes submetidos à ma a if foi a queixa mais comum, seguida por constipação e bloqueio evacuatório. Pacientes constipados evacuavam menos em relação aos demais e o percentual de partos vaginais e instrumentados ou com episiotomia foi maior nos pacientes com if. A média de tempo de sintomas para o início da investigação foi maior que 3 anos.

### **IMPORTÂNCIA DA ULTRASSONOGRAFIA TRANSSANAL 3D NA DOR ANAL IDIOPÁTICA.**

UMBERTO MORELLI; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, RAQUEL FRANCO LEAL, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS*

Resumo: Introdução: a dor anal é uma queixa frequente na prática clínica diária, e frequentemente a sua origem não é diagnosticada. Objetivo: avaliar a importância da ultrassonografia transanal 3D para o diagnóstico etiológico da dor anal idiopática. Métodos: desde 2009, 25 pacientes (10 homens e 15 Mulheres) com queixa de dor anal crônico idiopático foram

submetidos à ultrassonografia transanal 3D (b&k profocus®) como exame complementar no diagnóstico etiológico da sintomatologia. Resultado: em 9 pacientes (36%) o resultado do exame foi normal, em 10 (40%) foi achada uma área cicatricial (do eai, EAE ou ambos) e em 6 (24%) foi achado um abscesso (em 3 pacientes (12%) com fistula associada e em outros 3 (12%) se achou um micro abscesso interesfínctérico) como etiologia da dor anal. Conclusões: na maioria dos casos (64%) foi achada uma anomalia anatômica ou patológica (24%) como causa provável dos sintomas. A usg transanal 3D pode ser um válido aliado para o diagnóstico etiológico da dor anal idiopática.

## **PÔSTERES**

### **ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO**

DANIELA TIEMI SATO; RAFAEL GAMA FERNANDES, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: o divertículo de meckel (dm) resulta de uma obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico entre a 5ª e a 7ª semana de gestação. O dm é a anomalia congênita mais frequente do intestino delgado, com uma incidência entre 2% a 3%. A grande maioria dos dm são achados incidentais e são assintomáticos, todavia existe um risco de 5%-6% de virem a desenvolver alguma complicação ao longo da vida. Em um estudo com 776 doentes com divertículo de meckel, as complicações encontradas foram: hemorragia gastrointestinal (28%), invaginação (13%), obstrução (11%), perfuração (11%), estrangulamento (8%), diverticulite (6%), volvo (5%), hérnia de litró (2%) e neoplasia (1%). Objetivos: relatar um caso raro de diverticulite aguda e realizar uma revisão bibliográfica sobre este tema. Relato de caso: cnt, mulher, 86 anos, apresentando dor abdominal difusa com parada de eliminação de gases e fezes há 3 dias, com queda do estado geral, negava cirurgias anteriores, exame compatível com abdome agudo obstrutivo. Apresentava nos exames laboratoriais leucocitose e na tomografia de abdome sinais de abdome agudo obstrutivo devido a processo inflamatório em delgado. Paciente foi submetida a laparotomia com enterectomia de segmento de íleo apresentando diverticulite de meckel. A paciente evoluiu bem com alta no 5ºpo. Discussão: o dm é um divertículo verdadeiro, que se localiza no bordo antimesentérico do íleo e em 90% dos casos está nos seus 10 cm distais e cerca de 50% dos divertículos contêm mucosa ectópica, na maioria dos casos é gástrica. O seu diagnóstico pré-operatório é difícil e excepcional, já que é uma patologia rara e que pode mimetizar outras causas de abdome agudo. Os dm sintomáticos devem ser submetidos a ressecção cirúrgica através de enterectomia segmentar ou diverticulectomia. Os assintomáticos encontrados incidentalmente ainda é um dilema que se mantém sem resposta. Conclusão: o dm é uma patologia rara com uma incidência de complicações baixa e variadas, o que pode simular outras patologias abdominais.

### **ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR TUMOR DE SIGMOIDE COM INVASÃO DUODENAL: RELATO DE CASO**

FÁBIO RAMOS TEIXEIRA; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA, ANA LÍVIA SANTOS BARROS  
*HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS*

Resumo: O câncer colorretal configura-se como o terceiro tipo de câncer mais frequente em mulheres e o quarto em homens, segundo a última estimativa mundial. Tumores que invadem órgãos adjacentes por contiguidade ocorrem em 5 a 18% dos casos. É relatado um caso de um paciente de 74 anos, masculino, que deu entrada na unidade de urgência com quadro de dor e distensão abdominal súbita após preparo de cólon para realização de colonoscopia eletiva por constipação crônica progressiva. Indicado procedimento cirúrgico de urgência, com achados: tumoração obstrutiva de sigmoide com invasão de 4ª porção duodenal e megacólon proximal com necrose de parede de ceco. Realizou-se proctocolectomia total com duodenectomia parcial, fechamento do coto retal e ileostomia terminal. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, metástase para quatro linfonodos mesentéricos e implante duodenal (pt4, pn0). O paciente apresentou boa evolução pós-operatória com alta hospitalar no 7º dia. Fez quimioterapia pós-operatória e se encontra em preparo para reconstrução de trânsito intestinal e correção de hérnia incisional. Tumores colorretais infiltrativos são um fator de pior prognóstico, principalmente quando há linfonodos comprometidos, e por isso devem ser tratados com ressecção alargada e retirada em monobloco, para se obter margens cirúrgicas livres.

### **ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DO MEGACÓLON**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCI, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA  
*CLÍNICA REIS NETO*

Resumo: Introdução: apesar da vasta experiência adquirida nos últimos 50 anos com o tratamento cirúrgico do megacólon adquirido, a introdução da cirurgia laparoscópica voltou a

trazer controvérsia para alguns pontos anteriormente considerados como esclarecidos. Uma das regras básicas para a introdução da videolaparoscopia no tratamento das enfermidades colorretais tem sido a de se manter a técnica original utilizada em cirurgias pela via convencional, desde que os resultados observados na mesma conduzam à cura dos sintomas ou da enfermidade causal. Em especial, no referente ao tratamento cirúrgico do megacolo adquirido a proposta de um tratamento cirúrgico deve ter em mente que diferentemente do que ocorre com a cirurgia para tratamento de outras enfermidades, benignas ou malignas, neste caso não se almeja o tratamento causal da enfermidade, mas essencialmente a cura da manifestação de um de seus sintomas. É, pois, realmente importante que se considere um tratamento que não venha a resultar em bons resultados por apenas um curto espaço de tempo, mas que possibilite ao paciente livrar-se definitivamente de um sintoma, visto que é possível que em curto espaço de tempo ele venha a necessitar tratar outra manifestação sintomatológica (cardíaca ou esofágica) da enfermidade causal. Metodologia: baseados na experiência adquirida nos últimos 50 anos (912 pacientes) com a Técnica de Duhamel, em que o ponto importante é a realização de uma ampla anastomose da parede anterior do cólon abaixado à parede Posterior (mucosa) do reto, ao mesmo tempo em que se anastomosa a parede posterior do cólon abaixado ao canal anal, são analisados os resultados obtidos com esta mesma técnica realizada por laparoscopia. Esta mesma incisão no canal anal serve para a retirada do seguimento cólico ressecado, sem necessidade de laparotomia auxiliar. Resultados: os resultados observados em 56 pacientes quanto à cura da obstipação são similares aos registrados na cirurgia convencional, porém com um menor índice de morbidade, seja intra ou pós-operatória. Conclusão: a abordagem laparoscópica é uma via de acesso válida para a realização da Técnica de Duhamel para o tratamento do megacólon.

#### **ABSCESSO HEPÁTICO COMO COMPLICAÇÃO DE JEJUNO-ILEÍTE DIFUSA POR DOENÇA DE CROHN**

MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA; FANG CHIA BIN, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, MARIA LUIZA QUEIROZ DE MIRANDA, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, THAIS YUKA TAKAHASHI, NATHALIA LINS PONTES VIEIRA

*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a jejuno-ileíte difusa é uma forma pouco frequente e grave da Doença de Crohn (DC) com incidência variando de 3 a 10%. Também raro, temos o abscesso hepático como complicação da dc, tendo como etiologia provável a invasão do sistema porta por microorganismos durante o surto de atividade da doença. Sua incidência varia de 114 a 297 casos para cada cem mil pacientes com dc. Objetivo: relatar caso de paciente com abscesso hepático secundário a jejuno-ileíte difusa por dc inflamatória e fistulizante perianal. Relato do caso: homem, 27 anos, com diagnóstico de dc inflamatória e Fistulizante perianal há 7 anos, com tratamento clínico irregular. Realizou diversas abordagens cirúrgicas

para fistulas anorretais complexas desde o diagnóstico. Evoluiu com perfuração de íleo terminal, por atividade de doença, sendo realizada ileo-colectomia segmentar com exteriorização à mickulicz. Seis meses após, em uso irregular de azatioprina, apresentou astenia, mialgia, vômitos, febre e dor abdominal difusa com duas semanas de evolução. Ao exame, apresentou-se toxemiado, taquicárdico, com dor abdominal difusa de forte intensidade, mas sem sinais de peritonite. A TC de abdome total diagnosticou 2 abscessos hepáticos, além de coleção intra-abdominal e sinais de jejuno-ileíte difusa. Iniciado tratamento com antibioticoterapia e drenagem percutânea de abscesso hepático. Paciente evoluiu durante a internação, com quadro de peritonite difusa associada a repercussão hemodinâmica. Submetido à laparotomia exploradora cujo achado foi líquido peritoneal coletado dada intensa jejuno-ileíte difusa. Realizada apenas drenagem de abscesso hepático remanescente. Após 15 dias desta abordagem, paciente evoluiu com enterorragia associada à instabilidade hemodinâmica. Optado por tratamento com corticóide e adalimumabe, paciente cessou sangramento. Evoluiu com infecção por citomegalovírus e sepsé de foco pulmonar, recebendo alta hospitalar após 78 dias de internação. Discussão: a jejuno-ileíte difusa da dc é mais comum em pacientes muito jovens, tem alta morbidade e predispõe a intervenções cirúrgicas repetidas. O abscesso Hepático é complicação rara da dc, com maior incidência nos pacientes em uso de corticoterapia prolongada, portadores de doença fistulizante, desnutridos, imunossuprimidos e com intervenções cirúrgicas prévias. Considerações finais: abscesso hepático e jejuno-ileíte difusa por dc são formas atípicas associadas ainda não descritas na literatura.

#### **ACHADOS COLONOSCÓPICOS DE LESÕES MALIGNAS E PRÉ-MALIGNAS**

ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; 3

*HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS / SANTA CASA DE OURINHOS*

Resumo: Introdução: o câncer colorretal (CCR) apresenta alta incidência, sendo o principal tumor do trato gastrointestinal. Na região sudeste do Brasil o CCR ocupa o segundo lugar entre as neoplasias mais prevalentes nos homens, perdendo apenas para o câncer de pulmão e, nas mulheres, do câncer de mama. O rastreamento do CCR propicia o diagnóstico da doença em fases iniciais, para as quais demandam tratamento de menor nível de complexidade e com maior possibilidade de cura. Além do diagnóstico precoce, com o rastreamento também se podem identificar lesões precursoras. A colonoscopia é considerada como a técnica de maior acuidade para o diagnóstico de lesões estruturais do cólon, especialmente neoplasia. Objetivo: determinar a incidência de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas em pacientes submetidos à colonoscopia. Material e Método: análise retrospectiva de 235 colonoscopias realizadas durante o período de junho de 2012 a junho de 2014. conclusão: das 235 colonoscopias analisadas, 70 foram encontrados pólipos e 8 lesões tumorais. A colonoscopia ainda é considerada o melhor exame para realizar o rastreamento, pela sua maior especificidade e sensibilidade, contudo é um



exame invasivo com conseqüente baixa aderência. Com o diagnóstico precoce através do exame colonoscópico e posterior ressecção ainda em fase de adenoma, a seqüência adenoma-câncer pode ser interrompida, diminuindo a incidência do câncer colorretal.

#### **ADENOCARCINOMA DE CÓLON TRANSVERSO COM TUMOR ESTROMAL EM DELGADO EM PACIENTE COM 40 ANOS: RELATO DE CASO**

DANIEL MARAÑÓN TERRIVEL; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, LARA TAGLIARI KOYANAGI, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: 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. A incidência de carcinoma colorretal por 100 mil/habitantes, nos estados unidos decaiu nas últimas décadas, o que era 60.5 em 1976 para 46. O índice de mortalidade também decaiu quase 35% entre 1990 e 2007. 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. Relato do caso: mulher, 37 anos, branca. Dor abdominal difusa do tipo cólica, e hematoquezia, associado ao quadro de perda de peso, aproximadamente 8 kg, há 10 meses. Como antecedentes: duas cesarianas negava comorbidades, uso de medicações ou alergia. Não sabia referir histórico familiar, pois é filha adotiva. Exame colonoscópico apresentou tumor em cólon transversal com resultado ap de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cólon. Foi submetida da colectomia total com ileorretostomose e ressecção de implante em delgado que veio com resultado ap de tumor estromal. A paciente evoluiu bem, com alta no 5ºpo. Discussão: embora a frequência do câncer colorretal seja maior na sexta e sétima década de vida, a incidência desta patologia abaixo dos quarenta anos de idade não é desprezível. Na literatura a frequência varia de 2,1% a 14,6% dos casos. Pacientes jovens tendem a apresentar no momento do diagnóstico doença avançada, isto deve-se ao atraso diagnóstico. Estima-se que a partir dos primeiros sintomas até o momento do diagnóstico é de aproximadamente 7 meses, pois sintomas como sangramento, são normalmente atribuídos devido a doenças benignas e normalmente não se é prosseguido com investigação endoscópica. Ressalta-se a necessidade de se investigar outras condições associadas ao desenvolvimento de câncer nestes pacientes como polipose adenomatosa familiar, síndrome de lynch, e doenças inflamatórias intestinais. O tratamento de escolha é colectomia do seguimento acometido associado a linfadenectomia em bloco, se for observado no intra operatório presença de outros linfonodos suspeitos porém de outro seguimento deve-se estender a ressecção para retirada destes.

#### **ADENOCARCINOMA MUCINOSO RECIDIVANTE DE RETO SECUNDÁRIO À DOENÇA DE CRÖHN. CIRURGIA RADICAL E TRATAMENTO ADJUVANTE COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA**

ALBERTO SILVA NEGRÃO; PISI PH, SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÈRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a Doença de Cröhn (DC) tem acometimento transmural, podendo instalar-se em qualquer seguimento do trato digestório. Os autores apresentam um paciente com mais de 10 anos de diagnóstico, que evoluiu para adenocarcinoma mucinoso de reto e ferida perineal extensa e de difícil manejo. Relato de caso: homem de 43 anos, diagnosticado com dc há 10 anos, após cirurgia de urgência (apendicectomia + enterectomia segmentar). Iniciou tratamento medicamentoso step up, até o uso de biológicos (adalimumabe). Em 2009 foi submetido à cirurgia para tratamento de fistula perianal complexa, com colocação de vários sedenhos. Perdeu o seguimento e voltou em 2012, com massa abdômino-pélvica obstrutiva, sendo submetido à cirurgia de miles e o anatomopatológico revelou adenocarcinoma mucinoso anorretal. Evoluiu com lesão perineal vegetante e ulcerada. Submetido à exenteração pélvica completa com confecção de colostomia úmida, deixando-se a ferida perineal aberta. Indicado 40 sessões de oxigenoterapia hiperbárica (ohb) com 2,4 atm, ocorrendo a cicatrização da área cruenta. Apresentou saída de secreção por vários pertuitos perineais, glúteos e inguinais e foi submetido à nova ressecção cirúrgica, envolvendo a região glútea. Ficou com área cruenta extensa, indicado novo tratamento com ohb. Apesar da cirurgia extensa vem apresentando boa evolução. Discussão: a dc tem influência na gênese do câncer colorretal, o que é explicado pelo processo inflamatório crônico com displasia da mucosa acometida. A maioria dos casos de câncer associado à dc foi relatada em pacientes com tempo de doença acima de 8-10 anos. A ohb é uma modalidade terapêutica que consiste no uso de oxigênio (o2) a 100%, sob uma pressão atmosférica maior do que 1 atm. É realizada diariamente com sessões de 2 horas de duração com 2,4 ata. O principal mecanismo fisiopatológico é o aumento dos níveis de o2 tecidual dissolvidos no plasma sanguíneo. É usada classicamente para cicatrização de feridas complexas, lesões actínicas, lesões necrotizantes, osteomielites, pé diabético, úlceras de pressão, síndrome de fournier, vasculites e mais recentemente em casos selecionados de doença inflamatória intestinal. Conclusão: o uso adjuvante de ohb foi fundamental para obtenção da cicatrização perineal, já que o paciente não tinha condições locais e sistêmicas para retalhos ou enxertos.

#### **ADENOCARCINOMA SOBRE ADENOMA DE APÊNDICE, UM RELATO DE CASO.**

RODRIGO PADILLA; VINICIUS MATIAS MONTEIRO CAVALCANTE, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO

FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELI-SABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Os tumores malignos do apêndice são responsáveis por apenas 0,5% de todos os tumores gastrointestinais. Geralmente são assintomáticos, só sendo diagnosticados durante estudo patológico das peças de apendicectomia. Paciente masculino, 65 anos, admitido em serviço de emergência devido quadro de abdome agudo inflamatório de início há 5 dias. Submetido a apendicectomia, sendo evidenciado aspecto macroscópico de apendicite fase 4. Evoluiu estável no pós-operatório. Anatomopatológico revelou adenocarcinoma de apêndice, tipo colônico, invasor de submucosa (focalmente), surgindo de um adenoma viloso com displasia de alto grau e apendicite/periapendicite aguda fibrino purulenta. Submetido a exames de imagem, sem evidência de tumores sincrônicos ou metástase. Biópsia de coto apendicular por colonoscopia sem evidência de neoplasia. Indicada hemicolectomia direita pela invasão de submucosa. O câncer do apêndice é uma patologia bastante rara e é normalmente encontrado acidentalmente em aproximadamente 1% das apendicectomias. O adenoma viloso é um tipo histológico incomum entre os tumores do apêndice. Raramente produz sintomas clínicos, eventualmente podendo apresentar-se como apendicite aguda. Adenomas do apêndice, como em qualquer outro local em adenomas do intestino grosso, são lesões neoplásicas, que podem progredir para adenocarcinoma invasivo. Uma vez diagnosticado, indica necessidade de uma investigação mais aprofundada devido a associação com tumores sincrônicos e possibilidade de metástase. Em contraste com outros tumores do apêndice, adenocarcinomas mais frequentemente se apresentam como um quadro clínico de apendicite aguda, sendo a colectomia direita seu tratamento padrão, após seu diagnóstico. Embora os achados patológicos incomuns raramente são vistos após uma apendicectomia, todas as peças cirúrgicas devem ser enviadas para estudo histopatológico de rotina, já que, apesar de raro, o diagnóstico de tumor de apêndice implica em tratamento e seguimento diferenciado para esses pacientes.

#### **ADENOMA SERRILHADO DO APÊNDICE VERMIFORME COM DEGENERAÇÃO MALIGNA PARA ADENOCARCINOMA DIAGNOSTICADO POR COLONOSCOPIA**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; DEBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI; LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES; LARISSA BERBERT ARIAS; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*FCM-UNICAMP*

Resumo: Adenomas serrilhados primários do apêndice vermiforme que evoluem com degeneração maligna para adenocarcinoma são eventos raros, na maioria das vezes descritos como achados pós-apendicectomia ou durante exame necroscópico. O diagnóstico de adenoma situado no interior do apêndice du-

rante a realização de um exame colonoscópico é excepcional. Objetivo: apresentar um caso de adenocarcinoma in situ que se desenvolveu a partir de um adenoma serrilhado localizado no interior do apêndice vermiforme. Relato de caso: mulher, 86 anos, com queixas de alteração do hábito intestinal para diarreia, inapetência, perda ponderal e anemia foi submetida à colonoscopia. O exame endoscópico mostrou lesão nodular com 1,5 cm de diâmetro, superfície enantematosa e irregular localizada ao redor do óstio apendicular e acometendo de forma circunferencial a base do ceco cuja biópsia mostrou tratar-se de adenoma tubular com foco de degeneração maligna para neoplasia intraepitelial de alto grau. Como a topografia da lesão impossibilitava a remoção endoscópica, foi submetida à ressecção em cunha da região cecal realizada com auxílio de sutura mecânica. Apresentou evolução favorável recebendo alta hospitalar no quarto dia após a cirurgia. No momento encontra-se bem no 5º mês pós-operatório recuperando seu estado geral. O estudo histopatológico da peça cirúrgica confirmou presença de adenoma serrilhado com foco de adenocarcinoma intramucoso, medindo 2,0 × 1,5 cm de diâmetro, vegetante, localizado no apêndice vermiforme, que se estendia para o óstio do apêndice vermiforme. Conclusão: apesar de ser achado incomum o exame colonoscópico cuidadoso pode identificar tumores localizados no apêndice vermiforme.

#### **AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO COM COLOSTOMIA PERINEAL: EXPERIÊNCIA DE DOZE ANOS DO HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS**

EDGAR ANTONIO ALEMAN LOAIZA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

Resumo: Introdução: a amputação abdominoperineal do reto ainda exerce importante papel no tratamento dos tumores do reto distal e ânus. Porém, a colostomia abdominal definitiva pode representar uma fator limitante a qualidade de vida do paciente. Objetivo: estudar nossa experiência cirúrgica em pacientes com câncer do reto e ânus, submetidos à amputação abdominoperineal do reto com colostomia perineal. Métodos: foram analisados, de forma retrospectiva, os prontuários de pacientes submetidos a amputação abdominoperineal do reto com colostomia perineal, no período de 01/01/2002 a 01/07/2014. Resultados: foram estudados 37 pacientes, 23 (62%) pacientes eram do sexo masculino e 14 (38%) do sexo feminino. As cirurgias foram 29 (78%) videolaparoscópicas e 8 (22%) abertas. O período médio de internação foi de 7 dias. As complicações (4-15%) incluíram prolapsos da colostomia perineal, deiscências parciais, estenoses e hérnias incisionais. Conclusão: como alternativa à colostomia abdominal para pacientes selecionados, a colostomia perineal, segundo a técnica de alcino lázaro, tem sido empregada com resultados satisfatórios.

### **ANÁLISE CRÍTICA DE 614 EXAMES DE COLONOSCOPIA EM SERVIÇO MÉDICO ESPECIALIZADO EM COLOPROCTOLOGIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO.**

ALESSANDRA CINTRA AMARAL; CÉSAR DE PAIVA BARROS, PAULO CÉSAR DE CASTRO JUNIOR, LEONARDO MACHADO DE CASTRO, RICARDO JÚNIO GARCIA, VICTOR AUGUSTO CARDILLO NETO, NATÁLIA DE CASTRO VICENTE, GABRIELA SANTOS SILVA  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA*

Resumo: A colonoscopia é um método de rastreamento, diagnóstico e terapêutico de grande importância nas patologias colorretais. Este trabalho tem como objetivo analisar, retrospectivamente, 614 colonoscopias realizadas ambulatorialmente e durante internação hospitalar, no período de 28 de maio de 2013 até 11 de julho de 2014 pelo grupo de coloproctologia deste serviço, no centro de endoscopia. Dentre as informações analisadas, merecem destaque os dados demográficos, qualidade do preparo intestinal, presença de médico anestesista durante o procedimento, alcance do exame e achados colonoscópicos. Foram examinadas 373 (60,75%) mulheres e 241 (39,25%) homens. Sobressairam a sexta e sétima décadas de vida, 166 exames (27,03%) e 135 exames (21,98%), respectivamente. A sedação foi realizada com auxílio de um médico anestesista em 165 (26,87%) pacientes, os demais 449 (73,12%) foram executados sob sedação realizada pela equipe médica de coloproctologia do serviço em questão, composta de residentes e médicos especialistas. O preparo intestinal foi realizado com dieta oral restrita, bisacodil, solução oral de manitol 20% e clister de fosfato de sódio via retal, de acordo com as características clínicas de cada paciente, sendo considerado bom/excelente em 498 exames (81,10%). O exame alcançou o ceco em 477 (77,69%) casos, sendo realizada a transposição da válvula ileocecal e visualização do íleo em 295 (48,04%) pacientes. Foi realizada polipectomia em 170 (27,69%) exames. Os dados obtidos nesta análise encontram-se dentro dos padrões, quando comparados aos relatos de literatura.

### **ANASTOMOSE COLORRETAL POR COMPRESSÃO COM COLONRING™: SÉRIE DE CASOS**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

Resumo: Introdução: complicações anastomóticas como sangramento, deiscência e estenoses, são responsáveis por elevar a morbimortalidade nos pacientes submetidos a cirurgia colorretal. As anastomoses manuais e grampeadas são mais comumente realizadas, não apresentando significativos benefícios entre as duas, mas há vantagem do acesso às anastomoses baixas com a utilização dos grampeadores. O sistema de compressão evoluiu com o desenvolvimento do dispositivo de compressão com anel de nitinol (mistura de níquel e titânio),

o colonringtm. Alguns estudos sugerem uma redução da reação inflamatória local e menores taxas de estenose com este sistema. Objetivo: avaliar resultado a curto prazo das anastomoses colorretais por compressão. Método: série de casos retrospectiva, com pacientes portadores de adenocarcinoma colorretal, submetidos a retossigmoidectomia com anastomose primária utilizando o sistema de compressão (Colonringtm, Niti Surgical Solutions, Israel). Os dados foram coletados através da análise de prontuários e preenchimento de protocolo previamente elaborado com as variáveis de interesse. Resultados: nove pacientes foram submetidos a ressecções colorretais eletivas e anastomoses por compressão. A maioria era do sexo masculino (n=7), a média de idade foi de 67,1 anos e 26,6 de imc. Em relação a localização da neoplasia, 6 pacientes apresentavam adenocarcinoma do cólon sigmóide, 2 do reto médio e 1 do reto superior. Os 2 pacientes com tumores do reto médio foram submetidos a neoadjuvância com radio e quimioterapia. Em ambos os casos a anastomose foi realizada a cerca de 5cm da borda anal, optando-se pela realização de ileostomia de proteção. Nos demais as anastomoses foram intraperitoneais. Não ocorreram complicações no transoperatório e apenas em 1 paciente houve falha na confecção da anastomose, logo após o disparo não ocorreu compressão adequada notando-se o afastamento dos tecidos. Optou-se pela reconfecção da anastomose com grampeador circular 29mm. Em todos os casos os anéis foram conferidos e não apresentavam-se violados. Nenhum paciente apresentou complicação relacionada a anastomose tais como deiscência, abscesso ou necessidade de reoperação. Nos dois casos em que foi realizada ileostomia o anel foi retirado por exame digital ambulatorialmente, o restante não observou a expulsão do anel. O tempo médio de seguimento ambulatorial foi de 5 meses (3-10). Conclusões: a anastomose colorretal por compressão é alternativa às anastomoses manuais e grampeadas.

### **ANGIODISPLASIA DE CECO, PORQUE AINDA É UM DIAGNÓSTICO DE TÃO DIFÍCIL ACEITAÇÃO?**

JOSÉ HOMERO SOARES; VALÉRIA CARDOSO DE SOUZA; ANA CRISTINA INAMINE; EDUARDO YASSUSHI TANAKA; EVANDRO SOBRZA DE MELLO  
*HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ*

Resumo: Introdução: os autores descrevem a difícil aceitação do diagnóstico e tratamento da angiodisplasia de ceco em caso de sangramento digestivo baixo com 10 anos de evolução e oito internações determinadas por sangramento ativo. Método: v.b.c., 72 anos, masculino, com enterorragia de repetição desde 2004, anemia persistente, oito internações por sangramento ativo em hospitais de Excelentes recursos diagnósticos, realizou 12 exames consecutivos de endoscopia alta e colonoscopia, sem anormalidades. Dados clínicos sugeriam a possibilidade de angiodisplasia do ceco: sangramento ativo sem repercussão hemodinâmica importante, não necessitou transfusão sanguínea e os exames de endoscopia não evidenciaram o motivo do sangramento. Em novembro de 2013, após sangramento mais intenso, foi admitido no Hospital Alemão

Oswaldo Cruz de São Paulo, onde foi sugerido o diagnóstico de angiodisplasia do ceco, realizou arteriografia esplâncnica seletiva, fora do período de sangramento ativo, que identificou aumento do calibre da artéria cecal, associado a hipervascularização com tufo vasculares altamente sugestivos de angiodisplasia de ceco. Foi submetido a hemicolectomia direita por videolaparoscopia. A análise histológica confirmou o diagnóstico de angiodisplasia de ceco e cólon ascendente com evidências de hemorragia antiga. Resultado: pós-operatório sem intercorrências, alta no 5º dia pós-operatório. Sem novos episódios de sangramento, após a cirurgia. Conclusão: a angiodisplasia do ceco deve ser considerada na investigação de sangramento digestivo baixo, sem repercussão hemodinâmica grave, com anemia e exames de endoscopia e colonoscopia normais. Deve-se dar ênfase à arteriografia visceral seletiva, realizada eletivamente com preparo do cólon, e na evidência desse diagnóstico na arteriografia, o cirurgião deve intervir, sendo o paciente devidamente informado que o diagnóstico definitivo somente será confirmado, após o exame anatomopatológico do segmento intestinal ressecado.

#### **APENDICITE COMPLICADA ABORDADA COM DRENAGEM PERCUTÂNEA: RELATO DE CASO**

DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR; FERNANDO BRUNO RENNO; LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI ; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO ; EMERSON ABDULMASSI WOOD DA SILVA ; AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO; GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

Resumo: Introdução: a apendicite complicada e/ou atrasada inclui a formação de abscesso de grande volume e podem se beneficiar de um período de tratamento não operatório o que reduz as complicações e a permanência geral no hospital. Apesar do grande progresso das técnicas cirúrgicas e da disponibilidade de potentes antibióticos, o tratamento das coleções intraperitoniais, continua delicado. Essas coleções constituem afecções graves e cursam com altos índices de mortalidade, em torno de 80% a 100% se não tratadas adequadamente. Objetivos: o objetivo deste trabalho é prevenir cirurgias de complicações potencialmente graves e morbidades significativas. Métodos: paciente r.s.c., sexo feminino, 49 anos, deu entrada no pronto socorro hospital com quadro de dor abdominal em andar inferior há mais ou menos 16 dias com picos febris intermitentes, até então sendo tratada como infecção do trato urinário. Ao exame: paciente encontrava-se em bom estado geral, abdome flácido, sem sinais de irritação peritonial, blumberg negativo, giordano negativo, rovsing negativo. Realizado tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve que evidenciou coleção intraperitoneal retrocecal medindo 7,5 x 5,0 x 7,0 com volume aproximado de 136 cm<sup>3</sup>. Optado por drenagem percutânea guiada por ultrassonografia e antibioticoterapia. Deixado dreno de penrose no trajeto. Após drenagem paciente evoluiu favoravelmente recebendo alta após 5 dias. Acompanhado em controle ambulatorial com TC seriada e realizado apendicectomia após 6 semanas de evolução. No ato cirúrgico

apêndice apresentava-se com base livre e com pequeno bloqueio em retroperitônio. Paciente obteve pós-operatório favorável recebendo alta no 3º dia pós-operatório. Conclusão: a apendicite diagnosticada tardiamente pode apresentar-se com quadro de coleções intraperitoniais, o qual aumenta significativamente sua morbidade, a drenagem percutânea de coleções de grande volume mostrou-se eficiente diminuindo o risco de cirurgias mórbitas com complicações graves.

#### **APLICAÇÃO INTRAESFINCTERIANA DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO “A” E DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL (THD) EM TEMPO ÚNICO NO TRATAMENTO DE FISSURA ANAL CRÔNICA ASSOCIADA A PROLAPSO HEMORROIDÁRIO – RELATO DE CASO**

PATRICIA MARIA BARROS CAVALCANTI; RODRIGUES, LFM; FONTANA, JP; SEIXAS, LM; ABUD NETO, C; TALAMONTE, D; SOARES, FA  
*UNIDADE DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS – BRASÍLIA / DF*

Resumo: Paciente de 55 anos, mulher, queixava-se há mais de um ano de dor importante ao evacuar, associada a hematoquezia e prolapso anal manualmente redutível. Ao exame, apresentava fissura anal mediana posterior com características de cronicidade e, à inspeção dinâmica, prolapso de mamilos hemorroidários internos. Foi submetida a manometria anorretal que demonstrava hipertonia em centímetro distal do canal anal distal e hipotonia em centímetro proximal do canal anal, em canal anal curto (1,5 cm). Devido ao elevado risco de incontinência pós-operatória, optou-se por realizar esfinceterotomia química pelo uso da toxina botulínica do tipo A injetada apenas no centímetro distal do esfíncter anal interno, associando-se, no mesmo tempo cirúrgico, a desarterialização hemorroidária transanal com hemorroidopexia (thd). A paciente apresentou cura da fissura anal e remissão completa da hematoquezia e do prolapso anal no pós-operatório mediato. Até o momento, mantém-se sem recorrência dos sintomas e nega incontinência fecal.

#### **ASCITE QUILOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; DECIO BERGAMINI VIEIRA, TAMIRIS ARRUDA DE MATOS INGRUND, WENDY YUMIE RAUSCHKOLB KATSUDA ITO, SANDRA PEDROSO DE MORAES, GUSTAVO SEVA-PEREIRA, RICARDO BOLZAM DO NASCIMENTO, JOAQUIM JOSE DE OLIVEIRA FILHO  
*HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI*

Resumo: Relato de caso: paciente feminina, 30 anos, encaminhada ao serviço de coloproctologia do hospital municipal Mario Gatti por recidiva pélvica após ressecção de adenocarcinoma de sigmóide em junho de 2013. Anatomopatológico T3N0(6)M0. Realizou adjuvância. Encontrava-se em bom estado geral, nutrida e sem alterações no exame físico. Foi submetida à cirurgia radical, com ligadura de vasos mesen-

téricos inferiores, linfadenectomia para aórtica com exérese da recidiva tumoral e ressecando-se cólon descendente. No décimo dia pós operatório a paciente apresentou ascite quilosa, realizando drenagem de líquido com aspecto leitoso e com triglicérides 890 mg/dl. Foi refazendo ascite, necessitando paracenteses a cada cinco dias para conforto respiratório, de aproximadamente 850 ml/dia. Introduzida nutrição parenteral total e mantido jejum. Na segunda semana foi diminuindo a frequência das paracenteses. Na terceira semana foi realizada nova paracentese encontrando-se líquido ascítico com aspecto citrino e sem triglicérides. Durante a internação apresentou quadro séptico por ascite quilosa é definida como fístula linfática rica em lipídeos, com nível de triglicérides maior que 1000mg/dl ou 2 a 8 vezes maior que o nível plasmático e volume drenado superior a 200ml/dia. Esta complicação é mais freqüente quando se realiza linfadenectomia retroperitoneal, descrita em aproximadamente 1:20000 pacientes operados. Causa pouca irritação peritoneal e tem sintomatologia pouco expressiva. O diagnóstico é feito pelo aspecto macroscópico e pela bioquímica. Em razão da baixa freqüência desta complicação não existe tratamento padronizado. Sugere-se dieta com baixa ingestão de gordura e alta ingestão de proteínas ou triglicérides de cadeia média e realização de paracenteses quando necessário. A nutrição parenteral total também é indicada para redução da produção linfática nas áreas onde existe drenagem, enquanto a oferta de calorias ao paciente é mantida. Quando a produção de linfa excede a 1 litro/dia, durante os primeiros cinco dias, o mais provável que trata-se de uma lesão de correção cirúrgica.

#### **ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU - RELATO DE CASO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: Arterite de Takayasu (AT) e Doença de Crohn (DC) são doenças inflamatórias de etiologia incerta. Raramente ocorrem em associação, com apenas vinte e nove casos de coexistência relatados na literatura até 2008. Em 88% dos casos, a at foi diagnosticada simultaneamente com dc. Relato de caso: Paciente feminina de 12 anos apresenta quadro de abscesso perianal com evolução para fistula perianal. Durante a investigação ambulatorial, foi diagnosticada como portadora de dc, confirmado por colonoscopia com biópsia intestinal. Iniciou monoterapia com mesalazina vo, porém sem sucesso. Após realização de exame sob narcose com curetagem de trajeto fistuloso e colocação de sedenho. Após o exames, iniciou a terapia biológica com infliximabe + azatioprina, devido à manutenção da atividade da doença. No intervalo entre a 3° e a 4° dose do medicamento, a paciente apresentou quadro de convulsão e cefaléia, sendo internada para investigação. Realizou angio-ressonância das artérias cervicais que mostrou estenose da a. Subclávia direita (70%).a arteriografia abdominal evidenciou aneurisma de aorta abdominal e estenose de aa renais bilaterais, fechando diagnóstico de at. Fez uso de terapia biológica por 72 semanas (jun/2012 a jan/2014)

apresentando remissão da doença inflamatória intestinal com cicatrização da mucosa evidenciada por colonoscopia de controle, bem como pela melhora sintomática. Nova arteriografia mostra controle das lesões arteriais, comprovando a eficácia das medicações anti-tnf- $\alpha$  no controle e remissão dessa associação de patologias. Discussão: a prevalência esperada de dc em pacientes com at é de aproximadamente 0,05% -0,2%. A epidemiologia, etiologia e patogênese destas doenças apontam para uma combinação, entre fatores ambientais e hereditários, interagindo para acionar o processo inflamatório, o qual parece ser influenciado por citocinas tais como o fator de necrose tumoral alfa (tnf- $\alpha$ ) e interleucinas incluindo il-6, il-8, il-12 e il-18. Os corticosteroides, agentes imunossupressores e a inibição do tnf- $\alpha$  tem sido eficazes na gestão de ambas as patologias, tratadas isoladamente. No entanto, a literatura atual não fornece informações suficientes sobre os resultados deste grupo de pacientes com doenças coexistentes.

#### **ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU NO MESMO PACIENTE - RELATO DE CASO**

ÂNGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; LAÉRCIO ROBLES; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; HUGO H. WATTÉ; ISAAC J. F. CORRÊA NETO; ROGÉRIO DE FREITAS;

*HOSPITAL SANTA MARCELINA- SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: Arterite de Takayasu (AT) e Doença de Crohn (DC) são doenças inflamatórias de etiologia incerta. Raramente ocorrem em associação, com apenas vinte e nove casos de coexistência de at e dc relatados na literatura até 2008. Em 88% destes casos, a at foi diagnosticada simultaneamente ou a seguir do diagnóstico da dc. Relato de caso: paciente feminina de 12 anos apresenta quadro de abscesso perianal com evolução para fistula perianal. Em investigação ambulatorial, foi diagnosticada como portadora de dc, sendo o diagnóstico confirmado por colonoscopia c/ biópsia intestinal. Na ocasião do diagnóstico a paciente apresentava erosões difusas por toda extensão dos cólons e reto. Iniciou monoterapia com mesalazina vo, sem sucesso. Realizou exame sob narcose com fistulotomia + drenagem de fistula perianal com colocação de sedenho e deu início a terapia biológica com infliximabe + azatioprina, devido à manutenção da atividade da doença. No intervalo entre a 3° e a 4° dose do medicamento, a paciente apresentou quadro de convulsão e cefaléia, sendo internada para investigação. Realizou angio-rm das artérias cervicais que mostrou estenose da a. Subclávia direita (70%).a arteriografia abdominal evidenciou aneurisma de aorta abdominal e estenose de aa renais bilaterais, fechando diagnóstico de at. Fez uso de terapia biológica por 72 semanas (jun/2012 a jan/2014) apresentando remissão da doença inflamatória intestinal com cicatrização da mucosa evidenciada por colonoscopia de controle, bem como pela melhora sintomática. Nova arteriografia mostra controle das lesões arteriais, comprovando a eficácia das medicações anti-Tnf- $\alpha$  no controle e remissão dessa associação de patologias. Discussão: a prevalência espe-

rada de dc em pacientes com at é de aproximadamente 0,05% - 0,2%. A epidemiologia, etiologia e patogênese destas doenças apontam para uma combinação, entre fatores ambientais e hereditários, interagindo para acionar o processo inflamatório, o qual parece ser influenciado por citocinas tais como o fator de necrose tumoral alfa (tnf- $\alpha$ ) e interleucinas incluindo il-6, il-8, il-12 e il-18. Os corticosteroides, agentes imunossuppressores e a inibição do tnf- $\alpha$  tem sido eficazes na gestão de ambas as patologias, tratadas isoladamente. No entanto, a literatura atual não fornece informações suficientes sobre os resultados deste grupo de pacientes com doenças coexistentes.

#### **ASSOCIAÇÃO DE MÚLTIPLOS PROCEDIMENTOS ABDÔMINO-PERINEAIS NO TRATAMENTO DO PROLAPSO PÉLVICO ULTICO PARTIMENTAL - RELATO DE CASO**

JULIANA PORTELLA FONTANA (FONTANA, JP); CAVALCANTI, PMB; RODRIGUES, LFM; SEIXAS, LM; ABUD NETO, C; TALAMONTE, D; SOARES, FA.

*HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS (HFA).*

Resumo: Paciente de 53 anos, mulher, com histórico de disquezia importante há 20 anos – após parto vaginal de criança macrossômica – associada a dispareunia e sensação de peso vaginal. Ao exame físico, apresentava descenso perineal excessivo à inspeção dinâmica, retocele de 3o grau, enterocele palpável à manobra de valsalva no exame bidigital e colpocistocele. O escore pré-operatório para constipação da cleveland clinic (ecc) era de 11. Realizou manometria e cinedefecografia (cd) pré-operatórias, tendo a cd demonstrado intussuscepção retoanal com redução do lume retal, enterocele volumosa associada a alargamento da distância retovaginal em 4 cm, além de descenso perineal de 6 cm à manobra evacuatória. Foi submetida a procedimento de moschowitz para obliteração do fundo-de-saco posterior e correção da enterocele, associado a pexia do fórnice vaginal mediante uso de tela de polipropileno subperitoneal anterior (“pops procedure”) e correção transanal grampeada da intussuscepção com grampeador eea hem 33® (“apex technique”) em um mesmo tempo cirúrgico. Evoluiu satisfatoriamente e sem intercorrências no pós-operatório precoce, obtendo remissão de suas queixas pelvi-perineais. O ecc reduziu-se para 6 pontos no pós-operatório.

#### **ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇA DE CROHN ANOPERINEAL GRAVE E HIDRADENITE SUPURATIVA: RELATO DE CASO**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; LILIANA ANDRADE CHEBLI; JULIO MARIA FONSECA CHEBLI; KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI; LORENA NAGME DE OLIVEIRA PINTO; JANUARIO HENRIQUE SOUZA; BRUNO SILVA BORSARI

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

Resumo: Introdução: dentre as alterações perianais em portadores de Doença de Crohn, as fistulas são as mais comuns e podem acometer até 30% dos pacientes. Causam enorme prejuízo a qualidade de vida dos pacientes, devido a secre-

ção perianal persistente, dor local e até incontinência fecal nos casos mais graves. O tratamento é difícil, principalmente, quando o reto está comprometido. Dentre as opções cirúrgicas podemos citar: fistulotomia convencional, posicionamento de sedrenhos, retalho mucoso, e proctocolectomia em casos graves. Relato de caso: mulher, 43 anos, ex-tabagista, portadora de Doença de Crohn com pancolite fenótipo fistulizante diagnosticada há 16 anos. Fez uso de corticoterapia ciprofloxacino, metronidazol e azatioprina sem bom controle clínico. Ao longo do curso da doença, apresentou fistula retovaginal e foi iniciado infliximab, além de colostomia terminal em cólon transversal. Evoluiu com hérnia paracolostômica. Em agosto de 2013 apresentou quadro de hidradenite supurativa em região axilar. Posteriormente apresentou piora dos abscessos perianais, múltiplas fistulas perianais e perineais complexas com sintomatologia refratária ao tratamento clínico. Foi então submetida a proctocolectomia total com ileostomia terminal e correção da hérnia paracolostômica. Atualmente paciente está em acompanhamento no ambulatório de coloproctologia do Hospital Universitário da UFJF com múltiplas fistulas perineais de difícil cicatrização, mesmo com uso do adalimumab. Conclusão: a associação de hidradenite supurativa e Doença de Crohn já foi descrita previamente. Tal quadro pode levar a erro diagnóstico e retardo no tratamento específico.

#### **ATLAS DE CASOS DE TUMORES DE BUSCHKE LÖWEINSTEIN OPERADOS PELOS MEMBROS DO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, BRUNA VIEIRA, ELOAH GAMBONI LIMA, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: o tumor de Buschke Löweinstein (TBL), uma variante rara de condiloma acuminado, foi descrito primeiramente por buschke (1896) e, posteriormente, por Löwenstein (1925). O tumor apresenta crescimento lento com alta destruição dos tecidos circundantes e baixo potencial metastático, com o acometimento da região anogenital. É mais comumente localizado na glândula do pênis, entretanto, pode ser encontrado em toda a mucosa anogenital, incluindo a vulva, vagina, reto, escroto e até bexiga. O tbl relaciona-se a infecções pelos vírus hpv-6 e hpv-11 em que há supressão da transcrição e degradação acelerada da proteína p53. Pode ainda se relacionar a exposição prolongada por agentes químicos, inflamações crônicas locais ou higienização deficiente. O tratamento cirúrgico - de excisão do tumor - é o mais utilizado e, quando não tratado, o tbl pode ser altamente destrutivo, estendendo-se para órgãos pélvicos e estruturas ósseas. Objetivos: demonstrar, por meio de imagens, diferentes formas de acometimento pelo tumor de Buschke Löweinstein, bem como suas evoluções pós-operatórias. Materiais e Métodos: foram coletadas fotos de pacientes em seu pré e pós-operatório e, posteriormente, as fotos foram organizadas em formato de

atlas. Discussão: a apresentação das imagens em formato de atlas permitirá uma visão ampla e comparativa de diferentes apresentações do tumor de Buschke Löweinstein. Conclusões: vários fatores são envolvidos na escolha do melhor método de tratamento do tumor. A ressecção cirúrgica precoce impede o avanço da destruição dos tecidos vizinhos ao local acometido, assim, é importante definir se ocorreu a transformação maligna do tumor para a determinação do melhor método cirúrgico.

#### **AVALIAÇÃO DAS PRESSÕES ESFINCTERIANAS APÓS OPERAÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TEO)**

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI,, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

Resumo: Introdução: a cirurgia endoscópica transanal é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva para ressecção local de lesões do reto. Atualmente, é considerada alternativa a ressecção transanal convencional para lesões benignas ou malignas restritas a submucosa. Objetivo: analisar as pressões esfínterianas antes e após a operação endoscópica transanal. Método: estudo retrospectivo com pacientes portadores de adenocarcinoma de reto médio/distal em estádios iniciais (t1) ou em estádios mais avançados, porém sem condições clínicas para ressecções amplas, os quais foram submetidos a teo. Resultados: pacientes avaliados tinham uma média de idade 68 anos (61-72), sendo 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. As pressões manométricas em repouso e contração foram avaliadas pré-procedimento, um e dois anos após a ressecção local. A média da pressão de repouso pré-tratamento foi de 56mmhg e de contração 139mmhg. Houve redução das pressões após o procedimento, apresentando pressão de repouso média de 38mmhg / 31mmhg e de contração 125mmhg-116mmhg respectivamente, no primeiro e segundo ano. Conclusão: houve redução das pressões de repouso e contração nos pacientes submetidos a operação endoscópica transanal.

#### **CÂNCER METASTÁTICO ABDOMINAL DE SÍTIO PRIMÁRIO OCULTO. RELATO DE CASO**

ENRICO SFOGGIA; SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, MOTTA BZ, CANTÃO ABC, ROCHA JJR, FÉRES O  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a neoplasia de sítio primário oculto (cpo) é definida pelo diagnóstico anatomopatológico de câncer metastático no qual a anamnese, exame físico, exames de imagem e até cirurgia são incapazes de determinar o foco primário da neoplasia. No decorrer da investigação, 25% dos casos permanecem indeterminados, mesmo após a biópsia da lesão. De acordo com dados da fundação oncocentro do estado

de são paulo, de 2000 a 2004, o cpo corresponde a 7,3% dos casos de câncer em mulheres e 6,2% em homens. A investigação do sítio primário dessas lesões deve seguir anamnese e exame físico, exames laboratoriais e de imagem, e biópsia das lesões. Testes imunohistoquímicos têm auxiliado no diagnóstico. Relato de caso: homem de 59 anos procurou atendimento hospitalar por fraqueza e mal estar. Negava alteração de hábito intestinal ou sangramentos. Apresentou emagrecimento recente importante, sem antecedentes de tabagismo ou etilismo e sem comorbidades associadas. Apresentava história de neoplasia gastrointestinal na família. Estava pálido e com anemia que necessitou transfusão de concentrado de hemácias. À consulta em nosso serviço, apresentava massa palpável, móvel, de aproximadamente 15 cm de diâmetro em mesogástrio, ainda pálido e anêmico e foi internado para compensação clínica e investigação complementar. A tomografia abdominal revelou massa em topografia de cólon transverso com acometimento circunferencial, sem sinais de doença metastática à distância. O exame colonoscópico não mostrou lesão tumoral em cólon transverso, sendo encontrado apenas um pólipó que foi ressecado. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Indicado laparotomia exploradora, onde foi achado massa tumoral envolvendo mesentério, alças de intestino delgado e cólon transverso. Realizou-se ressecção em bloco da peça e duas anastomoses, êntero-entérica e colo-cólica, ambas látero-laterais e com duplo grampeamento. Na avaliação macroscópica da peça cirúrgica foi visto que o tumor não tinha acometimento da mucosa do cólon e do intestino delgado. O exame anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma metastático, sem definição de sítio primário, mesmo após imuno-histoquímica. Na revisão complementar da patologia, havia indícios de neoplasia de linhagem epitelial, sugerindo adenocarcinoma do trato gastrointestinal. Conclusão: os autores alertam quanto ao procedimento cirúrgico de ressecção de lesões tumorais, independente da confirmação do sítio primário pelo patologista.

#### **CARCINÓIDE DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE DOIS CASOS**

DANIEL MARAÑÓN TERRIVEL; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ,  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: 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 1: j.l. 26 anos, sexo masculino, solteiro, procedente de piracéia, procurou o pronto socorro devido a quadro de

abdome agudo obstrutivo, portador de paralisia cerebral, epilepsia, em uso de fenitoina 100mg/dia. A radiografia simples de abdome sugeria volvo de sigmoide. Foi submetido a laparotomia exploradora, na qual foi identificado volvo de megassigmoide sem sofrimento vascular e pequena quantidade de liquido livre. 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 3ºpo. No seguimento ambulatorial o anatomopatológico confirmou megacólon e tumor carcinóide de apêndice restrito a mucosa, foi então solicitado painel imunohistoquímico e confirmado diagnóstico. Relato de caso 2: mgra, mulher, 60 anos, com quadro de abdome agudo inflamatório compatível com apendicite aguda com 3 dias de história, foi submetida a apendicectomia com alta no 2ºpo. E, no resultado ap veio conclusivo para carcinóide de apêndice com imunohistoquímica compatível. Não foi proposta terapia adjuvante para nenhum dos pacientes, pois laudo anatomopatológico demonstrou margens livres com neoplasia restrita localmente. 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.

#### **CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (CEC) PERIANAL PÓS TRATAMENTO COM RADIOQUIMIOTERAPIA EXCLUSIVA PARA CEC VULVAR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; HÉCTOR SBARAINI FONTES, MARLUS TAVARES GERBER, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN, RENATO ARAÚJO BONARDI, EDUARDO SCHUNEMANN JÚNIOR, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: os tumores vulvares são o quarto câncer ginecológico mais comum, sendo o carcinoma de células escamosas (cec) a variante histológica mais frequente. Nesses tumores o tratamento é predominantemente cirúrgico, porém em alguns casos pode-se optar pela realização de quimioterapia (qt) e radioterapia (rt). Objetivo: relatar um caso de cec vulvar tratado clinicamente que evoluiu com neoplasia perianal. Relato do caso: rpl, 35 anos, feminina, foi encaminhada ao pronto atendimento da ginecologia em janeiro de 2013, na 28ª semana de gestação, com diagnóstico de bartholinite. A drenagem revelou conteúdo violáceo friável e o exame anatomopatológico (ap) foi compatível com cec de padrão verrucoso, invasivo e ulcerado. A gestação foi interrompida na 37ª semana através de cesariana por obstrução do canal de parto. Paciente foi submetida à qt associada a 30 sessões de rt, entre março e agosto de 2013. Após este ciclo foi reavaliada, não sendo indicado tratamento cirúrgico devido à resposta clínica completa, com realização de mais três ciclos de qt. No seguimento, em março de 2014, paciente foi encaminhada à coloproctologia, com ressonância magnética que evidenciou alteração do sinal no segmento distal do canal anal com comprometimento da margem anterior do esfíncter anal interno. Ao

exame, apresentava nódulo de cerca de 2 cm, avermelhado, friável, bosselado, com orifício drenando secreção purulenta adjacente a lesão. O septo retovaginal era endurecido da linha pectínea até 4 cm da margem anal. Realizada biópsia da lesão, com diagnóstico de cec "in situ" com áreas de microinvasão. Após discussão conjunta com equipe da oncologia, foi submetida à cirurgia de miles com colpectomia distal posterior, cujo diagnóstico ap foi de cec invasivo moderadamente diferenciado, ulceroinfiltrativo. Conclusão: o cec vulvar é um tumor de tratamento eminentemente cirúrgico. O tratamento clínico com rt e qt podem ser considerados, porém com resultados variáveis. No caso apresentado a paciente apresentou boa resposta ao tratamento inicial, entretanto evoluiu com surgimento de neoplasia perianal, sendo optado por conduta agressiva com potencial curativo. Como a primeira lesão tratada não comprometia a região perianal, pode-se tratar de novo sítio primário, visto que ambas as doenças se relacionam com a infecção pelo papiloma vírus humano (hpv).

#### **CARCINOMA DE DUCTOS GLANDULARES ANAIS: RELATO DE UM CASO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; YASMINE NATASHA SYGUEDOMI KOBAYASE, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO, JOÃO GOMES NETINHO, MARIO ANTÔNIO FERRARI, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, PRISCILLA CLIMACO REBOUCAS  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Introdução: carcinomas de ductos glandulares anais são raros. Não há consenso a respeito do seu diagnóstico e tratamento. Também é conhecido como adenocarcinoma de glândulas anais e carcinoma de glândulas anais. Neste artigo apresentaremos um caso com diagnóstico precoce, padrão imunohistoquímico ck7+/ck20- e tratamento agressivo. Relato do caso: mulher, 59 anos, procurou nosso serviço devido à nodulação em região anal, dolorosa, endurecida e de aumento progressivo. Ao exame físico localizava-se na borda anal, com 3 cm de diâmetro e móvel. Foi indicado cirurgia devido à possibilidade de um abscesso organizado. Todavia, no intraoperatório, notou-se que a lesão era aderida aos planos musculares perianais. A biópsia mostrou carcinoma de glândulas anais com invasão local e a imunohistoquímica anticorpos ck7+/ck20-. Devido a isso foi submetida à cirurgia de amputação abdominoperineal de reto e anatomopatológico apresentou invasão angiolinfática e infiltração neoplásica perineural. Iniciado tratamento com quimioterapia e radioterapia. Em vigência de terapia adjuvante, foi admitida na emergência com neutropenia febril, pneumonia, tvp e tep agudo bilateral. Respondia ao tratamento estabelecido quando subitamente apresentou rebaixamento do nível de consciência e inr incoagulável, seguido por parada cardiorrespiratória e óbito. Discussão: carcinoma de glândulas anais representam 0,03 a 0,1% dos tumores do intestino grosso. Os sintomas dessa neoplasia são semelhantes às doenças perianais benignas como sangramento, dor e massa perianal. A disseminação é de modo extraluminal em torno do canal anal e há uma destruição local



que faz com que a determinação da origem da neoplasia seja difícil. A imunohistoquímica pode ajudar a determinar se a origem é a partir da mucosa retal ou glândula anal. A maioria dos adenocarcinomas de glândulas anais apresenta o padrão ck7+/ck20-. A falta de relatos destes tumores levou a variabilidade no seu tratamento. Amputação abdominoperineal de reto, quimioterapia, radioterapia e terapias combinadas são formas de tratamento, sendo que a maioria dos autores opta por terapia combinada. Conclusão: carcinoma de glândulas anais é uma neoplasia rara. Seus sintomas são semelhantes aos das patologias benignas, contribuindo para um diagnóstico tardio. A imunohistoquímica tem grande utilidade, já que mostra um padrão ck7+/ck20-. Na literatura, a melhor sobrevida está associada ao diagnóstico precoce e ao tratamento agressivo.

#### **CARCINOMA ESPINOCECULAR ANAL EM DOENÇA DE CROHN PERIANAL**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Mhs, 52 anos, feminina, há 20 anos com diagnóstico de Doença de Crohn (DC) com manifestação predominantemente perineal, córtico-dependente, em uso de terapia biológica há 10 anos. Apresentando quadro de reagudizações frequentes da doença com múltiplas abordagens cirúrgicas para tratamento de abscessos e fistulas perianais, no entanto, sem sucesso na tentativa de remissão completa, a despeito do tratamento clínico-cirúrgico. Paciente com seguimento irregular da doença, em agosto de 2013 apresentou-se na consulta médica com queixas referentes a novo episódio de exacerbação com dor perianal importante que limitava exame físico loco regional sendo submetida a exame proctológico sob anestesia. Durante exame, identificado destruição importante da anatomia do períneo; lesão inflamatória, com bordos elevados, dolorosa e endurecida, em quadrante anterior direito a qual foi biopsiada. A biópsia da peça revelou quadro histopatológico compatível com carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado com focos de infiltração do estroma adjacente e focos de ceratinização. Paciente foi encaminhada para tratamento com esquema de niro. No momento, aguarda reestadiamento para definição de possível propedêutica cirúrgica. Discussão: a relação entre dc e a presença de lesões malignas ainda não foi bem definida, apesar de vários estudos reconhecerem que existe um maior risco de câncer nesses pacientes. Existem várias características da dc que poderiam ser responsáveis pelo aumento da incidência de carcinoma. Um fator importante pode ser o estado de imunossupressão destes pacientes. Um segundo fator diz respeito à ocorrência de doença perianal grave e recidivante (fistulas, fissuras e abscessos, isoladamente ou em combinação). Finalmente, o estado local de inflamação perianal prolongada, incluindo tanto a formação

de cicatrizes e supuração, não é diferente da condição inflamatória crônica de cicatrizes de queimaduras, que se associam com o desenvolvimento de câncer de células escamosas. Conclusão: os pacientes portadores de doença inflamatória intestinal, particularmente aqueles com doença perianal, devem ser observados cuidadosamente para a ocorrência de complicações graves como o câncer anal. Qualquer lesão perianal incomum ou persistente deve ser biopsiada.

#### **CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS DO CANAL ANAL - RELATO DE CASO**

RAQUEL ALBRECHT; JOSÉ ANTONIO DIAS, ANTÔNIO CARLOS E DANIELA ALCÂNTARA  
*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

Resumo: Objetivo: relatar o caso de um paciente do sexo masculino, de 50 anos, cuja lesão de canal anal foi considerada compatível com tumor neuroendócrino de pequenas células. Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevistas com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Resultados: o paciente foi submetido a biópsia excisional, com necessidade de ampliação de margem e, após decisão conjunta com a clínica de oncologia, optou-se por tratamento complementar com quimioterapia adjuvante. Conclusão: trata-se de uma neoplasia raramente encontrada neste sítio, com poucos relatos na literatura e considerada de comportamento agressivo, por enviar metástases precocemente. Não obstante, o paciente apresentou controle da doença até a conclusão deste estudo.

#### **CARCINOMATOSE CUTÂNEA DE ADENOCARCINOMA DE RETO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; RAFAEL SOUZA MOTA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARCELO SALOMÃO BECHARA, EMILIO AUGUSTO CAMPOS PEREIRA DE ASSIS, SUZANA BORGATI DE OLIVEIRA FERRAZ, KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI, LORENA NAGME DE OLIVEIRA  
*ASCOMCER, UFJF*

Resumo: Introdução: carcinomatose cutânea de adenocarcinoma colorretal é raro, acometendo menos de 4% dos pacientes com tumores colorretais e caracteristicamente ocorre em lesões avançadas. O local mais comum de implante é o abdome. O mecanismo de disseminação pode ser vascular, linfático, implante cirúrgico ou por continuidade. Clínicamente apresenta-se como nódulos violáceos ou avermelhados, móveis, indolores, únicos ou múltiplos. Relato de caso: paciente do gênero feminino, 66 anos, com história de alteração do hábito intestinal e emagrecimento, com nódulo em região inguinal que foi biopsiado e revelou adenocarcinoma metastático moderadamente diferenciado. Foi submetida a tomografia de abdome e pelve, que evidenciou múltiplas linfadenomegalias em cadeias retroperitoneais, íliaca externa esquerda e região inguinal esquerda. Foi então submetida a colonoscopia, que evidenciou lesão vegetante e friável, es-

tendendo-se de 8 a 20 cm da margem anal – biópsia confirmou adenocarcinoma. Enquanto aguardava o restante dos exames para estadiamento, a paciente iniciou com quadro de edema de membro inferior e esquerdo e aparecimento de pápulas eritematosas, não dolorosas na coxa esquerda. Pela suspeita de trombose venosa profunda, a paciente foi internada e solicitado ultrassonografia com doppler venoso, que confirmou trombose em território de veia ilíaca esquerda e várias massas hipocóicas em região da coxa esquerda. As lesões cutâneas foram biopsiadas, e confirmou a suspeita de adenocarcinoma metastático para pele. Foi optado por encaminhar a paciente para tratamento paliativo com radio e quimioterapia. Conclusão: lesões cutâneas em pacientes portadores de neoplasias colorretais podem representar disseminação da doença, e geralmente está associado a prognóstico reservado.

#### **CISTOADENOMA MUCINOSO DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO**

MÁRIO ANTÔNIO FERRARI; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, LUIZ SÉRGIO RONCHI, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Relato de caso: paciente, feminina, 65 anos, sem comorbidades, com queixa de dor abdominal, localizada em fossa ilíaca direita (fid), com irradiação para região lombar, associada a distensão abdominal há 4 semanas. Ao exame físico em bom estado geral, com abdome globoso, flácido, doloroso a palpação de fid, sem massas palpáveis, descompressão brusca e sinal de giordano negativos. Investigação radiológica e laboratorial, com leucograma sem alterações, proteína c reativa discretamente aumentada, função renal, gasometria, sumário de urina e eletrólitos sem alterações. Ultrassonografia de abdome mostrou imagem tubular hipocóica em quadrante inferior direito, sugestivo de mucocele de apêndice cecal. colonoscopia completa, visualizado somente óstio apendicular alargado com aumento da trama vascular em sua base. Indicada laparotomia exploradora, no intra-operatório apêndice cecal aumentado e espessado, com 2,5 cm de diâmetro com base livre sem linfonodomegalia, ceco não comprometido. Realizada apendicectomia com congelação intra-operatória que não mostrou sinais de malignidade. Anatomopatológico cistoadenoma mucinoso do apêndice cecal, margem cirúrgica livre. A paciente recebeu alta no 3º pós-operatório, com seguimento em curto prazo. Discussão: cistoadenoma mucinoso do apêndice cecal consiste em um dos tipos de mucocele de apêndice, que são uma patologia rara do apêndice cecal mucocele é o termo utilizado para dilatação macroscópica difusa ou localizado deste órgão, levando a distensão de sua luz, que é preenchida por material mucinoso. Inicialmente descrita por rokitansky em 1842, e classificada por higa et al. Discreta predominância em mulheres, acima dos 50 anos, compatível com o caso, incidência de 0,2 a 0,4% dos casos de apendicectomia, ou seja, mais comum seu diagnóstico no

pós-operatório (60%). O tratamento é cirúrgico, definido pelo achado intra-operatório. A hemicolectomia direita pode ser indicada se houver comprometimento do ceco ou linfonodos pericecais. A quimioterapia intraperitoneal é realizada nos casos de perfuração. Se o apêndice estiver íntegro, com comprometimento localizado, a apendicectomia com margens livres, permite somente seguimento a curto prazo sem quimioterapia adicional, se comprovado margens livres. Conclusão: o caso relatado coincide com os dados epidemiológicos mostrados na literatura, porém como a minoria descrita foi possível a hipótese diagnóstica pré-operatória, com adequado tratamento cirúrgico e alta ambulatorial.

#### **CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE CECAL – RELATO DE CASO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 7

*HOSPITAL SANTA MARCELINA-SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a mucocele do apêndice é uma dilatação obstrutiva devido o acúmulo intraluminal de material mucóide. Sua incidência varia entre 0,2-0,3% após apendicectomias, 0,2-0,5% dos tumores do trato gastrointestinal e 1% das neoplasias colorretais. É mais comum na sexta e sétima décadas de vida, com predominância em mulheres (4:1). Relato de caso: paciente do sexo feminino, 44 anos, com história de dor em fossa ilíaca direita há 7 dias, em pontada, bem localizada, de moderada intensidade, que se agravou após episódio de diarreia líquida. No exame físico apresentava dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, com descompressão brusca negativa. Os exames complementares apresentaram leucocitose discreta. Foi indicada laparotomia exploradora devido suspeita de apendicite aguda. No intraoperatório havia pequena quantidade de líquido livre serohemático e apêndice cecal aumentado de volume, medindo cerca de 50 x 20mm, paredes espessadas, base livre e sem sinais de ruptura. Não evidenciado material mucinoso na cavidade abdominal. Realizada apendicectomia pela técnica de oschner. Evoluiu sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. O estudo anatomopatológico evidenciou cistoadenoma mucinoso com apendicite aguda purulenta e margem de implantação livre. As mucoceles podem ser causadas por um dos processos: cistos de retenção, hiperplasia mucosa, cistoadenoma e cistoadenocarcinoma. Discussão: cistoadenomas são neoplasias benignas definidas como dilatações do apêndice preenchidas por material mucinoso. É o tipo mais comum (63 a 84%). Os princípios da cirurgia incluem ressecção do apêndice e mesoapêndice, exames de coleta e citológicos do muco intraperitoneal e inspeção da base do apêndice. A hemicolectomia ou colectomia parcial direita, nos casos de margem positiva na base do apêndice ou linfonodos periapendiculares positivos. A complicação mais temida é o pseudomixoma peritoneal, em que partes difusas de um líquido gelatinoso estão associadas aos implantes mucinosos nas superfícies peritoneais e omento. Portanto, o cirurgião deve ter cautela durante apendicectomias com suspeita tumoral para evitar tal complicação. Conclusão: a mucocele do apêndice deve fazer parte do diagnóstico diferencial em quadro sugestivo de apendicite aguda,

e é de fundamental relevância ter conhecimento das suas indicações e técnicas cirúrgicas para maior benefício do paciente e prevenir suas complicações.

### **CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE CECAL – RELATO DE CASO**

EDUARDO AUGUSTO LOPES; LARA BURLAMAQUI VERAS, LAÉRCIO ROBLES, ROGÉRIO FREITAS, HUGO HENRIQUES, ALEXANDER ROLIM, ÂNGELO CECCHINI, ISAAC NETO

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: mucocèle do apêndice é uma dilatação obstrutiva devido o acúmulo intraluminal de material mucóide. Incidência varia de 0,2 a 0,3% após apendicectomias, 0,2-0,5% dos tumores do trato gastrointestinal e 1% das neoplasias colorretais. Relato de caso: paciente feminina, 44 anos, com dor em fossa ilíaca direita há 7 dias. História familiar negativa para neoplasia. No exame físico apresentava dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita. Os exames complementares apresentaram leucocitose. Foi indicada laparotomia devido suspeita de apendicite aguda. No intraoperatório havia pequena quantidade de líquido livre e apêndice cecal aumentado. Não evidenciado material mucinoso na cavidade abdominal. Realizada apendicectomia pela técnica de oschner. Evoluiu sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. O anatomopatológico evidenciou cistoadenoma mucinoso com apendicite aguda purulenta e margem de implantação livre. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial. As mucocèles podem ser causadas por um dos processos: cistos de retenção, hiperplasia mucosa, cistoadenoma e cistoadenocarcinoma. Discussão: cistoadenomas são neoplasias benignas definidas como dilatações do apêndice preenchidas por material mucinoso. Os princípios da cirurgia incluem ressecção do apêndice e mesoapêndice, exames de coleta e citológicos do muco intraperitoneal e inspeção da base do apêndice. A hemicolectomia ou colectomia parcial direita, nos casos de margem positiva na base do apêndice ou linfonodos periapendiculares positivos. A complicação mais temida é o pseudomixoma peritoneal, em que partes difusas de um líquido gelatinoso estão associadas aos implantes mucinosos nas superfícies peritoneais e omento. Conclusão: a mucocèle do apêndice deve fazer parte do diagnóstico diferencial em quadro sugestivo de apendicite aguda e é de fundamental relevância ter conhecimento das suas indicações e técnicas cirúrgicas para maior benefício do paciente e prevenir suas complicações.

### **CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE-LOWESTEIN): TRATAMENTO COM PODOFILINA – RELATO DE CASO**

CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO; ANDRE BARRETO SILVA, CAROLINA CHACON CONSENTINO, ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS, JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO, JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO, EDNA DELABIO FERRAZ

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO*

Resumo: Introdução: o condiloma acuminado gigante, também conhecido como tumor de buschke-lowestein (tbl), é uma variante do condiloma acuminado que se apresenta com uma lesão tumoral extensa, envolvendo a região ano-genital. A lesão, de comportamento invasivo, foi descrita inicialmente em 1896, por buschke, mas somente em 1925 a entidade clínica foi bem definida por lowenstein. Tem comportamento maligno pelo crescimento local, mas sem potencial metastizante. Sua incidência na população é de 0,1%. Sua incidência vem aumentando, associada a estados de imunossupressão, particularmente à aids. Nestes pacientes, costuma ser mais agressivo, com crescimento rápido, alto índice de recidiva e pouca resposta à terapia convencional. Também está relacionado com a presença do papiloma vírus humano tipos 6, 11, 16, 18 e 54. A melhor opção terapêutica ainda não está estabelecida. Vem sido empregado agentes tópicos, imunoterapia, quimiorradioterapia e cirurgia. Objetivo: relatar um caso de um tbl em um paciente portador da síndrome de imunodeficiência adquirida com lesão envolvendo a região ano-genital, com boa evolução clínica após o uso tópico da podofilina a 25%, uma vez que existem poucos casos descritos na literatura e as opções terapêuticas ainda apresentam alto de índice de recidiva e morbidade. Relato do caso: paciente 65 anos, masculino, negro, aposentado; atendido no ambulatório do HUCFF-UFRJ em janeiro de 2013, em tratamento anti-retroviral (hiv) e quimioterapia (sarcoma de kaposi) evoluindo há cerca de 6 meses com verrugas anais. Ao exame, presença de tumoração verrucosa comprometendo região perianal desde a margem, sem comprometimento do canal anal. Iniciou tratamento com imiquimod mas devido a um ave (fev/2013) o tratamento foi interrompido. Optou-se por tratamento com podofilina a 25% semanalmente, com boa resposta terapêutica após 11 meses. Conclusão: no tbl, devido à sua extensão, ao índice alto de recorrência e pelo risco de malignização, a excisão radical é o tratamento mais utilizado. Nós relatamos um caso de tbl extenso com envolvimento de toda região perianal. Esta apresentação acarretaria uma opção cirúrgica com excisão ampliada, o que levaria ao paciente o ônus de incontinência ou até mesmo de um estoma. Devido a este fato, optamos por tentar uma modalidade terapêutica com podofilina a 25% com boa resposta clínica.

### **CORREÇÃO DE ESTENOSE DE CANAL COM RETALHO ILHADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

RAFAEL MOCHATE FLOR; FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES, CARLOS AUGUSTO CANTERAS, FERNANDO BRAY BERALDO, ADERSON ARAGÃO MOURA, JOSÉ EDUARDO GONÇALVES, NAGAMASSA YAMAGUCHI

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*  
Resumo: Introdução: a estenose anal ocorre em consequência da substituição do tecido anal normal por tecido fibroso. Pode ter causas e graus variados. A estenose orgânica, associada à redução objetiva da complacência anal, deve-se, na maior parte das vezes, a complicação das operações orificiais. Sua incidência ainda ocorre em cerca de 3 a 11% em serviços especializados,

constituindo a hemorroidectomia a causa principal das estenoses pós-operatórias. Relato de caso: s.a, 65 anos, antecedente de dois partos vaginais, perineoplastia e correção de cistocele, tvt-o e duas hemorroidectomias. Após cerca de 8 anos da última cirurgia, evoluiu com afilamento das fezes, esforço evacuatório, necessidade de uso diário de laxante e, por vezes, uso de digitação para retirada de vezes. Ao exame físico apresentava estenose anal circunferencial, pèrvia à passagem de 01 polpa digital. Anuscopia com aparelho pediátrico sem outras patologias anorretais. À manometria, pressão de repouso abaixo da normalidade, contração máxima dentro da normalidade. À mm de pelve demonstrou retração cicatricial em parede lateral esquerda de canal anal. Abordada cirurgicamente sendo evidenciada em intra-operatório trave fibrótica em canal anal à esquerda, sendo realizada estenotomia com confecção de retalho ilhado miocutâneo de anoderma. No pós-operatório evoluiu com bons resultados clínicos e continência fecal até 01 ano de acompanhamento. Conclusão: relatamos um caso de complicação devastadora das cirurgias orificiais, revisando os tratamentos possíveis.

#### **DEFECAÇÃO OBSTRUÍDA POR PROCIDÊNCIA RETAL INTERNA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.**

FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES; CARLOS AUGUSTO CANTERAS, RAFAEL MOCHATE FLOR, CLÁUDIO OLIVEIRA MATHEUS, ADERSON ARAGÃO MOURA, JOSÉ EDUARDO GONÇALVES, RAFAEL MELLO  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*  
Resumo: A constipação crônica tem etiologia multifatorial e, por isso, muitas vezes possui diagnóstico etiológico difícil e, por conseguinte, tratamento ineficaz. Relato de caso: r.o 53 anos, funcionária pública, procurou o serviço de coloproctologia do hspe com queixa de constipação e esforço evacuatório havia 3 anos. Às evacuações era necessário manobra digital e a paciente referia uma sensação de abaulamento em parede lateral esquerda do reto, que era retificado e assim possibilitava evacuação. O hábito intestinal era constipado com fezes ressecadas a cada 4 dias. Durante a investigação, o enema opaco e a ressonância evidenciaram colon sigmoide redundante, além de uma procidência interna de reto a manobra de valsalva. Aventada a hipótese defecação obstruída foi programada laparotomia que identificou cólon sigmoide redundante deitando sobre fundo de saco posterior e provocando compressão extrínseca do reto superior. Realizada sacropromontofixação e reconstituição do fundo de saco posterior pela técnica de moskovicz com bons resultados. Conclusão. Relatamos um caso de constipação por causa anatômica, despertando a atenção para a importância da propeidética complementar no diagnóstico e planejamento cirúrgico.

**DESARTERILIZAÇÃO HEMORROIDARIA COM LASER - DOPPLER GUIADA - HELP - EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS**  
PAULO BOARINI; BOARINI,L;CANDELARIA,PAP; BOARINI,M; MESQUITA,E  
*HM TATUAPE/HM ALEXANDRE ZAILO/ SANTA DE CASA DE SÃO PAULO*

Resumo: A doença hemorroidária está associada a teoria de vascular de hiperfluxo causando dilatações nos plexos venosos hemorroidários. Essa nova técnica descrita utiliza uma fibra de laser diodo 980 nm, associada a um doppler para reconhecimento e posterior fotocoagulação das arteríolas terminais das artérias hemorroidárias. A profundidade de penetração pode ser regulada, assim como o tempo de exposição. São aplicadas 5 disparos de laser, a uma potencia de 13 watts com duração de 1.2s cada e uma pausa entre os disparos de 0.6s causando constrição tecidual na profundidade de aproximadamente 5 mm. As arteríolas terminais da artéria hemorroidária superior,se precisamente identificadas, através de um sinal de doppler, podem ser obliteradas com o uso do laser. Métodos: um proctoscopia especial com uma pequena janela é posicionado 3 cm da linha denteada. Através desta, introduzimos uma caneta de doppler,cuja função é identificar o fluxo dos ramos terminais das artérias hemorroidárias(normalmente de 8-12). É realizada rotação horária do proctoscopia, sendo estes ramos fulgurados progressivamente através da fibra ótica de laser. O procedimento não requer anestesia e pode ser realizado ambulatorialmente. Resultados: 55 pacientes entre 2011 à 2013, com hemorróidas de II e III graus cujo principal sintoma era sangramento, foram tratados por esta técnica. O procedimento mostrou ser sintomaticamente eficiente em 85% dos casos num seguimento de 6 meses. Sangramento pós operatório foi observado em 2 dos casos sendo resolvido clinicamente. Dor de pequena intensidade ocorreu em 3 casos sendo resolvido com analgésicos comuns. Nenhum caso requereu anestesia. Conclusões: o procedimento hemorroidário de laser help representa um novo tratamento miniinvasivo, não excisional, para pacientes que apresentam hemorróidas de segundo e terceiro grau, sem prolapso mucoso severo. Fotocoagulação das artérias hemorroidárias causam uma progressiva retração dos mamilos hemorroidários. Esse procedimento não requer anestesia, é tecnicamente fácil de realizar, pode ser repetido e pode ser realizado em regime ambulatorial.

#### **DETECÇÃO DE PÓLIPOS EM COLONOSCOPIAS REALIZADAS POR RESIDENTES DE COLOPROCTOLOGIA COMPARANDO-SE ÀQUELAS REALIZADAS POR ENDOSCOPISTAS EXPERIENTES**

LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; DECIO BERGAMINI VIEIRA, BARBARA IGNEZ SCHIAVENIN, LARISSA CHAVES NUNES DE CARVALHO, RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO, SANDRA PEDROSO DE MORAES, GUSTAVO SEVA-PEREIRA, JOAQUIM JOSE OLIVEIRA FILHO  
*HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI*  
Resumo: Introdução: a colonoscopia é um dos principais procedimentos diagnósticos das afecções colorretais e faz parte do aprendizado obrigatório do coloproctologista em formação. A detecção de pólipos e outras lesões do cólon durante a colonoscopia implica, entre outros fatores, na experiência do examinador. Objetivo: avaliar se existe diferença na detecção de pólipos quando comparados os exames realizados pelo residente de coloproctologia, sob supervisão, e aqueles reali-

zados por endoscopistas experientes. Método: foram avaliados laudos de colonoscopias de 78 pacientes examinados por endoscopistas com mais de 5 anos de experiência(endo) e 60 pacientes examinados por residentes de coloproctologia (resid), sob supervisão de um preceptor coloproctologista, entre fevereiro e maio de 2014. Resultados: foram encontrados pólipos em 27 pacientes examinados pelo grupo endo (34,61%) e em 20 pacientes examinados pelo grupo resid (33,33%). A presença de pólipos em mais de um segmento cólico examinado foi encontrada em 10 dos pacientes do grupo endo (12,82%) e em 7 dos examinados pelo grupo resid (11,7%). A média de idade dos pacientes examinados foi de 60,7 anos no grupo endo e 57,51 anos no grupo resid. A principal indicação para realização do exame foi rastreamento para câncer colorretal em ambos os grupos. Conclusão: não houve diferença estatística no presente estudo na detecção de pólipos entre as colonoscopias realizadas por residentes de coloproctologia em formação, sob supervisão, e endoscopistas com mais de 5 anos de experiência em colonoscopia. Os resultados obtidos, mesmo com um número ainda reduzido de casos avaliados, podem indicar que colonoscopias realizadas por médicos residentes em formação, desde que com a devida supervisão, oferecem segurança semelhante aos exames realizados por endoscopistas experientes na detecção de pólipos colorretais.

#### **DIAGNÓSTICO DE POLIPOSE FAMILIAR DEVIDO A FERIMENTO POR ARMA DE FOGO**

CELENE BENEDITI BRAGION; PAULA DE FREITAS RIBEIRO, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS MENDONÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS*

Resumo: Introdução: a polipose adenomatosa familiar (PAF) é um síndrome causada por mutação no gene *apc*, responsável por 1% de todos os casos de câncer colorretal. O diagnóstico de PAF é feito pela colonoscopia cujo o achado é a presença de inúmeros pólipos adenomatosos. Como virtualmente todos os pacientes com PAF desenvolverão carcinoma em torno dos 40 anos, a cirurgia profilática deve ser indicada. As duas opções cirúrgicas, colectomia total com ileorretoanastomose (ira) ou proctocolectomia total com bolsa ileal são as principais escolhas. Objetivo: relatar um caso de PAF diagnosticado após ferimento por arma de fogo (faf). Relato de caso: homem branco, 40 anos, natural de Bragança Paulista, vítima de faf em transição tóraco-abdominal esquerda, com orifício de entrada em 6º arco costal, sem orifício de saída. Ao exame: estável hemodinamicamente, ausculta abolida em hemitorax esquerdo e dor abdominal difusa à palpação, com sinais de peritonite. Submetido a drenagem torácica devido a hemopneumotórax e na laparotomia exploradora identificado peritonite fecal e lesão de 2cm em transverso. Optado por transversostomia em alça no local da perfuração da lesão. Com o objetivo de reconstruir o trânsito intestinal, foi solicitado colonoscopia pré-ope-

ratória cujo achado foi de inúmeros pólipos adenomatosos por todo cólon. Pesquisado tumores extra-colônicos e manifestações benignas que foram negativos. Solicitada investigação de familiares com identificação de polipose em 3 irmãos. Devido ao pouco acometimento de pólipos no reto e no cólon distal, optou-se pela colectomia total com ileorretoanastomose. Discussão: a colonoscopia nesse caso permitiu o diagnóstico de PAF nessa família, com a identificação do caso "índice". Há três diferentes formas de apresentação da PAF: profusa, esparsa e atenuada. Essas variações fenotípicas ocorrem devido à localização e do tipo de mutação ocorrida no gene *apc*. Na forma atenuada, como no nosso caso, a mutação ocorre nos éxons 4,5, 9 e 15. Mutações no éxon 9 caracteriza-se por um fenótipo menos grave, acometendo preferencialmente o cólon proximal, com manifestações por volta dos 40 anos, sem acometimento do reto e lesões gastroduodenais.

#### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DOENÇA DE CROHN E LINFOGRANULOMA VENÉREO: RELATO DE CASO**

MARLUS TAVARES GERBER; HÉCTOR SBARAINI FONTES, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: pacientes com achados endoscópicos de proctite e sintomas gastrointestinais muitas vezes são tratados como portadores de Doença Inflamatória Intestinal (DII), já que as demais doenças envolvidas no diagnóstico diferencial são, em geral, menos comuns na prática médica. O diagnóstico diferencial entre DII e outras causas de proctite nem sempre é uma tarefa fácil. Objetivo: relatar um caso de Doença de Crohn (DC) em paciente tratada durante 14 anos como portadora de linfogranuloma venéreo (lv). Relato do caso: lps, 40 anos, feminina, com história de dor abdominal com início em 1997, associada à constipação. Realizou colonoscopia na ocasião, que sugeriu diagnóstico de retocolite ulcerativa e iniciou tratamento com sulfasalazina. Paciente apresentava também fistulas perineais e vulvares intermitentes, desde 1990, sendo submetida à fistulectomia em 1999 – o diagnóstico anatomicopatológico (ap) sugeriu diagnóstico de lv. Realizou vários ciclos de antibióticos, sem melhora das fistulas e dos sintomas gastrointestinais. Em 2000, devido a quadros de suboclusão por estenose do reto, foi realizada amputação abdominoperineal do reto, com ap compatível com a proposição clínica de lv, tendo melhora dos sintomas intestinais. Encaminhada ao ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, onde foi submetida a vulvectomias por fistulas em 2007, 2008 e 2012. Em 2013, foi encaminhada ao ambulatório da coloproctologia devido ao retorno dos episódios de suboclusão intestinal. Realizou ressonância magnética do abdome e pelve, que evidenciou distensão das alças ileais com sinais de obstrução parcial próxima a válvula ileocecal. Optado por laparotomia explo-

radora, na qual se observou espessamento da parede cecal e do íleo terminal, sendo realizada ileocelectomia direita, com ap compatível com dc. Realizada revisão das lâminas da amputação do reto, com achados histológicos comuns a dc e lv. Atualmente, paciente faz seguimento e tratamento com imunossupressor para dc e se mantém assintomática. Conclusão: os achados histológicos de dc e lv podem se assemelhar, desta forma, é imprescindível a correlação com dados epidemiológicos, clínicos e colonoscópicos para o diagnóstico definitivo. No caso relatado a confirmação diagnóstica só foi possível 14 anos após o primeiro procedimento cirúrgico e após diversas intervenções sem melhora do quadro.

#### **DIAGNÓSTICO TARDIO DA DOENÇA DE CROHN EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

DANIEL AMARAL ZANETTI; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, ELOAH GAMBOGI LIMA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AUOAR, DIEGO VIEIRA SAMPAIO, GERALDO MAGE-LA GOMES DA CRUZ

*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: as doenças inflamatórias intestinais (DII) apresentam manifestações extraintestinais em 30% dos pacientes, sendo a mais comum a artrite enteropática. A artrite enteropática pode ser classificada como artrite periférica que afeta múltiplas pequenas articulações e artrite axial na forma de espondilite anquilosante (espondiloartropatia). A maioria dos pacientes com espondiloartropatia não apresenta sintomas ou sinais de inflamação intestinal. Lesões inflamatórias no intestino, no entanto, tem sido identificadas em 60% dos pacientes com espondiloartropatia, mesmo na ausência de sinal ou sintoma intestinal. Material e método: paciente sexo masculino, 68 anos, com diagnóstico de espondilite anquilosante há 12 anos em acompanhamento em um serviço de reumatologia desde o diagnóstico. Realizou colonoscopia preventiva há 2 anos que mostrou colite difusa moderada, estenose de canal anal e pólipos colônicos. Foi avaliado por diversas clínicas sem qualquer suspeita diagnóstica de Doença de Crohn. Há um ano iniciou com quadro de proctalgia e nodulação perianal com drenagem de pus, foi encaminhado ao proctologista que iniciou o tratamento medicamentoso para abscesso perianal com antimicrobiano. Paciente ainda sem diagnóstico deu entrada ao serviço de coloproctologia da Santa Casa com lesões perineais graves, como múltiplas fistulas e fissuras, tanto no períneo anterior quanto no posterior. Foi enfim diagnosticada a Doença de Crohn. A abordagem medicamentosa foi com 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. Conclusão: a alta prevalência de DII em pacientes com diagnóstico espondiloartropatia faz com que essa associação deva ser considerada durante o acompanhamento clínico do paciente evitando se o diagnóstico tardio da doença. Exames complementares como a colonoscopia devem ser realizados como vigilância das

manifestações macroscópicas e microscópicas da DII mesmo na ausência de sintomas intestinais. O atraso diagnóstico pode trazer consequências graves com resultados catastróficos ao paciente. O tratamento combinado clínico-cirúrgico com agente biológico e o acompanhamento multidisciplinar são mandatórios para melhores resultados.

#### **DIFICULDADE DIAGNÓSTICA NA SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS**

GIAN LUIGI MENEGAZZO; LUCAS VERGAMINI, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA, WALTER RODRIGO MIYAMOTO, THAIS YUKA TAKAHASHI, PAULO PASSOS DE AZEREDO CANDELÁRIA, FANG CHIA BIN

*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SP*

Resumo: Introdução: a síndrome de peutz-jeghers (spj) é uma doença autossômica dominante, rara, caracterizada por múltiplos pólipos hamartomatosos no trato gastrointestinal associada, em geral, a hiperpigmentação mucocutânea. Apresenta predisposição para o desenvolvimento de neoplasias benignas e malignas do trato gastrointestinal. A motivação do presente trabalho é apresentar um caso de síndrome de peutz-jeghers em que houve dificuldade diagnóstica. Relato do caso: homem, 44 anos, com polipose colônica secundária a síndrome de peutz-jeghers, sem história familiar e sem características clínicas patognomônicas da doença. Os exames, incluindo biópsia, geraram dúvida diagnóstica, sendo o diagnóstico definitivo caracterizado em terapêutica de excessão. Discussão: atualmente o diagnóstico da spj se faz pela presença de três ou mais pólipos hamartomatosos; qualquer número de pólipos associado à história familiar ou manifestação mucocutânea, ou ainda, hiperpigmentação mucocutânea associada à história familiar. Além da ausência de manifestações mucocutâneas e história familiar, a confusão diagnóstica do caso descrito se deu pela má interpretação do exame de colonoscopia e biópsia insuficiente. Considerações finais: síndromes polipóides colônicas não adenomatosas são de difícil diagnóstico. São necessárias polipectomias representativas para definir diagnóstico e conduta terapêutica.

#### **DIVERTICULITE DE CECO: RELATO DE CASO**

CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: diverticulite do colon direito é um patologia rara no ocidente porém é muito comum no oriente, a doença diverticular ocorre numa frequência de 55-70% dos pacientes asiáticos, enquanto que nos caucasianos ocorre em 1,5%. acomete principalmente pacientes do sexo masculino e jovens. É difícil diferenciar um quadro de diverticulite de colon direito de apendicite, porém atualmente com o uso da tomografia computadorizada houve um aumento na acurácia diagnóstica pré-operatória, chegando a até 85% em alguns países asiáticos.

Alguns aspectos clínicos podem ajudar a diferenciar o quadro de diverticulite aguda, como uma história mais arrastada de dor abdominal em fossa ilíaca direita e uma menor resposta inflamatória sistêmica. Um estudo retrospectivo demonstrou que um tratamento clínico é eficaz para pacientes com diagnóstico preciso de diverticulite sem complicações. Porém uma colectomia direita deve ser realizada em casos de severas complicações, múltiplos divertículos, e suspeita de neoplasia. Objetivo: relato de caso de diverticulite de ceco. Relato de caso: paciente sexo masculino, branco, 91 anos deu entrada no pronto atendimento com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita há 2 meses, associado a diarreia, inapetência, e perda ponderal de 8% do peso, nega febre. Ao exame estável hemodinamicamente, abdome flácido com plastrão palpável em fíb dolorosa a palpação, db negativo. Leucograma 13400 mm sem desvio. Na tomografia computadorizada evidenciou-se plastrão inflamatório pericecal com densificação da gordura mesentérica estendendo-se até a válvula ileocecal. A colonoscopia evidenciou doença diverticular pancolônica e processo inflamatório crônico diverticular em ceco. Realizado tratamento clínico com antibioticoterapia, dieta e analgesia. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 7º dia com melhora do quadro clínico inicial e segue em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: diverticulite aguda no cólon direito é uma patologia rara no ocidente que em muitos casos é confundida com quadro de apendicite aguda. Com o uso de exames de imagens como a tomografia computadorizada houve um aumento do número de diagnósticos de diverticulite. O tratamento clínico nos casos não complicados de acordo com a literatura é seguro e eficaz, porém em casos mais graves o paciente deve ser submetido ao tratamento cirúrgico.

#### **DIVERTICULITE DE CÓLON DIREITO SIMULANDO APENDICITE AGUDA – RELATO DE CASO.**

STHELA MARIA MURAD-REGADAS; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA, LUSMAR VERAS RODRIGUES, CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA, MAURA TARCIANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, WARYSON SILVA SURIMÃ, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS, SAULO SANTIAGO ALMEIDA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.*

Resumo: Introdução: a diverticulite de cólon direito é rara em ocidentais, representando cerca de 1-2% dos casos de doença diverticular. Embora pouco frequente quando comparada aos países asiáticos, onde a prevalência varia de 55-70%, deve ser mencionada como diagnóstico diferencial naqueles pacientes jovens com suspeita de apendicite aguda que apresentam um quadro clínico indefinido, sem dor migratória e com menor repercussão sistêmica. Objetivo: apresentar um caso clínico de diverticulite aguda de cólon direito. Relato de caso: paciente, sexo masculino, 48 anos, com queixa de dor em flanco direito,

há 02 dias, de moderada intensidade, que se intensificou gradativamente, tipo cólica e que não cedia com o uso de analgésicos convencionais. Nega febre, hiporexia, náuseas, vômitos. Ritmo intestinal sem alterações. Nega comorbidades ou cirurgias prévias. Ao exame físico: apresentava bom estado geral, frequência cardíaca= 96 b.p.m., abdome levemente distendido, doloroso a palpação profunda em flanco e fossa ilíaca direita, sem dor à descompressão brusca. Os exames laboratoriais não evidenciaram alterações (hb 15g/dl; leucócitos 8820; bastões 1%; pcr: 2g/dl). O ultrassom abdominal não individualizou o apêndice e evidenciou área de hiperecogenicidade da gordura intra-abdominal em flanco/fossa ilíaca direita, sugerindo processo inflamatório local / apendicite aguda retrocecal. Para esclarecimento diagnóstico foi solicitada tomografia de abdome que demonstrou múltiplas imagens diverticulares colônicas em cólon ascendente associada a espessamento parietal segmentar e borramento da gordura mesentérica, sugerindo diverticulite de cólon ascendente. O paciente foi submetido a tratamento clínico com antibioticoterapia oral (ciprofloxacina e metronidazol durante 10 dias) e repouso alimentar, evoluindo satisfatoriamente. Conclusões: a diverticulite de cólon direito é uma doença incomum no ocidente e o diagnóstico acurado é necessário para evitar uma apendicectomia desnecessária. A maior utilização da TC abdominal e o aperfeiçoamento dos critérios diagnósticos aumentaram a taxa de diagnóstico para 85,7%. O tratamento exclusivo clínico com antibioticoterapia só é aplicado para casos não complicados e apropriadamente diagnosticado.

#### **DIVERTÍCULO DE CECO COMPLICADO COM DIVERTICULOSTOMIA E PROLAPSO DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO**

CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: diverticulite do colon direito é um patologia rara no ocidente porém é muito comum no oriente, a doença diverticular ocorre numa frequência de 55-70% dos pacientes asiáticos, enquanto que nos caucasianos ocorre em 1,5%. Acomete principalmente pacientes do sexo masculino e jovens. É difícil diferenciar um quadro de diverticulite de colon direito de apendicite, porém atualmente com o uso da tomografia computadorizada houve um aumento na acurácia diagnóstica pré-operatória, chegando a até 85% em alguns países asiáticos. Alguns aspectos clínicos podem ajudar a diferenciar o quadro de diverticulite aguda, como uma história mais arrastada de dor abdominal em fossa ilíaca direita e uma menor resposta inflamatória sistêmica. Um estudo retrospectivo demonstrou que um tratamento clínico é eficaz para pacientes com diagnóstico preciso de diverticulite sem complicações. Porém uma colectomia direita deve ser realizada em casos de severas complicações, múltiplos divertículos, e suspeita de neoplasia. Objetivo: relato de caso de diverticu-

lite de ceco com diverticulostomia e prolapso de colostomia. Relato de caso: bag, mulher, 63 anos, procedente de atibaia, apresentou abdome agudo inflamatório devido a diverticulite de ceco. Foi submetida a diverticulostomia, e veio encaminhada ao hospital universitário são francisco para reconstrução do trânsito intestinal. Ao exame: apresentava prolapso da diverticulostomia com hérnia paracolostômica e pólipos séssil em cólon ascendente parido. A paciente foi submetida a colectomia direita com ileotransversoanastomose e correção da hérnia, e evoluiu bem com alta no 7º PO. Conclusão: diverticulite aguda no cólon direito é uma patologia rara no ocidente que em muitos casos é confundida com quadro de apendicite aguda. Com o uso de exames de imagens como a tomografia computadorizada houve um aumento do número de diagnósticos de diverticulite. O tratamento clínico nos casos não complicados de acordo com a literatura é seguro e eficaz, porém em casos mais graves o paciente deve ser submetido ao tratamento cirúrgico.

**DOENÇA DE CROHN DUODENAL: RELATO DE CASO**  
RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; MARIO ANTÔNIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA*

Resumo: Relato de caso: feminina, 31 anos, diagnosticada e em tratamento para Doença de Crohn há 12 anos, em uso de infliximabe há 3 anos, com a doença em cólon em remissão, últimas duas colonoscopias, última há 4 meses, sem alterações endoscópicas, somente biópsia de íleo terminal mostrando ileíte crônica compatível com Doença de Crohn. Iniciou quadro de dor abdominal em epigástrico, com sintomas dispépticos associados, sem melhora com adequação alimentar, sem alteração do hábito intestinal. Ao exame físico somente dor a palpação profunda, sem massas palpáveis. Realizada endoscopia digestiva alta que mostrou bulboduodenite erosiva, com múltiplas erosões recobertas por fibrina de até 0,5 cm, realizadas biópsias, sem comprometimento gástrico e de segunda porção do duodeno. Anátomo-patológico com resultado de duodenite crônica acentuada com padrão histopatológico de Doença de Crohn. Foi otimizado a medicação, com associação de azatioprina na dose de 150 mg por dia, e 40 mg de omeprazol, em 6 semanas paciente referiu melhora dos sintomas e em 8 semanas repetida endoscopia com diminuição da quantidade de erosões duodenais. Discussão: a Doença de Crohn é um dos tipos de doença inflamatória intestinal sendo seu principal sítio de acometimento é a região ileocecal, em mais da metade dos pacientes. O comprometimento do esôfago, estômago e duodeno é extremamente raro, na literatura relatado entre 0,5 e 13%. Geralmente se apresenta com sintomas de dispepsia, dor em epigástrico, náuseas, vômitos e hiporexia, sintomas semelhantes apresentados pela paciente deste caso. No comprometimento duodenal, é frequente achado de úlce-

ras aftóides, espessamento das pregas mucosas. A endoscopia é padrão ouro para avaliação gástrica e duodenal, sendo que o trânsito intestinal também é uma opção, considerando alterações em terceira e quarta porções duodenais. As complicações geralmente são obstrução, por estenose, sangramento e raramente fistula. O tratamento pode ser feito com corticoterapia na fase aguda, associado aos inibidores da bomba de prótons, com imunomoduladores, e em caso de doença refratária, é recomendado uso de medicação biológica, com melhora em 78% dos casos. O tratamento cirúrgico nas complicações graves, sendo a dilatação endoscópica uma opção. Conclusão: a Doença de Crohn afetando o duodeno é raro, os sintomas são inespecíficos e complicações graves incomuns. O tratamento clínico geralmente é efetivo, sendo o cirúrgico e endoscópico opções.

**DOENÇA DE CROHN EM CRIANÇA: UM RELATO DE CASO.**

PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; MARIO ANTONIO FERRARI, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE MEREGE DA SILVA, JOAO GOMES NETINHO, GENI SATOMI  
*FAMERP*

Resumo: Introdução: o termo doença inflamatória intestinal (DII) é normalmente utilizado para caracterizar patologias que cursam com alterações inflamatórias crônicas do trato digestório, como a retocolite ulcerativa (ru) e a Doença de Crohn (DC). Esta última, marcadamente caracterizada pelo acometimento transparietal de qualquer segmento do trato gastrointestinal. Nesse trabalho faremos relato de um caso de Doença de Crohn diagnosticado ainda na infância, abordando de maneira sucinta suas complicações, possibilidades terapêuticas e repercussões na vida da paciente. Relato de caso: paciente feminina, 11 anos de idade, com diagnóstico de Doença de Crohn desde os oito anos de idade (em 2007), submetida a colonoscopia com biópsia de íleo terminal, exame de trânsito de delgado e tomografia computadorizada de abdome, com achados característicos, como ileíte, espessamento e irregularidades em íleo terminal. Inicialmente tratada com mesalazina, passando ao uso de azatioprina e infliximabe após um ano, vindo a desenvolver após 2 anos de tratamento, reação alérgica ao anti-tnf. Evoluiu após um ano, em 2008, com formação de abscesso bloqueado em região de fossa ilíaca direita, inicialmente tratado conservadoramente com sucesso. Em 2012, quatro anos depois, em decorrência de acometimento renal a direita, bexiga e colon sigmóide, a paciente foi submetida a ressecção em bloco de ovário e trompas a direita, apêndice, íleo terminal e segmento do sigmóide, com anastomose primária dos segmentos intestinais, além de passagem de cateter duplo j à direita. O estudo anátomo-patológico corroborou o diagnóstico de doença de crohn, sem indícios de atividade. A evolução pós-operatória foi satisfatória. Discussão: estudos epidemiológicos apontam que até um quarto dos pacientes com DII manifestam sintomas e, por consequência, são diag-



nosticados com a patologia antes dos 18 anos de idade. Neste grupo de pacientes, há maior índice de distúrbios com comprometimento cognitivo, atraso do desenvolvimento psico-motor, desnutrição. Tem-se conhecimento, ainda, que crianças diagnosticadas precocemente apresentam as complicações da doença em um espaço menor de tempo em relação à população adulta. A otimização do tratamento diminuiu consideravelmente a morbidade ligada à doença, mas a mesma ainda é considerável e diretamente ligada ao tempo de diagnóstico e progressão da doença, principalmente em pacientes diagnosticados precocemente.

#### **DOENÇA DE CROHN EM GÊMEOS MONOZIGÓTI-COS: ESTUDO DE CASO.**

JAIME FONTANELLI; RENATO VISMARA ROPELATO, RAFAELA MOLTENI, PAULO GUSTAVO KOTZE  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR*

Resumo: Objetivo: o objetivo deste pôster é analisar o caso de duas gêmeas monozigóticas que desenvolveram dc em idades diferentes e com formas fenotípicas iniciais distintas. Relato dos casos: uma das gêmeas teve diagnóstico aos 15 anos, com manifestação inicial de uma fissura anal extensa com acometimento da nádega. Colonoscopia demonstrou ulcerações aftóides no cólon, cujas biopsias revelaram o diagnóstico de dc. Manejada com infliximabe e azatioprina, com remissão clínica e fechamento da lesão anal. Após 2 anos de tratamento, reagudização da doença com pancolite severa e fistula reto-vaginal. Houve troca da terapia para adalimumabe e no momento apresenta-se assintomática. Após 3 anos do seu diagnóstico, sua irmã deu entrada no serviço com quadro de diarreia mucossanguinolenta e dor anal. Colonoscopia revelou pancolite compatível com o diagnóstico de dc, aos 18 anos. Está atualmente no início do tratamento com retirada de corticóides e uso de azatioprina, com boa resposta clínica. Conclusões: neste estudo de casos, as gêmeas demonstraram diferente apresentação clínica inicial, mas o acometimento de todo o cólon esteve presente em ambas. Apesar da importância dos fatores genéticos, existem fatores ambientais ainda desconhecidos que interferem na expressão fenotípica da doença. Na grande maioria dos relatos da literatura, gêmeos monozigóticos com doença inflamatória intestinal apresentam o mesmo tipo, distribuição, curso clínico, resposta ao tratamento e manifestações extraintestinais da doença. No entanto, o diagnóstico costuma ocorrer em momentos diferentes.

#### **DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE: RELATO DE UM CASO BEM SUSCEDIDO EM TRATAMENTO COM IMUNOBIOLOGICO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOSÉ LUIZ DOMINGUES JÚNIOR, RONALDO CARVALHO NEIVA, JOÃO GOMES NETINHO, MARIANA OKINO MITUO, MARIO ANTÔNIO FERRARI, RODRIGO PADILLA, PRISCILLA CLIMACO REBOUCAS,  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn (DC) é uma afecção inflamatória crônica do trato gastrointestinal, de padrão segmentar e transmural, que acomete principalmente intestino delgado distal e cólon. Apresenta-se geralmente com diarreia, dor abdominal, emagrecimento e febre, alternando períodos de atividade e remissão, que pode se agravar com quadros obstrutivos, fistulas e abscessos. Neste relato apresentaremos um caso de dc fistulizante complicada com boa resposta ao uso de infliximabe. Relato do caso: mulher, 50 anos, tabagista, previamente hígida, iniciou há 23 anos um quadro de dor abdominal, hematoquezia, febre e nodulação em glúteo direito com saída de pus e fezes, sendo diagnosticada com dc através de biopsia de canal anal. Na ocasião realizou tratamento com corticoides, antibióticos e câmara hiperbárica, apresentando melhora parcial do quadro, todavia interrompeu o acompanhamento. Há 1 ano procurou nosso serviço devido a múltiplos orifícios fistulosos em região perineal e suprapúbica com saída de secreção purulenta. Foram prescritos antibióticos e solicitada nova colonoscopia com biópsia que evidenciou colite crônica. Em seguida, realizou fistulotomia, colocação de sedenho, infiltração local com corticoide e biópsia incisiva que confirmou a hipótese diagnóstica. Iniciado azatioprina, porém, sem melhora significativa do quadro. Posteriormente, começou infliximabe em dose de indução e manutenção. Houve redução da drenagem pelas fistulas e cicatrização satisfatória até o momento. Discussão: cerca de 35% dos pacientes com dc apresentará um episódio de fistula, podendo ou não haver relação com a atividade da doença luminal. Acredita-se que as fistulas anorretais complexas sejam decorrentes de uma úlcera cavitante ou doença retal. O tratamento deve ser preferencialmente conservador. Imunomoduladores e antibióticos apresentam resposta variável nessas complicações. Agentes anti-tnf alfa tem sido uma excelente alternativa para casos complicados. Na presença de abscessos é indicado tratamento cirúrgico bem como em fistulas refratárias com a realização de fistulotomias e sedenhos. A confecção de estomas pode ser uma alternativa quando há atividade da doença luminal. Conclusão: a dc apresenta grande morbidade, principalmente quando associada ao surgimento de fistulas, o que limita a capacidade social do paciente. A terapia com anticorpos monoclonais anti-tnf alfa mostra-se eficiente no tratamento da dc fistulizante, porém não está claro seus efeitos a longo prazo.

#### **DOENÇA DE CROHN GRAVE REFRATÁRIA A ANTI-TNF** RAFAEL FERRAZ DE SANTANA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES, NEOGÉLIA PEREIRA DE ALMEIDA, ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO, FLORA FORTES

*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn (DC) é uma patologia complexa, multifatorial, podendo acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal. Representando desafio terapêutico, estão as fistulas e manifestações perianais da dc, responsáveis por perda significativa da qualidade de vida. Os imunossupressores e terapia biológica são as medicações

mais utilizadas. A resposta completa à terapia medicamentosa é variada, não ocorrendo fechamento da fistula em boa parte dos casos. Objetivo: relatar caso de dc grave refratária, com comportamento fistulizante, submetida à abordagem cirúrgica das fistulas perianais. Caso clínico: acs, 20 anos, feminina, história de diarreia com muco e sangue e sintomas perianais desde 2007. Colonoscopia compatível com colite de crohn; biópsias mostrando colite crônica com formação de granuloma, baar negativa, sorologias para hiv, hepatites b e c negativas, ppd não reagente, parasitológico de fezes normal. Paciente cortico-dependente, tentado azatioprina, suspenso por intolerância gástrica e eritema nodoso. Iniciado terapia biológica com infliximabe, sem resposta clínica completa mesmo após reajuste da dose. Modificada terapêutica para adalimumabe, com períodos de interrupção do tratamento por quadro infeccioso de repetição (bartolinite). Durante uso do adalimumabe cursou com resposta parcial do quadro diarréico, sem alterar evolução da doença perianal. Atualmente, a despeito da terapêutica, evoluiu com manutenção da diarreia e doença perianal, com aparecimento de fistula retovaginal. Rnm de pelve, evidencia trajetos fistulosos anorretais e fistula retovaginal. Retossigmoidoscopia mostra achados compatíveis com atividade da dc, subestenose de canal anal e orifício fistuloso 15 cm da borda anal. Avaliada pela coloproctologia, sendo submetida à abordagem cirúrgica das fistulas perianais com colocação de sedenho. Resultado: no momento segue em acompanhamento conjunto com gastroenterologia sob supervisão da doença perianal. conclusão: complicações perianais na dc podem ser de difícil manejo clínico, por vezes, necessária intervenção cirúrgica combinada. Este caso chama à atenção para a refratariedade aos agentes biológicos disponíveis e a necessidade de novas medicações com outras vias de atuação como as anti-integrinas. Conclui-se que o tratamento local, é importante para alívio da sintomatologia do paciente, postergando a realização de uma ostomia definitiva ou mesmo a realização de cirurgia mais radical como a proctectomia.

#### **DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG EM ADULTOS - RELATO DE DOIS CASOS**

HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PEDRO COSTA MOREIRA, LARISSA BERBERT, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, RAQUEL FRANCO LEAL, CLAUDIO COY

*INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA, SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA - FCM UNICAMP*

Resumo: Introdução: a doença de hirschsprung ou megacólon congênito, caracteriza-se pela ausência de células ganglionares no plexo submoco, tornando o segmento colônico acometido incapaz de relaxar. O diagnóstico geralmente é feito nos primeiros dias de vida, sendo extremamente raro o diagnóstico tardio. Como é rara em adultos, muitas vezes o diagnóstico é tardio ou ignorado. Objetivo: reportar dois casos clínicos de doença de hirschsprung em adultos, um acompanhado pela equipe de coloproctologia – fcm - unicamp e outro pela equipe

do instituto de gastroenterologia de goiânia. Relato de casos: caso 1: paciente do sexo feminino, de 18 anos, com queixa de obstipação intestinal desde a infância, com piora há oito meses, necessidade de clister evacuatório e hábito intestinal uma vez a cada 20 dias. Ao exame, apresentava tumoração abdominal volumosa em região epigástrica. Durante a investigação, realizou-se enema opaco, que evidenciou megacólon e megarreto. Sorologia para doença de chagas negativa. 19/08/2013- paciente submetida a biópsia de reto que evidenciou ausência de células ganglionares. Submetida, posteriormente, à cirurgia de duhamel, com boa evolução e melhora dos sintomas. O exame anatomopatológico confirmou ausência de células ganglionares do plexo submucoso em segmentos distais. Caso 2 - homem de 48 anos, que dizia ser portador de megacólon desde a infância, só evacua com uso de clister. Sorologia para doença de chagas negativa. Ao exame físico, abdome globoso e toque retal sem fecaloma. Submetido a eletromanometria anorretal: hipertonia de repouso (média pressões de 88 mmhg) com 3 cm de canal anal funcional. Pressões de contração voluntária preservadas. Capacidade e sensibilidade retal diminuídas (70ml e 90 ml, respectivamente). Reflexo inibitório reto-anal ausente, compatível com doença de hirschsprung. Enema opaco: dilatação de cólon descendente e transversal, com diminuição do calibre de sigmóide distal e reto, também compatível com megacólon congênito. Submetido à cirurgia de duhamel, sem nenhuma complicação pós-operatória. Reavaliado após, com enema opaco: cólon de calibre normal. Conclusão: o diagnóstico de doença de hirschsprung em adultos deve ser considerado na presença de constipação intestinal crônica refratária e megacólon.

#### **DONOVANOSE PERIANAL: RELATO DE CASO**

RICARDO CARRELO DA COSTA; MARCOS VITOR NUNES LINDOTE, MARIA LYGIA MINNEY TEIXEIRA, RAFAEL RODRIGUES SPÍNOLA, ADEMAR GARCIA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT*

Resumo: Introdução: a donovanoze é uma doença crônica progressiva que acomete preferencialmente as regiões inguinais, genitais e perianais. O agente etiológico é o *calymmatobacterium granulomatis*. É relacionada à transmissão sexual. A lesão inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. As lesões podem ser múltiplas, sendo freqüente a configuração das lesões em forma de “espelho”. O diagnóstico é feito através da análise histopatológica através da biópsia da lesão. O tratamento é feito com antimicrobianos, sendo que a mais utilizada é a doxiciclina. O critério de cura é clínico e se baseia no desaparecimento das lesões conforme o acompanhamento clínico. Objetivo: descrição de caso clínico de paciente admitido no hospital universitário júlio muller - universidade federal de mato grosso. Métodos: estudo descritivo baseado em coleta de dados de prontuário médico. Foi realizado termo de consentimento informado. Relato de caso: homem, 74 anos, história de lesão perianal há 1 ano e 3 meses, iniciou com vesícula única, pequena, que evo-

uiu com drenagem espontânea hialina, tornando-se ulcerada e dolorosa, progressivamente aumentando de tamanho com novas lesões próximas a original. Relata emagrecimento de 6kg, perda de sangue ao defecar, parceira sexual única, negando coito anal, tuberculose, passado de doença sexualmente transmissíveis e sintomas de doença inflamatória intestinal. O exame físico proctológico mostra-se à inspeção a presença de lesão ulcerada em borda anal, bordas elevadas, espelhada, com lesões satélites sendo a maior com diâmetro aproximado em 5cm e ainda tendo outras 3 lesões com 1,5cm de diâmetro. Toque retal: lesão acometendo porção posterior do canal anal, sem outras alterações. Dentre as hipóteses diagnósticas consideramos tuberculose perianal, Doença de Crohn, lues, neoplasia e donovanose. Foram realizadas pesquisas diretas, raspado e duas biópsias com múltiplos fragmentos da lesão que vieram com significado indeterminado e excluindo neoplasia, lues e tuberculose peri-anal. A videocolonoscopia foi normal. Por exclusão de outros diagnósticos decide-se tratar o paciente com ciprofloxacino por diagnóstico de donovanose, com resposta significativa. Conclusão: o tratamento de úlceras perianais ainda é um grande desafio para o diagnóstico. A donovanose, quando diagnosticada deve ser tratada com antimicrobianos e com seguimento ambulatorial.

#### **ENDOMETRIOSE COLÔNICA SIMULANDO NEOPLASIA OBSTRUTIVA DO SIGMÓIDE**

BRUNO ZENE MOTTA; SFOGGIA E, FEITOSA MR, MACHADO VF, SOUZA GB, ZANNIN CV, ROCHA JJR, FÉRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a endometriose é uma doença que pode se manifestar de formas variadas e em diferentes órgãos. Há descrição de acometimento do tubo digestivo em até 50% dos casos sendo a região colorretal a mais prevalente. Menos de 10% necessitarão de ressecção intestinal. Os autores apresentam um caso que se manifestou como abdome agudo obstrutivo, com exames e avaliação intra-operatória sugestivos de neoplasia obstrutiva do sigmóide. A análise histopatológica da peça cirúrgica evidenciou endometriose estenosante. Relato de caso: mulher, 40 anos, com história de 7 dias de dor abdominal difusa, náuseas, vômitos, parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico taquicárdica, normotensa, abdome com grande distensão, timpânico e sem peritonismo. Toque retal sem anormalidades. A tomografia computadorizada mostrou massa obstrutiva em fossa ilíaca esquerda com grande dilatação do cólon. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora com achado de massa estenosante de sigmóide, com dilatação importante e isquemia parcial do ceco, sem perfuração. Realizada colectomia subtotal com fechamento do coto retal e ileostomia terminal. O anátomo- patológico evidenciou endometriose com obstrução completa do sigmóide. Discussão: a endometriose atinge mulheres no período fértil, entre 30 e 40 anos. Geralmente, acomete trompas, ovários e

peritônio adjacente podendo se estender para o sistema digestivo, urinário, osteomuscular entre outros. A tríade clássica da endometriose (dismenorréia, dispareunia e infertilidade) muitas vezes não está presente no acometimento intestinal e sintomas como hematoquezia, dor abdominal e alteração do hábito intestinal podem surgir, principalmente quando há acometimento da mucosa. A colonoscopia e o enema opaco podem ajudar no diagnóstico quando existe acometimento de mucosa ou compressão extrínseca. A ressonância magnética é o exame de imagem mais utilizado para o diagnóstico. Não existe tratamento uniforme para a endometriose colorretal; as opções medicamentosa e cirúrgica utilizadas a depender do quadro clínico e perfil do paciente. Conclusão: quando a doença se apresenta com abdome agudo obstrutivo a intervenção cirúrgica de urgência se torna mandatória, sendo que, na maior parte dos casos, o diagnóstico final de endometriose só será confirmado na análise histopatológica da lesão, haja vista a sintomatologia inespecífica e semelhança macroscópica com neoplasias.

#### **ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO DE APÊNDICE/CÓLON DIREITO.**

MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO; CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ, BRUNO AMARAL MEDEIROS, SIDNEY PEARCE FURTADO, KARINNE AZIN PINHEIRO, JADER ROSAS CARVALHO, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO  
*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

Resumo: Introdução: a endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Acomete mulheres em idade fértil, causando dor e infertilidade. Estima-se prevalência da endometriose de 15% da população feminina. O diagnóstico é eminentemente clínico, por vezes tardio, por baixa suspeição ou não manifestar-se de maneira evidente nos exames rotineiros, como ultrassonografia transvaginal convencional. Ressonância nuclear magnética da pelve e ultrassom transvaginal com mapeamento para endometriose (com preparo de cólon) auxiliam no diagnóstico. Apesar de altas sensibilidade (98,1%) e especificidade (100%) na detecção das lesões endometrióticas acometendo o retossigmóide, o mapeamento não detecta lesões de órgãos extra-pélvicos (apêndice, ceco, intestino delgado, diafragma, etc.). Pela literatura, 18% das portadoras de endometriose acometendo o retossigmóide podem apresentar acometimento do apêndice cecal e/ou do ceco. Método: análise retrospectiva de prontuários de pacientes operadas, entre agosto de 2012 e junho de 2014 (n = 142) por endometriose infiltrativa profunda com acometimento intestinal. Selecionamos os casos com envolvimento do apêndice e/ou ceco e descrevemos condutas, dados como tempo de internação e taxas de complicações entre outros. Resultados: das 142 pacientes, 16 (11,28%) apresentaram acometimento

Simultâneo do retossigmóide e cólon direito, sendo 8 (5,64%) acometendo apenas o apêndice e 8 (5,64%) acometendo também o ceco. Nas pacientes com acometimento apendicular, foi

realizada apendicectomia videolaparoscópica com confecção de bolsa de tabaco. Das 8 pacientes com acometimento cecal, 4 apresentavam envolvimento da válvula íleo-cecal, sendo submetidas a colectomia direita videolaparoscópica. As demais pacientes foram submetidas a tíflectomia utilizando grampeador linear laparoscópico. Não houve aumento do tempo de internação hospitalar nem qualquer tipo de complicação associada a esses procedimentos. Discussão: o acometimento do cólon direito na endometriose infiltrativa profunda não é raro, e esse diagnóstico é dado apenas no intra-operatório. O tratamento adequado é a remoção das lesões, dando ênfase a cirurgia mais radical (colectomia direita) no caso de acometimento da válvula íleo-cecal. Por estar sempre associado a outro procedimento de maior porte (retossigmoidectomia), o tratamento da endometriose do cólon direito não acarreta em aumento de tempo de internação.

#### **ENTEROCOLITE NEUTROPÊNICA POR USO DE CAPECITABINA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA: RELATO DE CASO**

ADRIANA FREIRE SENA; ROSSINI CIPRIANO GAMA, GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO, LUCIANO PINTO NOGUEIRA DA GAMA, GABRIELA NOLASCO SANTANA FARDIM, LEONARDO REUTER MOTA GAMA, FLAVIA LEMOS MOURA RIBEIRO, THIAGO DE ALMEIDA FLAUZINO  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO VITÓRIA APART HOSPITAL, VITÓRIA - ES*

Resumo: Introdução: a enterocolite neutropênica (EN) é uma apresentação grave da enterocolite necrotizante, em que ocorre quebra da integridade da mucosa intestinal em pacientes neutropênicos, após o uso de quimioterapia com propriedades citotóxicas, entre elas, a capecitabina. A patogênese da EN não foi completamente compreendida, e, provavelmente, resulta da combinação de fatores como a lesão de mucosa intestinal por drogas citotóxicas, neutropenia e imunodepressão. A infecção por flora polimicrobiana leva a necrose da parede do trato gastrointestinal, principalmente no ceco, possivelmente devido a sua maior distensibilidade e menor vascularização, quando comparado aos outros segmentos do cólon. A EN foi originalmente descrita em crianças submetidas a quimioterapia para tratamento de doenças hematológicas, e a sua real incidência ainda é desconhecida. Quando resultante do uso da capecitabina, a incidência de em é menor do que 5%. Objetivo: relatar um caso de EN com perfuração colônica durante o uso adjuvante de capecitabina em paciente portadora de neoplasia de mama com metástase pulmonar. Relato de caso: tmc, 57 anos, casada, mastectomia prévia à esquerda por neoplasia de mama com metástase pulmonar. Foi submetida a tratamento adjuvante com capecitabina e evoluiu com neutropenia febril, diarreia e dor abdominal importante, distensão e redução do ruído hidroaéreo. A tomografia de abdômen evidenciou importante espessamento parietal difuso dos cólons com gás fora de alças. Foi levada a laparotomia de urgência com realização de colectomia total, sepultamento de coto re-

tal e ileostomia terminal. Análise histopatológica evidenciou diverticulite aguda perfurada em sigmóide microperfurações ao longo da parede do cólon, necrose do mesocólon associada a trombose vascular multifocal, e carcinoma mamário metastático para um de 13 linfonodos dissecados. Paciente recebeu alta hospitalar e foi encaminhada ao oncologista. Conclusão: embora pouco frequente, a EN pós uso de capecitabina deve ser considerada em pacientes com neutropenia febril e dor abdominal devido a alta morbimortalidade do quadro. Pacientes sem evidência de perfuração ou sangramento severo devem receber suporte clínico e antibióticoterapia de amplo espectro, mas em casos complicados, a laparotomia exploradora com remoção completa dos tecidos necrosados é imperativa.

#### **ESQUITOSSOMOSE CRÔNICA RETAL-RELATO DE CASO FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; CYNTHIA ABDALLA CRUZ, SÉRGIO LUIZ DA CRUZ CUNHA, FÁBIO ALVES SOARES, SILVANA MARQUES E SILVA, AQUILES LEITE VIANA, ALEXANDRE GHELLER, HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL**

Resumo: Introdução: a esquistossomose mansônica é uma endemia importante no Brasil, causada por parasito trematódeo digenético (*schistosoma mansoni*), que requer caramujos de água doce, parada ou com pouca correnteza, como hospedeiros intermediários para completar o seu ciclo de desenvolvimento. A magnitude de sua prevalência e a severidade das formas clínicas complicadas conferem à esquistossomose uma grande transcendência. No entanto, é uma endemia de fácil manejo e controlável, com grau de vulnerabilidade satisfatório para as ações de saúde pública. O agente etiológico é o *schistosoma mansoni*, trematódeo, da família schistosomatidae, gênero *schistosoma*, cuja principal característica é o seu dimorfismo sexual quando adulto e o seu principal reservatório é o homem relato do caso: paciente 49 anos, sexo feminino, moradora de Brasília - DF, há vinte anos tomou banho de lagoa na bahia, apresentou ovos de esquistossoma nas fezes e fez uso de oxamniquina. Queixa de constipação intestinal, anemia crônica, história familiar de neoplasia colorretal. Realizou colonoscopia de rastreio, onde foi visualizado no reto múltiplas pequenas lesões (2-3mm de diâmetro), em submucosa e coloração amarelada. Realizadas biópsias: esquistossomose. Encaminhada a infectologia diagnosticada com esquistossomose crônica iniciou oxamniquina e posteriormente praziquantel. A endoscopia digestiva alta: pangastrite enantemática leve. Realizou colonoscopia de seguimento, houve pouca redução do número de ovos. Conclusão: a esquistossomose crônica, que é muito mais comum do que a forma aguda da infecção, é causada pela reposta imune do organismo aos ovos, resultando em intensa inflamação dos tecidos acometidos e evolução para granulomas e fibrose.

#### **ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA À INSTILAÇÃO ENDOLUMINAL DE FORMALDEÍDO DURANTE ENTEROCLISMA. RELATO DE CASO**

CASSIO ALFRED B CANTÃO; SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, SFOGGIA E, MOTTA BZ, ROCHA JJR, FÉRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: os tumores neuroendócrinos de intestino delgado (tnid) são raros, com incidência que varia de 0,32 a 1,12 /100000. Necropsias mostram que estes valores são mais altos, se apresentando principalmente nos estádios mais iniciais (1.22/100). O prognóstico é melhor que em outras neoplasias e depende principalmente do estadiamento tnm e do sistema de gradação pelo índice de ki-67. Metástases são encontradas em 30% dos casos. Os locais mais acometidos são fígado, pulmão e ossos, respectivamente. O tratamento cirúrgico é prioritário, mesmo em casos avançados, pois diminui a chance de complicações locais, como obstrução e isquemia, e aumenta a sobrevida. O tratamento adjuvante é indicado em casos de doença disseminada, sendo possível o uso de radioterapia, quimioterapia e interferon alfa. Os derivados de somatostatina também têm destacada importância, sendo octreotide e o lanreotide, os mais usados. Caso: homem, 48 anos, queixa de cervicgia há 3 anos, evolui com parestesia e diminuição de força motora em membros, ascendente e progressiva há 5 meses. Em investigação realizou rnm de coluna cervical, com achado de massa e fratura patológica em c5. Realizada corpectomia da mesma, com descompressão cervical e artrodese. O anatomopatológico evidenciou carcinoma neuroendócrino metastático, sugerindo foco primário em trato gastrointestinal. Níveis urinários de 5-hiaa de 1130 (normal até 14). A colonoscopia evidenciou lesão vegetante em ileo distal, próximo à válvula, que era um carcinoma neuroendócrino de padrão intermediário. Foi submetido à ileotiflectomia com achado de lesão polipoide de 1,5 cm de diâmetro em ileo terminal. O anátomo-patológico evidenciou carcinoma neuroendócrino bem diferenciado, t4n1m1, ki67/mib1 positivo em 3% das células (g2). Em seguimento, nega queixas neurológicas, apenas cervicgia esporádica. Octreoscan mostrou lesões metastáticas em fígado, pulmão e em linfonodos torácicos. Tratamento atual com octreotide. Discussão e conclusão: o tnid é uma entidade de difícil diagnóstico e que na maioria dos casos é descoberto tardiamente, principalmente devido à sua baixa incidência, o que leva a um baixo grau de suspeição, e à sua sintomatologia escassa e multiforme. No entanto, assim que feito o diagnóstico, devem ser feitos todos os esforços para o início rápido da terapêutica, com o intuito do controle da sintomatologia, visando uma melhora na qualidade de vida, a prevenção de complicações e o aumento da sobrevida.

**ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA À INSTILAÇÃO ENDOLUMINAL DE FORMALDEÍDO DURANTE ENTEROCLISMA. RELATO DE CASO**

CHRISTIANO VARELLA ZANIN; SOUZA GB, MACHADO VF, MOTTA BZ, CANTÃO CAB, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÈRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução. A estenose colônica pode ser secundária a várias condições: ressecção e anastomose, diverticulite, colite, isquemia, tumores e radioterapia. A formalina 4% é utilizada em casos selecionados de retite actínica hemorrágica. Em concentrações maiores pode ser nocivo causando lesão da mucosa, isquemia e perfuração do cólon na fase aguda ou cicatrização com estenose na fase tardia. Relato de caso. Mulher de 48 anos com constipação intestinal crônica foi submetida à lavagem intestinal e houve erro da equipe de enfermagem que instilou formaldeído ao invés de solução glicerinada em outro serviço. Evoluiu com abdome agudo perfurativo e necessidade de laparotomia exploradora onde se encontrou necrose e perfuração do ceco. Realizado ileotiflectomia com ileostomia terminal e sepultamento de cólon transverso. Foi encaminhada ao nosso serviço para reconstituição do trânsito intestinal. Ao exame proctológico apresentava estenose a 8 cm da borda anal, confirmado pelo enema-opaco e colonoscopia. Na tentativa de reconstrução do trânsito intestinal identificou-se estenose completa do cólon remanescente, sendo realizado colectomia total, mantendo-se a ileostomia terminal. O coto de reto remanescente era fibrosado. O estudo anatomopatológico identificou segmentos de intestino grosso com estenose luminal por fibrose cicatricial de mucosa e submucosa e colite crônica erosiva e inespecífica (estenose colônica secundária a injúria química). Discussão. A constipação intestinal é uma afecção comum. Muitos pacientes acabam necessitando de procedimentos invasivos (enteroclisma, esvaziamento de fecaloma). Neste caso, o uso inadvertido de formaldeído durante enteroclisma levou a complicações, com piora significativa na qualidade de vida. Não encontramos na literatura outros relatos de estenose colônica causada por instilação endoluminal com formaldeído. Injúrias térmicas do trato gastrointestinal são raras, mas há relato de instilação de água quente por colostomia causando queimadura da mucosa e estenose subsequente. Conclusão: salientamos a necessidade de maiores cuidados no armazenamento e identificação de substâncias perigosas nas unidades de saúde e formação técnica adequada dos agentes de saúde para a realização destes procedimentos.

**ESTENOSE NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS: IMPORTÂNCIA DAS DILATAÇÕES NO SEGUIMENTO E PREVENÇÃO DO CCR - RELATO DE CASO**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, ELOAH GAMBOGI, FERNANDO LAVALL, DANIEL ZANET, MAGNO OTÁVIO SALGADO FREITAS  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: amf, 68a, homem, natural de glaucilândia, minas geraes. Objetivo: avaliar a importância das dilatações no seguimento e prevenção do CCR nas formas graves e estenosantes da RCUI. Desenvolvimento: paciente em acompanhamento ambulatorial e diagnóstico de RCUI há 20 anos; uso irregular de azatioprina e nunca fez uso de biológicos. Em colonoscopias de acompanhamento, realizadas a cada 2 anos

após 10 anos de doença sempre evidenciando área de estenose em reto alto que impedia a progressão do colonoscópio. Encaminhado ao nosso serviço. Na colonoscopia evidenciado ponto de estenose em reto alto. Realizada dilatação com balão hidrostático e após progressão do aparelho, identificada área extensa, 20 cm, de lesão ulcerada, infiltrante, friável, acometendo dois terços da luz. Anátomo patológico evidenciou adenoma túbulo viloso com displasia de baixo grau. Proposto tratamento cirúrgico pelo aspecto endoscopicamente neoplásico da lesão. Conclusão: as formas graves de RCU são casos de difícil manejo e em muitas situações, necessitam de abordagens variadas para o acompanhamento, assim como para a prevenção do CCR e conduta.

#### **ESTUDO CLÍNICO E GENÉTICO DA SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ: INVESTIGAÇÃO DAS MUTAÇÕES DO GENE SUPRESSOR DE TUMOR (FLCN). RELATO DE CASO.**

JAQUES WAISBERG; JAQUES WAISBERG\*, SANDRA DI FELICE BORATO\*, SERGIO APARECIDO DO AMARAL JUNIOR\*, CARINA MUCCILO MELO\*\*, THÉRÈSE RACHELL THEODORO\*\*, MARIA APARECIDA DA SILVA PINHAL\*\*

*FACULDADE DE MEDICINA DA FUNDAÇÃO DO ABC*

Resumo: Racional: a síndrome de birt-hogg-dubé é doença autossômica dominante rara caracterizada por tumores múltiplos de pele (fibrofoliomas, tricodiscomas/angiofibromas, fibromas perifoliculares e acrocórdons), especialmente na face, pescoço e parte superior do tórax. Os indivíduos afetados possuem maior risco de desenvolver cistos nos pulmões, pneumotórax espontâneo, tumores no rim, intestino grosso e tireóide. A mutação do éxon 11 do gene foliculina (flcn) é a mais encontrada nos casos dessa síndrome. Objetivo: relatar caso da síndrome de birt-hogg-dubé e investigar a existência de mutações em éxons codificantes do gene da flcn. Relato do caso: homem, 60 anos, com dor abdominal, alteração do hábito intestinal, lesões na pele da face, pescoço e tórax. Foi submetido à parotidectomia esquerda por oncocitoma, retirada de angioma de corda vocal e à tireoidectomia. A colonoscopia mostrou pólipos hiperplásicos em toda a mucosa cólica. A endoscopia digestiva alta revelou grande quantidade de pólipos hiperplásicos no estômago e no duodeno proximal. A enteroscopia mostrou pólipos hiperplásicos nas porções distais do duodeno e no jejuno proximal. As biópsias de lesões na pele revelaram tricodiscoma e fibrofoliomas. O doente foi submetido à ultrassonografia e ressonância magnética de abdome que mostraram lesões renais bilaterais múltiplas, sólidas e expansivas, compatíveis com angiomiolipomas. Método: o dna genômico do doente foi extraído da amostra de sangue periférico e a quantificação do dna realizada. A amplificação dos éxons do gene da foliculina foi realizada por per semiquantitativa. A partir do dna genômico foram utilizados os oligonucleotídeos iniciadores para a amplificação de 10 éxons do gene flcn com potencial de mutação nessa síndrome. A purificação e sequenciamento automático do produto da per

foram obtidos com os terminadores marcados. Resultados: a amplificação do éxon 11 do gene flcn mostrou que o doente em estudo não possuía mutação genética nesta região. Foi detectada uma mutação no éxon 12 do gene flcn que corresponde a uma duplicação de uma única guanina na posição 1936 da sequência do gene (1936dupg). Não foram encontradas mutações nos outros oito éxons estudados. Conclusões: o encontro de mutação rara do éxon 12 do gene da foliculina mostra que a pesquisa de mutações na síndrome de birt-hogg-dubé deve incluir os 10 éxons do gene foliculina, não se restringindo apenas ao estudo genético do éxon 11.

#### **EVISCERAÇÃO PERINEAL DE INTESTINAL DELGADO EM PORTADORA DE PROLAPSO UTERINO: RELATO DE CASO**

FÁBIO RAMOS TEIXEIRA; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA, ANA LÍVIA SANTOS BARROS

*HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS*

Resumo: A evisceração vaginal é uma manifestação pouco frequente, com poucos relatos sobre a sua incidência. Ela pode se manifestar de maneira espontânea, depois de um traumatismo vaginal ou depois de eventos que aumentem a pressão intra-abdominal. O intestino delgado é o órgão que mais frequentemente eviscera. É relatado um caso de uma paciente de 82 anos, portadora de prolapso uterino, que deu entrada na unidade de urgência com evisceração perineal de extenso segmento de intestino delgado isquêmico. Encontrava-se em sepsis grave, sendo realizado procedimento cirúrgico de urgência, onde foi evidenciada abertura perineal devido necrose de fundo de saco com prolapso vaginal. Foi realizada cirurgia combinada (abdominal e perineal) com redução do intestino delgado sofrido através do períneo, enterectomia, histerectomia total, reforço do assoalho pélvico e correção do prolapso vaginal. A paciente evoluiu a óbito 24 horas após o procedimento. A gravidade do quadro demonstra a importância do manejo cirúrgico imediato, antes que ocorra necrose intestinal ou outras complicações, como sepsis e falência múltipla de órgãos. A evisceração transvaginal é uma afecção rara com múltiplos fatores que debilitam a cúpula vaginal, como o hipostrogenismo em pacientes pós-menopausa.

#### **FÍSTULA NEOVAGINA-RETAL EM PACIENTE TRANSSEXUAL APÓS CIRURGIA DE ADEQUAÇÃO DE GENTÁLIA**

VANESSA FORESTO MACHADO; SOUZA GB, ZANNIN CV, RIBEIRO MF, CANTÃO CAB, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: A cirurgia de adequação genital é indicada no tratamento de disforia de gênero. Acredita-se que a incidência seja em torno de 1:60.000 e a “male-to-female” é quatro vezes mais comum do que o contrário. Uma das complicações mais

traumáticas é o desenvolvimento de uma fístula entre o reto e a neovagina. Relato de caso: homem de 35 anos com história de disforia de gênero desde os 6 anos. Em 2004 foi submetido à cirurgia de adequação genital e desde então usa diariamente dilatador vaginal. Refere uma única relação sexual após a cirurgia. Há cerca de 6 meses, notou saída de fezes na ponta do dilatador e de gases pela neovagina. Exame físico: vagina estreita e pouco distensível, com orifício fistuloso de 0,5 cm no seu ápice (6 cm do introito vaginal) com presença de fezes. Toque retal: presença de orifício anterior de 0,5 cm, a 6,0 cm da borda anal. A ressonância magnética mostrou orifício fistuloso entre o reto e a neovagina. Realizada a correção da fístula com avanço mucoso no reto e fechamento primário da parede vaginal. Paciente não apresentou mais queixas de saída de gás pela neovagina. Um mês após a cirurgia houve cicatrização completa. Paciente não teve relação sexual nem fez uso do dilatador. Discussão: comum a todas as técnicas de cirurgia de adequação genital é a vaginoplastia, que é a criação de uma cavidade no períneo entre o reto e a próstata. A etiologia da maioria das fístulas ainda é obscura. Muitas vezes, já durante a cirurgia é visualizada uma lesão no reto que é reparada primariamente, porém a maioria das fístulas resulta do mau uso do dilatador vaginal. É discutível que um reto íntegro é dificilmente perfurado por um dilatador rombo que está sendo manipulado pelo próprio paciente. Por isso, acredita-se que tais fístulas sejam secundárias à isquemia da parede do reto após o procedimento cirúrgico. Durante a vaginoplastia, pode haver estiramento de ramos arteriais o que resulta em uma área de isquemia na parede anterior do reto, que pode perfurar durante a manipulação do dilatador. Aproximadamente 50% das fístulas se fecham espontaneamente e 50% necessitam de nova cirurgia para correção. Em casos difíceis, a reversão da cirurgia pode ser necessária. É descrita a necessidade de colostomia em alguns casos. Conclusão: os autores discutiram esse caso pelo fato dessa cirurgia ser pouco freqüente no nosso país e o tratamento das complicações podem chegar ao proctologista para resolução.

#### **FÍSTULA COLOVESICAL APÓS MIGRAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

MARCELO DE FILIPPIS; DANIEL DE CARVALHO DAMIN, CLAUDIO TARTA, PAULO DE CARVALHO CONTU, TIAGO LEAL GHEZZI

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

Resumo: Introdução: a fístula colovesical é uma complicação incomum em pacientes do sexo feminino devido à presença do corpo uterino como fator de proteção. A causa mais comum é a diverticulite, sendo a pneumatúria o sintoma mais frequente. A tomografia de abdômen total é o exame mais acurado que pode confirmar a comunicação entre os órgãos. Relato de caso: paciente feminina, 53 anos, tabagista, encaminhada do ambulatório de urologia por queixa de pneumatúria e hematuria. Os sintomas haviam iniciado há pelo menos um ano. A paciente negava alteração do hábito intestinal. Apresentava história prévia de colocação de diu e gravidez subsequente ao

procedimento. Não apresentava alterações ao exame físico. A tomografia previamente realizada sugeria processo neoplásico na bexiga. Durante a investigação realizou cistoscopia e nova avaliação tomográfica. O exame cistoscópico identificou depressão de 1cm no domus vesical a qual foi biopsiada. O exame anátomo-patológico demonstrou cistite glandular. O novo exame tomográfico do abdômen evidenciou trajeto fistuloso comunicando o cólon sigmoide com a parede anterior da bexiga, assim como, corpo estranho na parede vesical. A colonoscopia identificou apenas óstios diverticulares no cólon sigmoide. Logo, foi indicada sigmoidectomia com cistectomia parcial para correção da fístula. O procedimento ocorreu sem intercorrências. O exame anátomo-patológico identificou lesão crônica supurativa e fistulada em mucosa urotelial estendendo-se até a parede do cólon e ulcerando a mucosa deste segmento (fístula vesico-colônica). Já o corpo estranho foi identificado como um dispositivo intrauterino (diu). Discussão: o tratamento da fístula colovesical geralmente é cirúrgico, sendo necessária a ressecção da área envolvida. O diu foi definido como fator causal da fístula já que, mesmo com a presença de divertículos, a paciente não apresentava história prévia compatível com algum episódio de diverticulite. O mecanismo de migração do dispositivo intra-uterino não é conhecido; porém, há vários relatos na literatura e a sintomatologia é variável. Conclusão: a fístula colovesical tem como principal causa a diverticulite. A investigação endoscópica e radiológica é imprescindível para definição de causas e extensão do comprometimento local; entretanto, a investigação da história pregressa da paciente, neste caso o relato da gravidez subsequente à colocação de diu, colabora para o diagnóstico de uma causa incomum para a patologia investigada.

#### **GANGRENA DE FOURNIER – ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CASO AVANÇADO**

ELOAH GAMBOGI LIMA; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, HERALDO NEVES VALLE JUNIOR, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ILSON GERALDO DA SILVA

*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: a fasciite necrotizante perineal (síndrome de Fournier) é infecção grave dos tecidos moles, geralmente polimicrobiana, associada a procedimentos urológicos, proctológicos ou ginecológicos, e patologias imunossupressoras como diabetes melito, alcoolismo, desnutrição grave, corticoterapia, entre outros. O diagnóstico é clínico, mas exames de imagem podem ser úteis na determinação da extensão do processo necrótico. O tratamento consiste principalmente de desbridamento cirúrgico agressivo precoce, por vezes derivação do trânsito fecal e/ou urinário, combinações de antibióticos de amplo espectro e oxigenoterapia hiperbárica. Se o processo progride, é necessário reoperações sequenciais. Relato de caso: paciente, 80 anos, sexo masculino, internado no CTI por com sepse de origem indeterminada. Has, dmnid,

em uso de atenolol, anlodipino, glibenclamida. Tratado como pnm comunitária por três dias. Solicitada interconsulta com coloproctologia que diagnosticou gangrena de fournier. Realizado tratamento cirúrgico e antibioticoterapia com excelente resultado. Discussão: gangrena de fournier é uma entidade que pode ser letal e é favorecida por vários fatores debilitantes. Por causa de seu mau prognóstico, o diagnóstico precoce e uma intervenção multidisciplinar agressiva e apropriada são essenciais para a recuperação adequada. O atraso no diagnóstico e tratamento dessas infecções aumenta muito a taxa de mortalidade.

#### **GIST DE RETO E O USO DO IMATINIB COMO TERAPIA NEOADJUVANTE**

SCHLINZ, J.R.; AMORIN JUNIOR. A.C ; SOARES,M.B.; HAMADA, K.L. ; FRAGA, LF. ; CASTRO JUNIOR, PC ; PAULO, F.L.; MOREIRA,A. L.

*HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO -UERJ*

Resumo: Paciente E.L., 57 anos, feminina, cardiopata portadora de marcapasso e cinco stents coronarianos iniciou quadro de enterorragia e dor ao evacuar. Ao exame proctológico foi evidenciado lesão ulcerada e friável a 3 cm da borda anal acometendo anel anorectal. Colonoscopia sem alteração nos demais segmentos do colon. Histopatológico compatível com gist. tomografia evidenciando lesão de reto distal de aproximadamente 5,1 cm de extensão. O gist de reto é um tumor raro que corresponde a 5% de todos os gist do trato gastrointestinal. A cirurgia é o tratamento de primeira escolha para um gist operável, e ressecção cirúrgica completa é o tratamento mais eficaz para reduzir a taxa de recorrência e melhorar o resultado a cirurgia radical como ressecção abdominoperineal (apr) ou cirurgia mais extensa que exijam a remoção de órgãos adjacentes seria necessário para gist retal localmente avançado localizado muito perto ao ânus. Alguns estudos vêm mostrando que a terapia neoadjuvante com imatinibe leva a redução do tamanho do tumor, melhorar as chances de ressecção cirúrgica completa e preservação da função esfinteriana baseado nesses estudos, optou se por iniciar terapia com imatinibe (400mg/dia) por 8- 12 meses nossa paciente encontra-se no 6 mês de terapia com imatinib.tomografia de controle evidenciou redução do tamanho do tumor para 3,6 cm. Ao exame proctológico não a mais acometimento do anel anorectal.

#### **GIST DE RETO: RELATO DE CASO**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; VINICIUS GUILHERME ROCHA BATISTA, ADRIANA DE SOUZA SERGIO FERREIRA, SONIA MARIA NEUMANN CUPOLILO, MARCELO SALOMAO BECHARA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARIA AUGUSTA MARQUES SAMPAIO SOUZA, RAFAEL SOUZA MOTA

*UFJF E ASCOMCER*

Resumo: Introdução: o tumor estromal gastrointestinal (gist) é um grupo incomum de neoplasias, de origem mesenquimal. A maioria localiza-se no estômago e intestino delgado, sendo incomum no colón e reto. Geralmente assintomáticos,

porém alguns pacientes cursam com sangramento, dor abdominal, massa palpável e obstrução intestinal. A maior incidência ocorre entre a 5ª e a 6ª década de vida. Relato de caso: ort, 65 anos, masculino, sem comorbidades, ex-etilista e ex- tabagista, apresentando quadro de proctalgia, tenesmo, hematoquezia e emagrecimento não quantificado. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, hipocorado, abdome livre, sem massas ou visceromegalias. Ao toque retal evidenciava-se grande lesão vegetante iniciando-se logo acima da margem anal, acometendo o puborretal, circunferencialmente. A colonoscopia identificou grande lesão vegetante ulcerada em reto distal. Foram realizado biópsias, que foram inconclusivas. Solicitado ressonância magnética da pelve, que revelou formação sólido-cística exofítica com aparente epicentro na parede lateral esquerda do reto inferior, medindo em seus maiores eixos cerca de 6,0 x 5,9 cm, abaulando, porém não invadindo a fâscia mesorretal. Pela impossibilidade de ressecção da lesão por via transanal, foi submetido a amputação abdominoperineal de reto. Anátomo-patológico da peça cirúrgica: processo neoplásico com áreas fusocelulares e outras epitelióide com figuras de mitose à coloração de rotina. Estroma frouxo de aspecto mixoide. A imunohistoquímica confirmou o diagnóstico de gist. Conclusão: apesar da raridade, as neoplasias mesenquimais do reto devem ser lembradas no diagnóstico diferencial, principalmente quando originam-se na parede do reto. A ressecção cirúrgica é o principal no tratamento curativo. A linfadenectomia não é mandatória, já que metástases linfonodais são raras. Em 10% a 30% dos casos os tumores têm comportamento maligno, geralmente relacionadas ao tamanho da lesão (maior que 5cm) e índice mitótico(maior que 5 por campo), além da localização. As recidivas são descritas com tempo médio de 23 meses. Devido a essa possibilidade todos os pacientes com gist em reto distal devem fazer seguimento ambulatorial, com pelo menos uma consulta anual, exame proctológico e biópsia de áreas suspeitas, tomografia pélvica e/ou ultrassonografia transretal.

#### **HAMARTOMA CÍSTICO RETORRETAL (CISTO DO INTESTINO POSTERIOR): RELATO DE CASO**

MARLUS TAVARES GERBER; DAYANE RAQUEL DE PAULA, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, LUCIANO OLTRAMANI SPONCHIADO, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: o espaço retrorretal se situa entre o mesorreto e o sacro; tumores nessa localização são raros. A real incidência é desconhecida, estima-se um caso a cada 40.000-63.000 pacientes. Os tumores retrorretais são classificados em congênitos (variante mais prevalente), neurogênicos, inflamatórios, ósseos e outros. Os hamartomas císticos são classificados entre os tumores congênitos e derivam de remanescentes hamartomatosos precursores do sistema diges-



tório. Objetivo: relatar um caso de paciente com tumor retrorretal. Relato do caso: m.f.c., 54 anos, feminina, previamente hígida, com abaulamento na região sacral, associado à dor e dificuldade para evacuar, desde outubro de 2012. Realizou tomografia computadorizada (TC) na cidade de origem, que evidenciou formação hipodensa de contornos lobulados no espaço retrorretal, medindo 6,9 x 5,9cm, sugerindo cisto dermóide. Procurou atendimento, onde a lesão foi drenada, com saída de conteúdo purulento e exame anatomopatológico (ap) com hemácias, fibrina e restos celulares, compatível com conteúdo de cisto inespecífico. Apresentou melhora dos sintomas locais, com retorno dos mesmos em agosto de 2013. Nova TC demonstrou lesão hipodensa com áreas císticas de dimensões semelhantes ao exame anterior. Encaminhada ao ambulatório de coloproctologia, no qual foi optado por ressecção cirúrgica por acesso posterior transcoccígeo. O exame ap da lesão revelou hematoma cístico retrorretal (“tailgut cyst”). Evolução pós-operatória sem intercorrências, com continência fecal preservada, sem sinais de recidiva até o momento. Conclusão: o diagnóstico dos tumores retrorretais é incidental em 50% dos casos, uma vez que os sintomas são variados (constipação, incontinência fecal e urinária, disfunção sexual e mais comumente dor), muitas vezes vagos e relacionados ao efeito de massa da lesão. Cistos com infecção secundária podem mimetizar abscesso anorretal. Embora tumores retrorretais possam se desenvolver em qualquer idade, são mais comuns em mulheres entre 40 e 60 anos. Devido ao risco de transformação maligna dessa entidade, a ressecção cirúrgica é mandatória, mesmo nas lesões de aspecto radiológico benigno. As lesões no nível do reto alto devem ser abordadas por via abdominal; já quando abaixo da terceira vértebra sacral, o acesso deve ser posterior (transacral ou transcoccígeo).

#### **HEMANGIOMA DE OMENTO MAIOR EM ADULTO JOVEM**

JORGE DA SILVA KAWANO; WALTER RODRIGO MIYAMOTO, THAIS YUKA TAKAHASHI, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, FABIANA BUENO TOLEDO, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, DINO MARTINI FILHO, FANG CHIA BIN

*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SP*

Resumo: Introdução: hemangiomas são tumores benignos frequentes na infância, porém raros na idade adulta, principalmente em localizações atípicas. Assim, pode se apresentar como um desafio diagnóstico. Objetivo: relatar caso de doença benigna comum em topografia atípica. Relato do caso: paciente masculino, 28 anos, notou tumoração palpável em hipogastro sem outros sintomas, exceto por aumento de frequência miccional que se iniciou na puberdade. Em ultrassonografia de abdome total, notou-se formação cística complexa multisseptada, com conteúdo anecoico em hipogastro, pósterio-superior a bexiga, de 13cm de diâmetro, sem fluxo ao doppler. Prosseguida a investigação com ressonância magnética de abdome total, foi visualizada a mesma formação cística multisseptada em hipogastro, promovendo compressão vesical e

de retossigmóide, sem invasão, com hipersinal nas fases t1 e t2, podendo representar componente hiperproteico. Com a hipótese diagnóstica de linfangioma, optou-se por laparotomia exploradora, cujo achado foi uma formação cística de conteúdo hemático originada do omento maior. O estudo histológico da peça mostrou-se tratar de hemangioma venoso. Discussão: o diagnóstico de hemangioma em topografia atípica como o omento, em adulto, é raro e difícil. A literatura relata apenas dez casos de hemangioma de omento, sendo que na maior parte deles, o diagnóstico é na infância e com complicação como a ruptura. Considerações finais: mesmo sob minuciosa investigação por imagem pré-operatória, o diagnóstico histológico se impõe pela laparotomia exploradora como principal arsenal diagnóstico para doenças de topografia e curso clínico incomum.

#### **HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA COM APRESENTAÇÃO ATÍCA EM ADOLESCENTE**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: o espectro clínico de apresentação da hemorragia digestiva baixa (hdb) é amplo, variando desde episódios recorrentes e pouco expressivos de hematoquezia até hemorragias maciças e choque hemodinâmico. Na maior parte das vezes, o sangramento é autolimitado. Em crianças a principal causa é o divertículo de meckel, sendo que as angiodisplasias ocorrem, sobretudo, em indivíduos com mais de 65 anos de idade e predominam no ceco e cólon ascendente proximal. Inicia-se a propedêutica com auxílio da colonoscopia, com trabalhos inferindo para a realização entre 12-24 horas da admissão hospitalar. A arteriografia seletiva, por outro lado necessita pelo menos 0,5ml/min de sangramento para detecção da hemorragia e apresenta acurácia entre 40 e 86%. Objetivo: relatar caso de paciente adolescente com quadro de hdb maciça com diagnóstico arteriográfico de sangramento de cólon esquerdo. Relato de caso: vir, masculino, 14 anos, estudante. História de hemorragia digestiva baixa exteriorizada por enterorragia de grande monta com eliminação de coágulos com 10 dias de evolução sem sinais de baixo débito mas com necessidade de hemotransfusão de 5 concentrados de hemácias devido anemia aguda. Realizou endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações de mucosa e diante da persistência da hemorragia solicitado arteriografia com evidência de área de maior concentração de contraste em território da artéria cólica esquerda, que pode corresponder a sangramento. Optado pela não realização de hemostasia devido baixo fluxo de sangramento. Paciente evoluiu bem, com cessação do sangramento e estabilidade clínica com encaminhamento para ambulatório de coloproctologia. Conclusão: a hdb na maioria das vezes, em torno de 80% caracteriza-se por ser fenômeno auto-limitado. Entretanto, deve-se saber que a presença de enterorragia volumosa, hematócrito abaixo de 35% e instabilidade hemodinâmica após 1 hora da admissão hospitalar são fatores de independentes de mau prognóstico.

### **HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA NA SÍNDROME DE PRADER-WILLI**

MARLLUS BRAGA SOARES; DA LUZ, A.M; SCHLINZ, J.R; JUNIOR, A.C; HAMADA, K.L; JUNIOR, P.C.C; LOPES PAULO, F.; FRAGA, L.F.

*UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO*

Resumo: A síndrome de prader-willi (spw) é uma desordem genética gerada por anormalidades no cromossomo 15, caracterizada por hipotonia neonatal, hipogonadismo, obesidade e retardo mental. Sua prevalência gira em torno de 1 para 10000 neonatos. Pacientes com spw podem manifestar comportamento de auto-mutilação cutânea, incluindo tendência à manipulação retal. Reportamos caso de um adolescente de 15 anos com spw apresentando sangramento retal de longa data. Inicialmente paciente fora diagnosticado e tratado, em outra instituição, para doença inflamatória intestinal sem melhora dos sintomas. Ao exame físico, associada à anuscopia e retossigmoidoscopia rígida, foi evidenciada úlcera retal à 3 cm da borda anal em parede retal anterior, com 4 cm de extensão, comprometendo linha pectínea. Histopatológico da úlcera demonstrou fibrose e displasia epitelial de baixo grau, sendo excluída parasitose intestinal e doença inflamatória intestinal. O diagnóstico de síndrome da úlcera retal solitária foi então formado, e diante desta suspeição foi realizada defecossônância, para avaliar presença de prolapso mucoso oculto, porém não sendo encontrada anormalidades nesse exame. Novo exame endoscópico foi realizado - retossigmoidoscopia flexível com biópsia- com achado da úlcera retal mantido, ocupando cerca de 30% da circunferência retal. O resultado histopatológico das lesões colônicas e retal evidenciou infiltrado linfoplasmocitário e hiperplasia linfóide da submucosa, com presença de atipias citoarquiteturais sugestivas de alterações regenerativas. A possibilidade de manipulação retal pelo paciente foi sugerida, sendo instituída vigilância por parte dos responsáveis do adolescente quando este usa o banheiro. Paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. A síndrome da úlcera retal solitária (surs) é uma condição clínica benigna frequentemente relacionada ao prolapso retal, caracterizada por uma combinação de sintomas, achados endoscópicos e alterações histopatológicas. Os principais sintomas da surs são hemotoquezia, mucorréia, dificuldade de evacuação e dor anal. Em aproximadamente 25% dos casos os pacientes podem ser assintomáticos, sendo o diagnóstico realizado acidentalmente. Trata-se de uma entidade incomum com incidência de 1-3 casos por 100.000 habitantes por ano. Justamente devido sua raridade esta pode ser confundida com outras enfermidades como neoplasias e doença inflamatória intestinal.

### **HEPATITE FULMINANTE COM NECESSIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA REFRATÁRIA EM USO DE INFLIXIMABE**

ROGERIO SERAFIM PARRA; ENRICO SFOGGIA, CHRISTIANO ZANNIN, GUSTAVO BOTEGA, VANESSA FORESTO MACHADO, JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA, OMAR FÉRES

*DIVISÃO DE PROCTOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO, UNIVERSIDADE DE SAO PAULO*

Resumo: Escrever e enviar em breve

### **HÉRNIA PARAILEOSTÔMICA ENCARCERADA CONTENDO VESÍCULA BILIAR GANGRENADA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Hérnia paraestomal (hp) é um tipo de hérnia incisional que se forma junto à abertura da parede abdominal utilizada para exteriorização de um estoma, acarretando, dentre outras, a dificuldade para irrigação e fixação das bolsas coletoras, proporcionando dor e desconforto pela deformidade da imagem corporal, já anteriormente alterada pela presença do estoma, além do risco de eventual encarceramento e estrangulamento de seu conteúdo. É a complicação mais frequente após confecção de estomas intestinais com incidência bastante variável, ou seja, em cerca de 28% das ileostomias e 58% das Colostomias. Ademais, a incidência das hp aumenta com o tempo e a maioria ocorre nos dois primeiros anos após sua confecção. Relato de caso: Paciente, cdjb, sexo feminino, 80 anos de idade com queixa de dor abdominal em quadrante inferior direito há cinco dias do tipo cólica e com piora progressiva associado à vômitos e parada de evacuação, mas com eliminação de flatos. História prévia de cistectomia radical com confecção de ileostomia a bricher por carcinoma espinocelular de bexiga estágio ii, tendo sido submetida a terapia adjuvante com quimioterapia no ano de 1999. À admissão apresentava-se com abdome distendido, com evidência de volumosa hérnia incisional em ferida operatória mediana, além de hérnia paraileostômica onde havia presença de dor e hiperemia em linha axilar anterior. Ileostomia do tipo bricker apresenta-se funcionante com diurese clara. Submetida a laparotomia exploradora com evidência de volumosa hérnia incisional e paraileostômica com estrangulamento e gangrena pelo anel herniário de vesícula biliar que apresentava-se com paredes espessadas e gangrenadas e com cálculo em seu interior de cerca de três centímetros. Conclusão: o encarceramento e estrangulamento da vesícula biliar em hérnia paraileostomia de bricker é afecção gastrointestinal de urgência extremamente rara com diagnóstico geralmente realizado no intra-operatório.

### **HÉRNIA PARAILEOSTÔMICA ENCARCERADA CONTENDO VESÍCULA BILIAR GANGRENADA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Hérnia paraestomal (hp) é um tipo de hérnia incisional que se forma junto à abertura da parede abdominal utilizada para exteriorização de um estoma, acarretando, dentre outras, a dificuldade para irrigação e fixação das bolsas coletoras, proporcionando dor e desconforto pela deformidade da imagem corporal, já anteriormente alterada pela presença do estoma, além do risco de eventual encarceramento e es-

trangulamento de seu conteúdo. É a complicação mais frequente após confecção de estomas intestinais com incidência bastante variável, ou seja, em cerca de 28% das ileostomias e 58% das colostomias. Ademais, a incidência das hp aumenta com o tempo e a maioria ocorre nos dois primeiros anos após sua confecção. Relato de caso: paciente, cdjb, sexo feminino, 80 anos de idade com queixa de dor abdominal em quadrante inferior direito há cinco dias do tipo cólica e com piora progressiva associado à vômitos e parada de evacuação, mas com eliminação de flatos. História prévia de cistectomia radical com confecção de ileostomia a bricher por carcinoma espinocelular de bexiga estágio ii, tendo sido submetida a terapia adjuvante com quimioterapia no ano de 1999. À admissão apresentava-se com abdome distendido, com evidência de volumosa hérnia incisional em ferida operatória mediana, além de hérnia paraileostômica onde havia presença de dor e hiperemia em linha axilar anterior. Ileostomia do Tipo bricker apresenta-se funcionalmente com diurese clara. Submetida a laparotomia exploradora com evidência de volumosa hérnia incisional e paraileostômica com estrangulamento e gangrena pelo anel herniário de vesícula biliar que apresentava-se com paredes espessadas e gangrenadas e com cálculo em seu interior de cerca de três centímetros. Conclusão: o encarceramento e estrangulamento da vesícula biliar em hérnia paraileostomia de bricker é afecção gastrointestinal de urgência extremamente rara com diagnóstico geralmente realizado no intra-operatório.

#### **HÉRNIA PERINEAL PRIMÁRIA: RELATO DE CASO**

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR, ELOAH GAMBOSI LIMA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, DANIEL AMARAL ZANETTI, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ILSO GERALDO DA SILVA  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: hérnia perineal é uma protrusão de vísceras intra-abdominais através de um defeito no assoalho pélvico, sendo uma condição muito rara. Podem ser classificadas em primárias (congenita ou adquirida) e secundárias - após rap, exenteração pélvica e prostatectomia perineal. Relato de caso: h.g., sexo masculino, 74 anos, história de abaulamento em nádega e há 05 anos com aumento de tamanho progressivo e de acordo com a pressão abdominal, desconforto para sentar e dificuldade para defecar. Rnm com defecografia (fev/14): sinais de solução de continuidade na musculatura elevadora do ânus, indicando a possibilidade de ruptura, com protrusão/herniação de grande segmento retal para a fossa isquioanal e, já visibilizada nas imagens em repouso. O processo evacuatório foi insatisfatório devido ao preenchimento do segmento herniado acima citado por grande quantidade de fezes e pela obstrução condicionada pelo mesmo a saída das fezes. Encaminhado para correção cirúrgica com resultado satisfatório. Discussão: o desenvolvimento espontâneo de uma hérnia perineal é um evento bastante incomum. Ocorrem mais comumente entre 40 e 60 anos e são cinco vezes mais comuns em

mulheres, devido a maior amplitude da pelve e às alterações da gravidez. Outros fatores são a obesidade, ascite e infecção pélvica recorrente. Os sinais e sintomas são relacionados a uma massa no períneo ou nádega, que podem causar algum desconforto e alteração de tamanho. Ocasionalmente, dificuldade para urinar e defecar são os principais sintomas. Além do exame físico, enema baritado, particularmente com filmes pós-esvaziamento, pode confirmar a presença da hérnia. Tc, rnm ou defecografia são utilizados em casos difíceis. Quando sintomática, a reparação cirúrgica é justificada e pode ser realizada por vias abdominal, perineal, abdominoperineal combinadas, ou abordagens laparoscópicas. Em casos raros, uma reparação primária pode ser realizada, apesar de na maioria dos casos, a reparação requerer um enxerto sintético. Conclusão: hérnias do assoalho pélvico são extremamente incomuns e podem representar um desafio diagnóstico ao médico. Acreditamos que para hérnias perineais primárias não complicadas reparação laparoscópica é tecnicamente viável, e associado a uma recuperação rápida e complicações mínimas.

#### **HETEROTOPIA PANCREÁTICA NO ÍLEO CAUSANDO INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; MIKI MOCHIZUKI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, LARISSA BERBERT ARIAS, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA / DMAD / FCM / UNICAMP*

Resumo: Introdução: a heterotopia pancreática (hp) é uma anomalia do desenvolvimento, sendo definida como tecido pancreático em locais ectópicos sem contiguidade com o pâncreas principal. Sua ocorrência é rara e tem incidência de 0,2% das cirurgias do trato gastrointestinal alto. A hp ocorre principalmente em estômago, duodeno e jejuno proximal. A hp ileal como causa de intussuscepção intestinal é extremamente rara. Após revisão da literatura, encontramos apenas 7 casos descritos de hp como causa de intussuscepção intestinal. Objetivo: relatar um caso de hp do íleo causando intussuscepção intestinal. Relato de caso: paciente do sexo masculino de 16 anos de idade foi encaminhado ao nosso ambulatório com dor abdominal crônica e episódios de suboclusão intestinal há 2 anos. Previamente submetido a duas videolaparoscopias não-terapêuticas por quadro de abdome agudo por obstrução. Até esse momento, estava sendo tratado como portador de Doença de Crohn e de intolerância à lactose, em uso oral de mesalazina 2g/dia e restrição de lactose, referindo melhora parcial dos sintomas. Em nosso serviço, foi solicitada enterorressonância do intestino delgado, que detectou lesão polipóide pediculada de 8cm no íleo distal. Em seguida, foi submetido a enteroscopia retrógrada do intestino delgado por técnica de duplo-balão, que revelou a cerca de 150cm da válvula ileocecal, uma lesão submucosa de aspecto polipóide e consistência amolecida, medindo 8cm, sendo realizada demarcação com tinta nankin. Realizada ressecção videolaparoscópica do segmento ileal a 120cm da válvulai-

leocecal contendo a lesão, com anastomose íleo-ileal mecânica e isoperistáltica. Não foi observado divertículo de meckel. Não houve intercorrências no período pós-operatório. O anátomo-patológico constatou que o segmento intestinal tinha alterações vasculares compatíveis com intussuscepção e a lesão continha tecido pancreático maduro, com ácinos e ductos. Discussão: hp é o resultado da separação de tecido pancreático durante o desenvolvimento embrionário, sendo uma causa rara de intussuscepção intestinal. A maioria dos casos de hp ileal como causa de intussuscepção intestinal é descrita com a concomitância de divertículo de meckel, o que supostamente aumentaria o potencial de invaginação intestinal. Conclusão: a hp do íleo sem divertículo de meckel causando intussuscepção intestinal relatada por nós é extremamente rara.

#### **HIDRADENITE SUPURATIVA EXTENSA DE REGIÃO INTERGLÚTEA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

CARLOS AUGUSTO CANTERAS; FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES, RAFAEL MOCHATE FLOR, ADERSON ARAGÃO MOURA, FERNANDO BRAY BERALDO, PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA, JOSE EDUARDO GONÇALVES, NAGAMASSA YAMAGUCHI  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a hidradenite supurativa é uma doença crônica, decorrente da infecção de glândulas sudoríparas apócrinas. Sua etiopatogenia ainda não é bem conhecida, sendo por vezes associada a distúrbios endócrinos, anormalidades imunológicas, hereditariedade e higiene precária. Há fatores desencadeantes exógenos físicos, como vestes muito justas e depilações; e químicos, como desodorantes, antitranspirantes e líquidos depilatórios. O tratamento conservador é ineficaz nas formas mais exuberantes com lesões crônicas extensas, sendo necessária a realização de tratamento cirúrgico, que possibilita a cura da doença. É indicada a ressecção radical, e a cicatrização se processa por fechamento primário, segunda intenção, por enxerto ou rotação de retalho. Relato de caso: g.u, 60 anos, proveniente de são paulo/sp, aposentado, com queixa de drenagem de secreção purulenta por múltiplos orifícios em região interglútea, necessitando de repetidos procedimentos de drenagem local. Diagnosticado com hidradenite supurativa, abordado em outro serviço, onde foi realizada ressecção local, retalho cutâneo e colostomia derivativa. Após 20 anos evoluiu com recidiva das queixas, procurando serviço de coloproctologia do hspe, onde durante exame físico diagnosticou-se hidradenite supurativa recidivada com destruição de grande parte da região glútea. Discutido caso com o serviço de cirurgia plástica do mesmo nosocômio para ressecção e reconstrução num mesmo procedimento. O paciente então foi submetido à ressecção extensa das lesões até plano fascial e a reconstrução foi realizada com enxerto autólogo de pele parcial. Evoluiu com resolução do quadro e boa evolução da área enxertada, sem recidiva até o momento.

#### **INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCECAL ASSOCIADO A TI-REOIDITE DE HASHIMOTO**

KAROLINA VENCIO FRAUZINO RAMOS; GUSTAVO TRAVAGLIA

*HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE*

Resumo: A intussuscepção nos adultos representa apenas 5% de todos os casos de intussuscepção e é causa infrequente de obstrução intestinal nos adultos. Devido ao risco de patologias malignas e grande risco de processo patológico secundário, o tratamento cirúrgico é indicado. Relato de caso: paciente 20 anos, sexo feminino, portadora de tireoidite de hashimoto, em tratamento com puran t4 25mg há 1 ano, foi admitida com quadro de dor abdominal difusa há 5 dias, associado a náuseas. Negava febre ou alteração de ritmo intestinal. Possui história de constipação intestinal crônica. No exame físico da admissão, notava-se massa palpável em fossa ilíaca direita, sem irritação peritoneal. Exames laboratoriais evidenciavam leucócitos de 12000. Rotina radiológica normal realizou tomografia de abdome com contraste evidenciando sinais de intussuscepção intestinal em íleo terminal. Foi submetida à laparotomia exploradora com achado de intussuscepção ileocolônica, sem linfonodomegalias ou sinais de isquemia local. Realizado hemicolectomia direita com anastomose ileotransversa à barcelona. Paciente evoluiu no pós-operatório com melhora dos sintomas, recebendo alta hospitalar. O exame anatomo-patológico da peça mostrou segmento de alças de íleo distal e ceco edemaciadas, com invaginação de segmento distal de íleo sob o ceco, compatível com intussuscepção. Discussão: A intussuscepção em adultos é causa rara de abdome agudo e em 90% dos casos, está relacionado a causa anatômica. O diagnóstico se torna um desafio, uma vez que a tríade clássica de dor abdominal, massa palpável em fossa ilíaca direita e fezes sanguinolentas é encontrada em uma minoria dos pacientes. Dessa forma, na maioria dos pacientes, o diagnóstico é feito no intraoperatório. E, nesses casos a ressecção cirúrgica é recomendada, devido ao risco de patologia maligna. nos casos em que o diagnóstico é estabelecido no pré-operatório e lesão benigna é bem estabelecida, pode-se tentar a redução para permitir uma ressecção mais limitada. Conclusão: Em caso de diagnóstico pré-operatório de intussuscepção, em que não haja condição maligna suspeitada, pode-se tentar conduta conservadora com redução por dilatação pneumática, no entanto, sua ressecção cirúrgica se torna mandatória em casos diagnosticados no intra-operatório ou nos casos duvidosos.

#### **INTUSSUSCEPÇÃO COLÔNICA EM ADULTO: RELATO DE DUAS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 7

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: a intussuscepção intestinal é definida como uma telescopagem de um segmento intestinal no interior de outro demonstrando uma causa para tanto em cerca de 90% dos casos quando acomete adultos, diferentemente do que ocorre em crianças. Embora represente uma causa rara de admissão hospitalar, pode apresentar clínica de abdome agudo ou sinto-

mas crônicos e intermitentes de dor abdominal. Relato de caso: Caso 1: paciente feminina, 49 anos, com quadro de dor abdominal aguda associado à vômitos e discreta leucocitose. Tomografia computadorizada demonstrava imagem em alvo e durante cirurgia verificado intussuscepção entre cólon descendente e sigmoide. Caso 2: paciente masculino, 65 anos com queixa de dor abdominal crônica e melena intermitente com colonoscopia revelando grande lesão polipoide com ulcerações em cólon ascendente ocupando cerca de 90% da sua luz. E tomografia computadorizada com imagem de invaginação intestinal. Submetido à hemicolectomia direita. Conclusão: enfatiza-se a necessidade de se aventar a hipótese de intussuscepção intestinal fundamentalmente em casos de sintomas crônicos e intermitentes de dor abdominal e suboclusão intestinal em salvas.

### **INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL ASSOCIADO À SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CÍNARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Dbm, 52 anos, feminino, com diagnóstico de síndrome de peutz jeghers. Pós-operatório tardio (pot) de colectomia total por enterorragia; pot enterectomia por quadro de semi-oclusão intestinal. Há 2 meses quadro intermitente de distensão abdominal associado a vômitos. A tomografia evidenciou, em topografia de alça jejunal, imagem ovalar “em alvo” com área central hipoatenuante sugestiva de intussuscepção. Submetida à laparotomia exploradora (le) em junho de 2014. Durante cirurgia, observado inúmeros pólipos de diversos tamanhos em toda a extensão do intestino delgado. Dois maiores, localizados a 40 cm do ângulo de treitz (realizada enterectomia); 2 enterotomias para exérese de pólipos menores. paciente evoluiu no pós-operatório (po) com quadro arrastado de íleo paralítico, sem sucesso na progressão de dieta. A TC mostrou novo quadro de intussuscepção intestinal que motivou nova laparotomia no 16º po. Foi observado presença de invaginação entre alças de jejuno que se iniciava a 20 cm do treitz e se estendia por cerca de 25 cm com “cabeça” da intussuscepção formada por pedículo de pólipo anteriormente ressecado que se encontrava edemaciado. Desfeita intussuscepção sem necessidade de nova ressecção intestinal. Evolução pós-operatória prolongada, recebendo alta no 34º po da primeira cirurgia sem complicações maiores. Discussão: a síndrome de peutz-jeghers é uma doença autossômica dominante caracterizada por polipose hamartomatosas do trato gastrointestinal, associada à pigmentação melânica cutâneo-mucosa. Doença rara, afetando 1:60.000 a 1:300.000 indivíduos nos EUA. O impacto desta condição é resultante da polipose gastrointestinal e complicações associadas: dor abdominal, hemorragia digestiva e invaginação/oclusão intestinal. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos de obstrução, sangramento e intussuscepção. Como os pólipos se distribuem por todo o trato digestivo,

qualquer tentativa de ressecções mais alargadas não acarretará benefícios para o paciente, tão pouco irá proporcionar o controle da doença, além de piorar o estado nutricional destes pacientes. Conclusão: considerando a baixa incidência da síndrome e suas possíveis complicações, destaca-se a importância do seu diagnóstico precoce seguido do acompanhamento periódico destes pacientes. O objetivo final é de proporcionar o tratamento adequado (endoscópico e/ou cirúrgico) que irá garantir, na medida do possível, uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

### **ISQUEMIA ISOLADA DE CECO SIMULANDO QUADRO DE ABDOMEN AGUDO INFLAMATÓRIO: RELATO DE CASO**

RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; MARIO ANTÔNIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, SÉRGIO LUIZ APARECIDO BRIENZE, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Relato de caso: paciente, feminina com 58 anos, atendida com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca direita (fid) há 1 dia, associada a diarreia, náuseas, vômitos e hiporexia. Paciente hipertensa e diabética de base, com cesariana prévia. A dor era localizada sem irradiação. Ao exame físico em bom estado geral, abdome pouco globoso, ruídos pouco diminuídos, flácido, doloroso em fossa ilíaca direita e hipogástrico, com descompressão brusca positiva, sinal de rovsing positivo. Exames complementares, leucograma com 13090 leucócitos sem desvio, urina I e amilase dentro da normalidade. Raio x de abdome agudo mostrando alça sentinela próxima a fid, discreta distensão de cólon descendente. Ultrassonografia de abdome e trans-vaginal mostrando pequena quantidade de líquido livre, e apêndice cecal não visualizado pelo método. Indicada apendicectomia, achado cirúrgico de pequena quantidade de secreção pio-serosa, com isquemia isolada de ceco, com apêndice cecal, optado por laparotomia exploradora, demais seguimentos colônicos e órgão sem alterações, realizada hemicolectomia direita com anastomose íleo-cólica mecânica, sem intercorrências. Paciente recebeu alta no 13º pós-operatório, aceitando dieta e com trânsito intestinal reestabelecido. Discussão: a isquemia segmentar de uma porção do cólon direito é uma condição rara, e geralmente reportada como relato de caso. Descrita em pacientes idosos, a cima de 65 anos, com múltiplas comorbidades e associado a choque sistêmico. É uma condição grave, principalmente devido ao perfil dos pacientes em que se apresenta, possui indicação cirúrgica assim que feito o diagnóstico. Os sinais e sintomas são os semelhantes aos da apendicite aguda, podendo assim mimetizar essa condição, como no caso da paciente relatada, que foi abordada por suspeita de apendicite aguda, e diagnóstico de isquemia de ceco somente no intra-operatório, como é descrito em relatos de outros autores. Existem duas explicações para isquemia segmentar, a oclusiva por placas arterioscleróticas ou tromboembolismo da artéria cecal, e a não oclusiva em

paciente submetidos a cirurgia cardíaca aberta, hemodiálise e cardiopatia crônica severa. A pobre vascularização e irrigação da região ileocecal também justifica essa ocorrência em paciente com choque sistêmico. Conclusão: a isquemia isolada do ceco é condição rara e grave, os sintomas inespecíficos atrasam seu diagnóstico e tratamento, que deve ser cirúrgico, podendo comprometer a evolução destes pacientes.

#### **LEIOMIOMA RETRO-RETAL: RELATO DE CASO**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINA-RA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Mct, 38 anos, feminino, referindo desconforto perineal progressivo há 2 anos associado à percepção de massa de consistência endurecida na região. Ao exame: à palpação póstero-lateral direita do períneo, presença de massa volumosa, sólida e indolor. Ao toque retal observou-se esta lesão rechaçando a parede lateral direita do reto; mucosa retal íntegra. Submetida à investigação com ultrassom endorretal que observou tumoração densa de 370 cm<sup>3</sup> com plano de clivagem com parede do reto; ressonância magnética descreveu volumosa expansão sólida, heterogênea, captante de meio de contraste, perianal à direita, determinando compressão e desvio do reto. Submetida à exérese cirúrgica de lesão por acesso posterior (posição jackknife). Na cirurgia evidenciou-se lesão medindo 10x20cm, de consistência sólida, vascularizada, aderida a planos profundos, rechaçando a parede do reto e da vagina. O histopatológico da peça revelou neoplasia fusocelular, com características de benignidade, sugestiva de leiomioma. Discussão: os tumores retro-retais são raros, constituindo apenas 0,01 – 0,2% de todas as neoplasias. Trata-se de um grupo heterogêneo do ponto de vista histológico. Na maioria das vezes tratam-se de lesões benignas e a idade de maior incidência está entre 40 a 60 anos, sendo mais prevalente, no sexo feminino. Cerca de 50% dos tumores benignos ao diagnóstico não apresentam sintomas, enquanto que, nos tumores malignos 4 a 14% dos pacientes apresentam alguma queixa. Os sintomas mais comumente relatados estão relacionados à compressão ou invasão de órgãos ou nervos adjacentes, como dor em região lombar ou dos membros inferiores, obstipação intestinal, disfunção anal ou vesical. A maioria dos pacientes tem massa palpável ao toque retal, fazendo desse exame o mais efetivo na identificação desses tumores. O tratamento é a ressecção cirúrgica, independentemente do tipo histológico, proporcionando a resolução dos sintomas. Persistem as discussões na literatura sobre a escolha da via de acesso. Cabe ao cirurgião, respaldado por uma boa avaliação pre-operatória (exame proctológico, exames de imagem) a escolha da melhor via de acesso. Conclusão: os tumores retro-retais são lesões raras, que necessitam uma boa avaliação pré-operatória a fim de se decidir pela melhor via de acesso e garantir, dessa forma, a ressecção completa da lesão permitindo a redução da morbidade desses pacientes.

#### **LEIOMIOSSARCOMA DE RETO - TERAPIA PALIATIVA - RELATO DE CASO**

JULIANA TEIXEIRA MACHADO; FABRICIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; ANDRÉ LUIGI PINCINATO; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS*

Resumo: Introdução: o leiomiossarcoma retal é um tumor raro, proveniente do músculo liso, correspondendo a 0,1 a 0,5% dos tumores retais com alta taxa de recidiva local. O tratamento é cirúrgico, e a quimio e radioterapia têm pouca efetividade. Relato do caso: paciente feminino, 54 anos, deu entrada em julho de 2010 com lesão pediculada e bocelada de reto médio, a 5 cm da borda anal (ba) com 3 cm de extensão. Submetida no mesmo mês à ressecção transanal da tumoração com diagnóstico patológico de leiomiossarcoma grau II de broders (c- kit negativo). Rnm de pelve de controle identificou nódulo sólido em mesorreto e parede póstero-lateral direita da vagina, sendo submetida à exérese da lesão vaginal pela equipe da ginecologia em abril de 2012, confirmando leiomiossarcoma. Nova rnm evidenciou espessamento do reto médio associado à linfonomegalia perirretal, sendo optada por cirurgia de Hartmann em agosto de 2012, que mostrou leiomiossarcoma em tecido adiposo pericólico, sem comprometer a mucosa colônica e linfonodos pericólicos livres de neoplasia. Evoluiu com nova recidiva em parede vaginal e no mesorreto, associado a um nódulo hepático e um pulmonar. Submetida à laparotomia exploradora em agosto de 2013, com tumoração pélvica de 12 cm irressecável, aderida a sacro e fossa obturatória direita. Encaminhada à oncologia que indicou terapia paliativa. Realizou radioterapia de 30/10/2013 a 13/12/2013, dose total de 5040 cgy em região pélvica. Rnm de abril de 2014 com lesão sólida com áreas centrais necróticas e liquefeitas infiltrando a parede da vagina e ocupando o espaço pararectal e reto-vaginal à direita, de 6,2 x 4,8 x 2,8 cm. Atualmente assintomática, porém com lesão vegetante mediana posterior a 5 Cm da ba e coto retal a 9 cm, com tumoração extra-mucosa endurecida. Considerações: o tratamento do leiomiossarcoma é cirúrgico. Nos tumores recidivados a radioterapia paliativa para controle local da doença é pouco empregada. Os resultados são ruins e pouco conhecidos, já que a literatura é escassa. Até o momento, a paciente se mantém assintomática após radioterapia paliativa.

#### **LESÕES COLORRETAIS E DE INTESTINO DELGADO INDUZIDAS POR ANTI- INFLAMATÓRIOS NÃO-HORMONAIS: RELATO DE CASO.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA, UMBERTO MORELLI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/DMAD/FCM/UNICAMP*

Resumo: Introdução: os anti-inflamatórios não-hormonais (ainh's) são uma das classes de drogas mais utilizadas no mundo. A enteropatia induzida por ainh's é comum e na maioria dos

casos assintomática. Entretanto, podem ocorrer anemia ferropriva, sangramento digestivo maciço, estenoses e perfuração intestinal. Relato de caso: paciente do sexo feminino de 58 anos de idade há 2 anos evoluindo com dor abdominal e diarreia crônicas, e há um ano com perda ponderal de 10kg e anemia ferropriva refratária à reposição oral de sulfato ferroso. Há 3 anos era usuária crônica de ainh's para o tratamento de osteoartrose de membros inferiores e de hérnias de disco da coluna vertebral. Os exames laboratoriais iniciais foram: hb 8,8g/dl, ht 26,7%, vcm 72 ( $\mu$ 3), hcm 23 (pg), albumina 2,8g/dl. Realizou endoscopia digestiva alta normal. A colonoscopia mostrou duas úlceras circunferenciais no ceco, além de enantema e erosões no reto médio e superior. As biópsias da colonoscopia não indicavam doenças inflamatórias intestinais ou infecção. Realizada enteroscopia do intestino delgado por cápsula endoscópica que evidenciou numerosas lesões jejunais e ileais circunferenciais associadas à perda do padrão mucoso habitual, sendo algumas com aspecto cicatricial ("lesão do diafragma") e outras com atividade inflamatória e sangramento ativo. A maioria dessas lesões geravam estenose do lúmen intestinal, dificultando mas não impedindo a passagem da cápsula. Com o diagnóstico de enteropatia por ainh's, introduziram-se antidepressivos e analgésicos opiáceos, com suspensão dos ainh's. Após 6 meses, houve remissão completa dos sintomas e normalização dos índices hematimétricos e de albumina. Discussão: com o maior uso das enteroscopias do intestino delgado, seja por cápsula endoscópica ou assistidas por aparelhos, a enteropatia induzida por ainh's adquiriu relevância clínica. Até o momento, não foram desenvolvidos métodos eficientes para prevenção ou tratamento da enteropatia induzida por ainh's, já tendo sido realizados estudos com metronidazol, sulfasalazina, misoprostol, inibidores da ciclooxigenase-2, lactoferrina humana e proteína de peixe hidrolisada. Dessa forma, o método mais simples para o tratamento dessa condição é a interrupção dos ainh's. Conclusões: a indicação criteriosa dos ainh's e o seguimento cuidadoso dos pacientes são necessários para evitar a enteropatia induzida por ainh's.

#### **LINFOMA COLÔNICO EM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ETSUO SAGAE *GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*  
Resumo: Objetivo: relatar o caso de uma paciente com Doença de Crohn (DC) que evoluiu com linfoma colônico. Relato de caso: paciente do sexo feminino, 63 anos, com queixa principal de diarreia, sem muco e sem sangramento, associada a cólicas abdominais intensas e tenesmo. Evacua aproximadamente 10 vezes ao dia, sendo que a evacuação não tem relação com a alimentação. Há história de perda de 10kg em 3 meses. Em tratamento de anemia crônica com hematologista. Paciente com histórico de DII não tratada e colectomia há 10 anos devido à linfoma no cólon. Procedeu-se com colonoscopia com

múltiplas biópsias, evidenciando colite intensa com pólipos com áreas de ulcerações descobertas por fibrina compatível com dc. Como conduta, foi iniciado azatioprina e mesalazina. Após 10 meses, paciente manteve quadro de anemia com piora do quadro de diarreia e com desnutrição importante. Devido ao quadro clínico, foi decidido por uma colectomia total com ileorretostomia com ileostomia com achado histológico posterior com linfoma. Seguiu tratamento com quimiorradioterapia com excelente evolução. Conclusão: a imunossupressão prolongada nas DII é um reconhecido fator de risco para o desenvolvimento de doenças linfoproliferativas, entretanto esse caso torna-se relevante uma vez que a paciente em questão não fazia tratamento imunossupressor para controle da doença. Sendo assim, o linfoma desenvolvido relaciona-se à DII e não ao esquema terapêutico recomendado.

#### **LINFOMA MALT DE RETO - REGRESSÃO COMPLETA APÓS A QUIMIOTERAPIA R-CHOP: RELATO DE CASO**

MATHEUS DE OLIVEIRA RANGEL; ENILTON MONTEIRO MACHADO; MARCOS JOSÉ QUINTANILHA RODRIGUES; ANNA PAULA WAKED; ANDRESSA COSTA PAES; VITOR RAMOS MUSSI NETO.

*HOSPITAL ESCOLA ÁLVARO ALVIM*

Resumo: Objetivo: Os linfomas do tecido linfóide associado à mucosa (malt) são linfomas não hodgkin de células b que podem aparecer em várias áreas extras nodais, ocorrendo mais freqüente no estômago. A apresentação, principalmente no reto é particularmente rara, tendo poucos relatos na literatura. Por causa da sua raridade, não há consenso sobre a melhor forma de tratamento. Esta é uma descrição de uma paciente com linfoma malt de reto e sua resposta ao tratamento quimioterápico r-chop (rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona). Método: estudo escrito na forma de relato de caso. Resultados: paciente do sexo feminino aos 55 anos com quadro de hematoquezia e tenesmo de início há 4 anos. Apresentava história de câncer de mama tratado cirurgicamente e com quimioterapia há 7 anos. Após investigação, foi diagnosticado linfoma malt de reto classificado como estágio II pela classificação de ann arbor. A paciente recebeu oito ciclos de quimioterapia do protocolo r-chop evoluindo com redução tumoral completa. Conclusão: tendo como ponto de partida o aspecto raro do linfoma malt primário de reto, e a ausência de consenso sobre o tratamento ideal, observou-se por meio do presente processo que o tratamento com quimioterapia com o protocolo r- chop oferece uma possibilidade de alcançar a remissão completa de forma eficaz e segura.

#### **LINFOMA PERIANAL**

MARCELO DE FILIPPIS; DANIEL DE CARVALHO DAMIN, CLAUDIO TARTA, PAULO DE CARVALHO CONTU, TIAGO LEAL GHEZZI

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

Resumo: Introdução: doenças malignas da margem anal e pele perianal são incomuns, sendo responsáveis por 2% a 3% de todas as malignidades anorretais. A infiltração leucêmica e lin-

fomatosa pode raramente acometer a região. A excisão cirúrgica é considerada o tratamento mais adequado para as lesões de pele perianal. Relato de caso: paciente masculino, 59 anos, heterossexual com queixa de massa em região perianal há dois meses associado a secreção local e dor anal. À inspeção apresentava quatro orifícios perianais dispostos linearmente em região lateral esquerda. À palpação da região inguinal identificava-se linfonodo à esquerda, móvel e elástico. Realizou-se, na sequência, uma colonoscopia que foi normal. Foi então indicado a ressecção de lesão por suspeita fístula ou hidradenite. No ato cirúrgico constatou-se que a massa era infiltrativa e se estendia até a base do escroto, sendo realizada ressecção parcial desta lesão. A evolução pós-operatória foi satisfatória. O exame anátomo patológico revelou o diagnóstico de linfoma não hodgkin de alto grau histológico. O subsequente perfil imuno-histoquímico corroborou com o diagnóstico (reação ki67 de 99%) de linfoma não hodgkin difuso de grandes células, imunofenótipo b, tipo plasmablastico. A sorologia para HIV foi negativa. A tomografia de abdômen e pelve evidenciou adenomegalias junto aos vasos ilíacos à esquerda e na região inguinal ipsilateral, sendo a maior de 2,8x 1,7cm. Encaminhado à oncologia, iniciou tratamento quimioterápico com reposição completa ao término do mesmo. Discussão: o linfoma difuso de grandes células é o tipo mais comum, chegando até 31% de incidência entre os linfomas. Localizações incomuns como reto ou ânus geralmente estão associados com aids. Mesmo que o tratamento do linfoma não Hodgkin passe por quimioterapia, a excisão de grandes lesões deve ser considerada para controle de sintomas. O linfoma perianal é uma doença rara e pouco relatada na literatura. Os poucos casos relatados geralmente envolvem pacientes homossexuais e HIV positivo. Conclusão: as malignidades da região perianal são incomuns e frequentemente podem ser confundidas com patologias benignas. A hipótese de linfoma deve ser levantada especialmente em indivíduos imunocomprometidos e com massas atípicas na região perianal; entretanto, o estado imunológico do paciente não exclui a possibilidade de tal patologia, que exige abordagem terapêutica diferenciada das neoplasias mais frequentes na prática clínica.

#### **LIPOMA DE CÓLON DIREITO: RELATO DE CASO**

SARA JULIAN PELAQUIM; RAFAEL FERNANDES GAMA, CELENE BENEDITI BRAGION, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: os lipomas são tumores não epiteliais benignos, raros, que podem ser encontrados ao longo de todo trato gastrointestinal. Está localizado mais comumente no cólon direito, seguido pelo ceco, cólon transversal, cólon esquer-

do e, por último, sigmoide. Mais de 70% destes localizados no cólon direito. Lipomas do cólon são mais comuns no sexo feminino, com idade média de 50 anos e com uma predileção para o cólon direito. A incidência varia entre 0,2% a 4,4% e o tamanho pode variar de 2mm até 30cm. Apresentam-se como uma massa polipoide sésil, originária da submucosa com a mucosa intacta. Raramente são pedunculados, com lesões ulceradas ou necróticas na mucosa subjacente. Geralmente assintomáticos e diagnosticados incidentalmente durante uma colonoscopia ou cirurgia. Os sintomas são correlacionados com a dimensão do lipoma, ocorrendo em 25% dos pacientes e em 75% quando maiores que 4cm. Os sintomas são vagos: dor abdominal, alterações nos hábitos intestinais e raramente se manifestam como hemorragia gastrointestinal, perfuração ou obstrução. Os lipomas gigantes, maiores que 4cm, são os tumores benignos mais comuns no cólon que causam intussuscepção. Os lipomas sintomáticos, apesar de incomuns, continuam a apresentar dificuldades no diagnóstico diferencial pré-operatório entre tumores malignos e benignos. O diagnóstico é feito por exames de imagem, colonoscopia ou cirurgia. A diferenciação de processos malignos é o principal desafio antes da ressecção cirúrgica. Apesar das inovações diagnósticas recentes, tem sido relatado que a precisão do diagnóstico pré-operatório total é de apenas 62%. Relato do caso: mulher, 73 anos com queixa de dor abdominal difusa em cólicas há 6 meses, sem alteração do hábito intestinal ou perda ponderal. Ap: HAS, coronariopatia, hipotiroideia, a colonoscopia evidenciava lesão subepitelial de 5cm em cólon direito. Paciente foi submetida a colectomia direita com ileotransverso-anastomose. Está no 3º mês PO com sem queixas. Discussão: a ressecção cirúrgica é a melhor escolha de tratamento para lipomas grandes ou sintomáticos. O tratamento cirúrgico inclui a ressecção, colotomia com excisão local, ressecção do cólon limitada, ressecção segmentar, colectomia ou colectomia subtotal. A escolha de qualquer uma das intervenções cirúrgicas depende do tamanho do lipoma, localização, e a presença ou ausência de diagnóstico de doenças ou complicações pós-operatórias definidas.

#### **LIPOMA RETAL GIGANTE MIMETIZANDO PROLAPSO RETAL - RELATO DE CASO**

CARLOS EDUARDO; DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR, BERNADO ROSA E SOUZA, RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA, LUCIANO RICARDO PELEGRI NELLI, EMERSON ABDULMASSIH WOOD DA SILVA, AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO, GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

Resumo: Introdução: lipomas do intestino grosso são lesões incomuns. Na maioria das vezes causam sintomas inespecíficos e ocasionalmente localizam-se no reto, o que pode gerar dúvida diagnóstica com prolapso retal simples. Na maioria das vezes são únicos e predominam no cólon direito, sendo mais encontrados no ceco. Ocorrem mais no sexo feminino, na quinta e sexta décadas de vida. Os lipomas sintomáticos



são de importância clínica pelas implicações diagnósticas e terapêuticas advindas desse diagnóstico. Objetivo: este relato de caso descreve um paciente com massa retal prolapsada tratado cirurgicamente, cujo diagnóstico foi lipoma retal e tem como objetivo relatar um caso ocorrido no nosso serviço, e sua rara forma de apresentação clínica. Métodos: paciente j.f.n., 82 anos, sexo masculino, raça negra, foi atendido no serviço de coloproctologia da universidade federal do triângulo mineiro com história que há 3 anos vinha apresentando prolapso de massa retal aos esforços físicos associado a dificuldade evacuatória. Ao exame proctológico mostrou-se com tumoração volumosa prolapsando pelo ânus gerando dificuldade técnica do exame e dúvida diagnóstica quanto sua etiologia. Com este quadro foi indicado tratamento cirúrgico, onde o paciente foi submetido a novo exame proctológico na sala cirúrgica sob raqui-anestesia e evidenciado tumoração polipóide, pediculada e prolapsando pelo ânus, de aproximadamente 10 x 10cm, de consistência fibro-elástica. Foi então submetido a ressecção da tumoração via retal e enviado material para estudo anatomicopatológico onde confirmou o diagnóstico de lipoma subseroso. Conclusão: lipomas retais são raros, por isso o exame proctológico cuidadoso e a excisão cirúrgica para excluir demais diagnósticos diferenciais torna-se importante no tratamento dessas afecções.

#### **MACROLIGADURA ALTA - RESULTADOS A CURTO E LONGO PRAZO**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCI, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA

##### *CLÍNICA REIS NETO*

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 mucosa. Foi realizado uma anestesia local de 0,5 ml de lidocaína na camada submucosa. Foram tratados 1909 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 por dois anos, 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 (1,3%), tenesmo (0,7%), dor com necessidade de medicação endovenosa (1,3%), retenção urinária (0,1%) e sangramento (0,7%). 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.

#### **MANEJO DE DC DE DIFÍCIL CONTROLE EM PACIENTE COM CONTRA-INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO BIOLÓGICO: RELATO DE CASO.**

LORENA DE OLIVEIRA NAGME PINTO; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA MOTA, KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI, MARCELO SALOMÃO BECHARA, JULIO MARIA FONSECA CHEBLI, LILIANE ANDRADE CHEBLI, LUCAS CHAVES SIMÕES, JANUÁRIO HENRIQUE DE SOUZA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

Resumo: Introdução: o manejo da Doença de Crohn (DC) sofreu importantes alterações nos últimos 20 anos, após a introdução dos imunomoduladores e da terapia biológica no elenco das opções terapêuticas. Alguns estudos mostraram resultados favoráveis no decréscimo de indicações cirúrgicas após o advento dessas novas terapias. Porém, pacientes com contra-indicação à terapia biológica podem apresentar-se como um desafio no controle da atividade da doença. Relato de caso: jcb, sexo feminino, 60 anos, diagnosticada com Doença de Crohn de cólon é internada no HU/UFJF devido a quadro de fistulas perianais e abscesso pélvico. Durante a internação, foi realizado tratamento cirúrgico para o abscesso pélvico (drenagem por via vaginal) e colonoscopia que evidenciou intensa atividade inflamatória e estenose de cólon esquerdo, que não permitia a progressão do aparelho. Após a terceira reintervenção para esvaziamento da coleção pélvica, optou-se por abordagem abdominal e confecção de colostomia de cólon transversal para derivação do trânsito intestinal. Nova colonoscopia foi realizada pelo orifício da colostomia, evidenciando extensa lesão tumoral em ceco, com histopatologia para adenocarcinoma. A paciente foi, então, submetida à colectomia direita. O processo inflamatório do cólon esquerdo não pôde ser controlado com uso de corticóide oral e mesalazina por via oral e via retal. Devido à contraindicação ao uso de tratamento biológico pela história de adenocarcinoma recente, optou-se pelo tratamento cirúrgico através da proctocolectomia. A paciente encontra-se assintomática. Conclusão: pacientes com doença fistulizante apresentam um desafio a parte no tratamento da Doença de Crohn, sendo importante lembrar todas as modalidades clínicas e cirúrgicas na terapêutica da DC.

**MEGACÓLON ASSOCIADO A EPIDERMÓLISE BOLHOSA**  
NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, PAULA CHRYSTINA ALMEIDA LEITE, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉILO MOREIRA JÚNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Introdução: a epidermólise bolhosa é um distúrbio hereditário raro (prevalência de 32/1000000), que cursa com lesões bolhosas em resposta ao trauma mecânico na pele. Em

algumas formas da doença, todo o tubo digestivo pode apresentar bolhas e ulcerações.entre as manifestações gastrointestinais, as manifestações esofágicas (disfagia e odinofagia) são as mais comuns, seguidas pela obstipação intestinal.relado de caso: wpc, 21anos, masculino, referindo obstipação crônica desde a infância, com piora progressiva, necessitando de laxativos na adolescência. No último ano, tornou-se refratário ao uso de laxativos, sendo internado duas vezes com fecaloma, após mais de 20 dias sem evacuar.concomitante ao quadro intestinal, haviam manifestações cutâneas com lesões bolhosas difusas e distrofia ungueal, que também surgiram na primeira infância, compatíveis com o quadro de eb. Realizou-se enema opaco, que evidenciou megacólon e megarreto.sorologias para chagas negativas. Manometria ano-retal com reflexo inibitório reto-anal positivo. O paciente foi submetido a retossigmoidectomia com abaixamento do cólon pela Técnica de Duhamel-haddad em março de 2014.durante a laparotomia evidenciou-se cólon com cerca de 10 cm de diâmetro e reto com 15 cm.a espessura média da parede colônica era de 1,0cm. Além disso, notou-se na inspeção da região perianal, a presença de múltiplas fissuras e cicatrizes de lesões bolhosas prévias.a biópsia da peça cirúrgica revelou plexos ganglionares submucosos e mioentérico preservados. Paciente evoluiu bem no pós operatório, com normalização do hábito intesntinal.discussão:a incidência de obstipação na eb chegam a 70% e o megacólon também é uma associação frequente. Causas multifatoriais são apontadas para explicar a alta prevalência de constipação: disfagia, odinofagia, perda de líquidos pelas lesões bolhosas e doença bolhosa perianal. O tratamento inicial da obstipação é clínico, porém alguns casos evoluem com refratariedade, necessitando de abordagem cirúrgica.na revisão de literatura, encontramos um caso de óbito, aos 33 anos, por úlcera estercoral no sigmóide, secundária a fecaloma em um paciente portador de eb.conclusão: apesar de tratar-se de doença rara, atenção especial deve ser dada à constipação no paciente portador de eb, pela alta prevalência nessa população e pela grande associação com megacólon. O tratamento cirúrgico pode ser necessário e acreditamos que a técnica de abaixamento descrita por duhamel-haddad seja uma boa opção cirúrgica.

#### **MEGACÓLON TÓXICO PERFURADO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, RANIERE RODRIGUES ISAAC, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Introdução: o megacólon tóxico é diagnosticado em pacientes com retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) na presença de dilatação colônica de pelo menos 6 cm e toxicidade sistêmica. A mortalidade para esses pacientes varia de 2-8%, aumentando para até 40% em casos de perfuração intestinal. Relato de caso: m.a.s., feminina, 34 anos. Encaminhada para

o hc/ufg com diagnóstico de RCUI há um mês, em tratamento hospitalar, sem melhora do quadro clínico. Admitida com quadro séptico, taquicárdica, com abdome em tábua. A radiografia de abdome evidenciou pneumoperitônio, sendo a paciente encaminhada para laparotomia exploradora. Evidenciada no intra-operatório contaminação grosseira da cavidade abdominal e várias perfurações de cólon; realizada colectomia total e ileostomia terminal. Reabordagem cirúrgica no 8º p.o. para drenagem de abscesso e confecção de peritoneostomia; manteve quadro clínico grave, sendo submetida a outras 4 reabordagens para lavagem de cavidade; traqueostomia no 2º mês de internação, com diversas intercorrências, como esteatose hepática devido ao uso prolongado de npt, episódios de hematêmese, convulsões devido a encefalopatia de wernicke, desnutrição grave (chegou pesar 28kg) necessitando de uti por tempo prolongado. Apresentou grande dificuldade para aceitação da dieta enteral, sendo reabilitada para deglutição pela equipe de fonoaudiologia. Foram isoladas diversas bactérias multirresistentes em coletas de secreções (e. Coli esbl, e. Faecalis, stenotrophomonas maltophil, k. Pneumoniae esbl, p. Aeruginosa) permanecendo em isolamento de contato até o momento da alta hospitalar. Fez uso de diversos esquemas terapêuticos de antibióticos (cefepime, metronidazol, meronem, vancomicina, fluconazol, tigeciclina, caspofungina, meropenem, nistatina, aciclovir, anfotericina b, polimixina b, ampicacina, clindamicina,ertapenem, linezolida e levofloxacina). Recebeu alta hospitalar com orientações de acompanhamento ambulatorial com equipe multiprofissional, totalizando 165 dias de internação hospitalar. A paciente mantém acompanhamento ambulatorial, com ganho ponderal progressivo e sem intercorrências no período. Conclusão: o megacólon tóxico perfurado é uma entidade clínica com elevada mortalidade e morbidade. A evolução do quadro clínico da paciente descrita exemplifica a complexidade do manejo da doença, especialmente quando já se apresenta com perfuração intestinal, sendo fundamental equipe multidisciplinar para alcançar o sucesso terapêutico.

#### **MEGACÓLON TÓXICO POR RETOCOLITE ULCERATIVA COM DESFECHO DESFAVORÁVEL, UM RELATO DE CASO.**

MARIANA OKINO MITUO; RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO, GENI SATOMI CUNRATH

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Apresenta-se caso de paciente masculino, 51 anos com diagnóstico de RCUI há 2 anos internado com hematoquezia grave e submetido a colectomia total durante a internação, quando também foi iniciado uso de imunobiológico, porém sem evolução satisfatórias apesar das medidas. Paciente com RCUI com quadro de hematoquezia em pequena quantidade e sem diarreia. Associava ainda quadros de dor abdominal tipo cólica porém autolimitada. Diagnóstico colonoscópico de re-

tite com erosões difusas em reto médio e baixo quando iniciou tratamento com aminossalicilato via oral e melhora pouco satisfatória. Mesmo após a introdução de corticóides ao arsenal terapêutico não evoluiu bem. Apresentava perda ponderal de cerca de 8% do peso corpóreo em 3 meses quando internou pela emergência com quadro de hematoquezia com sinais de choque hipovolêmico, porém sem dor abdominal. Iniciou-se, após melhora do quadro hemorrágico, tratamento com imunobiológico (infiximab) com as duas primeiras doses da indução da remissão. Mesmo após essa tentativa, paciente mantinha-se grave, em unidade de terapia intensiva e séptico, quando foi submetido a colectomia total com ileostomia terminal. Apesar do tratamento otimizado paciente não respondeu bem evoluindo a óbito um mês após a cirurgia. Discussão: a RCUI é uma DII dinâmica que se caracteriza por períodos surtos de exacerbação e remissão. Durante as fases de surtos pode-se encontrar resposta inflamatória leve ou bastante exacerbada quanto pode evoluir com megacólon tóxico. Nessa circunstância o uso de ciclosporina ou o tratamento cirúrgico são opções de tratamento, sendo a cirurgia considerada curativa. Conclusão: a RCUI é uma DII que está em franca ascensão em relação aos estudos para a sua adequada compreensão e tratamento. Muitos pacientes irresponsáveis aos tratamentos atualmente disponíveis são um desafio na prática clínica e ainda se espera sobre o avanço no conhecimento e manejo dessa patologia.

#### **METÁSTASE PULMONAR DE PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: RELATO DE CASO**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BERNARDO HANAN, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS, BÁRBARA

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFG*

Resumo: Introdução: pseudomixoma peritoneal (pmp) é um tumor raro caracterizado pelo implante de células neoplásicas na cavidade peritoneal e formação de ascite mucinosa. Geralmente deriva de adenomas mucinosos do apêndice, mas também pode se originar de outros locais, como ovários e pâncreas, e é mais frequentemente diagnosticado em mulheres, com uma proporção de 3,4:1. Classicamente é classificado em adenomucinosose peritoneal disseminada (ampd), a forma mais comum e mais benigna do tumor, e em carcinomatose mucinosa peritoneal (camp), de arquitetura e citologia mais semelhantes às dos carcinomas. Apesar dessa diferenciação, a invasão local no pmp é incomum e casos de metástases a distância são extremamente raros na literatura, sendo que uma revisão recente aponta apenas 11 casos. Objetivo: descrever o caso de uma paciente do sexo feminino de 50 anos de idade com diagnóstico de pmp que após sete anos de doença persistente no abdome desenvolveu metástase em lobo inferior do pulmão esquerdo. Método: foi realizada revisão da literatura na base de dados pubmed utilizando as palavras chave pseudomyxoma peritonei, metastasis sendo selecionados artigos publicados de 2004 a 2014 que relatem casos semelhantes. Relato de caso: paciente do sexo feminino, 50 anos, diagnosticada com

pmp, cujo foco primário era o apêndice cecal. Foram realizadas duas sessões de quimioterapia neoadjuvante seguidas de laparotomia, que evidenciou doença avançada, com implantes abundantes em toda a cavidade peritoneal. Foi submetida a esplenectomia, colecistectomia, colectomia segmentar, ileostomia, omentectomia e linfadenectomia pélvicas. Apesar disso, a cirurgia citoredutora foi considerada incompleta, com nódulos residuais > 2mm. Com sete anos de acompanhamento, paciente desenvolveu sintomas de recidiva tumoral e na investigação por métodos de imagem, foi constatada evolução da doença intraperitoneal e, na TC de tórax, evidenciou-se nódulo bocelado cístico em segmento anterobasal do lobo inferior esquerdo do pulmão, medindo 24 x 21mm. Posteriormente, a lesão pulmonar foi confirmada à biópsia, compatível com adenocarcinoma mucinoso. A paciente é assintomática do ponto de vista pulmonar. Conclusão: apesar de o pmp geralmente ser um tumor benigno, com evolução favorável e que raramente invade localmente, metástases a distância foram descritas em alguns poucos casos mundialmente. O caso relatado corrobora essas evidências e alerta para essa incomum complicação da doença.

#### **MUCOSA GÁSTRICA HETEROTÓPICA DE INTESTINO DELGADO EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, KARLA COSTA FERREIRA, PEDRO COSTA MOREIRA, GEANNA MARA LINO REZENDE, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉLIO MOREIRA JUNIOR

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS; INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

Resumo: A mucosa gástrica heterotópica (mgh) foi relatada pela primeira vez por schmidt no esôfago. Posteriormente foi descrita em outros locais do trato gastrointestinal. Wolff publicou uma série com 87 casos de mgh no tubo digestivo, 15 dos quais envolvendo o duodeno. Maior incidência nas 2 primeiras décadas de vida. A sua gênese permanece desconhecida. Estudos recentes sugerem que pode ocorrer em consequência da desregulação dos genes homeobox promovido por fenômenos de inflamação local e não ser, necessariamente, resultado da deslocação epitelial durante o desenvolvimento fetal. Wolff subdividiu os pacientes em dois subgrupos a mgh congênita e a adquirida. Na congênita as localizações mais frequentes são esôfago, duodeno e divertículo de meckel, com mucosa fúndica completamente diferenciada. Na adquirida a ectopia está em áreas de lesões inflamatórias em regeneração, mais comuns no jejuno e íleo. As formas de apresentação clínica são variáveis, com obstrução intestinal, intussuscepção, hemorragia digestiva, perfuração e degeneração maligna. O diagnóstico é fundamentalmente histológico. O tratamento é a ressecção do segmento que contenha a mgh. Relato de caso: ambc, feminino, 33 anos, em tratamento para Doença de Crohn com mesalazina e azatioprina desde 2004 após abdome agudo obstrutivo, onde foi realizado estenoplastia em áreas de estenose de

jejuno e íleo, com biópsias com processo inflamatório crônico. Iniciado tratamento com infliximabe após novos episódios de suboclusão intestinal, devido novas áreas de estenose em íleo, com remissão dos sintomas. em 2007 suspendeu o uso do biológico e manteve-se oligossintomática, até 2013 há 6 meses iniciou quadro de diarreia crônica, dores abdominais, vômitos, com piora progressiva. Calprotectina fecal de 531 mcg/g. Colonoscopia normal até o ceco sem avaliação do íleo terminal. Enterotomografia com alças intestinais de espessura normal, com grande quantidade de líquido no seu interior. Submetida a cirurgia em março de 2014, com enterectomia envolvendo 3 áreas de estenose de íleo distal e uma estenoplastia em estenose de jejuno. biópsias com ectopia de mucosa tipo gástrica com glândulas de aspecto pilórico e mucosa oxintica, com lesão ulcerada em atividade adjacente a área de estenose, sendo esse aspecto mais observado em mgh congênita. Conclusão: trata-se de condição rara, que deve ser lembrada no diagnóstico diferencial de pacientes portadores de condições inflamatórias crônicas que apresentem complicações.

#### **NÃO-ROTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO**

LUANA DE MOURA BRITO CARDOSO; ANA LUISA DE ARÊA LEÃO ALVES, ANDRÉA DA COSTA VELOSO, DANIELA ALCÂNTARA DOS SANTOS

*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

Resumo: Introdução: a não-rotação intestinal é uma condição em que o intestino médio retorna a cavidade peritoneal sem que ocorra o processo de rotação e por consequência, todo o intestino delgado se localiza no lado direito do abdômen e, todo o cólon no lado esquerdo. Objetivo: o objetivo deste trabalho é relatar um caso de não rotação do intestino médio. Metodologia: coleta de dados da paciente através do prontuário informatizado, obtenção de imagens de tomografia computadorizada, revisão do tema em tratados e em revistas científicas. Resultados: a paciente em princípio seria submetida a ileocectomia direita videolaparoscópica para tratamento cirúrgico de um blastoma de cólon ascendente. Entretanto, ao inventário laparoscópico houve dificuldade de identificar a anatomia típica de moldura do cólon. Optou-se então por conversão para cirurgia convencional e, ao inventário da cavidade foi possível identificar a não-rotação intestinal. Conclusões: o diagnóstico radiológico da não-rotação é difícil, logo, a prope-dêutica requer laparoscopia ou laparotomia exploradora para confirmar o diagnóstico.

#### **NEOPLASIA ATÍPICA DE CANAL ANAL**

AMORIN JUNIOR, A.C.; SCHLINZ, J.R.; HAMADA, K.L.; SOARES, M.B.; CASTRO JUNIOR, PC; FRAGA, LF; PAULO, F.L; MOREIRA, A.L.

*HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO -UERJ*

Resumo: No estudo de tumores pouco frequentes o melanoma anorretal é uma neoplasia rara com a possibilidade de simular uma doença anorretal, tornando o diagnóstico difícil. Tem baixos índices de cura e elevados índices de mortalidade em curto prazo. Nesse relato de caso descreveremos um melano-

noma de canal anal cuja interpretação por parte do paciente tratava-se de uma doença hemorroidária que exteriorizava às evacuações. Paciente s,m de s 51 anos, sexo feminino, negra, natural do ??, foi admitida no serviço de coloproctologia do hospital universitario pedro ernesto-uerj, em maio de 2014, com queixa principal de evacuação com sangue há dois anos. Relatava também prolapso hemorroidário que, no início reduzia espontaneamente, evoluindo para redução digital. com piora clínica e maior frequência dos sintomas, iniciou perda ponderal importante. Ao exame proctológico, (inspeção) lesão volumosa em margem anal, friavel, bordas irregulares, sangrativa e dolorosa ocluindo 2/3 do canal anal (toque) observou-se uma lesão vegetante, de consistência fibro-elastica e pouco fixa que prolapsava do canal anal por sua margem, principalmente ao final das evacuações. Procedeu-se a anusocopia que evidenciou inúmeras lesões pigmentadas em toda a mucosa do canal anal, planas. A biópsia dessa lesão foi realizada de forma excisional, demonstrando se tratar de melanoma de canal anal infiltrando o reto o trabalho teve como objetivo apresentar e discutir as possibilidades terapêuticas para essa patologia.

#### **O USO DE METOTREXATE EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL APÓS ALERGIA A AZATIOPRINA, UM RELATO DE CASO**

MARIO ANTONIO FERRARI; ERIC MARTINEZ LINO, RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREJE, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO*

Resumo: A Doença de Crohn (DC) é descrita como uma subcategoria das doenças inflamatórias intestinais e de caráter crônico. Os sintomas clássicos da dc são a diarreia, dores abdominais e febre, e pode provocar fadiga, perda ponderal, anorexia, massa abdominal e por vezes sangue nas fezes. O tratamento consiste no uso de anti-inflamatórios esteroidais e imunomoduladores. Trata-se de relato de caso de dc em uso de metotrexate. Paciente feminino, 33 anos, com diagnóstico de dc há 11 anos e fístula reto- vaginal. Fez uso de corticosteróides e adalimumab. Foi tentada a introdução de azatioprina, porém apresentou intolerância. Foi mudado esquema do adalimumab a cada 7 dias, porém paciente mantinha apresentava diarreia persistente e dor abdominal com hematoquezia esporádica. Abdome mostrava-se plano, ruídos hidroaéreos presentes, dolorido à palpação de fossa ilíaca e flanco esquerdo. Colonoscopia evidenciou colite quiescente em hemicólon esquerdo, proctite com estenose em reto baixo, biópsia com colite crônica em atividade. Apresentou saída de fezes pela vagina além de dor e hiperemia perineal. Devido à intolerância a azatioprina, foi introduzido metotrexate 15 mg semanais após indução com 25 mg. Após a introdução dessa medicação refere melhora do hábito intestinal sem sangue ou muco, nega febre ou dor abdominal. O uso de corticóides por longo prazo tem complicações indesejáveis e inevitáveis. O uso de anti-metabólitos de purinas (mercaptopurina e azatioprina) sejam

moderadamente eficazes, a doença muitas vezes tem recaídas e muitas vezes são drogas mal toleradas. Nesses casos pode-se utilizar metotrexate, inibidor da dihidrofolatoredutase. O eficiência no uso de metotrexate para casos refratários de dc foi descrito em estudos pequenos e não controlados em que a terapia diminuiu a exigência corticosteróides. Muitos são os pacientes que são refratários ou intolerantes em longo prazo a terapia atual com corticóides ou azatioprina. Necessitando assim de mais estudos que possam colaborar com a abordagem terapêutica futura para esses casos.

### **OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR ASSOCIADO A TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: Os bezoares são classificados de acordo com a sua composição em fitobezoar (fibra vegetal), tricobezoar (cabelo), lactobezoar (compostos lácticos), entre outros. O fitobezoar é o mais freqüente, correspondendo à cerca de 40% dos bezoares, e é formado por sementes, raízes, cascas, fibras, celulose, tanina, liguina e derivados de frutas e vegetais, como abacaxi e caqui. Os casos de abdome agudo obstrutivo por bezoares geralmente ocorrem por oclusão de segmento do intestino delgado. Objetiva-se relatar caso de paciente operado por abdome agudo obstrutivo com evidência de bezoar associado a tumor carcinoide de intestino delgado. Relato de caso: paciente ed, masculino, 47 anos, com quadro de dor abdominal difusa porém mais intensa em região periumbilical com dois dias de evolução associado à vômitos repetidas vezes e sem melhora com sintomáticos. Ao exame físico apresentava-se sem sinais de síndrome da resposta inflamatória sistêmica e com abdome doloroso difusamente sem irritação peritoneal. Leucograma com 14000 leucócitos e rx de abdome com alça parética em mesogástrico e TC evidenciava distensão difusa de alças intestinais com pequena quantidade de líquido livre em pelve. Submetido a laparotomia exploradora com inventário da cavidade demonstrando estenose de delgado a 50cm da válvula íleo cecal com dilatação proximal, sendo realizado enterectomia segmentar com identificação de fitobezoar e lesão ulcerada de 1x1cm que causava obstrução de 100% da luz. Anátomo patológico revelou neoplasia neuroendócrina (tumor carcinoide) com atividade mitótica <1/50cga e margens livres, sendo confirmado por imunohistoquímica grau 1.

### **OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR ASSOCIADO A TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: os bezoares são classificados de acordo com a sua composição em fitobezoar (fibra vegetal), tricobezoar (cabelo), lactobezoar (compostos lácticos), entre outros. O fitobezoar é o mais freqüente, correspondendo à cerca de 40% dos bezoares, e é formado por sementes, raízes, cascas, fibras, celulose, tanina, liguina e derivados de frutas e vegetais, como abacaxi e caqui. Os casos de abdome agudo obstrutivo por be-

zoares geralmente ocorrem por oclusão de segmento do intestino delgado. Objetiva-se relatar caso de paciente operado por abdome agudo obstrutivo com evidência de bezoar associado a tumor carcinoide de intestino delgado. Relato de caso: paciente ed, masculino, 47 anos, com quadro de dor abdominal difusa porém mais intensa em região periumbilical com dois dias de evolução associado à vômitos repetidas vezes e sem melhora com sintomáticos. Ao exame físico apresentava-se sem sinais de síndrome da resposta inflamatória sistêmica e com abdome doloroso difusamente sem irritação peritoneal. Leucograma com 14000 leucócitos e rx de abdome com alça parética em mesogástrico e TC evidenciava distensão difusa de alças intestinais com pequena quantidade de líquido livre em pelve. Submetido a laparotomia exploradora com inventário da cavidade demonstrando estenose de delgado a 50cm da válvula íleo cecal com dilatação proximal, sendo realizado enterectomia segmentar com identificação de fitobezoar e lesão ulcerada de 1x1cm que causava obstrução de 100% da luz. Anátomo patológico revelou neoplasia neuroendócrina (tumor carcinoide) com atividade mitótica <1/50cga e margens livres, sendo confirmado por imunohistoquímica grau 1.

### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A COLONOSCOPIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO, JOSÉ LUIZ DOMINGUES JÚNIOR, LUIS HENRIQUE DE JESUS, JOAO ANTONIO FERIANI NUNES, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, JOÃO GOMES NETINHO, MARIANA OKINO MITUO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Introdução: a colonoscopia revolucionou a prática coloproctológica e deve ser bem indicada respeitando suas contraindicações já que não é isenta de complicações. Objetivo: estudar o perfil epidemiológico de pacientes submetidos à colonoscopia em hospital universitário. Casuística e método: estudo retrospectivo de prontuários de pacientes submetidos à colonoscopia no período de junho de 2010 até dezembro de 2012. Procedimentos realizados com aparelhos de mesmo modelo bem como preparo intestinal padronizado. Para análise estatística utilizou-se o teste qui-quadrado. Resultados: foram analisados 684 laudos de colonoscopias. Destes 408 pacientes eram mulheres (59,6%) e 276 homens (40,4%). A idade dos pacientes variou entre 11 e 90 anos, média de 57,13 anos, com predomínio na realização de colonoscopia após os 40 anos. O preparo intestinal foi considerado adequado em 95% dos exames. Dentre os exames com preparo inadequado não houve significância estatística quando comparado raça, sexo ou faixa etária. O ceco foi atingido em 562 casos (82,2%). Dentre os laudos, 160 (23,4%) foram considerados normais e 509 (74,4%) apresentavam alguma alteração como sinais de cirurgia colorretal prévia, pólipos, divertículos, neoplasia, sinais de doença inflamatória intestinal, alterações vasculares. Os exames alterados foram mais freqüentes em pessoas maiores de 50 anos (p < 0,001) e homens (p 0,037). Cirurgia colorretal foi mais realizada em homens (p 0,008).

Presença de pólipos foi maior em pessoas acima dos 50 anos ( $p < 0,001$ ) e em brancos ( $p 0,001$ ). Pólipos hiperplásicos presentes em 113 pacientes e adenomas em 124, ambos mais frequentes em pessoas maiores de 50 anos ( $p 0,01$ ). Presença de divertículos foi maior em pessoas acima dos 50 anos ( $p < 0,001$ ) e em brancos ( $p 0,046$ ). Neoplasia foi mais frequente em homens ( $p 0,025$ ). Presença de alterações sugestivas de DII foi maior em pessoas abaixo dos 50 anos ( $p 0,005$ ). Alterações vasculares foram mais prevalentes em mulheres ( $p 0,043$ ). Além de polipectomias outros procedimentos foram realizados: colonoscopia descompressiva em 1 paciente e dilatação com cateter balão em 18 pacientes. Houve 1 perfuração intestinal. Conclusão: a colonoscopia é um bom método diagnóstico e terapêutico na investigação das doenças digestivas baixas com baixa morbidade também em ambiente universitário. Como na literatura mundial pólipos foram o diagnóstico mais frequente, dentre eles o adenomatoso; e mais mulheres realizaram o exame.

#### **PNEUMOPATIA ASSOCIADA À DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: RELATO DE CASO**

ENILTON MONTEIRO MACHADO; MARCOS JOSÉ QUINTANILHA RODRIGUES; MATHEUS DE OLIVEIRA RANGEL; ANNA PAULA WAKED; VITOR RAMOS MUSSI NETO; ANDRESSA COSTA PAES.

*HOSPITAL ESCOLA ÁLVARO ALVIM*

Resumo: Objetivo: Doença de Crohn e colite ulcerativa são condições inflamatórias caracterizadas por períodos de recaída sintomática e remissão. A causa da doença inflamatória do intestino é desconhecida, mas acredita-se ser causada por uma combinação de fatores ambientais, genéticos, imunológicos e em que uma resposta imunitária descontrolada dentro da mucosa intestinal causa a inflamação em indivíduos geneticamente predispostos. Este artigo descreve um caso de um paciente jovem do sexo masculino com colite ulcerativa apresentando uma manifestação extra-intestinal pulmonar rara e sua resposta aos imunobiológicos. Método: Estudo escrito na forma de relato de caso. Resultados: Paciente do sexo masculino aos 22 anos, em tratamento para a colite ulcerativa há 2 anos queixando-se de dispnéia progressiva há 1 ano, inicialmente, acompanhada de tosse produtiva e febre intermitente e exacerbação associada à colite ulcerativa. Apresentou controle dos sintomas com mesalazina e prednisona, mas o quadro pulmonar voltou quando o tratamento foi interrompido. Em seguida, o paciente foi submetido à tomografia computadorizada (TC) de tórax que mostrou vários micronódulos pulmonares com distribuição centrolobular (aspecto “brotamento árvore”) e sinais de bronquiopatia em atividade. O resultado da biópsia pulmonar guiada por TC mostrou lesão inflamatória das pequenas vias aéreas (bronquiolite crônica) compatível com pneumonia associada à doença inflamatória intestinal. Após cinco meses da introdução de adalimumab, suspensão da mesalazina e redução da corticoterapia, houve melhora progressiva dos sintomas respiratórios e os parâmetros da espirometria. Conclusão: este é um caso raro de manifestação extra-intestinal pulmonar associada a colite ulce-

rativa tratado com imunobiológico com melhora significativa dos sintomas confirmando a indicação desta droga em estágio avançado da doença inflamatória intestinal.

#### **POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR EM PACIENTE DE 59 ANOS: MANIFESTAÇÕES TARDIAS E ASSOCIAÇÃO COM TUMOR CARCINOIDE.**

ARTHUR LOPES DE OLIVEIRA; ISABEL FERREIRA SA-ENGER, STEYCE LORENA PERES GARCIA, VALERIA CARDOSO PINTO, DANIELE FRANCO E COUTO

*HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, DISTRITO FEDERAL*

Resumo: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante causada por mutações germinativas do gene *apc*. Os portadores dessa doença desenvolvem múltiplos pólipos adenomatosos colorretais que evoluem invariavelmente para câncer colorretal, predominantemente antes dos 40 anos. A paciente amlp, 59 anos, foi atendida no hospital regional do gama em novembro de 2013 com queixas de alternância do hábito intestinal, hematoquezia, dor abdominal difusa, hiporexia, vômitos ocasionais e perda de 12kg em quatro meses. Tinha antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e era tabagista de longa data. Relatava que cinco de doze irmãos tinham falecido por doenças intestinais e uma filha tinha sido submetida a proctocolectomia restauradora com confecção de bolsa ileal para tratamento de PAF. A paciente foi submetida a colonoscopia que revelava múltiplos pólipos adenomatosos, em numero superior a 100, a endoscopia digestiva alta que também revelava lesões polipoides adenomatosas em antro gástrico e a TC de abdome total que exibia nódulos sólidos em adrenais bilateralmente de origem indeterminada. A paciente foi submetida a proctocolectomia restauradora com confecção de bolsa ileal e anastomose íleo-anal em abril de 2014. A peça cirúrgica exibia mais de 1000 pólipos adenomatosos com atipias de baixo grau apenas e tumor carcinoide em apêndice cecal. Embora a imensa maioria dos pacientes com PAF desenvolvam câncer colorretal antes dos 40 anos, a paciente em questão foi operada aos 59 anos sem evidências de adenocarcinoma colorretal. O achado de tumor carcinoide em apêndice cecal foi considerado um achado não relacionado a PAF.

#### **POLIPOSE JUVENIL CURSANDO COM DESNUTRIÇÃO GRAVE E ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**

ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; KARLA COSTA FERREIRA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARAES, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, PAULA CRHYSTINA CAETANO DE ALMEIDA LEITE, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: A síndrome da polipose juvenil (*spj*) é uma doença rara de herança autossômica dominante, desencadeada por mutações no gene *smad4/dpc4*. Incidência de aproximadamente 1/100.000 nascimentos. São múltiplos pólipos hamartomatosos localizados no cólon e reto, e em menor frequência

no estômago e delgado, manifesta-se na infância e pode degenerar. Caso clínico: f.s.s., 16 anos, feminino, com diarreia crônica há 4 anos, astenia, anemia, perda ponderal (10kg = 23% peso corporal), com episódios de prolapso de pólipos ao evacuar. Nos últimos meses vem apresentando enterorragia com queda da hematimetria e edema de MMII. Mãe com antecedente de lesões polipoides no cólon (sem investigação complementar), prima (materna) com polipose intestinal. Admitida em fevereiro/ 2013, desnutrida, com índice de massa corpórea (imc) < 16, astenia, fraqueza, hipocorada e enterorragia. Hemoglobina de 5,4 e hematócrito de 18,6. Eda e ultrassom sem alterações. Colonoscopia: presença de múltiplos pólipos em ceco, cólon ascendente, transverso, descendente, e incontáveis pólipos pediculados e sésseis no sigmoide e reto; ileoscopia normal. Histologia evidenciando pólipos hiperplásicos, sem sinais de malignidade. Realizado ileostomia em alça para desvio do trânsito intestinal em março de 2013 e suporte nutricional. Submetida à cirurgia de proctocolectomia total com reservatório ileal em fevereiro/2014 após completa recuperação nutricional (imc >18), e reconstrução do trânsito intestinal após 4 meses estando atualmente em excelente estado geral. Discussão: as principais recomendações para os pacientes portadores da spj são a monitorização para sangramento retal, anemia, dor abdominal, constipação, diarreia ou alterações das fezes. Colonoscopia e endoscopia digestiva alta devem ser realizadas em pessoas sintomáticas a partir dos 15 anos de idade, anualmente até a não identificação de novos pólipos; posteriormente, o intervalo estende-se para cada três anos. O tratamento da síndrome consiste na realização de endoscopias para a remoção de todos os pólipos detectáveis no cólon e reto e no restante do trato gastrointestinal. Conclusão: na presença de grande número de pólipos no cólon, recomenda-se a realização de colectomia total com anastomose ileorretal. Se o reto estiver muito acometido recomenda-se proctocolectomia total com reservatório ileal. O tratamento visa à diminuição do risco para a ocorrência de neoplasias e recuperação de quadro nutricional para desenvolvimento físico adequado.

#### **PROTECTOMIA PERINEAL PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA RETO VAGINAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO.**

KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA, LORENA NAGME DE OLIVEIRA PINTO, MARCELO SALOMÃO BECHARA, HOMERO GONÇALVES JUNIOR, LILIANE ANDRADE CHEBLI, JORDANE BENEDITO VARGAS DE OLIVEIRA, JANUÁRIO HENRIQUE DE SOUZA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

Resumo: Introdução: as doenças inflamatórias intestinais (DII) são desordens heterogêneas que cursam com inflamação intestinal. A distinção entre a Doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (rcu) é feita com base em achados clínicos, radiológicos, endoscópicos e em critérios patológicos. A colite indeterminada é descrita em pacientes onde os achados histológi-

cos não fazem o diagnóstico diferencial entre a dc e a rcu. Na maioria dos casos, os pacientes são diagnosticados com dc ou rcu durante o curso da doença. Em mulheres portadoras de dc, a fistula retovaginal é uma complicação comum, sendo a 2ª causa mais comum de fistula retovaginal, só superada pelo trauma obstétrico. A fibrose retroperitoneal é uma doença do colágeno incomum e de etiologia desconhecida. Relato de caso: mulher, 29 anos, portadora de rcu desde 2006, em tratamento clínico com mesalazina. Em 2009, evoluiu com megacólon tóxico, quando foi realizado colectomia total com ileostomia terminal. Ainda neste ano, evoluiu com estenose bilateral de ureter, sendo realizado ureteroplastia bilateral em 2011. A partir de então, inicia com sintomas de fistula retovaginal, mantendo a proctíte. Após novas investigações, foi considerado o diagnóstico de dc em detrimento da rcu. Em janeiro de 2014, foi submetida à proctectomia via perineal e colpoplastia, mantendo-se a ileostomia terminal e evitando-se a laparotomia. Encontra-se em acompanhamento clínico no ambulatório de coloproctologia do hospital universitário da ufjf, assintomática e sem uso de medicações para a dc. Conclusão: o diagnóstico correto das DII tem grande importância clínica com consequências em relação à melhor terapêutica e ao prognóstico.

#### **PROTECTOR DE FERIDA OPERATÓRIA CASEIRO EM CIRURGIA LAPAROSCÓPICA COLORRETAL**

MAURÍCIO LIMA DA FONTOURA; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, AFONSO MALLMANN, DANIELA C. KOPPE, LAURA MOSCHETTI, ROBERTO BERTEAUX ROBALDO, LUCIANO P. CARVALHO, THALIÚ A. LEÃO  
*HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PORTO ALEGRE*  
Resumo: Introdução: a infecção de ferida operatória é um problema frequente em cirurgia colorretal, inclusive em videolaparoscopia. O uso de protetores de ferida é atualmente recomendado, mostrando diminuição nas taxas de infecção e mantendo os princípios oncológicos. Contudo, os principais modelos atualmente comercializados não estão amplamente disponíveis. Objetivo: expor um modelo de dispositivo para proteção de parede abdominal para uso de videocirurgia colorretal. Métodos: antes do início do procedimento cirúrgico, confecciona-se o dispositivo composto por dois segmentos de tubo de látex de aspiração e uma mão de luva. Realiza-se a incisão para retirada da peça cirúrgica, onde o dispositivo é introduzido. Após retirada da peça, o dispositivo é ocluído com o acomplamento de outra mão de luva de látex, e o pneumoperitônio é refeito, permitindo a confecção de anastomose de forma intracorpórea. Resultados: o dispositivo de proteção de parede abdominal é de fácil confecção e baixo custo, podendo ser utilizada de cirurgia colorretal videolaparoscópica. Colocado na ferida operatoria, a protege do contato direto com a peça cirúrgica e a mantém aberta. Além disso, permite a oclusão da abertura podendo-se rapidamente retomar o pneumoperitônio. Contudo, apresenta limitação no tamanho e resistência. Conclusão: o modelo de dispositivo de parede abdominal pode ser utilizado em cirurgia colorretal videolaparoscópica, apresentando fácil confecção, baixo custo e permite a rápida

retomada do pneumoperitônio. Contudo, apresenta limitação no tamanho e resistência, além de necessitar de estudos de maior porte para avaliação de resultados.

#### **PSEUDOMIXOMA PERITONEAL EM DOENTE PORTADOR DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DO CÓLON: RELATO DE CASO.**

LUANA BOSCHETTI ALMEIDA; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAIS SANTOS MENDONÇA, MURILO ROCHA RODRIGUES, PAULA DAPHNE BRISIGUELLI ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO F R NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, SÃO PAULO, BRASIL*

Resumo: O pseudomixoma peritoneal (pmp) é uma doença rara, caracterizada pela presença de coleções líquidas gelatinosas e implantes mucinosos na superfície peritoneal. A maioria dos casos encontra-se associada a neoplasias primitivas do tubo digestivo, particularmente do apêndice vermiforme, ou do ovário. Raramente o pmp pode surgir em decorrência de um adenocarcinoma primitivo do cólon. Objetivo: apresentar um caso de pmp, de grandes proporções, decorrente de um adenocarcinoma mucinoso localizado no cólon direito, tratado com sucesso pela ressecção cirúrgica. Relato do caso: homem, 50 anos, foi encaminhado ao huf, com quadro de dor abdominal em cólica, localizada no hipogástrico e perda ponderal de 18 kg em 4 meses. Queixava-se de fraqueza intensa e fezes enegrecidas há 2 meses. Ao exame físico: reg, descorado++/+++; pálido, taquicárdico, hipotenso, com desnutrição proteico-calórica grave. Palpava-se massa endurecida, localizada na fid, com aproximadamente 15 cm de diâmetro, fixa e indolor que ultrapassava a linha média do abdômen em direção a fie. Com hipótese de síndrome consumptiva, anemia por provável neoplasia do cólon direito foi submetido a TC do abdômen que revelou a presença de massa heterogênea com localizada no hipogástrico e fid associada a volumosa ascite septada que ocupava toda a cavidade abdominal. A colonoscopia foi realizada até a junção reto-sigmoideana, não progredindo a partir de então por compressão extrínseca que impedia a progressão do aparelho. Indicada laparotomia, encontrou-se aproximadamente 6 litros de secreção gelatinosa, septada, de coloração amarelada, que ocupava toda a cavidade abdominal estendendo-se para a pelve. Depois de esvaziada a secreção mucinosa, encontrou-se tumor localizado no cólon ascendente e ceco, com 16 cm de diâmetro, que não comprometia o apêndice vermiforme, mas infiltrava a parede do cólon sigmoide. Optou-se pela realização de colectomia total com linfadenectomia intercavo-aórtica, sepultamento do coto retal e ileostomia terminal. O exame anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma do cólon ascendente, pouco diferenciado, com grande diferenciação mucinosa, infiltrando a parede do cólon sigmoide e tecido peritoneal que possibilita o diagnóstico de pseudomixoma peritoneal. Não detectou-se metástase linfonodal em 12 linfonodos dissecados (pt4n0mx). O doente evoluiu bem, recebendo alta no 6º pós-operatório. No momento encontra-se em tratamento quimioterápico adjuvante (folfox), tendo recuperado 5 kg.

#### **REALIZAÇÃO DE ESFINCTEROPLASTIA ANTERIOR COM RETALHO PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL**

BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; RODRIGO GOMES DA SILVA, ANTONIO LACERDA FILHO, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG*

Resumo: Introdução: a incontinência anal é condição socialmente devastadora que afeta de 1,4% a 18% da população de maneira global. É definida como “perda não controlada e recorrente de fezes por um período de pelo menos um m s”. Estima-se que a afecção seja amplamente subdiagnosticada em virtude dos estigmas sociais envolvidos. Objetivo: esse trabalho visa apresentar a técnica de esfínteroplastia anterior com confecção de retalho para tratamento da incontinência anal. Método: foram avaliadas 5 pacientes com lesão esfínteriana com gap anterior submetidas a esfínteroplastia anal com confecção de retalho operadas entre 20/07/2004 e 06/05/2013. Registrados dados referentes a etiologia da incontinência, tempo decorrido entre o início dos sintomas e a operação, escore para incontinência fecal da cleveland clinic florida no pós-operatório e tempo entre a intervenção cirúrgica e a reavaliação pós-operatória. A seleção foi realizada de maneira retrospectiva em um banco de dados da referida instituição. Resultados: selecionadas 5 pacientes, com idade média de 51 anos (variação: 42 a 61 anos). As etiologias envolvidas foram traumatismos obstétricos (partos laboriosos, necessidade de utilização de fórceps) e intervenções cirúrgicas perianais prévias (fistulectomias, ressecção de endometrioma em septo retovaginal). O tempo médio entre a realização da esfínteroplastia anal e a avaliação funcional com o escore para incontinência fecal foi de 4.85 anos (variando de 1 a 10 anos). Os escores obtidos no pós-operatório foram 0, 1, 12, 14 e 16. Conclusão: estudos devem ser realizados para que fístulas e lacerações da região anal sejam evitadas, uma vez que a técnica reparatória de ambas as lesões é de elevada complexidade e de resultados duvidosos, como observados no presente estudo. Para a etiologia anorretal deve-se refletir sobre o tratamento clássico, e preferir as técnicas preservadoras de esfínter, além da abordagem multidisciplinar das pacientes.

#### **RECIDIVA DE GIST DE CANAL ANAL-RELATO DE CASO**

FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; CYNTHIA ABDALLA CRUZ, SÉRGIO LUIZ DA CRUZ CUNHA, FÁBIO ALVES SOARES, SILVANA MARQUES E SILVA, AQUILES LEITE VIANA, ALEXANDRE GHELLER, JOUBERT FERNANDES BARBOSA

*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

Resumo: Introdução: tumores estromais gastrointestinais (gists) são neoplasias mesenquimais que expressam kit (cd117) de tirosina quinase e que apresentam mutações de ativação do kit ou fator de crescimento alfa derivado de pla-



quetas (pdgfra). É o tumor mesenquimal gastrointestinal mais comum, tendo como localização mais frequente o estômago (50-60%), seguido pelo intestino delgado (30-40%), cólon (7%) e esôfago (1%). Gists do canal anal e reto são responsáveis por cerca de 5% dos casos. No entanto, destes apenas 2 a 8% são do canal anal, tornando-os tumores extremamente raros. O tempo médio de recorrência está entre 1,5-2 anos de pós-operatório. Tumores volumosos e com grande atividade mitótica estão associados com pior prognóstico independente do sítio primário. Relato do caso: paciente do sexo feminino, 62 anos, com queixa de proctalgia que melhorava com o uso de codeína e presença de nodulação anal que se exteriorizava à evacuação. Referia ter sido submetida à drenagem de cisto anal e posterior exérese de lesão em canal anal há 2 anos, com diagnóstico histológico de gist. Ao exame proctológico, apresentava sinais de manipulação cirúrgica prévia, além de tumoração de consistência fibro-elástica medindo cerca 5x4cm de diâmetro localizada na parede ântero-lateral esquerda do canal anal, comprometendo 30% da circunferência do mesmo. A avaliação ginecológica não evidenciou comprometimento vaginal. As tomografia de tórax e abdome não demonstraram alterações. A ressonância nuclear magnética da pelve revelou lesão expansiva de aspecto polipóide no canal anal, sem sinais de comprometimento da musculatura do assoalho pélvico. Realizada ressecção transanal da lesão. A avaliação histopatológica confirmou achados morfológicos e imuno-histoquímicos de gist (subtipo células fusiformes, índice mitótico 31/50cga, de alto grau) do canal anal. Conclusão: gists do canal anal são tumores raros, quando diagnosticados devem ser acompanhados pela recorrência no pós-operatório.

#### **RECONSTRUÇÃO DE FERIDA PERINEAL COM RETALHO MIOCUTÂNEO ABDOMINAL APÓS RESSECÇÃO ABDOMINOPERINEAL**

FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR, MÔNICA MOURTHÉ DE ALVIM ANDRADE, ELOAH GAMBOGI LIMA, DANIEL AMARAL ZANETTI  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Caso clínico: mlbf, sexo feminino, 81 anos, natural de belo horizonte, diagnóstico de câncer de reto baixo em 1991. Tratada com neoadjuvância (rt + qt), retossigmoidectomia e qt adjuvante. Em 1993, realizado histerectomia por câncer de colo uterino. Evoluiu com dermatite perianal crônica por radiação - dor e desconforto local importante e incontinência para líquidos. Em 2012, desenvolveu lesões sobre área de dermatite - biopsiadas. Ap: carcinoma de células escamosas. Submetida a ressecção abdominoperineal convencional (rap) seguida de reconstrução perineal com retalho miocutâneo do reto abdominal (rra). Técnica cirúrgica (rotação do retalho): empregou-se um rra irrigado pela artéria epigástrica inferior profunda. A largura do retalho rodado baseou-se no tamanho do defeito perineal e na possibilidade de fechamento do defeito na parede abdominal.

O retalho foi liberado em toda a sua espessura até identificação do pedículo vascular contendo os vasos epigástricos inferiores profundos ao nível da linha arqueada, lateralmente ao músculo. A fixação do músculo reto na sínfise púbica foi realizada para prevenção da torção do pedículo. Após incisão no peritônio inferior, o retalho foi rodado 270° até a região perineal. A fixação do retalho foi feita com pontos subcutâneos e pontos separados na pele com nylon. Discussão: cirurgiões colorretais frequentemente operam pacientes submetidos à quimiorradiação prévia. Apesar da queda nas taxas de recidiva proporcionada pela neoadjuvância, ocorre importante aumento da morbidade em relação à ferida perineal após rap. A transferência de tecido não irradiado e vascularizado resulta em melhor cicatrização da ferida e em redução do número de complicações. Isso ocorre devido ao aumento de fluxo sanguíneo para o local carreando oxigênio e leucócitos saudáveis. Segundo dados da literatura, a necrose do retalho ocorre em menos de 5% dos pacientes. Complicações relacionadas à parede abdominal, como hérnia incisional, ocorrem em 19% dos pacientes. Conclusão: a obtenção de margens livre é de suma importância no prognóstico do tratamento cirúrgico para cce de ânus. Assim a terapia cirúrgica agressiva é necessária. A rotação de rra é um técnica segura, associada à baixa taxa de complicações, tornando-se uma importante ferramenta para reconstrução de feridas perineais complexas ao permitir extensas ressecções em áreas previamente irradiadas.

#### **RE-HEPATECTOMIA REVERSA EM TUMOR DE RETO METACRÔNICO COM RECIDIVA LOCAL**

MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA; FANG CHIA BIN, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, FABIO GONÇALVES FERREIRA, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, THAIS YUKA TAKAHASHI, NATHALIA LINS PONTES VIEIRA, WALTER RODRIGO MIYAMOTO  
*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO*

Resumo: Introdução: já estão bem definidas as opções para tratamento de metástases hepáticas sincrônicas (mhs) em câncer colorretal (CCR): tratamento do tumor primário com quimioterapia adjuvante (qta), ressecção combinada hepática e colorretal ou hepatectomia com posterior cirurgia colorretal. No entanto, não há descrição sobre re-hepatectomia reversa para tratamento de metástases hepáticas associadas a tumor de reto metacrônico com recidiva local, como o descrito a seguir. Relato do caso: homem, 58 anos, submetido a retossigmoidectomia abdominal com ileostomia derivativa em alça, na urgência, por adenocarcinoma de transição retossigmoido obstruído (t3n2m0). Após nove e onze meses, respectivamente, realizou metastasectomias de nódulos hepáticos em segmento v e vi e pulmonares em lobo inferior direito. Realizou qta com oxaplatina e capecitabina por quatro meses. Evoluiu com tumor metacrônico de reto baixo e recidiva junto à linha de anastomose, além de metástases hepáticas em segmentos vi e vii. Como todas as lesões eram ressecáveis, as metástases hepáticas eram contíguas a veia cava retro hepática com potencial de invasão deste vaso e o paciente era assintomático, optou-se por re-hepatectomia no primeiro momento completando a hepa-

tectomias direita. Após novos ciclos de qt, realizou-se a amputação abdominoperineal do reto. Discussão: pacientes que apresentam tumor primário assintomático e doença hepática extensa mas extirpável, a hepatectomia reversa mostrou bons resultados com morbidade e sobrevida, semelhante as outras opções mais realizadas. Alguns autores justificam sua indicação por não postergar o tratamento da doença sistêmica com as complicações pós-operatórias da cirurgia colorretal. Com base nesses estudos, optou-se por realizar re-hepatectomia antes do tumor de reto metacrônico com recidiva local, a fim de controlar doença sistêmica e minimizar morbidade, garantindo assim a ressecabilidade de todos os tumores diagnosticados, já que a invasão da veia cava retro hepática era iminente. Considerações finais: a hepatectomia reversa já é conhecida como alternativa para metástase hepática em CCR, apresentando bons resultados. Considerar a re-hepatectomia como indicação de cirurgia reversa, mesmo para tumor metacrônico com recidiva pode ser uma opção para minimizar morbidade e atingir ressecabilidade.

#### **RELATO DE CASO: COLITE DIFUSA POR HISTOPLASMOSE EM PACIENTE IMUNOSUPRIMIDO COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

RODRIGO PADILLA; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Homem, 47 anos, branco, portador do vírus HIV em uso irregular de tarv com quadro de lesões aftóides e infiltrativas em cavidade oral associadas a enterorragia importante. Foram realizadas tentativas de estabilização clínica sem sucesso, sendo submetido à proctocolectomia total com ileostomia terminal. Na admissão, paciente queixava-se além das lesões em cavidade oral, dor em andar inferior do abdome, hábito intestinal diário com diarreia. Relatava perda ponderal de cerca de 25% do peso corpóreo em 6 meses. Exame físico sem alterações. O controle da infecção de base apresentava contagem de cd4+ de 84 células/mm<sup>3</sup> e a carga viral era de 2362 cópias/ml, em uso de tarv. Na internação apresentou enterorragia, eda sem alterações, colonoscopia evidenciou erosões com contornos irregulares, bordas planas e com fundo recoberto por fibrina em reto e sigmóide; no cólon direito observou-se erosão circunferencial. Ao estudo histopatológico foi diagnosticada colite crônica com microabscessos, tecido de granulação e eosinofilia. Ao estudo microbiológico dos fragmentos das lesões foi positivo para histoplasma capsulatum sp. Após novo quadro de enterorragia foi submetido à proctocolectomia total com ileostomia terminal. No pós operatório paciente foi encaminhado para unidade de terapia intensiva onde evoluiu bem com melhora clínica e laboratorial. Apresentou após o procedimento cirúrgico, novos quadros de enterorragia de provável foco em doença hemorroidária que em episódio de enterorragia incontrolável evoluiu a óbito. Discussão: a histoplasmoze é geralmente uma infecção assinto-

mática ou resulta em uma doença respiratória auto-limitada. É a micose endêmica mais comum em indivíduos com aids, que ocorre em 2% a 5% da população. Os sintomas incluem diarreia, perda de peso, febre e dor abdominal. Os pacientes também podem ter hemorragia, perfuração intestinal ou obstrução por massas ileocecais ou linfonodomegalia. O diagnóstico colonoscópico de lesões ulceradas abrangem inúmeras patologias benignas ou malignas, infecciosas ou não-infecciosas. Sendo a biópsia com pesquisa microbiológica a pedra angular para o diagnóstico. Conclusão: histoplasmoze intestinal em pacientes com aids é uma rara infecção tratável. A realização de colonoscopia para investigação de quadros de diarreia ou sangramento digestivo baixo em pacientes infectados pelo HIV pode iniciar o processo diagnóstico com biópsias e suspeição para solicitação de sorologias.

#### **RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COMBINADA A TERAPIA IMUNOSSUPRESSORA**

RICARDO CARRELO DA COSTA; VICTOR HUGO DA VEIGA JARDIM, RAFAEL RODRIGUES SPÍNOLA, MARIA LYGIA MINNEY TEIXEIRA, ADEMAR GARCIA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn é um processo inflamatório crônico de etiologia ainda desconhecida, não curável por tratamento clínico ou cirúrgico e que acomete o trato gastrointestinal de forma uni ou multifocal, de intensidade variável e transmural. Objetivo: relato de caso clínico atendido no hospital universitário júlio muller - ufmt. Métodos: estudo descritivo com base em coleta de dados em prontuário médico. Foi realizado termo de consentimento informado. Relato de caso: paciente de sexo feminino, 48 anos, deu entrada no ambulatório do hospital universitário júlio muller há 14 anos com quadro de dor abdominal localizada em fossa íliaca esquerda associada a diarreia mucossanguinolenta em vários episódios associada a meteorismo intestinal. Referiu que os sintomas duravam há 02 (dois) meses naquela época e perda ponderal. Foram definidas como hipóteses diagnósticas a doença inflamatória intestinal, neoplasia e gastroenterocolite. Foram solicitados exames gerais e colonoscopia, na qual a última revelou retocolite à esclarecer com colite crônica granulomatosa no exame histopatológico, sendo sugestiva de Doença de Crohn e descartando malignidade na amostra. A paciente recebeu tratamento com sulfassalazina e prednisona durante a internação, recebendo alta por boa evolução e com seguimento ambulatorial. Após 04 anos com remissão da doença a paciente retorna com quadro obstrutivo, onde foi evidenciado subestenose do canal anal com proctite, além de perda ponderal significativa e manifestações extra-intestinais (artralgia e uveíte), sendo revertidos com dilatação anal, corticoterapia e início de terapia imunossupressora com infliximabe. Em 2010 retorna com novo quadro obstrutivo no qual o enema opaco evidenciava estenose em cólon transversal distal e sigmóide, sendo realizada colectomia parcial e ileostomia protetora, cirurgia feita com anastomose término-terminal entre transversal proximal e reto alto em dois planos. Em novembro

de 2013 foi realizada a reconstrução de trânsito intestinal com fechamento da ileostomia. Segue em uso de infliximabe e azatioprina com boa evolução clínica além de acompanhamento com suporte nutricional. Conclusão: o objetivo do tratamento clínico da Doença de Crohn é produzir a remissão da doença. O tratamento cirúrgico deve ser reservado, sobretudo, na presença de complicações.

**RELATO DE CASO: HEMANGIOMA COLORRETAL**  
GABRIELA N. SANTANA FARDIN; ADRIANA F. SENNA,  
ROSSINI CIPRIANO GAMA, GIOVANNI JOSÉ Z. LOU-  
REIRO, LUCIANO P. NOGUEIRA DA GAMA, FLÁVIA  
LEMS MOURA RIBEIRO

*VITÓRIA APART HOSPITAL - SERRA, ES*

Resumo: Introdução: o hemangioma colorretal é uma neoplasia benigna rara, cuja manifestação clínica é sangramento retal indolor, que ocorre geralmente entre os 5 e 25 anos, com diagnóstico feito freqüentemente na idade adulta. Faz parte do diagnóstico diferencial das causas de hemorragia digestiva baixa, sendo confundido, na maioria das vezes, com entidades mais comuns, como hemorróidas e doença inflamatória intestinal. Existem apenas 75 relatos descritos na literatura, e o retardo do diagnóstico ocorre devido ao desconhecimento da doença, com taxas de mortalidade alcançando 40 a 50% na presença de sangramento importante. Objetivo: apresentar um relato de caso de hemangioma carvenoso. Relato de caso: paciente lsc, 43 anos, anemia e sangramento retal, desde os 10 anos, de forma intermitente e não dolorosa, anemia severa, hemoglobina 3,8, enterorragia indolor, vertigem e astenia. Ao exame físico, apresentava-se descorada (++++/4+), eupnéica, sem lesões muco-cutâneas. Colonoscopia: extensa lesão vascular do tipo hemangioma cavernoso de reto e sigmóide, aspecto misto: em samambaia e polipoide. Abdome indolor à palpação e sem visceromegalias, sendo proposto a retossigmoidectomia com anastomose coloanal e ileostomia de proteção, tendo o exame histopatológico confirmando o diagnóstico. Conclusão: embora a apresentação clínica do hemangioma colorretal seja típica, com sangramento retal indolor desde a infância, o diagnóstico frequentemente é tardio. Em geral, pacientes portadores de hemangiomas são submetidos a intervenções cirúrgicas desnecessárias por doenças diagnosticadas incorretamente, como hemorróidas e doenças inflamatórias. Seu diagnóstico é suspeitado na colonoscopia e o tratamento é a ressecção do órgão comprometido é o padrão ouro, oferecendo controle permanente dos sintomas, sendo indicada quando a intensidade dos sintomas a justifica.

**RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM ABSCESSO PERIANAL EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO. DISCUSSÃO DE CONDUTAS.**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, JOÃO GOMES NETINHO, FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Paciente com diagnóstico de lla em vigência de quimioterapia conforme protocolo gmall internada com quadro de neutropenia febril. Durante investigação da etiologia foi realizada ressonância magnética de pelve que evidenciou abscesso perirretal à direita com coleção de cerca de 3 ml. Outras etiologias para a corrente infecção foram excluídas. Paciente não apresentava queixas de dor ou abaulamento perianal e sem alterações do hábito intestinal. Foi submetida à abordagem cirúrgica com drenagem de mínima quantidade de secreção purulenta. No mesmo tempo cirúrgico foi passado sedenho para manter pérvia a drenagem de pus. No pós-operatório evoluiu bem com melhora clínica e laboratorial quando recebeu alta hospitalar. Após 1 mês de acompanhamento ambulatorial, foi reinternada com retorno do quadro febril, porém nesse segundo momento com quadro de dor e abaulamento perianal. Os exames laboratoriais acusavam leucopenia severa além de níveis aumentados de proteína c reativa (pcr). Ao exame físico observou-se eritema em região glútea direita além de endurecimento, porém sem flutuação. Além de tratamento clínico com antibioticoterapia, foi novamente submetida à abordagem cirúrgica com incisão sobre a área de endurecimento, porém agora, sem saída de secreção. No pós-operatório, em vigência de sessões em câmara hiperbárica, evoluiu bem com melhora clínica, queda dos marcadores inflamatórios e aumento da leucometria para níveis dentro da normalidade. Discussão: o abscesso perianal é uma afecção que tem com tratamento a drenagem cirúrgica mandatória. Em pacientes neutropênicos com sepse perianal no cenário da neoplasia hematológica, as características clínicas clássicas de formação de abscesso são escassas, logo o papel da intervenção cirúrgica é controverso. Porém a mortalidade desses pacientes não tratados atinge até 59%. A morbidade e mortalidade podem estar relacionadas com a toxicidade da quimioterapia, neutropenia, septicemia, uma contagem de plaquetas baixa, administração de esteróides e a progressão da doença. Conclusão: pacientes com neutropenia, seja por doença linfoproliferativas ou não, estão sujeitos à sepse perianal. Nesses pacientes múltiplos fatores são concorrentes para o desfecho favorável ou não do quadro. O tratamento cirúrgico é discutível, uma vez que a leucopenia dificulta a formação de secreção purulenta, com isso, a decisão cirúrgica depende do julgamento clínica, laboratorial e de imagem minucioso.

**RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRÚRGICO PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN GRAVE PÓS LES INDUZIDO POR INFLIXIMAB**

RODRIGO PADILLA; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO, LUIZ SÉRGIO RONCHI  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Paciente com diagnóstico de dc grave há 15 anos sob a forma de fistula perianal e ileíte terminal. Fez uso de azatioprina, mesalazina e infliximab, toTDos com reações adversas:

amilasemia e leucopenia severa; les; e edema de membros inferiores e constipação respectivamente. Após manutenção do quadro de doença fistulizante perianal, corticodependência e impossibilidade de otimização das medicações foi optado por tratamento cirúrgico com desvio do trânsito colônico para possível melhora do quadro perianal. Foi submetida à ileostomia em duplo cano sem intercorrências. No pós-operatório vem evoluindo bem com melhora importante do quadro fistulizante sem descarga purulenta. Paciente refere uma melhora importante na sua qualidade de vida apesar da ostomia e em retirada gradual de corticóides. Discussão: medicações anti-tnf revolucionaram o tratamento das dii. Existem reações adversas associadas ao uso dessas medicações entre elas as neoplasias sólidas e as doenças e auto-ímmunes que podem variar desde alterações laboratoriais até doenças auto-ímmunes. Após reações adversas frente ao uso dessas drogas fica limitado o arsenal terapêutico, o que muitas vezes impossibilita o seguimento de protocolos. Por ser uma doença relativamente nova e com muitos estudos em andamento e pouca opção terapêutica, o médico assistencial aposta, muitas vezes, condutas off label o que pode variar de acordo com a experiência pessoal de cada profissional. Conclusão: a dc é uma DII que está em franca ascensão em relação aos estudos para a sua adequada compreensão e tratamento. Muitas medicações, já utilizadas no tratamento de doenças reumatológicas são cotadas como possíveis drogas disponíveis nos próximos anos para as dii. Quando os pacientes são impossibilitados para o uso dessas medicações a equipe médica fica com poucas possibilidades para o tratamento clínico para a remissão da patologia. Acredita-se que em breve novas pesquisas possam oferecer novas formas padronizadas de tratamento.

#### **RELATO DE CASO: TROMBOSE PORTAL E ESPLENOMESENTÉRICA PÓS PROCTOCOLECTOMIA TOTAL + ILEOSTOMIA DEFINITIVA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**

ALINE POZZEBON GONÇALVES; JULIANA FORMETI ZANCO, LORENA REUTER MOTTA GAMA, TAUANA FERREIRA GONÇALVES, MAGALY GEMIO TEIXEIRA  
*HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO*  
Resumo: Introdução: a doença inflamatória intestinal está associada a um aumento do risco de complicações vasculares tromboembólicas devido ao estado de hipercoagulabilidade, sendo uma importante causa de morbi-mortalidade nesses pacientes. Durante as crises de atividade da doença o risco de tromboembolismo aumenta de 3,4% para 8,4%. A localização da doença também está relacionada ao maior risco de tromboembolismo: envolvimento colônico na Doença de Crohn e pancolite na retocolite ulcerativa. A trombose portal espleno-mesentérica é um evento raro. Caso clínico t.l.s., 52 anos, sexo feminino, com diagnóstico de Doença de Crohn há 19 anos. Como antecedente mórbido pessoal, apresentou 4 tromboembolismos prévios (membro inferior direito em duas ocasiões, membro inferior esquerdo, membro superior esquerdo e veia jugular direita). Foi submetida a proctoclectomia total com ileos-

tomia definitiva em junho de 2014 devido doença refratária ao tratamento convencional e terapia biológica. Foi utilizada bota pneumática durante a operação e no pós-operatório(p.o.), além de enoxaparina subcutânea no pós-operatório. Recebeu alta no 7º dia de p.o, evoluindo no 9º p.o com vômitos e dor abdominal difusa, com leve distensão abdominal e descompressão brusca negativa sendo reinternada. Realizou TC de abdome total que evidenciou distensão de alças de delgado e trombose do segmento posterior do ramo direito da veia porta e da junção espleno-mesentérica e veia gastro-epilóica direita, sendo avaliada pela cirurgia vascular a qual indicou tratamento conservador com rivaroxaban 15mg 2x/dia. Paciente evoluiu bem clinicamente, recebendo alta em bom estado geral com acompanhamento ambulatorial com a cirurgia vascular. Conclusão: em comparação com a população geral, pacientes com doença inflamatória intestinal tem maior prevalência de tromboembolismo venoso e ocorre com maior frequência por cirurgia abdominal, sendo os anticoagulantes os pilares da terapia primária desta manifestação extra-intestinal. Apesar do desfecho clínico satisfatório da paciente acima, deve-se atentar a alta mortalidade que pode chegar a 50% dos casos, segundo algumas casuísticas.

#### **RESIDENCIA EM COLOPROCTOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE UM RESIDENTE NA ESPECIALIDADE DE COLOPROCTOLOGIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA.**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ELOAH GAMBOGI, ROBERTA GRAZIELLE, FERNANDO LAVALL, DANIEL ZANETTI  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: o trabalho propõe demonstrar o perfil de atividades realizadas por um residente de coloproctologia no período de março/2014 a julho/2014, em seu primeiro ano de residência, na santa casa de misericórdia de belo horizonte. Desenvolvimento: trabalho retrospectivo, aonde se analisou todas as atividades realizadas por um residente de coloproctologia em seus primeiros meses na especialidade. Em média, foram 600 consultas ambulatoriais, 300 retossigmoidoscopias, 50 interconsultas por demanda interna, 100 colonoscopias assistidas, 75 cirurgias; sendo 30 hemorroidectomias, 20 retossigmoidectomias (2º auxiliar), 5 colectomias direitas (2º auxiliar), 10 Fistulectomias, 5 fissurectomias e 5 reconstruções de trânsito intestinal. Conclusão: de acordo com a sociedade Brasileira de coloproctologia, para um serviço ser credenciado, deve oferecer uma média mensal de 3 cirurgias colorretais, 6 cirurgias anopereineais, 50 consultas, 20 retossigmoidoscopias e 5 colonoscopias. Conclui-se que a residência de coloproctologia da santa casa vem desempenhando bem o que se propôs, oferecendo aos seus residentes maiores oportunidades e experiências.

#### **RESSECÇÃO DE ADENOCARCINOMA DE CÔLON EM ÂNGULO ESPLÊNICO DO CÔLON, COM INVASÃO DO HILO ESPLÊNICO, ESTÔMAGO, DIAFRAGMA, PULMÃO E PERICÁRDIO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; RODRIGO GOMES DA SILVA, ANTÔNIO LACERDA FILHO, BERNARDO HANAN, LEONARDO MACIEL FONSECA, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFG*

Resumo: Introdução: estima-se que 5% a 12% dos carcinomas colônicos apresentam extensão a estruturas ou outros órgãos à apresentação da doença. Diversos trabalhos demonstraram benefício da realização de ressecções alargadas em monobloco em relação à sobrevida livre de doença e sobrevida global. Portanto, essas ressecções devem ser realizadas sempre que for possível alcançar uma ressecção r0. Objetivo: esse trabalho visa apresentar um caso com tumor avançado do ponto de vista locorregional que demandou abordagem multidisciplinar em uma cirurgia de grande porte. Método: trata-se da paciente a.d.g., 63 anos, com adenocarcinoma de ângulo esplênico da cólon. Tomografia computadorizada evidenciou invasão por contiguidade do baço, estômago, diafragma e lobo inferior do pulmão esquerdo, além de íntimo contato da massa tumoral com o pericárdio em ápice cardíaco. Endoscopia digestiva alta e ecocardiograma pré-operatório sem outras alterações. Programada então intervenção cirúrgica juntamente com equipe de cirurgia torácica realizada em 06/07/2014. Resultados: paciente submetida a laparotomia mediana com achado de tumor em topografia do ângulo esplênico do cólon aderida às estruturas já mencionadas. Procedido a toracofrenolaparotomia à esquerda. Realizado gastrectomia parcial com ressecção de parte da curvatura maior em fundo e corpo, esplenectomia, colectomia esquerda, ressecção diafragmática à esquerda, ressecção parcial pericárdio e segmentectomia não regrada em lobo inferior esquerdo. Para reconstrução diafragmática foi utilizada tela de dupla composição (polipropileno e politetrafluoretileno expandido – ptfee). Procedimento com duração de 7 horas, sem intercorrências maiores. Paciente recebeu alta no 13º dia de pós-operatório. Atualmente encontra-se em seguimento oncológico-cirúrgico, sem sinais de recidiva local ou sistêmica após 12 meses. Conclusão: a literatura corrente recomenda as ressecções multiviscerais nos casos de tumores colônicos localmente avançados em pacientes com estado clínico favorável e sem evidências de disseminação neoplásica à distância. Este caso demonstra a necessidade de planejamento pré-operatório adequado, treinamento em cirurgia multivisceral e, por vezes, abordagem conjunta multidisciplinar.

**RETALHO DE MÚSCULO GRÁCIL NA RECONSTRUÇÃO PERINEAL APÓS AMPUTAÇÃO ABDÔMINO PERINEAL DO RETO PELA TÉCNICA DE HOLMES**  
BALSAMO F; PALMA RT; SABA GT; VALVERDE AL; WAISBERG J

*DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL E DO APARELHO DIGESTIVO- FUABC- HOSPITAL ESTADIAL MÁRIO COVASANTO ANDRÉ, SP*

Resumo: Introdução: a fase perineal da amputação abdômino perineal do reto convencional apresenta alto risco de perfuração do espécime e este geralmente apresenta perda da borda distal

do mesorreto e margem de ressecção circunferencial muito próxima aos grupamentos musculares esfinterianos. Entretanto esta fase pode ser realizada através de ressecção perineal posterior estendida com intuito de criar espécime cilíndrico e sem perdas. As feridas perineais decorrentes desta técnica são amplas e podem necessitar reconstruções mais elaboradas. Objetivo: relatar caso de reconstrução perineal através da confecção de retalho de músculo grácil após amputação abdômino perineal ampliada. Método: revisão sistemática de prontuário, relato do caso e revisão de literatura. Resultados: ibs, 50 anos, masculino, há 11 meses com dor anal às evacuações, hematoquezia, puxo, tenesmo e perda de 10 kg. O exame proctológico evidenciou lesão vegetante tocável de 2 a 7 cm da borda anal, endurecida, fixa, circunferencial e pérvia ao toque. Colonoscopia confirmou lesão e não identificou lesões sincrônicas e exame histopatológico confirmou tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Após exames de imagem o estadiamento clínico foi ct3n0m0. Paciente encaminhado à neoadjuvância com boa resposta clínica, mas sem alteração do estadiamento clínico pré tratamento. Indicada abordagem multidisciplinar com realização de amputação abdômino perineal do reto pela técnica de holmes com ressecção em bloco dos músculos elevadores do ânus, reto inferior e canal anal com reconstrução perineal através da confecção de retalho de músculo grácil preenchendo assim o defeito perineal de forma satisfatória. Paciente evoluiu sem intercorrências com alta hospitalar no décimo pós operatório, logo após a retirada do dreno perineal. A retirada de pontos ocorreu no vigésimo pós operatório e paciente atualmente com 3 anos de seguimento oncológico e sem intercorrências. A evolução tardia da cicatrização perineal igualmente satisfatória e sem qualquer consequência na performance do membro escolhido para o retalho. Conclusão: o retalho de músculo grácil é método factível na reconstrução perineal quando realizada a cirurgia de amputação abdômino perineal do reto com ressecção perineal posterior ampliada.

**RETOCELE POSTERIOR PÓS SACRECTOMIA**

THAIS YUKA TAKAHASHI; 6

*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO*

Resumo: Introdução: retocele é uma projeção sacular anormal da parede retal, podendo ser anterior ou posterior. A forma anterior é comumente encontrada em mulheres, especialmente idosas e multíparas. A forma posterior é rara, existindo apenas relatos de casos. Especula-se que sua etiologia esteja na disfunção dos músculos elevadores do ânus com consequente perda da sustentação da parede retal. Relato do caso: homem, 53 anos, com queixa de constipação há 10 meses, coincidente com ressecção sacral de s3, s4 e cóccix por cordoma sacrococcígeo. Queixava-se de abaulamento perineal posterior ao esforço evacuatório, devendo realizar apoio perineal manual para êxito no esvaziamento retal. Ao exame físico, observava-se cicatriz transversa na região sacral e abaulamento posterior à manobra de valsalva com descendo do perineal significativo. Na defecografia, notava-se hérnia sacrococcígea com retocele posterior e não houve esvaziamento do conteúdo retal. Indica-

do tratamento cirúrgico com colocação de tela de polipropileno pré sacral com acesso pela mesma incisão prévia. Apresentou disfunção vesical e erétil até o oitavo mês pós-operatório. Atualmente, após um ano, paciente melhorou padrão evacuatório sem necessidade de apoio perineal. Considerações finais: a correção da retocele posterior deve ser individualizada com base na doença de base, pois devido a sua raridade, não existe técnica cirúrgica definida para seu tratamento.

#### **SARCOMA RETRORRETAL: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; RAFAEL FERNANDES GAMA; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA; JULIANO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: a verdadeira prevalência dos tumores retrorretais é desconhecida pois muitos casos são assintomáticos. A maioria dos estudos mostra a incidência de um caso para cada 40000-60000 internações. Existem poucas publicações sobre o tema sendo a maior da clínica mayo com 120 casos. A classificação mais comumente utilizada é dividida em cinco grupos: tumores congênitos, tumores ósseos, lesões inflamatórias, tumores neurogênicos e miscelânea. Os tumores congênitos são os mais comuns representando 55%-70%, seguidos dos cordomas, as miscelâneas apresentam-se entre 10-25% de todas as lesões pré-sacrais. Objetivo: relatar um caso de sarcoma retrorretal. Relato de caso: mcb, 50 anos, mulher, branca, procedente de atibaia/sp, procurou o serviço médico com queixa de tenesmo há 5 meses, com perda ponderal de 15%, associado de dor sacral progressiva com irradiação para membros inferiores bilateralmente. Apresentando disúria com necessidade de sondagem vesical de demora. Ao exame: apresentava-se emagrecida, no exame proctológico apresentava massa tocável há 6cm da borda anal que era oriunda da região posterior que rechaçava o reto e a vagina anteriormente. O exame tomográfico e na ressonância nuclear magnética apresentavam massa pré- sacral, extrínseca a luz do reto de grande volume. Com hipótese de tumor retrorretal a paciente foi submetida a laparotomia exploradora que identificou uma massa tumoral em mesorreto posterior. A paciente foi submetida a exenteração pélvica posterior. A paciente evoluiu bem com alta no 10º po devido a pneumonia nosocomial. O resultado anátomo patológico concluiu tratar-se de sarcoma retrorretal. Discussão: tumores retrorretais são mais comuns em mulheres entre 40-60 anos, especialmente lesões císticas. A malignidade é mais comum em homens do que em mulheres devido ao atraso no diagnóstico. Em adultos o sintoma mais comum é a dor, seguido de alteração do hábito intestinal ou urinário. A literatura mostra que no momento do diagnóstico 95-97% dos pacientes já apresentam massa palpável. O diagnóstico é feito através de exame de imagem tomográfico ou de preferência a ressonância magnética. O tratamento é cirúrgico e o prognóstico dependerá do tipo histológico do tumor.

#### **SÍNDROME DA REGRESSÃO CAUDAL - UM RELATO DE CASO**

RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA; HEITOR LIMA MEDEIROS, JOSE RAIMUNDO BAHIA SAPUCAIA FILHO, PALOMA PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA, CARLOS RAMON MENDES, PAULO MARCELO PIRES

*CLÍNICA DR JOSE BAHIA SAPUCAIA*

Resumo: Introdução: a síndrome da regressão caudal (src) é uma malformação rara (incidência global de 1 a cada 7,5 mil nascidos vivos) que cursa com defeitos na região caudal que podem se apresentar em graus variados de malformação como por exemplo o desenvolvimento incompleto do sacro que pode acarretar desde incontinência urinária ou fecal até uma lesão neurológica completa. É caracterizada por anomalia dos restos dos sistemas genital e urinário e da espinha lombossacral das extremidades inferiores. O prognóstico depende da severidade do defeito espinhal e das anomalias associadas. Casos severos são associados geralmente com problemas cardíacos, renal e respiratório, que são responsáveis por morte neonatal precoce. Objetivo: relatar caso clínico de paciente com src com queixa de incontinência fecal em um serviço de salvador. Método: relato de caso com revisão bibliográfica. Relato de caso: paciente do sexo masculino, 2 anos de idade, que apresenta queixas de encoprese e incontinência fecal. Foi diagnosticado com src após ser constatada agenesia sacral parcial e término abrupto da medula espinhal ao nível da vértebra t12, em ressonância magnética de coluna. Em manometria foi observado uma hipotonia severa de esfíncter externo de 12mmhg. Discussão: uma das hipóteses terapêuticas para a incontinência fecal é o biofeedback, que tem como objetivos medir as atividade autonômicas e/ou neuromusculares do paciente, e associada a retroalimentação possibilita ao paciente um maior controle esfíncteriano. Porém a idade do paciente é precoce e por ainda não ter cognição necessária para esse tipo de terapia, a primeira escolha passa a ser a descompactação intestinal através da lavagem do mesmo. resultado: o paciente está sendo submetido a lavagem intestinal a cada dois dias, com o objetivo de descompactar o reto. Vem respondendo bem às lavagens e apresenta uma melhora na encoprese e na dilatação retal. A melhora da insuficiência fecal propiciou uma inclusão social mais adequada. Conclusão: sugere-se que os pacientes com baixa idade, sejam submetidos a lavagem intestinal para alívio dos sintomas. E no futuro, quando estiver com idade mais avançada, é necessário discutir terapias adjuvantes como: eletroestimulação sacral ou terapia do biofeedback.

#### **SÍNDROME DE CURRARINO - RELATO DE CASO**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCÍ, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA

*CLÍNICA REIS NETO*

Resumo: Introdução: síndrome de currarino (sc) é definida pela tríade de tumor pré- sacral, agenesia sacral e malformação anorretal. O quadro clínico frequentemente encontrado é

de constipação. Em metade dos casos, a síndrome é familiar, autossômica dominante. Relato de caso: paciente feminina, que aos 13 anos foi diagnosticada com sc após suspeita clínica de tumor retal devido a abscesso recorrente em região sacral e constipação intestinal crônica. Exames subsidiários de imagem demonstraram tumoração pré-sacral com características císticas em região retro-retal que comprimia o lúmen intestinal. A paciente foi submetida a intervenção cirúrgica excisando-se cisto dermóide que recidivou após dois meses sendo novamente ressecado. Houve perda de seguimento durante cinco anos, tendo a paciente retornado após este período com recidiva da tumoração retro-retal e drenagem de secreção purulenta em amplo trajeto em região sacral. Optou-se por intervenção cirúrgica com acesso posterior, ressecando-se o cóccix e as três últimas vértebras sacrais e a tumoração foi ressecada através de planos justos à parede retal, com preservação da musculatura do assoalho pélvico. O anatomopatológico evidenciou cisto dermóide, sem sinais de malignização. Discussão: a tríade de tumoração pré-sacral, anomalia congênita do osso sacro e malformação anorretal foi reconhecida inicialmente em 1981 por currarino et al. Os sintomas mais comuns são constipação intestinal crônica (67%), alterações urinárias (9%) e dor em até 20% dos adultos. A ressecção da massa pré-sacral é recomendada devido a possibilidade de malignização e infecção recorrente além da possibilidade de meningite. As abordagens cirúrgicas descritas para o tratamento desta lesão são abdominal, trans- sacral e abdômino-sacral. A ressecção em monobloco destas lesões retrorretais costuma ser considerada como tratamento eficaz, sendo a característica histológica obtida pela biópsia excisional, podendo revelar cisto epidermóide, dermóide, entérico (tailgut cist) ou neuroentérico. Conclusão: o potencial de malignização, a sintomatologia causada pela presença da tumoração, além da possibilidade de complicações como meningite por infecção do componente cístico ou formação de fístula entre o cólon e o canal espinhal, refletem a necessidade do tratamento cirúrgico. É de extrema importância o seguimento pós-cirúrgico do paciente, dada a possibilidade de recorrência do tumor.

**SÍNDROME DE SUPERCRESCIMENTO BACTERIANO DO INTESTINO DELGADO PÓS COLECTOMIA DIREITA**  
NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, JOFFRE REZENDE FILHO, JOFFRE REZENDE NETO, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉILO MOREIRA JÚNIOR  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

Resumo: Introdução: a síndrome de supercrescimento bacteriano do intestino delgado, do inglês, small intestinal bacterial overgrowth (sibo), definida pela presença de um número excessivo de bactérias no intestino delgado, é uma doença ainda pouco compreendida, com manifestações clínicas inespecíficas: diarreia, má absorção, dor abdominal, flatulência, astenia,

deficiências vitamínicas eTC. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento, encontram-se: idade avançada, diabetes, insuficiências hepática e renal, uso de antibióticos e anastomoses enterais e enterocolônicas. relato de caso: jcv, masculino, 48 anos, submetido a colectomia direita há 10 meses, com queixa de flatulência, desconforto epigástrico e cólicas abdominais difusas, iniciadas cerca de 2 meses após a cirurgia. Endoscopia digestiva alta: normal. inicialmente, foi tratado com procinéticos e inibidores de bomba de prótons, sem melhora. após 6 meses de seguimento com diversos esquemas de tratamento, foi solicitado teste de hidrogênio expirado, o qual revelou o diagnóstico de sibo. a partir do diagnóstico o paciente recebeu probióticos e um curso de antibioticoterapia, com melhora dos sintomas nos primeiros 60 dias de seguimento. discussão: a literatura não estabelece a prevalência da sibo, mas acredita-se que ela seja responsável por manifestações gastrointestinais em vários pacientes, inclusive nos que, anteriormente, receberam o diagnóstico de síndrome do intestino irritável. É definida por uma população bacteriana superior a 10<sup>5</sup>-10<sup>6</sup> bact/ml e, além do número, o tipo de flora presente no intestino delgado tem importante papel nas manifestações clínicas: a substituição dos gram positivos, majoritários no intestino delgado, por gram negativos aumenta a conversão de carboidratos em ácidos graxos de cadeia curta, contribuindo para diarreia, flatulência e desconforto abdominal. os pacientes submetidos a by-pass jejunoileal, anastomose ileoanal em bolsa e ressecção da válvula ileocecal têm risco aumentado de desenvolver sibo. Dados revelam que, em pacientes portadores de Doença de Crohn, a ressecção da válvula ileocecal aumenta a prevalência de sibo de 18% para 30%. conclusão: os pacientes submetidos a cirurgias colorretais fazem parte do grupo de risco para o desenvolvimento da sibo e, apesar de ainda existir divergências quanto aos métodos diagnósticos e à terapêutica ideal, devemos ter em mente esse diagnóstico diferencial, em razão do impacto negativo na qualidade de vida no pós-operatório das cirurgias colorretais.

**SÍNDROME DO INTESTINO CURTO EM PACIENTE COM SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE**  
MARLUS TAVARES GERBER; HÉCTOR SBARAINI FONTES, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: a síndrome do anticorpo antifosfolípide (saf) é a principal causa de trombofilia adquirida em adultos. Sua apresentação clínica é variável, porém o mais frequente é a apresentação como trombose venosa profunda, embolia pulmonar ou acidente vascular cerebral isquêmico. Objetivo: relatar caso de saf com apresentação atípica e evolução para síndrome do intestino curto (sic). Relato do caso: sfr, 45 anos, feminina, previamente hígida, encaminhada com quadro de dor abdominal tipo cólica com início nos últimos seis meses que persistiu após realização de laparotomia exploradora (le)

com colecistectomia em outro serviço. Durante internação para investigação, apresentou piora clínica evoluindo com sinais de oclusão intestinal, sendo então submetida à nova le com achado de múltiplas aderências firmes, sem plano de clivagem com realização de enterectomia de aproximadamente 100 cm e colectomia esquerda até o terço médio do cólon transverso. Exame anatomopatológico (ap) evidenciou úlceras com aspecto de pedra de calçamento e ileíte crônica em atividade neutrofílica, sugerindo o diagnóstico de Doença de Crohn (DC). Recebeu alta assintomática com tratamento imunossupressor. Após um mês, paciente retornou com piora da dor abdominal e pneumoperitônio, sendo submetida à nova le que evidenciou isquemia de áreas de delgado e cólon, com perfuração na alça ileal, optando-se pela realização de nova enterectomia de aproximadamente 110 cm de extensão e confecção de peritoniotomia. Durante reabordagem foi realizada ileocelectomia direita e enterectomia de outros segmentos inviáveis. Paciente evoluiu com sic (restando apenas 40 cm do jejuno, cólon sigmóide e reto) e recebeu alta hospitalar, mantendo nutrição parenteral total (npt) semanal com ganho de peso gradual. Durante esse período foi realizada investigação que descartou dc e confirmou o diagnóstico de saf. Conclusão: saf é na maioria dos casos, uma patologia com episódios de trombose e abortamento de repetição, sendo controlada precocemente com anticoagulação e controle do tempo de atividade da protrombina, reservada a recorrência em pacientes não anticoagulados. No caso relatado, o diagnóstico foi tardio e a paciente apresentou sucessivas complicações com necessidade de enterectomia extensa e colectomia, evoluindo com sic e dependência de npt.

#### **SUBOCLUSÃO POR FITOBEZOAR EM PACIENTE COM ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA A DOENÇA DIVERTICULAR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; HÉCTOR SBARAINI FONTES, DAYANE RAQUEL DE PAULA, MARLUS TAVARES GERBER, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: a doença diverticular do cólon é muito frequente e sua prevalência aumenta com a idade. As complicações mais comuns são a inflamação aguda e o sangramento. Outra complicação possível é o espessamento parietal como resultado do processo de diverticulite recorrente ou inflamação crônica, podendo levar a quadros de obstrução intestinal ou dor abdominal crônica. Objetivo: relatar um caso de paciente com doença diverticular que evoluiu com suboclusão e dor abdominal crônica, sendo necessária intervenção cirúrgica para tratamento e diagnóstico. Relato do caso: at, 56 anos, masculino, vem encaminhado ao ambulatório de coloproctologia com queixa de dor abdominal e emagrecimento de início há seis meses. No período apresentou perda ponderal de aproximadamente 30 kg associada à alteração de hábito intestinal,

alternando longos períodos de constipação com episódios de diarreia. Na investigação realizou tomografia computadorizada de abdome e pelve que evidenciou divertículos colônicos na flexura esplênica e cólon descendente com densificação dos planos de gordura ao redor, além de espessamento parietal com redução da luz do cólon descendente de 7 cm de extensão e dilatação das alças proximais. A colonoscopia demonstrou área de estenose no cólon descendente, transponível ao aparelho, com fitobezoar à montante que não permitiu a progressão do aparelho. A sorologia para doença de chagas foi positiva. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora para esclarecimento do quadro e exclusão de neoplasia, com achado intraoperatório de estenose do terço médio do cólon descendente por espessamento transmural e dilatação proximal, optando-se pela realização de colectomia esquerda ampliada com colostomia terminal. O exame anatomopatológico foi compatível com doença diverticular complicada sem sinais de neoplasia, tampouco destruição dos plexos nervosos sugestiva de colopatía chagásica. Conclusão: a doença diverticular do cólon é uma afecção comum e pode, em alguns casos, evoluir com fibrose e espessamento parietal, com consequente oclusão ou suboclusão intestinal, como no caso relatado. Não existe associação direta entre doença de chagas e divertículos colônicos, porém a constipação gerada pela primeira doença pode estar envolvida na patogênese dos divertículos.

#### **TERATOMA RETRORETAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; MARIA AUGUSTA MARQUES SAMPAIO DE SOUZA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARCELO SALOMÃO BECHARA, RAFAEL SOUZA MOTA, ALUISIO GONÇALVES MEDEIROS, EMILIO AUGUSTO CAMPOS PEREIRA DE ASSIS *ASCOMCER*

Resumo: Introdução: tumores retrorretais são raros, com incidência em trono de 0,01%. Essa região contém vários folhetos embrionários, fazendo com que os tumores aí originados sejam bastante heterogêneos. Podem ter origem congênita, neurogênica, óssea, inflamatória, entre outros. A maioria das lesões são assintomáticas, e podem ser percebidas no exame digital. A ressonância magnética possui papel fundamental para o diagnóstico e planejamento da abordagem cirúrgica dessas lesões. Relato de caso: rbg, gênero feminino, 36 anos, procurou atendimento médico devido a prurido anal. Ao exame físico, apresentava plicomas. Ao toque retal, foi notado lesão extrínseca ao reto, de consistência macia, formato arredondado, medindo cerca de 4cm. A retossigmoidoscopia rígida não demonstrou alterações na mucosa retal. Ressonância magnética demonstrou lesão expansiva multisseptada de aspecto cístico localizada no espaço pré-sacral entre s4 e s5, determinando deslocamento anterior do reto. A paciente foi submetida a ressecção da lesão por acesso posterior com remoção do coccix, com boa evolução pós-operatória. O exame histopatológico revelou teratoma maduro. Conclusão: teratomas são neoplasias verdadeiras, congênicas, que nascem de



células totipotenciais e podem dar origem a qualquer tipo de tecido. É mais comum em mulheres e possui capacidade de degeneração maligna, dependendo do grau de maturidade. O tratamento é cirúrgico, e a coccigectomia reduz o risco de recorrência. O prognóstico é bom, com altas taxas de cura após o tratamento cirúrgico.

#### **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS PÉLVICOS - ESTUDO EXPERIMENTAL EM CADAVER**

VICTOR EDMOND SEID; FALAVIO HENRIQUE GALVÃO, SEGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO, ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI, DANIEL WAISBERG, JUN ARAKI, SERGIO CARLOS NAHAS, LUIZ AUGUSTO CARNEIRO D'ALBUQUERQUE

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA USP E UNIVERSIDADE DE TÓQUIO*

Resumo: O transplante de órgãos com a finalidade de preservar ou melhorar a qualidade de vida tem ganhado espaço desde as primeiras descrições de transplantes de face e membros, demonstrando grande benefícios aos pacientes. As lesões complexas da região perineal, assim como a perda propriamente dita ou funcional dos seus órgãos representam fator importante de perda de qualidade de vida, e as opções terapêuticas para estas condições são bastante restritas. O transplante de órgãos pélvicos, seguindo os conceitos de transplantes de tecidos compostos, tem sido estudado por nosso grupo em conjunto com outras instituições internacionais desde 2013, com o intuito de oferecer uma nova opção terapêutica para as situações acima descritas. Este trabalho demonstra uma das etapas de nosso trabalhos, que é a técnica do transplante de órgãos pélvicos em cadáver.

#### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDRADENITE SUPURATIVA PERIANAL POR EXCIÇÃO EM MONOBLOCO: RELATO DE CASO**

DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR; LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO; EMERSON ABDULMASSHI WOOD DA SILVA; AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO; GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

Resumo: Introdução: a hidradenite supurativa é doença inflamatória crônica e recidivante da pele e tecido celular subcutâneo, em áreas do corpo com glândulas sudoríparas apócrinas. representa um relevante problema médico-social, pois impõe aos pacientes sofrimento intenso, alterando o equilíbrio psicológico, familiar e profissional. Em sua grande maioria esta presente no períneo, região glútea e escrotal. O tratamento cirúrgico é importantíssimo pois a afecção compromete a qualidade de vida de um indivíduo que na maioria das vezes está no seu período de maior produtividade. Objetivo: este trabalho vem relatar um caso de hidradenite supurativa com tratamento cirúrgico proposto de excisão em monobloco, e tem por objetivo nortear uma possível conduta atualizada para pacientes com esta afecção. Métodos: paciente r.h.f., 31 anos,

sexo feminino, raça negra, foi encaminhada ao serviço de coloproctologia da universidade federal do triângulo mineiro com diagnóstico prévio por biópsia de hidroadenite supurativa em região perianal, axilar e mamária. Relata que em um período de 4 anos foram realizados inúmeros tratamentos com vários antibióticos e sendo submetida a várias drenagens de abscessos sem obter uma resolução definitiva do quadro. entre as queixas principais do paciente está a saída constante de secreção purulenta nas regiões afetadas, mal cheiro e os prejuízos sociais e funcionais. ao exame da região perianal apresentava cordões e placas fibrosas associado a orifícios de fistulas crônicas em todos quadrantes perianal extendendo até região glútea e alguns pontos com drenagem ativa de secreção. Com este quadro foi indicado tratamento através de ressecção em monobloco da região afetada, confecção de transversostomia de proteção e cicatrização por segunda intenção em câmara hiperbárica. Conclusão: o tratamento da lesão de hidradenite supurativa perianal e glútea deve ser individualizado segundo a extensão, gravidade e o grau de interferência na qualidade de vida de cada paciente. A abordagem multidisciplinar deve visar o restabelecimento mais breve possível e evitar recorrências, permitindo a cura definitiva.

#### **TREINAMENTO EM ESTIMULAÇÃO NEUROSSACRAL SEGUIDO DE IMPLANTE DO DISPOSITIVO E AVALIAÇÃO DO RESULTADO FUNCIONAL: RELATO DE CASO**

RODRIGO GOMES DA SILVA; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, ANTONIO LACERDA FILHO, JOSE MARCIO NEVES JORGE, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM, HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, FM-USP*

Resumo: Introdução: a estimulação neurossacral (ens) é uma técnica recentemente empregada no tratamento da incontinência anal, modalidade de terapêutica incipiente, realizada de maneira restrita a alguns centros médicos. Objetivo: esse trabalho visa apresentar etapas de translação de conhecimento realizadas por integrantes de 4 centros médicos com vistas à disseminação da técnica. Método: integrantes da equipe de coloproctologia e intestino delgado do hospital das clínicas da UFGM (Belo Horizonte) participaram de treinamento inicial realizado no hospital da universidade de Coimbra – Portugal. A segunda etapa foi realizada em seminário de atualizações promovido pelo Hospital Felício Rocho (HFR - Belo Horizonte) contando com profissionais do hc-ufmg, universidade de São Paulo e do próprio HFR, quando então foram implantados eletrodos temporários como ensaio para ens. Tratava-se da paciente m.c.v.m., 64 anos, portadora de incontinência anal após trauma obstétrico, submetida anteriormente a esfínteroplastia anal com resposta transitória não sustentada. Escore para incontinência fecal da Cleveland Clinic Florida (CCF-FIS) 15/20. O material foi doado pela empresa medtronic. Resultados: paciente apresentou durante etapa inicial de ensaio para

a ens melhora importante do quadro de incontinência com redução, após período de 30 dias, da escala de incontinência de 15/20 para 0/20. Em última etapa foi realizado implante de gerador definitivo no hc-ufmg. Não houve intercorrência em nenhuma das etapas citadas. A paciente seguiu com resposta funcional excelente nos controles de seguimento nos primeiros 30 dias. Conclusão: a incontinência fecal é uma condição socialmente devastadora e extremamente comum, embora subdiagnosticada. Existem diversas opções de tratamento que podem melhorar significativamente os sintomas, desde intervenções simples e não invasivas como mudanças dietéticas até intervenções complexas como o implante de esfíncter artificial. Como uma das possíveis medidas encontramos a ens. No decorrer deste trabalho ficam demonstradas etapas fundamentais na transmissão do conhecimento que permitiram a realização do primeiro implante de eletrodos e gerador para ens no estado de minas gerais. Desta maneira mais um centro passa a contar com uma técnica recentemente empregada no tratamento desta condição de elevada morbidade.

### **TRÊS ESTOMAS NA ERA DO REPARO PRIMÁRIO**

THAIS YUKA TAKAHASHI; 6

*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO*

Resumo: A tendência no manejo das lesões colônicas penetrantes tem sido amplamente discutida nos últimos anos devido a morbidade e mortalidade tanto do seu tratamento quanto de suas complicações. As principais opções cirúrgicas incluem o reparo primário, com sutura simples ou ressecção com anastomose, ou confecção de colostomia. A primeira opção descrita tem a vantagem de ser realizada em tempo único, reduzindo os custos de hospitalização. Por outro lado, a possibilidade de deiscência anastomótica e sua mortalidade, tornam a colostomia uma alternativa atraente. Nesse artigo, mostramos o caso de um homem que sofreu trauma abdominal penetrante, sendo submetido a sucessivas intervenções cirúrgicas, chegando ao nosso serviço com três estomas para reconstrução de trânsito intestinal.

### **TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN EM TERAPIA BIOLÓGICA**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PEDRO COSTA MOREIRA, GEANNA MARA LINO REZENDE, JOFFRE REZENDE FILHO, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉLIO MOREIRA JUNIOR

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS; INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

Resumo: A tuberculose (tb) é uma grande preocupação em pacientes com doenças auto-imunes crônicas sob terapia com biológicos. Caso clínico: koah, feminino, 33anos, com Doença de Crohn (DC) desde os 21 anos. Pai também tem Doença de Crohn; iniciou o tratamento com corticoide, azatioprina e mesalazina. Após 7 anos evoluiu com episódios de suboclusão intestinal, tratados clinicamente; enterotomografia com áreas

de inflamação associadas a estenose em jejuno-íleo. Em 2012, novos episódios de suboclusões; enterotc com espessamento de íleo proximal e 4 áreas de estenoses com dilatação a montante de segmentos de íleo e jejuno. Mantido mesalazina 2,4g e azatioprina 100mg/dia. Reiniciou após 8 meses quadro de diarreia, sangramento e dor abdominal; pcr 19, calprotectina fecal > 1800 mg/g; reintroduzido corticoide e solicitado protocolo para adalimumabe, com ppd negativo; iniciado biológico em janeiro de 2013. Em abril de 2013 internou com quadro de dor abdominal e desnutrição grave. TC de abdome com ileocolite, adenomegalias e ascite volumosa. Submetida a colectomia direita com ressecção de 50 cm de íleo. Diagnóstico histopatológico de tb intestinal. Realizado tratamento específico com isoniazida e rifampicina por 6 meses; até hoje sem tratamento para dc e permanece assintomática. Em junho de 2014 apresenta diarreia ocasional, ganho de 10 quilos; calprotectina fecal de 139 mg/g. Distinguir a dc de tb intestinal em áreas endêmicas é um desafio já que ambas as condições têm sobreposição clínica, radiológica, endoscópica e características histológicas semelhantes. A elevada taxa de tuberculose latente pode conferir um risco considerável de reativação uma vez que a terapia para a dc é estabelecida. Os sinais clínicos são inespecíficos e incluem dor abdominal, alterações do trânsito intestinal, febre, perda ponderal, ascite e sangramento gastrointestinal. O aumento do risco de desenvolver tb traz uma grande preocupação com a terapia anti-tnf, pois o tnf é responsável por formar o granuloma e conter a doença. O ponto de corte habitual do ppd em populações com vacinação bcg disseminada é de 10 mm. Entretanto, nos pacientes com dc recebendo terapia anti-tnf, um ppd negativo não exclui tb latente. Pacientes com dc têm uma elevada incidência de anergia ao ppd e, portanto, sugere-se a profilaxia da tb para pacientes com ppd > 5mm, imunossuprimidos e que vivam em áreas endêmicas de tb. Casos de reativação da doença estão sendo diagnosticados a despeito dos protocolos de profilaxia.

### **TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO SINCRÔNICO A ADENOCARCINOMA DO CÓLON: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

ISABELA DIAS MARQUES CRUZ; THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES, EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ALINE LANDIM MANO  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL*

Resumo: Introdução: a incidência de tumores neuroendócrinos do intestino delgado vem aumentando nas últimas décadas. Inserido neste grupo, o tumor carcinoide apresenta-se frequentemente no trato gastrointestinal, correspondendo a cerca de 67,5% dos casos, sendo 13,4 a 17,6% encontrados no jejuno. Objetivo: apresentar um caso de adenocarcinoma de cólon com achado intra-operatório de tumores sincrônicos de intestino delgado, com anatomia patológica de carcinoídes, seguido por revisão de literatura sobre o tema, baseada no pubmed, capes e medline. Relato de caso: paciente do sexo masculino,

52 anos, com história de perda ponderal e alteração do hábito intestinal há cerca de 6 meses. Submetido a colonoscopia, com identificação de tumor em cólon esquerdo, ocupando 75% da luz do órgão e impedindo a progressão do aparelho. Em tomografia computadorizada, notavam-se três nódulos hepáticos hipocaptantes ao contraste, situados no lobo direito. O paciente evoluiu com sinais de semi-oclusão intestinal, sendo encaminhado à cirurgia de urgência. Ao inventário da cavidade abdominal, foram identificadas lesões tumorais estenosantes em jejuno, retiradas através de enterectomia, além da colectomia esquerda com linfadenectomia. O resultado anatomopatológico evidenciou tratar-se de neoplasias neuroendócrinas carcinoides do intestino delgado, sincrônicas a um adenocarcinoma do cólon, ambos com infiltração até subserosa (pt3), margens cirúrgicas livres e sem linfonodos acometidos por doença, em 26 isolados. Seguiu-se investigação das lesões hepáticas, permanecendo a suspeita de acometimento neoplásico secundário. Discussão: o caso apresentado encontra similaridades com relatos na literatura que descrevem carcinoides do intestino delgado sincrônicos a adenocarcinomas do cólon e reto, ou mesmo a carcinoides acometendo outros órgãos. O tratamento dessas neoplasias malignas é cirúrgico, com ressecção das lesões respeitando margens de segurança. A síndrome carcinoide ocorre em menos de 10% dos casos, e está intimamente associada à presença de metástases hepáticas. Conclusão: o caso descrito mostra a rara apresentação de tumor carcinoide sincrônico a um adenocarcinoma em sítios distintos. Diante da apresentação assintomática em até 60% dos carcinoides, bem como da possibilidade de concomitância com outros tumores, torna-se fundamental ressaltar a importância da adequada investigação pré-operatória dos pacientes, bem como do inventário minucioso da cavidade abdominal no ato cirúrgico.

#### **TUMOR DE COLON SIGMÓIDE COM INTUSSUSCEPCÃO, SIMULANDO NEOPLASIA DE RETO. RELATO DE CASO**

MARIANA OKINO MITUO; RAFAELA CRISTINA COLEHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMAACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, MÁRIO ANNÔNIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO, JOÃO GOMES NETINHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Relato de caso: paciente, feminina, 38 anos, com queixa de proctalgia, associada a alteração do hábito intestinal, e hematoquezia. Ao exame físico proctológico apresentava lesão vegetante a 4 cm da borda anal, que ocupava 90% da luz. Realizou colonoscopia que evidenciou lesão a 2 cm da borda anal, com 4 cm de extensão, ocupando 90% da circunferência e 80% da luz, transponível, até ângulo esplênico sem mais alterações. Encaminhada para estadiamento com programação de neoadjuvância, porém tomografia de abdome mostrou invaginação do cólon sigmoide (intususcepto) em direção ao reto (intususcipiente), provocando distensão do mesmo, dificuldade de caracterização da lesão descrita em

colonoscopia, ausência de metástases, tomografia de tórax normal. Optado por nova colonoscopia, que foi completa e mostrou lesão ulcero-infiltrativa de 8 cm de extensão, ocupando 100% da circunferência no cólon sigmoide. Optado por retossigmoidectomia com anastomose término-terminal mecânica, sem intercorrências. Anátomo- patológico com estadiamento t3n2mx, indicada, e em realização de quimioterapia adjuvante. Discussão: a intusseção intestinal é uma condição rara em adultos, responsável por menos de 4% dos casos de obstrução intestinal. O local mais frequente de acometimento é entre o intestino delgado e o cólon 70-90% dos casos. A maioria, 90% é secundária a lesão orgânica (90%), tanto benigna quanto maligna, que representa mais de 50%. Os sintomas geralmente se mascaram devido a lesão orgânica associada, levando ao diagnóstico da intussuscepção somente no intra-operatório. A tomografia de abdome é exame de escolha para avaliação, e o tratamento indicado, apesar de não haver consenso, é a laparotomia exploradora. Casos como o descrito neste relato, de intussuscepção de parte do colon, sobre outra, alterando o diagnóstico topográfico de lesão tumoral, são raros, e geralmente relatados em doenças benignas como os lipomas de colon. A intussuscepção do sigmoide em direção ao reto confundindo o diagnóstico de neoplasia desta topografia é condição ainda menos frequente, mal relatada na literatura. Conclusão: a intussecepção intestinal em adultos é condição rara de obstrução intestinal, sendo sua associação com dificuldade de localização topográfica de lesão tumoral, ainda mais incomum. É importante o conhecimento desta condição para evitar a condução errônea de lesões tumorais, principalmente as malignas que podem ter indicação de terapia neoadjuvante.

#### **TUMOR ESTROMAL DE RETO: RELATO DE CASO** MURILO ROCHA RODRIGUES; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA, LARA TAGLIARI KOYANAGI, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: os gist representam cerca de 80% das neoplasias mesenquimais gastrintestinais. É a neoplasia mesenquimal mais comum do trato gastrintestinal. O estômago é o principal local, seguido do intestino delgado e cólon. O gist de reto acomete principalmente homens entre a quarta e a oitava década de vida e as manifestações clínicas são variáveis. O diagnóstico do gist pode ser feito por colonoscopia ou ultrassom endoanal com biópsias da lesão. O diagnóstico de certeza é feito através do painel de imunohistoquímica. Relato do caso: js, 59 anos, sexo masculino, procedente de águas de lindóia, com queixa de proctalgia há 3 meses acompanhada de hematoquezia, alteração do calibre das fezes e emagrecimento de 15kg. É hipertenso e portador de hiperplasia prostática benigna. Ao exame físico: reg. desnutrido, anêmico, e no toque retal doloroso com uma tumoração há dois cm da borda anal com extensão há 7 cm que acometia toda a parede retal e com invasão de próstata. As múltiplas biópsias foram incon-

clusivas para carcinoma. Devido ao quadro álgico importante e sintomas de obstrução intestinal foi optado pela intervenção cirúrgica. A tomografia de pelve evidenciou uma massa extensa em região pélvica com tumoração acometendo reto, bexiga, vesícula seminal e próstata. Não havia sinais de doença metastática. A laparotomia confirmou o achado tomográfico e foi optado por uma exanteração pélvica total, com derivação urinária com colostomia úmida. O anátomo-patológico foi descrito como neoplasia mesenquimal, com extensas áreas de necrose, ulcerando o reto. Foram observadas, quatro mitoses em dez campos de maior aumento. Ausência de metástases nos seis linfonodos ressecados isolados no mesocólon. A imunohistoquímica concluiu gist de reto. O paciente foi encaminhado para a oncologia e foi indicado imatinibe como terapia adjuvante. No seguimento ambulatorial o paciente apresentou metástase hepática em lobo direito do fígado. Foi optado por aumentar a dose do imatinibe. Paciente apresentou sobrevida de 16 meses. Discussão: diagnóstico de certeza é feito através do painel de imunohistoquímica em que é positiva a presença dos marcadores: c-kit (cd117) e cd 34, principalmente. O tratamento é a ressecção cirúrgica sem necessidade de linfadenectomia. No entanto, em tumores considerados irresssecáveis ou com metástases, pode-se optar por terapia neoadjuvante com imatinibe com intuito de promover ressecabilidade.

#### **TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO**

GUSTAVO BOTECA DE SOUZA; MACHADO VF, ZANNIN CV, CANTÃO CAB, FEITOSA MR, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*  
Resumo: Introdução: os tumores estromais gastrointestinais (gist) são oriundos das células de cajal são tumores raros do tubo digestivo, sendo mais comuns em adultos acima dos 40 anos. Podem estar presentes em qualquer local do trato digestivo, sendo mais encontrados no estomago. Cólon e reto respondem por menos de 5% dos casos. Dentre as neoplasias de reto, representam menos de 0,1% dentre todos os tipos histológicos relatados. Por definição, estes tumores são c-kit positivos. A classificação de malignidade dos gist depende de sua localização, tamanho e índice mitótico. A localização e o tamanho do gist de reto têm impacto no tipo de ressecção a ser realizada. Quando a ressecção cirúrgica não é possível, imatinibe é o tratamento de escolha. São relatados 3 casos. O primeiro, homem 55 anos, referindo esforço evacuatório e tenesmo. Toque retal e colonoscopia evidenciando lesão extrínseca a 3 cm da borda anal posterior à direita com 10 cm de extensão, rnm pelve confirmando localização pré-sacral, submetido à retossigmoidectomia abdominal (rsa) e exérese da massa. O segundo paciente, homem, 50 anos, queixando proctalgia e hematoquezia. Toque retal mostrando massa extrínseca a 3 cm da borda anal até 8 cm, posterior; submetido à rsa e à colostomia protetora. O terceiro caso trata-se de ho-

mem, 57 anos, relatando dificuldade evacuatória progressiva com tratamento prévio sem sucesso com imatinibe. Toque retal revelou lesão anterior extrínseca com 3 cm de extensão a 3 cm da borda anal. Feita ressecção transanal da lesão com sucesso. Conclusão: os gist de reto são tumores pouco comuns, apresentam quadro clínico variado e o tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica, que pode ser realizada via abdominal clássica ou transanal. O tratamento com imatinibe pode ser utilizado em casos selecionados.

#### **TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO**

GUSTAVO BOTECA DE SOUZA; MACHADO VF, ZANNIN CV, CANTÃO CAB, FEITOSA MR,

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: os tumores estromais gastrointestinais (gist) são oriundos das células de cajal são tumores raros do tubo digestivo, sendo mais comuns em adultos acima dos 40 anos. Podem estar presentes em qualquer local do trato digestivo, sendo mais encontrados no estomago. Cólon e reto respondem por menos de 5% dos casos. Dentre as neoplasias de reto, representam menos de 0,1% dentre todos os tipos histológicos relatados. Por definição, estes tumores são c-kit positivos. A classificação de malignidade dos gist depende de sua localização, tamanho e índice mitótico. A localização e o tamanho do gist de reto têm impacto no tipo de ressecção a ser realizada. Quando a ressecção cirúrgica não é possível, imatinibe é o tratamento de escolha. São relatados 3 casos. O primeiro, homem 55 anos, referindo esforço evacuatório e tenesmo. Toque retal e colonoscopia evidenciando lesão extrínseca a 3 cm da borda anal posterior à direita com 10 cm de extensão, rnm pelve confirmando localização pré-sacral, submetido à retossigmoidectomia abdominal (rsa) e exérese da massa. O segundo paciente, homem, 50 anos, queixando proctalgia e hematoquezia. Toque retal mostrando massa extrínseca a 3 cm da borda anal até 8 cm, posterior; submetido à rsa e à colostomia protetora. O terceiro caso trata-se de homem, 57 anos, relatando dificuldade evacuatória progressiva com tratamento prévio sem sucesso com imatinibe. Toque retal revelou lesão anterior extrínseca com 3 cm de extensão a 3 cm da borda anal. Feita ressecção transanal da lesão com sucesso. Conclusão: os gist de reto são tumores pouco comuns, apresentam quadro clínico variado e o tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica, que pode ser realizada via abdominal clássica ou transanal. O tratamento com imatinibe pode ser utilizado em casos selecionados.

#### **VASCULITE MESENTÉRICA PÓS-OPERATÓRIA DE APENDICECTOMIA LAPROSCÓPICA - RELATO DE CASO**

CELENE BENEDITI BRAGION; SARA JULIAN PELAQUIM, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA, CALED JAODAT KADRI, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCI-

MENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVÍNCIA DE DEUS*

Resumo: Introdução: vasculites são um grupo de doenças caracterizadas pela inflamação da parede dos vasos sanguíneos cujas causas ainda não foram completamente esclarecidas. Sua apresentação clínica varia de acordo com a localização e tamanho do vaso afetado e pode ser sistêmica ou localizada, sendo a primeira mais comum. Vasculites no tgi podem ocorrer isoladamente, mas devido à extensão do órgão acometido, tem um impacto significativo na morbidade e mortalidade dos pacientes. As manifestações mais comuns são dor abdominal, angina abdominal, náusea ou vômito, diarreia, hematoquezia ou melena. Objetivo: relatar um caso de vasculite mesentérica em pós operatório de apendicectomia laparoscópica. Relato do caso: jdcs, sexo masculino, 25 anos, retorna ao pronto socorro no 2º po de apendicectomia com distensão abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes há um dia, com um episódio febril. Ao exame apresentava-se em reg, corado, desidratado +/4+, eupneico, afebril. Abdome globoso, fo em bom aspecto, rha ausente, flácido, doloroso difusamente à palpação, com irritação peritoneal, submetido a le que evidenciou hematoma em intestino delgado com intensa distensão de alça, coleção purulenta em pelve e presença de pulso mesentérico até arca-das. Foi realizada lavagem da cavidade. Com hipótese de vasculite mesentérica, foi instituído tratamento com corticóide em dose imunossupressora, apresentando melhora do quadro, tornando-se afebril em 24 horas e eliminando fezes no 3º dia de tratamento, recebeu alta no 9º po. Discussão: a apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo não traumático, com incidência de 8% no ocidente. Como complicação mais frequente no pós-operatório de apendicectomia temos o abscesso de parede, seguido de abscesso intracavitário, que pode cursar com peritonite. Outras complicações possíveis

são deiscência de planos da parede abdominal, hérnias incisionais, fístula e peliflêbite. Embora a vasculite de mesentérica seja uma afecção menos comum, por manifestar-se como abdome agudo, deve ser uma hipótese pensada como diagnóstico diferencial em pós operatório, evitando reabordagem desnecessária.

### **VOLVO DE CÍLON SIGMÓIDE NUM PACIENTE COM MEGACÍLON CHAGÁSICO: RELATO DE CASO**

LUANA DE MOURA BRITO CARDOSO; ANA LUISA DE ARÊA LEÃO ALVES, KLEBER COELHO DE MORAES RICCIARD, PAULO CELSO BRACKMANN JÚNIOR  
*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

Resumo: Introdução: o volvo é a torção do intestino sobre seu mesentério, sendo este a complicação mais grave do megacílon chagásico. Objetivo: o objetivo deste trabalho é relatar um caso de um paciente portador de doença de chagas que evoluiu com volvo de cílon sigmoide. Metodologia: coleta de dados da paciente através do prontuário informatizado, obtenção de imagens de tomografia computadorizada, revisão do tema em tratados de coloproctologia e de infectologia. Resultados: o paciente era constipado crônico e procurou atendimento médico na emergência com quadro clínico de dois dias de evolução de dor e distensão abdominal bem como parada de eliminação de gazes e fezes. Na sua historia psicossocial morou por cerca de 13 anos em manaus/am em serviço militar onde fazia consumo frequente de açai. Nega ter sido picado pelo triatomíneo. Teve volvo reduzido inicialmente através da introdução de retossigmoidoscópio rígido e sonda retal, porém recidivou e foi submetido a tratamento cirúrgico. Conclusões: a doença de chagas persiste como problema de saúde pública e o megacílon chagásico ainda é relativamente frequente no Brasil e já foi uma das doenças cirúrgicas mais comuns, é mais frequente nos homens e o pico de incidência esta entre 40 e 50 anos.

### **VÍDEOS LIVRES**

#### **SÍNDROME DA REGRESSÃO CAUDAL - UM RELATO DE CASO**

RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA; HEITOR LIMA MEDEIROS, JOSE RAIMUNDO BAHIA SAPUCAIA FILHO, PALOMA PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA, CARLOS RAMON MENDES, PAULO MARCELO PIRES

*CLÍNICA DR JOSE BAHIA SAPUCAIA*

Resumo: Introdução: a síndrome da regressão caudal (src) é uma malformação rara (incidência global de 1 a cada 7,5 mil nascidos vivos) que cursa com defeitos na região caudal que podem se apresentar em graus variados de malformação como por exemplo o desenvolvimento incompleto do sacro que pode acarretar desde incontinência urinária ou fecal até uma lesão neurológica completa. É caracterizada por anomalia dos restos dos sistemas genital e urinário e da espinha lombossacral das extremidades inferiores. O prognóstico depende da severidade do defeito espinhal e das anomalias associadas. Casos severos são associados geralmente com problemas cardíacos, renal e

respiratório, que são responsáveis por morte neonatal precoce. Objetivo: relatar caso clínico de paciente com src com queixa de incontinência fecal em um serviço de salvador. Método: relato de caso com revisão bibliográfica. Relato de caso: paciente do sexo masculino, 2 anos de idade, que apresenta queixas de encoprese e incontinência fecal. Foi diagnosticado com src após ser constatada agenesia sacral parcial e término abrupto da medula espinhal ao nível da vértebra t12, em ressonância magnetica de coluna. Em manometria foi observado uma hipotonia severa de esfínter externo de 12mmhg. Discussão: uma das hipóteses terapêuticas para a incontinência fecal é o biofeedback, que tem como objetivos medir as atividade autonômicas e /ou neuromusculares do paciente, e associada a retroalimentação possibilita ao paciente um maior controle esfínteriano. Porém a idade do paciente é precoce e por ainda não ter cognição necessária para esse tipo de terapia, a primeira escolha passa a ser a desimpactação intestinal através da lavagem do mesmo.resultado: o paciente está sendo submetido a lavagem intestinal a cada dois dias, com o objetivo

de desempactar o reto. Vem respondendo bem às lavagens e apresenta uma melhora na encoprese e na dilatação retal. A melhora da insuficiência fecal propiciou uma inclusão social mais adequada. Conclusão: sugere-se que os pacientes com baixa idade, sejam submetidos a lavagem intestinal para alívio dos sintomas. E no futuro, quando estiver com idade mais avançada, é necessário discutir terapias adjuvantes como: eletroestimulação sacral ou terapia do biofeedback.

### **RESSECÇÃO ANTERIOR ROBÓTICA DO RETO EXTRAPERITONEAL POR ENDOMETRIOSE**

SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMOND SEID, RAFAEL CALEGARIS, ANTONIO LUIZ DE VASCONCELLOS MACEDO E SIDNEY KLAJNER  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SP)*

Resumo: A ressecção anterior do reto por vídeo-laparoscopia representa procedimento associado a curva de aprendizagem longa. O tratamento cirúrgico da endometriose profunda persiste desafiando cirurgiões e ginecologistas em função da dificuldade técnica associada à correta identificação das estruturas anatômicas na pelve feminina e também pelo efeito do processo inflamatório e fibrótico secundário à presença do endometrioma intestinal. Sistemas robóticos mudaram radicalmente a cirurgia minimamente invasiva colorretal. As principais vantagens são: I. A visão magnificada, em alta definição e tridimensional, II. Dispor de uma câmera estável e controlada pelo cirurgião, III. Empregar instrumental articulado, e III. A redução/abolição do tremor fisiológico. Como resultado, ainda que de avaliação subjetiva, as principais consequências são: visibilidade superior e maiores destreza, precisão e ergonomia. Dessa forma, sistemas robóticos representam uma alternativa disponível que poderia ajudar a superar as dificuldades ou limitações da cirurgia minimamente invasiva da endometriose profunda. No presente vídeo, demonstra-se a abordagem minimamente invasiva da endometriose profunda com emprego da videocirurgia com assistência robótica. Demonstram-se as opções escolhidas para a “docagem” do robô, disposição dos portais, instrumental escolhido, identificação, dissecação e ressecção do reto extraperitoneal, e confecção da anastomose colorretal.

### **HEMORROIDOPEXIA POR GRAMPEAMENTO SEM E COM COMPLEMENTAÇÃO POR HEMORROIDECTOMIA EXCISIONAL: RESULTADOS A LONGO PRAZO**

SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMOND SEID E LUCAS DE ARAUJO HORCEL  
*HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SP)*

Resumo: Introdução: a hemorroidopexia por grampeamento (hg) foi introduzida em 1998 para o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária. Há evidência de que a hg está associada a mais recidiva sintomática quando comparada à técnica excisional. Complementar a hg empregando técnica excisional fechada é uma opção em casos selecionados. As principais vantagens são simplificar resolutivamente o tempo endoanal com o emprego do pph e melhorar os resultados de recidiva a

longo prazo empregando uma ressecção mais econômica. Objetivo: comparar os resultados a longo prazo da hg isolada e associada a complementação com técnica excisional (HG-E). Método: em um estudo de coorte retrospectivo, 65 pacientes (29 homens) foram submetidos a hg e 21 (13 homens) pacientes à HG-E. Todos os pacientes foram operados pela mesma equipe. A indicação de HG-E dependeu da presença de queixas associadas a hemorroidas externas ou da observação de componente externo volumoso após o grampeamento e foi realizada pela técnica de ferguson por eletrocirurgia sem ligadura vascular em todos os casos. Todas as variáveis foram obtidas pela aplicação de um questionário realizada por meio eletrônico, telefone ou consulta médica. Resultados: a duração mediana do seguimento pós-operatório foi de 53,5 (11-144) meses. Maior fração de pacientes com grau mais avançado de doença hemorroidária foi observada no grupo HG-E ( $p=0,001$ ). Quarenta e três por cento e 33%, respectivamente, referiram sintomas no último mês após a hg e hg- e ( $p=0,45$ ). Não houve diferença entre o intervalo médio entre a cirurgia e o reaparecimento de sintomas após hg [30 (8-84) meses] e após HG-E [38,8 (8-65)] –  $p=0,80$ . Não houve diferença entre os grupos com relação à necessidade de tratamento clínico pós-operatório: hg - 47 (72,3%) pacientes, e HG-E - 15 (71,4%) pacientes –  $p=0,99$ . Oito (12,3%) pacientes foram reoperados após hg e 2 (9,5%), após HG-E –  $p=0,78$ . A distribuição dos pacientes nos dois grupos de acordo com o grau de satisfação pós-operatória foi similar ( $p=0,97$ ). Conclusão: a complementação da hemorroidopexia por grampeamento foi empregada em pacientes com casos de doença hemorroidária mais avançada e possibilitou oferecer a esses pacientes os mesmos resultados tardios de segurança e eficácia associados à hemorroidopexia por grampeamento empregada isoladamente.

### **A ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA DOENÇA DE CROHN METASTÁTICA**

FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, MARIANA SANO GAROTTI, ROBERTO CARLOS GUANDALINI JÚNIOR, GALDINO JOSÉ SITÔNIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS*

Resumo: Em 1965, parks e col. Descreveram a Doença de Crohn metastática (dcm), que é caracterizada pela inflamação crônica com infiltrado do tipo granulomatoso não caseoso na pele sem contiguidade com o trato gastro-intestinal. O surgimento da dcm independe da atividade e localização da dc e muitas vezes pode anteceder o diagnóstico da doença inflamatória intestinal (DII). Objetivo: relatar a experiência do serviço de coloproctologia do hospital heliópolis no tratamento da Doença de Crohn metastática. Métodos: estudo retrospectivo e descritivo, através da revisão de prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de doença inflamatória intestinal no período de janeiro de 2005 a julho de 2013, com o dc intestinal e metastática. Foram analisados a idade, gênero, raça, classificação de montreal, a época do surgimento das lesões metastáticas, a localização da dcm e o tratamento realizado. Resulta-

dos: de um total de 282 pacientes com dc oito apresentavam o diagnóstico de dcm, seis eram mulheres e com predominância de brancos, 75% . Todos com diagnóstico da dc antes dos vinte e dois anos de idade e com manifestação ileocólica, 60%, e perianal, 100% (pela classificação de montreal: 4 pacientes a1 e 4 a2, 5 b3, 6 l3). O aparecimento das manifestações metastáticas aconteceram de seis meses a vinte anos após o início da dc, exceto em uma paciente em que a dcm foi diagnosticada ao mesmo tempo que o Crohn Intestinal. As características clínicas foram de edema vulvar, ulceração vaginal ou escrotal e peniana, nodulações abscedadas em região inguinal e axilar. O achado anatomopatológico mais frequente foi de processo inflamatório crônico com células gigantes (tipo langhans), o granuloma de crohn foi encontrado em dois pacientes. A excisão e curetagem das lesões, associada a terapia com anti-tnf (adalimumabe ou infliximabe) e azatioprina foi sempre utilizada. A resolução completa do dcm aconteceu em três pacientes, após no mínimo três meses de tratamento. Cinco pacientes apresentaram reativações frequentes das lesões metastáticas, sem correlação com atividade da doença, sempre tratadas com abordagem cirúrgica e ajuste medicamentoso. Conclusão: pacientes com DII e lesões genitais, como edema e úlceras, ou nodulações e pápulas em regiões de dobra, como a virilha, devem nos lembrar do Crohn metastático. O diagnóstico definitivo é histológico e o tratamento a longo prazo, com cirurgias conservadoras e imunobiológicos, leva a um bom controle das manifestações.

#### **ACHADOS COLONOSCÓPICOS DE LESÕES MALIGNAS E PRÉ-MALIGNAS**

ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; 3  
*HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS / SANTA CASA DE OURINHOS*

Resumo: Introdução: o câncer colorretal (CCR) apresenta alta incidência, sendo o principal tumor do trato gastrointestinal. Na região sudeste do Brasil o CCR ocupa o segundo lugar entre as neoplasias mais prevalentes nos homens, perdendo apenas para o câncer de pulmão e, nas mulheres, do câncer de mama. O rastreamento do CCR propicia o diagnóstico da doença em fases iniciais, para as quais demandam tratamento de menor nível de complexidade e com maior possibilidade de cura. Além do diagnóstico precoce, com o rastreamento também se podem identificar lesões precursoras. A colonoscopia é considerada como a técnica de maior acuidade para o diagnóstico de lesões estruturais do cólon, especialmente neoplasia. objetivo: determinar a incidência de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas em pacientes submetidos à colonoscopia. material e método: análise retrospectiva de 235 colonoscopias realizadas durante o período de junho de 2012 a junho de 2014. conclusão: das 235 colonoscopias analisadas, 70 foram encontrados pólipos e 8 lesões tumorais. A colonoscopia ainda é considerada o melhor exame para realizar o rastreamento, pela sua maior especificidade e sensibilidade, contudo é um exame invasivo com conseqüente baixa aderência. Com o diagnóstico precoce através do exame colonoscópico e poste-

rior ressecção ainda em fase de adenoma, a seqüência adenoma-câncer pode ser interrompida, diminuindo a incidência do câncer colorretal.

#### **ANÁLISE DA EXPRESSÃO PROTEÔMICA DE GLICOSAMINOGLICANOS SULFATADOS DA MATRIZ EXTRACELULAR NO CARCINOMA COLORRETAL HUMANO E NO TECIDO COLORRETAL NÃO NEOPLÁSICO PELA ESPECTROMETRIA DE MASSA E SUA RELAÇÃO COM A BIOLOGIA DO TUMOR**

ANA PAULA CLETO MAROLLA; ANA PAULA CLETO MAROLLA\*, JAQUES WAISBERG\*\*/\*\*, SANDRA DI FELICE BORATO\*\*\*, GIOVANNA CANATO TOLOI\*\*\*, CAROLINA KEESE\*\*\*, DANIEL REIS WAISBERG\*\*\*\*, ELOAH RABELLO SUAREZ\*, HELENA BONCIANI NADER\*, MARIA APARECIDA DA SILVA PINHAL\*  
*FACULDADE DE MEDICINA DA USP E FACULDADE DE MEDICINA DO ABC E HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL*

Resumo: Racional: glicosaminoglicanos sulfatados estão presentes na matriz extracelular e desempenham papel crucial no desenvolvimento e progressão tumoral. Os oligossacarídeos resultantes da degradação de glicosaminoglicanos sulfatados da membrana matriz extracelular das neoplasias sólidas ajudam as células neoplásicas a alterar a matriz extracelular para facilitar a proliferação e disseminação da neoplasia. A condroitina, o dermatan e o heparan são glicosaminoglicanos envolvidos nestes fenômenos biológicos. Objetivo: determinar a presença e a quantidade de glicosaminoglicanos sulfatados no tecido conjuntivo dos tecidos neoplásico e não neoplásico do carcinoma colorretal pela espectrometria de massa por ionização e eletropulverização, com a técnica de proteólise e eletroforese. Método: as amostras de tecido colorretal neoplásicos e não neoplásicos foram obtidos de 64 doentes com carcinoma colorretal operado. Expressão e quantificação dos glicosaminoglicanos sulfatados de condroitina, dermatan e heparan e de seus fragmentos foram analisados por espectrometria de massa por ionização e eletropulverização, com a técnica de proteólise e eletroforese. Resultados: obtiveram-se nos tecidos analisados fragmentos de dissacarídeos dos glicosaminoglicanos sulfatados com sua caracterização estrutural. A presença de condroitina e dermatan no tecido neoplásico colorretal foi de 49,3% e no tecido não neoplásico de 23,3%. A quantidade de heparan no tecido neoplásico foi de 33,3% e de 42,7% no tecido colorretal não neoplásico. Os resultados mostraram aumento significativo ( $p=0,01$ ) da quantidade de condroitina e dermatan no tecido neoplásico em relação ao tecido colorretal não neoplásico. A quantidade de heparan diminuiu significativamente ( $p=0,03$ ) no tecido neoplásico em relação ao tecido não neoplásico. Conclusões: o aumento do heparan no tecido neoplásico sugere propriedades antiproliferativas pelo reconhecimento célula-célula e inibição do ciclo celular, enquanto que a elevação da condroitina e o dermatan no tumor sugere sua contribuição para a proliferação celular pela facilitação da migração de células neoplásicas. A espectrometria de massa

de ionização por eletropulverização e proteólise mostrou ser instrumento analítico de estudo dos fragmentos estruturais de glicosaminoglicanos sulfatados gerados por ionização a partir da matriz extracelular do tecido colorretal neoplásico e não neoplásico.

#### **ESTUDO CLÍNICO E GENÉTICO DA SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ: INVESTIGAÇÃO DAS MUTAÇÕES DO GENE SUPRESSOR DE TUMOR (FLCN). RELATO DE CASO.**

JAQUES WAISBERG; JAQUES WAISBERG\*, SANDRA DI FELICE BORATO\*, SERGIO APARECIDO DO AMARAL JUNIOR\*, CARINA MUCCIOLO MELO\*\*, THÉRÈSE RACHELL THEODORO\*\*, MARIA APARECIDA DA SILVA PINHAL\*\*

*FACULDADE DE MEDICINA DA FUNDAÇÃO DO ABC*

Resumo: Racional: a síndrome de birt-hogg-dubé é doença autossômica dominante rara caracterizada por tumores múltiplos de pele (fibrofoliomas, tricodiscomas/angiofibromas, fibromas perifoliculares e acrocórdons), especialmente na face, pescoço e parte superior do tórax. Os indivíduos afetados possuem maior risco de desenvolver cistos nos pulmões, pneumotórax espontâneo, tumores no rim, intestino grosso e tireóide. A mutação do éxon 11 do gene foliculina (flcn) é a mais encontrada nos casos dessa síndrome. Objetivo: relatar caso da síndrome de birt-hogg-dubé e investigar a existência de mutações em éxons codificantes do gene da flcn. Relato do caso: homem, 60 anos, com dor abdominal, alteração do hábito intestinal, lesões na pele da face, pescoço e tórax. Foi submetido à parotidectomia esquerda por oncocitoma, retirada de angioma de corda vocal e à tireoidectomia. A colonoscopia mostrou pólipos hiperplásicos em toda a mucosa cólica. A endoscopia digestiva alta revelou grande quantidade de pólipos hiperplásicos no estômago e no duodeno proximal. A enteroscopia mostrou pólipos hiperplásicos nas porções distais do duodeno e no jejuno proximal. As biópsias de lesões na pele revelaram tricodiscoma e fibrofoliomas. O doente foi submetido à ultrassonografia e ressonância magnética de abdome que mostraram lesões renais bilaterais múltiplas, sólidas e expansivas, compatíveis com angiomiolipomas. Método: o dna genômico do doente foi extraído da amostra de sangue periférico e a quantificação do dna realizada. A amplificação dos éxons do gene da foliculina foi realizada por PCR semiquantitativa. A partir do dna genômico foram utilizados os oligonucleotídeos iniciadores para a amplificação de 10 éxons do gene flcn com potencial de mutação nessa síndrome. A purificação e sequenciamento automático do produto da PCR foram obtidos com os terminadores marcados. Resultados: a amplificação do éxon 11 do gene flcn mostrou que o doente em estudo não possuía mutação genética nesta região. Foi detectada uma mutação no éxon 12 do gene flcn que corresponde a uma duplicação de uma única guanina na posição 1936 da sequência do gene (1936dupg). Não foram encontradas mutações nos outros oito éxons estudados. Conclusões: o encontro de mutação rara do éxon 12 do gene da foliculina mostra que

a pesquisa de mutações na síndrome de birt-hogg-dubé deve incluir os 10 éxons do gene foliculina, não se restringindo apenas ao estudo genético do éxon 11.

#### **MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA (RCUI) NO ESTADO DE MATO GROSSO – BRASIL.**

MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES; ANNA CAROLINA FRANCO, AYMÊ CHAVES NOGUEIRA, CAROLINA ROSSONI DE MELO, NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA, CLAUDIA MAGESTE REIS FALCÃO, MARDEM MACHADO DE SOUZA.

*HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO (CUIABÁ-MT).*

Resumo: Introdução: a RCUI é uma doença inflamatória intestinal crônica, que pode se apresentar como doença grave, sendo responsável por índices expressivos de morbidade e mortalidade. A patogenia é pouco conhecida, mas sabe-se que o tripé básico consiste na interação de fatores genéticos, microbiota intestinal e imunorregulação da mucosa do colon. A terapia medicamentosa é capaz de controlar os sintomas da doença, contribuindo para uma menor probabilidade de novas crises. Objetivo: descrever os medicamentos usados no tratamento da RCUI no estado de Mato Grosso. Método: estudo descritivo, observacional, transversal, realizado através da revisão de 255 prontuários de pacientes com RCUI no estado do Mato Grosso, provenientes do programa de medicamentos excepcionais da secretaria de saúde. Resultados: foi observado a prevalência do uso da mesalazina (5-asa) em duzentos e quinze (84,4%) pacientes e associado com outros medicamentos em 18 (7%) pacientes. A associação do 5-asa com a azatioprina ocorreu em 5,9% dos pacientes. Encontramos dez (3,4%) pacientes em uso apenas de azatioprina, nove (3,6%) em uso de sulfasalazina, dois (0,8%) pacientes em uso de anti-tnf (adalimumab ou infliximab) e quatro (1,5%) pacientes em uso de associações terapêuticas com anti-tnf. Somente trinta e cinco (13,7%) pacientes necessitaram de tratamento pregresso. Destes, quinze pacientes (42,9%) requereram uso de prednisona (10 a 60mg/dia) isolada ou associada a outras medicações. Eventualmente, alguns pacientes (11,4%) necessitaram do uso de antibióticos (ciprofloxacina e/ou metronidazol) ao longo do tratamento. Apenas três (8,5%) exigiram tratamento pregresso com anti-tnf. Conclusão: este estudo mostrou alguns aspectos sobre o tratamento medicamentoso dos pacientes com RCUI no estado de Mato Grosso.

#### **MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN (DC) NO ESTADO DE MATO GROSSO – BRASIL.**

ANNA CAROLINA FRANCO; MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES; AYMÊ CHAVES NOGUEIRA; CAROLINA ROSSONI DE MELO, NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA; CLAUDIA MAGESTE REIS FALCÃO; MARDEM MACHADO DE SOUZA.

*HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO (CUIABÁ-MT).*

Resumo: Introdução: a DC é uma doença inflamatória intesti-



nal que ocasiona inflamação transmural e pode acometer todo o trato gastrointestinal. Trata-se de uma doença multifatorial, predominante em países desenvolvidos. Não há cura, mas pode-se alcançar a remissão com uso adequado de medicações. Objetivo: descrever os medicamentos usados no tratamento da dc no estado de mato grosso. Método: estudo descritivo, observacional, transversal, realizado através da revisão de 184 prontuários de pacientes com dc no estado do mato grosso, provenientes do programa de medicamentos excepcionais da secretaria de saúde. Resultados: analisando a terapia medicamentosa atual da dc no estado de mato grosso encontramos setenta e oito (42,4%) pacientes em uso de mesalazina (5-asa). O adalimumab esta presente como monoterapia em 28(15,2%) pacientes e o infliximab em 17(9,2%) pacientes. Vinte (10,9%) pacientes utilizam terapia combinada com adalimumab e dez (5,4%) com o infliximab. A terapia imunossupressora com azatioprina é realizada em 14 (7,6%) pacientes e há associação da azatioprina com outros medicamentos em 32 (17,4%) pacientes. Setenta e quatro (40,2%) pacientes demandaram terapia medicamentosa pregressa. Destes, trinta e oito (51,4%) pacientes fizeram uso de prednisona em algum momento. A principal associação ocorreu entre prednisona e 5-asa (16,2%), nove (12,2%) utilizaram algum anti-tnf, principalmente o adalimumab. Conclusão: este estudo mostrou alguns aspectos sobre o tratamento medicamentoso dos pacientes com dc no estado de mato grosso.

### SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO II.

ANNA CAROLINA FRANCO; MATHEUS AUGUSTO FERREIRA GUIMARÃES, AYMÊ CHAVES NOGUEIRA, BRUNA FRANCO, JACQUELINE JÉSSICA DE MARQUI, DULCYANE FERREIRA DE OLIVEIRA, JOAQUIM MARTINS SPADONI.

*HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO (CUIABÁ-MT).*

Resumo: Introdução: a síndrome de mirizzi é uma causa rara de icterícia obstrutiva, ocasionada pela obstrução extrínseca do ducto hepático comum por um cálculo impactado no ducto cístico ou na bolsa de Hartmann. E como consequencia, pode resultar uma fistula colecistobiliar. De acordo com a classificação de csendes, a síndrome de mirizzi tipo II é a fistula colecistobiliar com 1/3 do diâmetro da circunferência do ducto hepático comum. Sua importância clínica está relacionada as complicações cirúrgicas potencialmente graves, como as lesões dos ductos biliares inadvertidamente. Objetivo: descrever um relato de caso de uma paciente com síndrome de mirizzi tipo ii, destacando essa entidade clínico-patológica, pela possibilidade de lesões biliares. Além de analisar os métodos diagnósticos e técnicas cirúrgicas. Relato de caso: sexo feminino, 67 anos, branca, com diagnóstico de colelitíase há dois anos e história de icterícia, febre e dor abdominal há quatro meses. Proposta cirúrgica de colecistectomia aberta. Ao inventário da cavidade abdominal observou-se vesícula biliar (vb) esclerótica, com grande cálculo impactado em região de infundíbulo, aderido ao colédoco. Houve perfuração da vb com saída do cálculo (3,5cm de diâmetro). Notou-se saída de

bile através do local onde se alojava o cálculo. Realizou-se uma colangiografia intra-operatória, visualizando o colédoco e vias biliares a montante e fundidas, não sendo possível identificar o ducto cístico. Após identificar a patologia em questão sucedeu-se uma colecistectomia parcial com coledocoplastia e drenagem da via principal com dreno de kehr. O pós-operatório não teve intercorrências. Conclusão: mesmo que o diagnóstico pré-operatório seja difícil nos pacientes com síndrome de mirizzi, ela deve ser suposta em pacientes com colelitíase crônica, icterícia e dilatação do ducto hepático comum. Deve ser identificada no intra-operatório com intuito de evitar lesões biliares. A abordagem dos pacientes deve ser individualizada, cautelosa e dependerá do tipo e dos equipamentos disponíveis na unidade. A colecistectomia aberta ainda é o método de escolha.

### OCTOGENÁRIOS SE BENEFICIAM DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER COLORRETAL

LEONARDO DE CASTRO DURAES; LUCA STOCCHI, MATTHEW F KALADY, HERMANN KESSLER, DAVID DIETZ, XIAOBO LIU, FEZA REMZI

*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

Resumo: Introdução: O diagnóstico de câncer colorretal vem aumentando na população idosa. O papel da idade na morbidade e mortalidade em octogenários não está claramente definido. Objetivo: Comparar o prognóstico cirúrgico e oncológico da cirurgia para câncer colorretal com intenção curativa em octogenários com outras faixas etárias. Método: Um banco de dados de um hospital terciário foi utilizado para identificar pacientes com adenocarcinoma colorretal estadiamento patológico I-III, operados com intenção curativa, entre 2000 e 2009. Critérios de exclusão foram cirurgia de urgência, doença inflamatória intestinal, câncer colorretal hereditário, e outras neoplasias. Três faixas etárias foram comparadas: <65 anos de idade (grupo a), ≥65 e < 80 anos de idade (grupo b), e acima de 80 anos de idade (grupo c). Análises univariadas, multivariadas e de sobrevida (kaplan-meier) foram realizadas. Resultados: 1953 pacientes preencheram os critérios de inclusão (a – 915, b – 785, c – 253). As idades médias foram 53, 72,4 e 84,6 anos para os grupos a, b e c, respectivamente. Não houve diferença estatística no estadiamento patológico entre os grupos (p=0,30). A classificação asa aumentou com a idade (p<0,001). Octogenários (grupo c) receberam menos tratamento neoadjuvante/adjuvante independente do estadiamento (p<0,001). Não houve diferença no uso de laparoscopia entre os grupos (p=0,078). A morbidade aumentou com a idade (p<0,001). Análise multivariada mostrou idade, classificação asa, e cirurgia para câncer de reto como fatores independentes associados ao aumento da morbidade (p<0,001). A mortalidade em 30 dias aumentou significativamente com a idade (0,1%, 2,3% e 4,7% para os grupos a, b e c respectivamente) (p<0,001). A sobrevida geral e a sobrevida livre de doença em 5 anos foram menores no grupo c (p<0,001). Na análise multivariada, asa (p<0,001) e estadiamento patológico (p<0,001) foram fatores independentes na sobrevida específica de câncer

em 5 anos. Idade, no entanto, não foi um fator independente na sobrevida específica de câncer ( $p=0,439$ ). Conclusão: Embora as ressecções curativas de câncer colorretal em pacientes acima de 80 anos de idade terem maior morbi-mortalidade, estes pacientes alcançam prognósticos específicos de câncer colorretal a longo prazo comparáveis com pacientes mais novos. Idade apenas não deve ser um fator limitante ao tratamento do câncer colorretal.

#### **FATORES DE RISCO PARA DISPLASIA NOS ADENOMAS/PÓLIPOS SERRILHADOS SÉSSEIS**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; DAVID LISKA, MATTHEW F KALADY, JAMES CHURCH  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

Resumo: Introdução: As lesões serrilhadas são precursoras aproximadamente um terço dos cânceres colorretais. A classificação da organização mundial de saúde (who) de pólipos serrilhados inclui pólipos hiperplásicos, adenomas/pólipos serrilhados (ssa/p) com ou sem displasia, e adenoma serrilhado tradicional (tsa). Entre estes, ssa/p com displasia é o principal precursor de câncer colorretal. O desenvolvimento da displasia em ssa/p está associado a metilação de mlh1 e instabilidade de microssatélite. Infelizmente, pouco se sabe sobre os fatores clínicos que podem predizer displasia em ssa/p e, portanto, é difícil identificar pacientes em risco. Objetivo: O objetivo deste estudo foi identificar fatores de risco que predispõe a displasia em ssa/p. Método: Um banco de dados de um único colonoscopista foi utilizado para identificar pacientes com diagnóstico histológico de ssa/p entre 2003 a 2013. Como tamanho do pólipos é um fator conhecido de displasia em pólipos, pacientes com ssa/p com displasia foram pareados com pacientes com ssa/p sem displasia utilizando-se o tamanho do pólipos (1:3). Pacientes com síndrome poliposa serrilhada foram excluídos da análise. Diversos fatores foram avaliados para determinar a associação de ssa/p com displasia. Análise estatística foi realizada, e  $p<0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Resultados: 474 ssa/p foram identificados, 448 com displasia (94,5%), e 26 sem displasia (5,5%). Neste grupo inicial, houve diferença entre o tamanho do ssa/p com displasia (16,6 mm), comparado com ssa/p sem displasia (12,2 mm) ( $p=0,023$ ). Os 26 pacientes com ssa/p com displasia foram pareados com 78 pacientes com ssa/p sem displasia. A idade média foi 63,4 anos (63,1 sem displasia e 64,3 com displasia). Sexo masculino e aumento do número de pólipos foram fatores associados com displasia ( $p=0,05$  e  $p=0,031$ , respectivamente). Não houve diferença estatística na idade, tamanho do pólipos, história familiar de câncer colorretal, indicação do exame, número de adenomas, e incidência de câncer entre os grupos. Conclusão: O tamanho do ssa/p está associado com aumento do risco de displasia. Sexo masculino e número de pólipos são fatores associados com o desenvolvimento de displasia em ssa/p. Aumento da vigilância de câncer colorretal por colonoscopia nesse grupo de pacientes deve ser considerada.

#### **EXPRESSÃO GÊNICA DE COASY PODE PREDIZER A RESPOSTA AO TRATAMENTO NEOADJUVANTE EM CÂNCER DE RETO**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; GERALD A GANTT; JENNIFER DEVECCHIO; ADAM G MACE; MATTHEW F KALADY

*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

Resumo: Introdução: A resposta ao tratamento neoadjuvante varia entre os pacientes com câncer de reto. Aproximadamente 20% dos pacientes com neoplasia retal apresentam resposta patológica completa a radioquimioterapia neoadjuvante. Estes pacientes apresentam melhor prognóstico oncológico. Coenzyme a Synthase (coasy) facilita a biossíntese de coenzyme a. Essa via é essencial para a homeostase de lipídeos, proteção contra o stress oxidativo, suporte da integridade do dna e proliferação celular. Objetivo: O objetivo deste estudo é determinar a associação entre a expressão gênica de coasy e a resposta ao tratamento neoadjuvante de pacientes com câncer de reto. Método: 33 pacientes com adenocarcinoma de reto, submetidos a radioquimioterapia neoadjuvante, tiveram suas biópsias pré-tratamento congeladas, de acordo com um protocolo aprovado pelo comitê de ética. O mrna tumoral foi extraído das biópsias e a expressão gênica foi determinada por técnica de microarray. A resposta do tumor a radioquimioterapia foi avaliada pelo critério da american joint committee on cancer (ajcc) (0 – resposta completa; 1 – pequena quantidade de células tumorais; 2 – câncer residual em tecido fibrótico; 3 – ausência de resposta) e correlacionado com a expressão gênica. Pcr quantitativo em tempo real (qpcr) foi usado nas mesmas amostras para validar a expressão gênica. Análise estatística univariada foi realizada e  $p<0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Resultados: A expressão gênica de coasy está diminuída em pacientes com resposta completa (ajcc 0), comparado com pacientes com resposta parcial e sem resposta a radioquimioterapia neoadjuvante (ajcc 1-3) no microarray. Os mesmos resultados foram encontrados utilizando-se qpcr ( $p<0,05$ ). Conclusão: A diminuição da expressão gênica de coasy está associada a melhor resposta à radioquimioterapia neoadjuvante no câncer de reto. Coasy pode ser utilizado como marcador genético para predizer a resposta à neoadjuvância na neoplasia retal.

#### **CIRURGIA LAPAROSCÓPICA AUMENTA A SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O TRATAMENTO HOSPITALAR**

LEONARDO DE CASTRO DURAES; LUCA STOCCHI, JAMES MERLINO, TRACY HULL, MASSARAT ZUTSHI, DANIEL BOKAR, BROOKE GURLAND

*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION*

Resumo: Introdução: A cirurgia laparoscópica colorretal apresenta vantagens sobre cirurgia aberta, como menor dor pós-operatória, menor tempo de permanência hospitalar, retorno mais rápido da motilidade intestinal e melhor resultado estético. No entanto, é incerto se estes benefícios melhoram a satisfação do paciente com o tratamento oferecido. HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and

Systems) é um questionário padronizado utilizado nos estados unidos com o objetivo de Mensurar a satisfação dos pacientes em relação ao tratamento hospitalar. Este questionário é enviado a todos os pacientes após a alta, e é utilizado pelo “medicare” para a remuneração hospitalar. Objetivo: O objetivo deste trabalho foi determinar se o uso da laparoscopia em procedimentos colorretais influencia a satisfação do paciente ao tratamento oferecido, utilizando-se o questionário HCAHPS. Método: Os questionários HCAHPS, de 2009 a 2013, coletados após as altas hospitalares de pacientes submetidos a procedimentos colorretais, foram relacionados a um banco de dados de cirurgia colorretal mantido prospectivamente em uma instituição terciária de grande volume. As respostas em cada domínio do questionário foram comparados em pacientes submetidos a cirurgia aberta (a), cirurgia laparoscópica sem conversão (l), e cirurgia laparoscópica convertida a cirurgia aberta (c). Resultados: 1937 questionários foram relacionados às respectivas cirurgias colorretais (a - 1394 (72%), l - 498 (25,7%), c - 45 (2,3%)). Pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica responderam mais positivamente ao domínio “comunicação com médicos” ( $p=0.044$ ). L apresentou melhor resultado no domínio “dor pós- operatória” comparado com a. Quando a cirurgia laparoscópica foi convertida para cirurgia aberta, estes achados significativos não foram encontrados. O uso de laparoscopia não influenciou os outros domínios do questionário HCAHPS. Conclusão: Pacientes submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica apresentaram melhor satisfação ao tratamento hospitalar oferecido. Isto, porém, não ocorreu quando a cirurgia laparoscópica foi convertida para cirurgia aberta. Este estudo apresenta uma nova vantagem da cirurgia laparoscópica colorretal.

#### **CORRELAÇÃO DO NÍVEIS DE EXPRESSÃO DO SHLA-G E DADOS DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL NA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

GUILHERME DE ALMEIDA SANTOS; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, RENATA TOSCANO SIMÕES, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, ELOAH GAMBOGI LIMA, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUSA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: O câncer colorretal (CCR) é o tumor maligno que acomete algum segmento do cólon e /ou o reto. É uma doença muito comum, sendo um dos maiores problemas de saúde da atualidade. Segundo a organização mundial de saúde o CCR é o segundo câncer mais prevalente no mundo, com cerca de 2,4 milhões de portadores e 94.300 novos casos ao ano. No Brasil, de acordo com o instituto nacional do câncer, o CCR é o quarto câncer mais comum entre os homens e o terceiro entre as mulheres. O CCR está associado à alimentação, doenças, medicamentos, história familiar e alterações genéticas. Os tumores mucíparos e carcinoma de células em anel de sinete são os de pior prognóstico e o tratamento cirúrgico é o mais

eficaz. O antígeno leucocitário humano g (hla-g) faz parte do complexo principal de histocompatibilidade e está localizado no braço curto do cromossomo 6 (6p21.3). O hla-g tem função de imunotolerância e permite o escape das células tumorais do sistema imune. Com isso, o presente trabalho objetivou a avaliação da correlação dos dados clínicos de prontuários de pacientes com CCR e controles, com a expressão do shla-g; e avaliar se poderia ser utilizado como um biomarcador do CCR. Foram coletadas amostras de sangue periférico de 121 pacientes com CCR e 44 controles. As amostras foram submetidas ao teste de elisa para dosagem do hla-g solúvel (shla-g) e esses valores foram correlacionados com os dados dos prontuários dos pacientes. Os dados foram analisados através da comparação de médias entre grupos pelo teste mann-whitney (teste t) e kruskal-wallis (oneway anova) (graphpad prism 5.0). Os resultados não mostraram diferença estatística ( $p > 0,05$ ) na comparação do shla-g com os grupos CCR e controle; com os gêneros; faixas etárias; cor da pele; câncer de reto e câncer colônico; tumores mucíparos; e carcinoma de células em anel de sinete. Porém, apresentou significância estatística quando comparado com a presença de metástases ( $p = 0,0313$ ); localização do tumor ( $p = 0,0452$ ); grau de displasia ( $p = 0,0007$ ); estadió clínico ( $p = 0,0233$ ); e os níveis do cea ( $p < 0,0001$ ). Com base nesses dados sugerimos que o hla-g está relacionado com o desenvolvimento e prognóstico do CCR; e após maiores estudos poderia vir a ser utilizado como um biomarcador do CCR.

#### **CORREÇÃO DE ESTENOSE DE CANAL COM RETALHO ILHADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

RAFAEL MOCHATE FLOR; FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES, CARLOS AUGUSTO CANTERAS, FERNANDO BRAY BERALDO, ADERSON ARAGÃO MOURA, JOSÉ EDUARDO GONÇALVES, NAGAMASSA YAMAGUCHI

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a estenose anal ocorre em consequência da substituição do tecido anal normal por tecido fibroso. Pode ter causas e graus variados. A estenose orgânica, associada à redução objetiva da complacência anal, deve-se, na maior parte das vezes, a complicação das operações orificiais. Sua incidência ainda ocorre em cerca de 3 a 11% em serviços especializados, constituindo a hemorroidectomia a causa principal das estenoses pós- operatórias. Relato de caso: s.a, 65 anos, antecedente de dois partos vaginais, perineoplastia e correção de cistocele, tv-t e duas hemorroidectomias. Após cerca de 8 anos da última cirurgia, evoluiu com afilamento das fezes, esforço evacuatório, necessidade de uso diário de laxante e, por vezes, uso de digitação para retirada de fezes. Ao exame físico apresentava estenose anal circunferencial, pérvia à passagem de 01 polpa digital. Anuscopia com aparelho pediátrico sem outras patologias anorretais. À manometria, pressão de repouso abaixo da normalidade, contração máxima dentro da

normalidade. À rnm de pelve demonstrou retração cicatricial em parede lateral esquerda de canal anal. Abordada cirurgicamente sendo evidenciada em intra-operatório trave fibrótica em canal anal à esquerda, sendo realizada estenotomia com confecção de retalho ilhado miocutâneo de anoderma. No pós-operatório evoluiu com bons resultados clínicos e continência fecal até 01 ano de acompanhamento. Conclusão: relatamos um caso de complicação devastadora das cirurgias orificiais, revisando os tratamentos possíveis.

#### **DEFECAÇÃO OBSTRUÍDA POR PROCIDÊNCIA RETAL INTERNA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.**

FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES; CARLOS AUGUSTO CANTERAS, RAFAEL MOCHATE FLOR, CLÁUDIO OLIVEIRA MATHEUS, ADERSON ARAGÃO MOURA, JOSÉ EDUARDO GONÇALVES, RAFAEL MELLO  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*

Resumo: A constipação crônica tem etiologia multifatorial e, por isso, muitas vezes possui diagnóstico etiológico difícil e, por conseguinte, tratamento ineficaz. Relato de caso: r.o 53 anos, funcionária pública, procurou o serviço de coloproctologia do hspe com queixa de constipação e esforço evacuatório havia 3 anos. Às evacuações era necessário manobra digital e a paciente referia uma sensação de abaulamento em parede lateral esquerda do reto, que era retificado e assim possibilitava evacuação. O hábito intestinal era constipado com fezes ressecadas a cada 4 dias. Durante a investigação, o enema opaco e a ressonância evidenciaram colon sigmoide redundante, além de uma procidência interna de reto a manobra de valsalva. Aventada a hipótese defecação obstruída foi programada laparotomia que identificou cólon sigmoide redundante deitando sobre fundo de saco posterior e provocando compressão extrínseca do reto superior. Realizada sacropromontofixação e reconstituição do fundo de saco posterior pela técnica de moskovicz com bons resultados. Conclusão. Relatamos um caso de constipação por causa anatômica, despertando a atenção para a importância da propeidética complementar no diagnóstico e planejamento cirúrgico.

#### **HIDRADENITE SUPURATIVA EXTENSA DE REGIÃO INTERGLÚTEA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

CARLOS AUGUSTO CANTERAS; FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES, RAFAEL MOCHATE FLOR, ADERSON ARAGÃO MOURA, FERNANDO BRAY BERALDO, PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA, JOSE EDUARDO GONÇALVES, NAGAMASSA YAMAGUCHI  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a hidradenite supurativa é uma doença crônica, decorrente da infecção de glândulas sudoríparas apócrinas. Sua etiopatogenia ainda não é bem conhecida, sendo por vezes associada a distúrbios endócrinos, anormalidades

imunológicas, hereditariedade e higiene precária. Há fatores desencadeantes exógenos físicos, como vestes muito justas e depilações; e químicos, como desodorantes, antitranspirantes e líquidos depilatórios. O tratamento conservador é ineficaz nas formas mais exuberantes com lesões crônicas extensas, sendo necessária a realização de tratamento cirúrgico, que possibilita a cura da doença. É indicada a ressecção radical, e a cicatrização se processa por fechamento primário, segunda intenção, por enxerto ou rotação de retalho. Relato de caso: g.u, 60 anos, proveniente de são paulo/sp, aposentado, com queixa de drenagem de secreção purulenta por múltiplos orifícios em região interglútea, necessitando de repetidos procedimentos de drenagem local. Diagnosticado com hidradenite supurativa, abordado em outro serviço, onde foi realizada ressecção local, retalho cutâneo e colostomia derivativa. Após 20 anos evoluiu com recidiva das queixas, procurando serviço de coloproctologia do hspe, onde durante exame físico diagnosticou-se hidradenite supurativa recidivada com destruição de grande parte da região glútea. Discutido caso com o serviço de cirurgia plástica do mesmo nosocômio para ressecção e reconstrução num mesmo procedimento. O paciente então foi submetido à ressecção extensa das lesões até plano fascial e a reconstrução foi realizada com enxerto autólogo de pele parcial. Evoluiu com resolução do quadro e boa evolução da área enxertada, sem recidiva até o momento.

#### **TRATAMENTO MULTIMODAL DO CÂNCER DE RETO ULTRA-BAIXO- PRESERVAÇÃO ESFINCTERIANA COM CONSERVAÇÃO DA RADICALIDADE ONCOLÓGICA- RELATO DA NOSSA PRÁTICA**

ADERSON ARAGÃO MOURA; ROGÉRIO TADEU PALMA; NAGAMASSA YAMAGUCHI; JOSÉ EDUARDO GONÇALVES; PRISCILA LARA NOGUEIRA; FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES; CARLOS AUGUSTO CANTERAS; RAFAEL MOCHATE FLOR  
*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO-SP*

Resumo: Demonstramos no seguinte vídeo as diretrizes técnicas do tratamento multimodal do adenocarcinoma ultra-baixo de reto seguidas em nosso serviço. Dificuldades técnicas encontradas em um paciente obeso mórbido, que foi submetido à ressecção interesfincteriana com retossigmoidectomia associada à excisão total mesorectal por abordagem videolaparoscópica e preservação da inervação autonômica mais ileostomia de proteção, bem como as modificações técnicas implementadas para que se pudesse obter radicalidade oncológica (41 linfonodos dissecados e margens cirúrgicas livres na peça final) com preservação esfinteriana e ótimo resultado anatômico e funcional.

#### **MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TAMIS) ASSOCIADA A RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM TEMPO ÚNICO NO TRATAMENTO DE TUMORES COLORRETAIS SINCRÔNICOS – RELATO DE CASO**

LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES; CAVALCANTI, PMB; FONTANA, JP; SOARES, FA; SEIXAS, LM; ABUD NETO, C; TALAMONTE, D.

*HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS*

Resumo: Paciente do sexo feminino de 80 anos, com relato de constipação recente e progressiva, associada a mucorréia, hematoquezia importante e prolapso anal volumoso, manualmente redutível, há cerca de dois anos. Ao exame, apresentava protrusão de volumoso lesão móvel, multilobulada e friável à manobra evacuatória, manualmente redutível. Ao toque, tal lesão estendia-se por toda a hemicircunferência retal posterior, acometendo retos inferior e médio, com mobilidade ao toque e consistência macia. Foi realizada videocolonosopia que demonstrou lesão de mesmas características, estendendo-se até pouco acima da primeira válvula de houston (cujo exame histopatológico mostrava adenoma tubular de baixo grau). Em cólon sigmóide, havia também lesão estenosante, com histopatológico demonstrando adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado. Ultrassonografia retal tridimensional sugeria lesão utIn0. Foi realizada microcirurgia transanal com uso do dispositivo do tipo “single port” (sils®), sendo completamente ressecada a lesão distal. No entanto, não foi possível o fechamento da área cruenta pós-ressecção sem que houvesse tensão. A lesão em sigmóide foi tratada com retossigmoidectomia videolaparoscópica de padrão oncológico no mesmo tempo cirúrgico, com anastomose colorretal por duplo-grampeamento, acima da área cruenta prévia. Optou-se por não realizar estoma protetor. O procedimento ocorreu sem intercorrências e seguida de ótima recuperação da paciente, que recebeu alta do sétimo dpo.

#### **ESQUITOSSOMOSE CRÔNICA RETAL - RELATO DE CASO**

FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; CYNTHIA ABDALLA CRUZ, SÉRGIO LUIZ DA CRUZ CUNHA, FÁBIO ALVES SOARES, SILVANA MARQUES E SILVA, AQUILES LEITE VIANA, ALEXANDRE GHELLER,

*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

Resumo: Introdução: a esquistossomose mansônica é uma endemia importante no Brasil, causada por parasito trematódeo digenético (*Schistosoma mansoni*), que requer caramujos de água doce, parada ou com pouca correnteza, como hospedeiros intermediários para completar o seu ciclo de desenvolvimento. A magnitude de sua prevalência e a severidade das formas clínicas complicadas conferem à esquistossomose uma grande transcendência. No entanto, é uma endemia de fácil manejo e controlável, com grau de vulnerabilidade satisfatório para as ações de saúde pública. O agente etiológico é o *Schistosoma mansoni*, trematódeo, da família *Schistosomatidae*, gênero *Schistosoma*, cuja principal característica é o seu dimorfismo sexual quando adulto e o seu principal reservatório é o homem. Relato do caso: paciente 49 anos, sexo feminino, moradora de Brasília-df, há vinte anos tomou banho de lagoa na bahia, apresentou ovos de esquistossoma nas fezes e fez uso de oxamniquina. Queixa de constipação intestinal, anemia crônica, história familiar de neoplasia colorretal. Realizou co-

lonoscopia de rastreo, onde foi visualizado no reto múltiplas pequenas lesões (2-3mm de diâmetro), em submucosa e coloração amarelada. Realizadas biópsias: esquitossomose. Encaminhada a infectologia diagnosticada com esquitossomose crônica iniciou oxamniquina e posteriormente praziquantel. A endoscopia digestiva alta: pangastrite enantemática leve. Realizou colonoscopia de seguimento, houve pouca redução do número de ovos. Conclusão: a esquistossomose crônica, que é muito mais comum do que a forma aguda da infecção, é causada pela reposta imune do organismo aos ovos, resultando em intensa inflamação dos tecidos acometidos e evolução para granulomas e fibrose.

**DIAGNÓSTICO DA CONTRAÇÃO PARADOXAL DO PUBORRETAL EM MULHERES ADULTAS: PAPEL DA CINEDEFECOGRAFIA, ELETRONEUROMIOGRAFIA COM AGULHAS CONCÊNTRICAS, ELETROMANOMETRIA ANORRETAL E TESTE DE EXPULSÃO DO BALÃO.**  
FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; SOARES, FA; FERNANDEZ, RNM; SILVA, SM; LIRA, EF; VIANA, CRUZ, CA; CUNHA, S.

*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

Resumo: Introdução: dentre as causas funcionais de constipação disquética, destaca-se a contração paradoxal do puborretal (cprr), que pode ser definida como a ausência de relaxamento ou mesmo a contração da musculatura do assoalho pélvico e do esfíncter anal externo à manobra evacuatória. Seu diagnóstico é por vezes difícil, requerendo a realização de mais de um exame complementar uma vez que os exames disponíveis apresentam baixa acurácia diagnóstica, não havendo consenso na literatura sobre algum exame que sirva de padrão-ouro. Objetivo: avaliar a sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo e razão de semelhanças (likelihood ratio), comparando-se a cine-defecografia (cd), a eletromanometria anorretal (mano); o teste simplificado de expulsão do balão (teb) e a eletromanometria anal com agulhas concêntricas (enmg). Métodos: noventa e três pacientes consecutivas com queixas de constipação disquética - adultas e do sexo feminino - foram incluídas no protocolo de avaliação de disquética do ambulatório de fisiologia anorretal do hbuf, tendo sido submetidas a avaliações padronizadas mediante aplicação de questionário-padrão com coleta de dados de anamnese, obstétricos, de exame físico e aplicação de escores de cleveland clinic para constipação e incontinência fecal. Todas as pacientes foram referenciadas para realização de cd, mano, enmg e teb no hbuf e os dados obtidos registrados. Os exames complementares foram categorizados como sugestivos ou não sugestivos de cprr e comparados entre si, dois a dois. Resultado: houve significância estatística demonstrando concordância apenas entre teb e enmg e entre teb e mano. Os demais exames não concordaram entre si no diagnóstico de cprr. Conclusão: a baixa correlação entre os achados dos diversos exames sugerem que a concordância entre ao menos dois deles é essencial para firmar o diagnóstico de cprr. Não parece haver um exame padrão-ouro para este diagnóstico.

**RECIDIVA DE GIST DE CANAL ANAL-RELATO DE CASO**  
FRANCIARA LETICEA MORAES DA CUNHA; CYNTHIA  
ABDALLA CRUZ, SÉRGIO LUIZ DA CRUZ CUNHA, FÁ-  
BIO ALVES SOARES, SILVANA MARQUES E SILVA,  
AQUILES LEITE VIANA, ALEXANDRE GHELLER, JOU-  
BERT FERNANDES BARBOSA

*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL*

Resumo: Introdução: tumores estromais gastrointestinais (gists) são neoplasias mesenquimais que expressam kit (cd117) de tirosina quinase e que apresentam mutações de ativação do kit ou fator de crescimento alfa derivado de plaquetas (pdgfra). É o tumor mesenquimal gastrointestinal mais comum, tendo como localização mais frequente o estômago (50-60%), seguido pelo intestino delgado (30-40%), cólon (7%) e esôfago (1%). Gists do canal anal e reto são responsáveis por cerca de 5% dos casos. No entanto, destes apenas 2 a 8% são do canal anal, tornando-os tumores extremamente raros. O tempo médio de recorrência está entre 1,5-2 anos de pós-operatório. Tumores volumosos e com grande atividade mitótica estão associados com pior prognóstico independente do sítio primário. Relato do caso: paciente do sexo feminino, 62 anos, com queixa de proctalgia que melhorava com o uso de codeína e presença de nodulação anal que se exteriorizava à evacuação. Referia ter sido submetida à drenagem de cisto anal e posterior exérese de lesão em canal anal há 2 anos, com diagnóstico histológico de gist. Ao exame proctológico, apresentava sinais de manipulação cirúrgica prévia, além de tumoração de consistência fibro-elástica medindo cerca 5x4cm de diâmetro localizada na parede ântero-lateral esquerda do canal anal, comprometendo 30% da circunferência do mesmo. A avaliação ginecológica não evidenciou comprometimento vaginal. As tomografia de tórax e abdome não demonstraram alterações. A ressonância nuclear magnética da pelve revelou lesão expansiva de aspecto polipóide no canal anal, sem sinais de comprometimento da musculatura do assoalho pélvico. Realizada ressecção transanal da lesão. A avaliação histopatológica confirmou achados morfológicos e imuno-histoquímicos de gist (subtipo células fusiformes, índice mitótico 31/50cga, de alto grau) do canal anal. Conclusão: gists do canal anal são tumores raros, quando diagnosticados devem ser acompanhados pela recorrência no pós-operatório.

**RETOSSIGMOIDECTOMIA E HEPATECTOMIA SIMUL-  
TÂNEAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA NO TRATAMEN-  
TO DO CÂNCER COLORRETAL METASTÁTICO**

LUIZ GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; ANA CA-  
ROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALE-  
MÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO,  
MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, MAXIMILIA-  
NO CADAMURO NETO, ARMANDO GERALDO FRAN-  
CHINI MELANI, IVAN FOLCHINI DE BARCELOS  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

Resumo: Introdução: até 25% dos pacientes com câncer color-  
retal (CCR) apresentam metástases hepáticas no momento do  
diagnóstico. Porém, a melhor estratégia para lesões hepáticas

sincrônicas ressecáveis permanece controversa. A ressecção laparoscópica hepática e colorretal simultâneas ainda é pouco utilizada mas parece apresentar benefícios como a possibilidade de cirurgias radicais com pequenas incisões, recuperação precoce e redução nos custos. Além disso, parece ser procedimento viável e seguro mesmo em hepatectomias maiores. A seleção criteriosa do paciente bem como o refinamento da técnica cirúrgica são a chave para uma ressecção combinada bem sucedida. Método: apresentação de vídeo editado contendo os principais tempos da cirurgia laparoscópica combinada, retossigmoidectomia com anastomose colorretal primária e segmentectomia lateral esquerda. Resultados: paciente masculino, 68 anos, imc 24,9, com quadro de alteração do hábito intestinal, realizou colonoscopia evidenciando lesão vegetante na junção retossigmoide com a biópsia confirmando tratar-se de um adenocarcinoma. Asa ii. Durante estadiamento a tomografia de abdome demonstrou a lesão descrita, com 4,5 de extensão e sem invasão da gordura adjacente além de nódulo hipodenso e com realce heterogêneo de 3cm na extremidade do lobo esquerdo. Foi então submetido a retossigmoidectomia laparoscópica de acordo com princípios oncológicos, secção do reto ao nível do promontório com grampeador laparoscópico e anastomose colorretal com grampeador circular 29mm. Em seguida, foi realizada a segmentectomia lateral esquerda com pinça de energia, grampeador laparoscópico e auxílio do plasma de argônio. O tempo total de cirurgia foi de três horas e trinta minutos. Apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta no terceiro pós-operatório. O anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, com invasão da gordura pericólica e nenhum linfonodo comprometido de 21, além de metástase hepática de adenocarcinoma colorretal. (pt3n0m1). Conclusões: as ressecções colorretais laparoscópicas combinadas a hepatectomias podem ser utilizadas em determinados casos no tratamento do câncer metastático.

**ANASTOMOSE COLORRETAL POR COMPRESSÃO  
COM COLONRING™: SÉRIE DE CASOS**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA  
CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LO-  
AIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXI-  
MILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPO-  
CHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHI-  
NI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

Resumo: Introdução: complicações anastomóticas como san-  
gramento, deiscência e estenoses, são responsáveis por ele-  
var a morbimortalidade nos pacientes submetidos a cirurgia  
colorretal. As anastomoses manuais e grampeadas são mais  
comumente realizadas, não apresentando significativos bene-  
fícios entre as duas, mas há vantagem do acesso às anastomo-  
ses baixas com a utilização dos grampeadores. O sistema de  
compressão evoluiu com o desenvolvimento do dispositivo de  
compressão com anel de nitinol (mistura de níquel e titânio),  
o colonringtm. Alguns estudos sugerem uma redução da reação  
inflamatória local e menores taxas de estenose com este siste-

ma. Objetivo: avaliar resultado a curto prazo das anastomoses colorretais por compressão. Método: série de casos retrospectiva, com pacientes portadores de adenocarcinoma colorretal, submetidos a retossigmoidectomia com anastomose primária utilizando o sistema de compressão (Colonringtm, Niti Surgical Solutions, Israel). Os dados foram coletados através da análise de prontuários e preenchimento de protocolo previamente elaborado com as variáveis de interesse. Resultados: nove pacientes foram submetidos ressecções colorretais eletivas e anastomoses por compressão. A maioria era do sexo masculino (n=7), a média de idade foi de 67,1 anos e 26,6 de imc. Em relação a localização da neoplasia, 6 pacientes apresentavam adenocarcinoma do cólon sigmóide, 2 do reto médio e 1 do reto superior. Os 2 pacientes com tumores do reto médio foram submetidos a neoadjuvância com radio e quimioterapia. Em ambos os casos a anastomose foi realizada a cerca de 5cm da borda anal, optando-se pela realização de ileostomia de proteção. Nos demais as anastomoses foram intraperitoneais. Não ocorreram complicações no transoperatório e apenas em 1 paciente houve falha na confecção da anastomose, logo após o disparo não ocorreu compressão adequada notando-se o afastamento dos tecidos. Optou-se pela reconfeção da anastomose com grampeador circular 29mm. Em todos os casos os anéis foram conferidos e não apresentavam-se violados. Nenhum paciente apresentou complicação relacionada a anastomose tais como deiscência, abscesso ou necessidade de reoperação. Nos dois casos em que foi realizada ileostomia o anel foi retirado por exame digital ambulatorialmente, o restante não observou a expulsão do anel. O tempo médio de seguimento ambulatorial foi de 5 meses (3-10). Conclusões: a anastomose colorretal por compressão é alternativa as anastomoses manuais e grampeadas.

#### **VIABILIDADE DA RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE TUMORES COLORRETAIS T4**

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*  
Resumo: Introdução: a cirurgia laparoscópica para tumores colorretais localmente avançados com extensão extramural ainda é controversa. Para alguns autores é considerada contra-indicação devido à dificuldade técnica, risco de comprometimento dos princípios oncológicos, de lesões iatrogênicas e aumento no tempo cirúrgico. Porém, com a evolução nos instrumentais laparoscópicos e no refinamento técnico por parte dos cirurgiões, a cirurgia colorretal minimamente invasiva para tumores t4 vem sendo realizada com sucesso em casos selecionados. Métodos e resultados: apresentação de vídeo editado contendo passos de cirurgias colorretais laparoscópicas em tumores t4. As ressecções ocorreram em pacientes com adenocarcinoma colorretal com invasão do intestino delgado, parede abdominal

ou útero. As ressecções obedeceram os princípios oncológicos e foram ressecadas todas em monobloco. Conclusões: mesmo para tumores colorretais com invasão de outras estruturas a cirurgia laparoscópica pode ser utilizada sem comprometer o resultado oncológico nas mãos de experientes laparoscopistas em centros com grande volume cirúrgico.

#### **RETOSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR EXTRAÇÃO TRANSVAGINAL DO ESPÉCIME**

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

Resumo: Introdução: mesmo com advento da cirurgia laparoscópica, a remoção do espécime cirúrgico frequentemente necessita de uma incisão resultando em uma minilaparotomia, que pode reduzir os benefícios de um procedimento totalmente videolaparoscópico. A utilização da extração do espécime por orifício natural (nose) é uma alternativa, podendo reduzir dor pós-operatória, taxas de infecção e hérnia incisional. Objetivo: apresentar etapas da retossigmoidectomia videolaparoscópica com anastomose colorretal e extração da peça via vaginal. Método: vídeo editado contendo passos da ressecção laparoscópica de adenocarcinoma do cólon descendente, com retirada do espécime cirúrgico via vaginal. Resultados: paciente de 40 anos, realizou colonoscopia evidenciando lesão vegetante, infiltrativa. Biópsia confirmou tratar-se de um adenocarcinoma invasor. Apresentava história de 3 cesáreas prévias, laparoscopia para lise de bridas e risco anestésico asa i. Durante estadiamento, tomografia de abdome evidenciou espessamento do cólon descendente com extensão de 7 cm e sinais de infiltração da gordura pericolônica, linfonodos perilesionais de até 1,2cm. Cea 4,41. Não foram visualizadas lesões a distância. Foi submetida a colectomia esquerda videolaparoscópica com princípios oncológicos, auxílio de trocarte vaginal de 5mm. Após a secção da peça com endogrampeador, esta foi exteriorizada por incisão no local do trocarte vaginal com auxílio de plástico estéril para proteção da mucosa vaginal. A ogiva do grampeador circular foi introduzida na cavidade também pela vagina e inserida no cólon descendente com a confecção da anastomose colorretal. Por fim a cúpula vaginal foi suturada com fio pds 3-0. Apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta no terceiro pós-operatório. O anatomopatológico mostrou-se tratar de adenocarcinoma com invasão até a muscular própria, margens livres, 1 linfonodo comprometido de 34 ressecados. Em acompanhamento ambulatorial, não apresentou queixas ginecológicas em 6 meses de seguimento. Conclusões: a via transvaginal é opção para extração da peça cirúrgica após ressecções colorretais de tumores não volumosos e pode apresentar melhor resultado estético e funcional.

### **AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO COM COLOSTOMIA PERINEAL: EXPERIÊNCIA DE DOZE ANOS DO HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS**

EDGAR ANTONIO ALEMAN LOAIZA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO

*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**Resumo:** Introdução: a amputação abdominoperineal do reto ainda exerce importante papel no tratamento dos tumores do reto distal e ânus. Porém, a colostomia abdominal definitiva pode representar uma fator limitante a qualidade de vida do paciente. Objetivo: estudar nossa experiência cirúrgica em pacientes com câncer do reto e ânus, submetidos à amputação abdominoperineal do reto com colostomia perineal. Métodos: foram analisados, de forma retrospectiva, os prontuários de pacientes submetidos a amputação abdominoperineal do reto com colostomia perineal, no período de 01/01/2002 a 01/07/2014. Resultados: foram estudados 37 pacientes, 23 (62%) pacientes eram do sexo masculino e 14 (38%) do sexo feminino. As cirurgias foram 29 (78%) videolaparoscópicas e 8 (22%) abertas. O período médio de internação foi de 7 dias. As complicações (4-15%) incluíram prolapsos da colostomia perineal, deiscências parciais, estenoses e hérnias incisionais. Conclusão: como alternativa à colostomia abdominal para pacientes selecionados, a colostomia perineal, segundo a técnica de alcino lázaro, tem sido empregada com resultados satisfatórios.

### **ASPECTO TÉCNICOS E PADRONIZAÇÃO DA LIBERAÇÃO DO ÂNGULO ESPLÊNICO**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI

*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**Resumo:** Introdução: a cirurgia laparoscopia no tratamento do câncer colorretal vem tornando-se o procedimento de escolha em alguns centros de referência. A mobilização do ângulo esplênico do cólon é um dos passos de maior dificuldade, sendo etapa importante nas neoplasias do cólon descendente e transversal, bem como para a confecção de anastomoses colorretais baixas livres de tensão. Objetivo: o objetivo deste vídeo é demonstrar etapas da liberação do ângulo esplênico com a padronização da técnica utilizada em nosso serviço. Método: apresentação de um vídeo editado contendo alguns passos da mobilização do ângulo esplênico em diferentes pacientes. Resultados: após a passagem dos trocartes, posicionamento da mesa e exposição do ângulo de treitz, é iniciada a abordagem medial para lateral sob a veia mesentérica inferior (vmi) em direção ao ângulo esplênico. Em seguida, o acesso a retrocavidade dos epiplons permite a confecção de uma “tenda” com a vmi

ligada, facilitando a liberação do mesocólon sobre o pâncreas. A dissecação intercolonepiplóica encontra o plano realizado inferiormente, progredindo até a secção do ligamento esplenocólico e finalizando a mobilização do ângulo junto a parede abdominal. Conclusões: a liberação do ângulo esplênico do cólon quando realizada de forma sistemática permite a mobilização adequada do cólon, proporcionando a confecção de uma anastomose segura e sem tensão, não elevando excessivamente o tempo cirúrgico e as complicações transoperatórias.

### **ANÁLISE DAS PRESSÕES MANOMÉTRICAS PRÉ E PÓS TRATAMENTO EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DO RETO SUBMETIDOS A RESSECÇÃO ANTERIOR BAIXA APÓS NEOADJUVÂNCIA**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO

*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

**Resumo:** Introdução: as cirurgias poupadoras de esfíncter para o câncer de reto vêm sendo frequentemente utilizadas especialmente após evolução da radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes. Sabe-se que após a ressecção do reto ocorre uma redução na pressão esfíncteriana de repouso, seja por lesão direta com a utilização de instrumentos endoanais ou por dano à inervação durante a excisão total do mesorreto. Reduções nas pressões de contração também tem sido relatadas, geralmente atribuídas a lesão do plexo nervoso intramural durante a dissecação pélvica. Objetivo: avaliar o valor das pressões esfíncterianas iniciais e após tratamento, nos pacientes com adenocarcinoma do reto médio/distal, submetidos a neoadjuvância e ressecção cirúrgica. Métodos: estudo retrospectivo, longitudinal, realizado com pacientes portadores de adenocarcinoma do reto médio ou distal, que realizaram neoadjuvância e posteriormente ressecção anterior baixa do reto com anastomose primária. As variáveis foram descritas de acordo com a frequência. A média das pressões de repouso e contração foram calculadas e algumas variáveis foram testadas a fim de determinar quais estavam associadas aos valores pressóricos. Foram utilizados os testes t de student e teste levne, considerando valor de  $p < 0,05$ . Resultados: foram incluídos no estudo 42 pacientes, 28 (66,7%) do sexo masculino. A média de idade foi 56,45 anos e imc de 25,9. Os tumores do reto médio foram encontrados em 26 pacientes (61,9%) enquanto 16 (38,1%) apresentavam tumores do reto distal. Em relação a via de acesso, 31 pacientes (73,8%) foram submetidos a cirurgia laparoscópica e 11 (26,2%) a cirurgia aberta. Ileostomia de proteção foi realizada na totalidade dos casos. A distância da anastomose em relação a borda anal variou de 2 a 6cm, sendo  $< 4$ cm em 22 pacientes (52,4%) e  $\geq 4$  em 20 (47,6%). Houve redução significativa entre a média da pressões pré e pós tratamento de repouso (76,6mmhg para 48,6mmhg) e contração (186,8mmhg para 136,6mmhg) ( $p < 0,001$ ). Os pacientes me-



nores de 50 anos e aqueles submetidos a anastomose colorretal a menos de 4cm da borda anal, apresentaram reduções significativas nas pressões de repouso ( $p=0,046$  e  $p=0,039$ ). Conclusão: houve redução das pressões esfinterianas de repouso e contração após o tratamento com radioquimioterapia e cirurgia. Pacientes menores de 50 anos e anastomose colorretal a menos de 4cm da borda anal apresentaram redução significativa das pressões de repouso.

#### **AValiação DAS PRESSões ESFINCTERIANAS APÓS OPERAÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TEO)**

ANA CAROLINA CHIORATO PARRA; IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI,, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO  
*HOSPITAL DE CâNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

Resumo: Introdução: a cirurgia endoscópica transanal é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva para ressecção local de lesões do reto. Atualmente, é considerada alternativa a ressecção transanal convencional para lesões benignas ou malignas restritas a submucosa. Objetivo: analisar as pressões esfinterianas antes e após a operação endoscópica transanal. Método: estudo retrospectivo com pacientes portadores de adenocarcinoma de reto médio/distal em estádios iniciais (t1) ou em estádios mais avançados, porém sem condições clínicas para ressecções amplas, os quais foram submetidos a teo. Resultados: pacientes avaliados tinham uma média de idade 68 anos (61-72), sendo 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. As pressões manométricas em repouso e contração foram avaliadas pré-procedimento, um e dois anos após a ressecção local. A média da pressão de repouso pré-tratamento foi de 56mmhg e de contração 139mmhg. Houve redução das pressões após o procedimento, apresentando pressão de repouso média de 38mmhg / 31mmhg e de contração 125mmhg-116mmhg respectivamente, no primeiro e segundo ano. Conclusão: houve redução das pressões de repouso e contração nos pacientes submetidos a operação endoscópica transanal.

#### **CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE HÉRNIA INCISIONAL PÓS RESSECÇÃO ONCOLÓGICA COLORRETAL**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI  
*HOSPITAL DE CâNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

Resumo: Introdução: a incidência de hérnia incisional abdominal é variável podendo chegar a 15%. Mesmo nos casos com grandes incisões abdominais a correção por via laparoscópica

é uma opção, apresentando atualmente melhores resultados em relação a abordagem convencional. Método: vídeo editado demonstrado a correção de hérnia incisional por via laparoscópica com colocação de tela macroporosa Physiomesh™ (Ethicon, EUA) intra-abdominal e passos da fixação. Resultado: após a realização do pneumoperitônio pela técnica de hasson os trocateres são inseridos com uma distância de aproximadamente 7cm da incisão prévia. A cirurgia inicia com cuidadosa adesiólise, evitando o uso de energia térmica próximo às alças intestinais. Após completa liberação das aderências, o defeito herniário é identificado e tem seu conteúdo reduzido, criando-se espaço para a colocação da prótese. A tela é inserida e fixada com quatro pontos cardeais transfasciais e grampos helicoidais 5mm de titânio (Protak™, Covidien, EUA) ou absorvíveis (Absorbatack™, Covidien, EUA). Conclusão: a correção de hérnias incisionais por videolaparoscopia é um procedimento viável, permite a visualização direta do defeito e a colocação de tela intra-abdominal com menores índices de recidiva e benefícios da cirurgia minimamente invasiva.

#### **EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO POR LAPAROSCOPIA: DETALHES TÉCNICOS E VARIADOS GRAUS DE DIFICULDADE**

IVAN FOLCHINI DE BARCELOS; ANA CAROLINA CHIORATO PARRA, EDGAR ANTONIO ALEMÁN LOAIZA, CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO, MARCOS VINICIUS ARAÚJO DENADAI, MAXIMILIANO CADAMURO NETO, LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO, ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI  
*HOSPITAL DE CâNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL*

Resumo: Introdução: a cirurgia do câncer de reto é considerada tecnicamente desafiadora comparada às colectomias, principalmente devido anatomia da pelve que dificulta o procedimento pelo espaço restrito e a proximidade de estruturas vitais. Historicamente estes desafios tem refletido em um pior resultado oncológico, com taxas de recidiva local de até 30% e menor sobrevida em comparação com câncer de cólon. A cirurgia laparoscópica apresenta resultados oncológicos semelhantes a cirurgia convencional, apresentando os benefícios já reconhecidos da videolaparoscopia. Apesar da evolução nos materiais, na resolução das imagens e na habilidade dos cirurgiões, a excisão total do mesorreto laparoscópica em determinados casos, ainda apresenta elevado grau de dificuldade, mesmo em mãos experientes. Método e resultados: apresentação de vídeo editado contendo passos da excisão total do mesorreto com diferentes graus de dificuldade, desde um mesorreto fino em paciente com pelve favorável, até mesorretos espessos em pacientes com pelve estreita pós-radioterapia. Demonstraremos a dissecação do reto em seu plano posterior, com preservação do nervos hipogástricos e respeitando-se a fâscia pré-sacral, a dissecação das asas laterais respeitando-se os limites do envelope do mesorreto, e a dissecação anterior com a preservação das vesículas seminais e a vagina na mulher. Conclusões: além da padronização técnica, adequado material laparoscópico, mesa cirúrgica e auxiliares, contribuirão para a

qualidade da ressecção. Nos pacientes obesos, sexo masculino com pelve estreita, lesões baixas e irradiadas encontramos os maiores obstáculos e a experiência do cirurgião contribui para não haver violamento do envelope mesorretal ou até mesmo lesões iatrogênicas. Novos dispositivos e técnicas cirúrgicas vem sendo testadas a fim de reduzir a dificuldade técnica nos pacientes desfavoráveis.

#### **ASSOCIAÇÃO DE MÚLTIPLOS PROCEDIMENTOS A DINO-PERINEAIS NO TRATAMENTO DO PROLAPSO PÉLVICO MULTICOMPARTIMENTAL – RELATO DE CASO**

JULIANA PORTELLA FONTANA (FONTANA, JP); CAVALCANTI, PMB; RODRIGUES, LFM; SEIXAS, LM; ABUD NETO, C; TALAMONTE, D; SOARES, FA.

*HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS (HFA).*

Resumo: Paciente de 53 anos, mulher, com histórico de disquezia importante há 20 anos – após parto vaginal de criança macrossômica – associada a dispareunia e sensação de peso vaginal. Ao exame físico, apresentava descenso perineal excessivo à inspeção dinâmica, retocela de 3o grau, enterocele palpável à manobra de valsalva no exame bidigital e colpocistocele. O escore pré-operatório para constipação da cleveland clinic (eccc) era de 11. Realizou manometria e cindefecografia (cd) pré-operatórias, tendo a cd demonstrado intussuscepção retoanal com redução do lume retal, enterocele volumosa associada a alargamento da distância retovaginal em 4 cm, além de descenso perineal de 6 cm à manobra evacuatória. Foi submetida a procedimento de moschcowitz para obliteração do fundo-de-saco posterior e correção da enterocele, associado a pexia do fórnice vaginal mediante uso de tela de polipropileno subperitoneal anterior (“pops procedure”) e correção transanal gramepada da intussuscepção com gramepador eea hem 33® (“apex technique”) em um mesmo tempo cirúrgico. Evoluiu satisfatoriamente e sem intercorrências no pós-operatório precoce, obtendo remissão de suas queixas pelvi-perineais. O eccc reduziu-se para 6 pontos no pós-operatório.

#### **APLICAÇÃO INTRAESFINCTERIANA DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO “A” E DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL (THD) EM TEMPO ÚNICO NO TRATAMENTO DE FISSURA ANAL CRÔNICA ASSOCIADA A PROLAPSO HEMORROIDÁRIO – RELATO DE CASO**

PATRICIA MARIA BARROS CAVALCANTI; RODRIGUES, LFM; FONTANA, JP; SEIXAS, LM; ABUD NETO, C; TALAMONTE, D; SOARES, FA

*UNIDADE DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS – BRASÍLIA / DF*

Resumo: Paciente de 55 anos, mulher, queixava-se há mais de um ano de dor importante ao evacuar, associada a hematoquezia e prolapso anal manualmente redutível. Ao exame, apresentava fissura anal mediana posterior com características de cronicidade e, à inspeção dinâmica, prolapso de mamilos hemorroidários internos. Foi submetida a manometria anorretal que demonstrava hipertonia em centímetro distal do ca-

nal anal distal e hipotonia em centímetro proximal do canal anal, em canal anal curto (1,5 cm). Devido ao elevado risco de incontinência pós-operatória, optou-se por realizar esfinceterotomia química pelo uso da toxina botulínica do tipo a injetada apenas no centímetro distal do esfíncter anal interno, associando-se, no mesmo tempo cirúrgico, a desarterialização hemorroidária transanal com hemorroidopexia (thd). A paciente apresentou cura da fissura anal e remissão completa da hematoquezia e do prolapso anal no pós-operatório mediato. Até o momento, mantém-se sem recorrência dos sintomas e nega incontinência fecal.

#### **ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO TUMOR CARCINÓIDE: ESTAMOS NA ERA PRÉ- RASTREAMENTO?**

ROBERTO CARLOS GUANDALINI JÚNIOR; RENATA BANDINI VIEIRA, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, GALDINO JOSÉ SÍTONIO FORMIGA E MARIANA SANO GAROTTI  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS- SP*

Resumo: Introdução: o diagnóstico do tumor carcinóide pode ser difícil dado seu comportamento indolente e sua topografia variada com distintas apresentações clínicas. A epidemiologia global deste tumor variou ao longo das décadas devido ao aprimoramento diagnóstico. O apêndice cecal era o mais frequente quando foi substituído pelo íleo terminal e, atualmente, o carcinóide de reto tem atingido incidência semelhante. Nos países desenvolvidos, tal incremento pode estar relacionado à recomendação do rastreamento a partir do ano 2000. Objetivo: identificar a epidemiologia, em nosso meio, dos tumores carcinóides no século atual. Método: revisão da base de dados do serviço de anatomia patológica do Hospital Heliópolis - SP, de 2000 até 2014. Resultados: foram 92 pacientes diagnosticados com tumor carcinóide no período. Destes, 37 pacientes (40,21%) eram do trato gastro-intestinal (tgi) e 27,17% do trato respiratório. Dentre os carcinóides do tgi, o apêndice cecal (32,43%) predominou, seguido do íleo terminal em igual proporção com estômago (21,62%) e reto em quarto lugar (13,51%). Conclusão: o diagnóstico do tumor carcinóide em nosso meio ainda se baseia na clínica, fazendo com que o carcinóide de apêndice cecal ainda seja o mais diagnosticado, diferente da epidemiologia global.

#### **CASUÍSTICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA PELA TÉCNICA DE DESARTERIALIZAÇÃO COM USO DO THD NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL- SALVADOR – BATHAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ**

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL*

Resumo: Introdução: a desarterialização hemorroidária transanal consiste na ligadura, guiada por doppler, dos ramos distais da artéria retal superior, resultando na redução do fluxo

de sangue, descongestionamento do plexo hemorroidário e regeneração do tecido conjuntivo promovendo retração das hemorroidas e redução do prolapso. Esta técnica vem sendo cada vez mais empregada no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV, com bons resultados, baixas taxas de complicações, menor uso de analgésicos e com a vantagem de não haver ferida cirúrgica. **Objetivo:** analisar retrospectivamente o perfil dos pacientes submetidos a tratamento da doença hemorroidária através da técnica thd no serviço de coloproctologia do hospital são rafael em Salvador – BA. **Material e método:** realizada análise retrospectiva, através da revisão de prontuários, de todos os pacientes submetidos a thd durante o período de junho de 2012 a julho de 2014. **Resultados:** foram operados um total de 44 pacientes, 25 mulheres (56,8%) e 19 homens (43,2%). A idade dos pacientes variou de 25 a 70 anos (média 45,7 anos). O tempo operatório não ultrapassou 90 minutos, todos os pacientes receberam antibioticoprofilaxia e receberam alta após 24 horas de pós-operatório. 1 paciente necessitou de reabordagem cirúrgica devido a uma sutura próximo à linha pectínea causando dor intensa. Dentre as complicações, observou-se tenesmo, dor, trombose hemorroidária e sangramento de pequeno volume, tratados com medidas clínicas. Nenhum paciente apresentou recidiva dos sintomas. O follow up máximo é de 2 anos. **Conclusão:** desarterialização hemorroidária é uma alternativa eficaz e segura para o tratamento da doença hemorroidária, principalmente nos graus III e IV com excelentes resultados e baixa taxa de complicação.

#### **TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO SINCRÔNICO A ADENOCARCINOMA DO CÓLON: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

ISABELA DIAS MARQUES CRUZ; THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES, EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ALINE LANDIM MANO  
SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL

**Resum:** Introdução: a incidência de tumores neuroendócrinos do intestino delgado vem aumentando nas últimas décadas. Inserido neste grupo, o tumor carcinoide apresenta-se frequentemente no trato gastrointestinal, correspondendo a cerca de 67,5% dos casos, sendo 13,4 a 17,6% encontrados no jejuno. **Objetivo:** apresentar um caso de adenocarcinoma de cólon com achado intra-operatório de tumores sincrônicos de intestino delgado, com anatomia patológica de carcinoides, seguido por revisão de literatura sobre o tema, baseada no pubmed, capes e medline. **Relato de caso:** paciente do sexo masculino, 52 anos, com história de perda ponderal e alteração do hábito intestinal há cerca de 6 meses. Submetido a colonoscopia, com identificação de tumor em cólon esquerdo, ocupando 75% da luz do órgão e impedindo a progressão do aparelho. Em tomografia computadorizada, notavam-se três nódulos hepáticos hipocaptantes ao contraste, situados no lobo direito. O paciente evoluiu com sinais de semi-oclusão intestinal, sendo encaminhado à cirurgia de urgência. Ao inventário da

cavidade abdominal, foram identificadas lesões tumorais estenosantes em jejuno, retiradas através de enterectomia, além da colectomia esquerda com linfadenectomia. O resultado anatomopatológico evidenciou tratar-se de neoplasias neuroendócrinas carcinoides do intestino delgado, sincrônicas a um adenocarcinoma do cólon, ambos com infiltração até subserosa (pt3), margens cirúrgicas livres e sem linfonodos acometidos por doença, em 26 isolados. Seguiu-se investigação das lesões hepáticas, permanecendo a suspeita de acometimento neoplásico secundário. **Discussão:** o caso apresentado encontra similaridades com relatos na literatura que descrevem carcinoides do intestino delgado sincrônicos a adenocarcinomas do cólon e reto, ou mesmo a carcinoides acometendo outros órgãos. O tratamento dessas neoplasias malignas é cirúrgico, com ressecção das lesões respeitando margens de segurança. A síndrome carcinoide ocorre em menos de 10% dos casos, e está intimamente associada à presença de metástases hepáticas. **Conclusão:** o caso descrito mostra a rara apresentação de tumor carcinoide sincrônico a um adenocarcinoma em sítios distintos. Diante da apresentação assintomática em até 60% dos carcinoides, bem como da possibilidade de concomitância com outros tumores, torna-se fundamental ressaltar a importância da adequada investigação pré-operatória dos pacientes, bem como do inventário minucioso da cavidade abdominal no ato cirúrgico.

#### **CASUÍSTICA DAS RESSECÇÕES DE LESÕES RETAIS POR ABORDAGEM TRANSANAL VIDEOASSISTIDA DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL SALVADOR – BA.**

THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; EULER MEDEIROS AZARO FILHO, ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA, LINA MARIA GOES DE CODES, ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL  
**Resumo:** Introdução: as cirurgias minimamente invasivas já são uma realidade bem estabelecida do ponto de vista de benefícios para os pacientes, tanto pelas menores taxas de complicações quanto pela possibilidade de preservação esfinteriana. A viabilidade e a segurança das operações endoscópicas transanais (TEO) ou microcirurgia endoscópica transana (tem) vêm ganhando cada vez mais espaço desde o seu surgimento em 1983, na Alemanha. **Objetivo:** relatar a experiência do serviço de coloproctologia do Hospital São Rafael, no tratamento das lesões retais através da técnica teo/tem nas ressecções transanais vídeo assistidas. **Materiais e métodos:** realizada análise retrospectiva, através da revisão de prontuário, dos pacientes submetidos a ressecções por TEO de outubro de 2011 a julho de 2014, assim como comparação dos resultados anatomo-patológicos pré e pós operatórios. **Resultados:** foram submetidos a TEO um total de 11 pacientes, sendo 8 (72,7%) do sexo feminino e 3 (27,3%) do sexo masculino. A média de idade dos pacientes foi de 51,3 anos. A idade dos pacientes variou de 23 a 70 anos (média 51,3 anos). Considerando anatomia patológica pré operatório foram evidenciados: 6 (54,5%) adenomas,

3 (27,3%) tumores carcinóides menores que 2cm e 2 (18,2%) lesões inconclusivas. A distância da borda anal variou de 3 a 15cm. nenhum paciente apresentou sangramento importante, abscesso anorretal ou necessidade de reabordagem cirúrgica. As principais queixas referidas pelos pacientes foram: dor, tenesmo e trombose hemorroidária no pós-operatório imediato. Os resultados histológicos pós-operatórios mostraram: 3 adenomas túbulo-vilosos, 3 tumores carcinóides, 3 adenocarcinomas e 2 granulomas esquistossomóticos. Quanto às complicações tardias, nenhum paciente apresentou alteração da continência, estenose ou necessidade de confecção de colostomia. Conclusão: a ressecção transanal por técnica videoassistida (teo/tem) é viável e segura, conferindo baixa morbidade, tornando-se, cada vez mais, uma técnica atrativa, devido aos seus benefícios.

### **SÍNDROME DE SUPERCRESCIMENTO BACTERIANO DO INTESTINO DELGADO PÓS COLECTOMIA DIREITA**

NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, JOFFRE REZENDE FILHO, JOFFRE REZENDE NETO, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉLIO MOREIRA JÚNIOR  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

Resumo: Introdução: a síndrome de supercrescimento bacteriano do intestino delgado, do inglês, small intestinal bacterial overgrowth (sibo), definida pela presença de um número excessivo de bactérias no intestino delgado, é uma doença ainda pouco compreendida, com manifestações clínicas inespecíficas: diarreia, má absorção, dor abdominal, flatulência, astenia, deficiências vitamínicas etc. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento, encontram-se: idade avançada, diabetes, insuficiências hepática e renal, uso de antibióticos e anastomoses enterais e enterocolônicas. relato de caso: jcv, masculino, 48 Anos, submetido a colectomia direita há 10 meses, com queixa de flatulência, desconforto epigástrico e cólicas abdominais difusas, iniciadas cerca de 2 meses após a cirurgia. Endoscopia digestiva alta: normal. inicialmente, foi tratado com procinéticos e inibidores de bomba de prótons, sem melhora. Após 6 meses de seguimento com diversos esquemas de tratamento, foi solicitado teste de hidrogênio expirado, o qual revelou o diagnóstico de sibo. a partir do diagnóstico o paciente recebeu probióticos e um curso de antibioticoterapia, com melhora dos sintomas nos primeiros 60 dias de seguimento. discussão: a literatura não estabelece a prevalência da sibo, mas acredita-se que ela seja responsável por manifestações gastrointestinais em vários pacientes, inclusive nos que, anteriormente, receberam o diagnóstico de síndrome do intestino irritável. É definida por uma população bacteriana superior a 105-106 bact/ml e, além do número, o tipo de flora presente no intestino delgado tem importante papel nas manifestações clínicas: a substituição dos gram positivos, majoritários no in-

testino delgado, por gram negativos aumenta a conversão de carboidratos em ácidos graxos de cadeia curta, contribuindo para diarreia, flatulência e desconforto abdominal. os pacientes submetidos a by-pass jejunoileal, anastomose ileoanal em bolsa e ressecção da válvula ileocecal têm risco aumentado de desenvolver sibo. Dados revelam que, em pacientes portadores de Doença de Crohn, a ressecção da válvula ileocecal aumenta a prevalência de sibo de 18% para 30%. conclusão: os pacientes submetidos a cirurgias colorretais fazem parte do grupo de risco para o desenvolvimento da sibo e, apesar de ainda existir divergências quanto aos métodos diagnósticos e à terapêutica ideal, devemos ter em mente esse diagnóstico diferencial, em razão do impacto negativo na qualidade de vida no pós-operatório das cirurgias colorretais.

### **DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG EM ADULTOS - RELATO DE DOIS CASOS**

HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PEDRO COSTA MOREIRA, LARISSA BERBERT, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, RAQUEL FRANCO LEAL, CLAUDIO COY

*INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA, SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA - FCM UNICAMP*

Resumo: Introdução: a Doença de Hirschsprung ou megacólon congênito, caracteriza-se pela ausência de células ganglionares no plexo submucoso, tornando o segmento colônico acometido incapaz de relaxar. O diagnóstico geralmente é feito nos primeiros dias de vida, sendo extremamente raro o diagnóstico tardio. Como é rara em adultos, muitas vezes o diagnóstico é tardio ou ignorado. Objetivo: reportar dois casos clínicos de doença de Hirschsprung em adultos, um acompanhado pela equipe de coloproctologia – FCM - UNICAMP e outro pela equipe do instituto de gastroenterologia de goiânia. Relato de casos: Caso 1: paciente do sexo feminino, de 18 anos, com queixa de obstipação intestinal desde a infância, com piora há oito meses, necessidade de clister evacuatório e hábito intestinal uma vez a cada 20 dias. Ao exame, apresentava tumoração abdominal volumosa em região epigástrica. Durante a investigação, realizou-se enema opaco, que evidenciou megacólon e megarreto. Sorologia para doença de chagas negativa. 19/08/2013- paciente submetida a biópsia de reto que evidenciou ausência de células ganglionares. Submetida, posteriormente, à cirurgia de duhamel, com boa evolução e melhora dos sintomas. O exame anatomopatológico confirmou ausência de células ganglionares do plexo submucoso em segmentos distais. Caso 2 - homem de 48 anos, que dizia ser portador de megacólon desde a infância, só evacua com uso de clister. Sorologia para doença de chagas negativa. Ao exame físico, abdome globoso e toque retal sem fecaloma. Submetido a eletromanometria anorretal: hipertonia de repouso (média pressórica de 88 mmhg) com 3 cm de canal anal funcional. Pressões de contração voluntária preservadas. Capacidade e sensibilidade retal diminuídas (70ml e 90 ml, respectivamente). Reflexo inibitório reto-anal ausente, compatível com do-

ença de Hirschsprung. Enema opaco: dilatação de cólon descendente e transversal, com diminuição do calibre de sigmóide distal e reto, também compatível com megacólon congênito. Submetido à cirurgia de Duhamel, sem nenhuma complicação pós-operatória. Reavaliado após, com enema opaco: cólon de calibre normal. Conclusão: o diagnóstico de doença de Hirschsprung em adultos deve ser considerado na presença de constipação intestinal crônica refratária e megacólon.

**MEGACÓLON ASSOCIADO A EPIDERMÓLISE BOLHOSA**  
NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, PAULA CHRYSTINA ALMEIDA LEITE, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉILO MOREIRA JÚNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Introdução: a epidermólise bolhosa é um distúrbio hereditário raro (prevalência de 32/1000000), que cursa com lesões bolhosas em resposta ao trauma mecânico na pele. Em algumas formas da doença, todo o tubo digestivo pode apresentar bolhas e ulcerações. Entre as manifestações gastrointestinais, as manifestações esofágicas (disfagia e odinofagia) são as mais comuns, seguidas pela obstipação intestinal. Relato de caso: WPC, 21 anos, masculino, referindo obstipação crônica desde a infância, com piora progressiva, necessitando de laxativos na adolescência. No último ano, tornou-se refratário ao uso de laxativos, sendo internado duas vezes com fekaloma, após mais de 20 dias sem evacuar. Concomitante ao quadro intestinal, haviam manifestações cutâneas com lesões bolhosas difusas e distrofia ungueal, que também surgiram na primeira infância, compatíveis com o quadro de eb. Realizou-se enema opaco, que evidenciou megacólon e megarreto. Sorologias para chagas negativas. Manometria ano-retal com reflexo inibitório reto-anal positivo. O paciente foi submetido a retossigmoidectomia com abaixamento do cólon pela Técnica de Duhamel-Haddad em março de 2014. Durante a laparotomia evidenciou-se cólon com cerca de 10 cm de diâmetro e reto com 15 cm. A espessura média da parede colônica era de 1,0 cm. Além disso, notou-se na inspeção da região perianal, a presença de múltiplas fissuras e cicatrizes de lesões bolhosas prévias. A biópsia da peça cirúrgica revelou plexos ganglionares submucosos e mioentérico preservados. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com normalização do hábito intestinal. Discussão: a incidência de obstipação na eb chega a 70% e o megacólon também é uma associação frequente. Causas multifatoriais são apontadas para explicar a alta prevalência de constipação: disfagia, odinofagia, perda de líquidos pelas lesões bolhosas e doença bolhosa perianal. O tratamento inicial da obstipação é clínico, porém alguns casos evoluem com refratariedade, necessitando de abordagem cirúrgica. Na revisão de literatura, encontramos um caso de óbito, aos 33 anos, por úlcera estercoral no sigmóide, secundária a fekaloma em um paciente portador de eb. Conclusão: apesar de tratar-se de doença rara, atenção especial deve ser dada à constipação

no paciente portador de eb, pela alta prevalência nessa população e pela grande associação com megacólon. O tratamento cirúrgico pode ser necessário e acreditamos que a técnica de abaixamento descrita por Duhamel-Haddad seja uma boa opção cirúrgica.

**ANÁLISE DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL USUÁRIOS DE AGENTE ANTI-TNF ALFA, ACOMPANHADOS EM UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO**

NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; KARLA COSTA FERREIRA, ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉILO MOREIRA JÚNIOR, LEONEL REIS LOUSA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Introdução: as doenças inflamatórias intestinais (DII), representadas pela Doença de Crohn (DC), retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) e colite indeterminada (ci), são doenças de incidência crescente e prevalência variável, tendendo a maior prevalência nos países industrializados. A sua etiologia ainda é incerta. Um grande desafio é o seu tratamento, que pode ser feito com várias classes de drogas e apresenta resultados variáveis. Nas últimas duas décadas, investiu-se no desenvolvimento de drogas que diminuem a resposta inflamatória a nível celular, os chamados “agentes biológicos”, que são anticorpos anti- r a prevalência de usuários de terapia biológica, indicações e a resposta terapêutica nos pacientes acompanhados no ambulatório de DII de um serviço universitário. Métodos: realizou-se análise retrospectiva de 132 prontuários do ambulatório de DII. Resultados: noventa e oito pacientes (74,3%) eram portadores de RCUI, 28 (21,2%) de DC e 6 (4,5%) de CI. Do total, 18 (13,6%) fazem uso de terapia biológica (16 portadores de DC e 2 de CI). Todos haviam recebido outros tratamentos previamente. A média de idade desses usuários foi de 39,2 anos, variando de 18 a 59 anos. A média de tempo de uso dos biológicos foi de 3,5 anos. Dos 18 pacientes, 7 (38,9%) fazem uso de infliximabe e 11 (61,1%) de adalimumabe. As indicações foram: doença perianal (44,5%), refratariedade ao tratamento convencional (33,3%), corticoides dependência (11,1%) e fístulas entéricas (11,1%). Todos os pacientes apresentaram melhora clínica após o início dessa terapia, sendo que 13 (72,2%) mantiveram remissão e 5 (27,8%) diminuíram a atividade da doença. Dos 8 pacientes que iniciaram o uso dos biológicos por doença perianal, 100% apresentaram controle clínico considerável ou remissão completa. Conclusão: a terapia biológica trouxe grandes avanços no tratamento das DII, principalmente nos quadros sépticos perianais e nas falhas do tratamento convencional. Apesar de já reconhecermos a modalidade “top-down”, no nosso serviço ainda prevalece a opção pelo esquema “step-up”. A maioria dos usuários dessa terapia são jovens portadores de DC com doença perianal de difícil controle. Apesar dos bons resultados iniciais, o seguimento rigoroso desses pacientes é necessário

para avaliar: a sustentação da resposta clínica e endoscópica, bem como o surgimento de complicações relacionadas ao uso de biológicos a longo prazo e definição da possibilidade de descontinuar o uso desses agentes terapêuticos.

#### **LEIOMIOMA RETRO-RETAL: RELATO DE CASO**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Mct, 38 anos, feminino, referindo desconforto perineal progressivo há 2 anos associado à percepção de massa de consistência endurecida na região. Ao exame: à palpação póstero-lateral direita do períneo, presença de massa volumosa, sólida e indolor. Ao toque retal observou-se esta lesão rechaçando a parede lateral direita do reto; mucosa retal íntegra. Submetida à investigação com ultrassom endorretal que observou tumoração densa de 370 cm<sup>3</sup> com plano de clivagem com parede do reto; ressonância magnética descreveu volumosa expansão sólida, heterogênea, captante de meio de contraste, perianal à direita, determinando compressão e desvio do reto. Submetida à exérese cirúrgica de lesão por acesso posterior (posição jackknife). Na cirurgia evidenciou-se lesão medindo 10x20cm, de consistência sólida, vascularizada, aderida a planos profundos, rechaçando a parede do reto e da vagina. O histopatológico da peça revelou neoplasia fusocelular, com características de benignidade, sugestiva de leiomioma. Discussão: os tumores retro-retais são raros, constituindo apenas 0,01 – 0,2% de todas as neoplasias. Trata-se de um grupo heterogêneo do ponto de vista histológico. Na maioria das vezes tratam-se de lesões benignas e a idade de maior incidência está entre 40 a 60 anos, sendo mais prevalente, no sexo feminino. Cerca de 50% dos tumores benignos ao diagnóstico não apresentam sintomas, enquanto que, nos tumores malignos 4 a 14% dos pacientes apresentam alguma queixa. Os sintomas mais comumente relatados estão relacionados à compressão ou invasão de órgãos ou nervos adjacentes, como dor em região lombar ou dos membros inferiores, obstrução intestinal, disfunção anal ou vesical. A maioria dos pacientes tem massa palpável ao toque retal, fazendo desse exame o mais efetivo na identificação desses tumores. O tratamento é a ressecção cirúrgica, independentemente do tipo histológico, proporcionando a resolução dos sintomas. Persistem as discussões na literatura sobre a escolha da via de acesso. Cabe ao cirurgião, respaldado por uma boa avaliação pre-operatória (exame proctológico, exames de imagem) a escolha da melhor via de acesso. Conclusão: os tumores retro-retais são lesões raras, que necessitam uma boa avaliação pré-operatória a fim de se decidir pela melhor via de acesso e garantir, dessa forma, a ressecção completa da lesão permitindo a redução da morbidade desses pacientes.

#### **CARCINOMA ESPINOCECULAR ANAL EM DOENÇA DE CROHN PERIANAL**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Mhs, 52 anos, feminina, há 20 anos com diagnóstico de Doença de Crohn (DC) com manifestação predominantemente perineal, córtico-dependente, em uso de terapia biológica há 10 anos. Apresentando quadro de reagudizações frequentes da doença com múltiplas abordagens cirúrgicas para tratamento de abscessos e fistulas perianais, no entanto, sem sucesso na tentativa de remissão completa, a despeito do tratamento clínico-cirúrgico. Paciente com seguimento irregular da doença, em agosto de 2013 apresentou-se na consulta médica com queixas referentes a novo episódio de exacerbação com dor perianal importante que limitava exame físico loco regional sendo submetida a exame proctológico sob anestesia. Durante exame, identificado destruição importante da anatomia do períneo; lesão inflamatória, com bordos elevados, dolorosa e endurecida, em quadrante anterior direito a qual foi biopsiada. A biópsia da peça revelou quadro histopatológico compatível com carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado com focos de infiltração do estroma adjacente e focos de ceratinização. Paciente foi encaminhada para tratamento com esquema de nigro. No momento, aguarda reestadiamento para definição de possível propedêutica cirúrgica. Discussão: a relação entre dc e a presença de lesões malignas ainda não foi bem definida, apesar de vários estudos reconhecerem que existe um maior risco de câncer nesses pacientes. Existem várias características da dc que poderiam ser responsáveis pelo aumento da incidência de carcinoma. Um fator importante pode ser o estado de imunossupressão destes pacientes. Um segundo fator diz respeito à ocorrência de doença perianal grave e recidivante (fistulas, fissuras e abscessos, isoladamente ou em combinação). Finalmente, o estado local de inflamação perianal prolongada, incluindo tanto a formação de cicatrizes e supuração, não é diferente da condição inflamatória crônica de cicatrizes de queimaduras, que se associam com o desenvolvimento de câncer de células escamosas. Conclusão: os pacientes portadores de doença inflamatória intestinal, particularmente aqueles com doença perianal, devem ser observados cuidadosamente para a ocorrência complicações graves como o câncer anal. Qualquer lesão perianal incomum ou persistente deve ser biopsiada.

#### **INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL ASSOCIADO À SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS**

KARLA COSTA FERREIRA; NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; LEONEL REIS LOUSA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Dbm, 52 anos, feminino, com diagnóstico de síndrome de Peutz Jeghers. Pós-operatório tardio (pot) de colectomia total por enterorragia; pot enterectomia por quadro de semi-oclusão intestinal. Há 2 meses quadro intermitente de distensão abdominal associado a vômitos. A tomografia evidenciou, em topografia de alça jejunal, imagem ovaral “em alvo” com área central hipoatenuante sugestiva de intussuscepção. Submetida à laparotomia exploradora (le) em junho de 2014. Durante cirurgia, observado inúmeros pólipos de diversos tamanhos em toda a extensão do intestino delgado. Dois maiores, localizados a 40 cm do ângulo de treitz (realizada enterectomia); 2 Enterotomias para exérese de pólipos menores. paciente evoluiu no pós-operatório (po) com quadro arrastado de ileo paralítico, sem sucesso na progressão de dieta. A TC mostrou novo quadro de intussuscepção intestinal que motivou nova laparotomia no 16º po. Foi observado presença de invaginação entre alças de jejuno que se iniciava a 20 cm do treitz e se estendia por cerca de 25 cm com “cabeça” da intussuscepção formada por pedículo de pólipos anteriormente ressecado que se encontrava edemaciado. Desfeita intussuscepção sem necessidade de nova ressecção intestinal. Evolução pós-operatória prolongada, recebendo alta no 34º po da primeira cirurgia sem complicações maiores. Discussão: a síndrome de peutz-jeghers é uma doença autossômica dominante caracterizada por polipose hamartomatosa do trato gastrintestinal, associada à pigmentação melânica cutâneo-mucosa. Doença rara, afetando 1:60.000 a 1:300.000 indivíduos nos EUA. O impacto desta condição é resultante da polipose gastrointestinal e complicações associadas: dor abdominal, hemorragia digestiva e invaginação/oclusão intestinal. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos de obstrução, sangramento e intussuscepção. Como os pólipos se distribuem por todo o trato digestivo, qualquer tentativa de ressecções mais alargadas não acarretará benefícios para o paciente, tão pouco irá proporcionar o controle da doença, além de piorar o estado nutricional destes pacientes. Conclusão: considerando a baixa incidência da síndrome e suas possíveis complicações, destaca-se a importância do seu diagnóstico precoce seguido do acompanhamento periódico destes pacientes. O objetivo final é de proporcionar o tratamento adequado (endoscópico e/ou cirúrgico) que irá garantir, na medida do possível, uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

#### **MEGACOLON TÓXICO PERFURADO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, RANIERE RODRIGUES ISAAC, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*  
Resumo: Introdução: o megacolon tóxico é diagnosticado em pacientes com retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) na presença de dilatação colônica de pelo menos 6 cm e toxicidade sistêmica. A mortalidade para esses pacientes varia de 2-8%,

aumentando para até 40% em casos de perfuração intestinal. Relato de caso: m.a.s., feminina, 34 anos. Encaminhada para o hc/ufg com diagnóstico de RCUI há um mês, em tratamento hospitalar, sem melhora do quadro clínico. Admitida com quadro séptico, taquicárdica, com abdome em tábua. A radiografia de abdome evidenciou pneumoperitônio, sendo a paciente encaminhada para laparotomia exploradora. Evidenciada no intra-operatório contaminação grosseira da cavidade abdominal e várias perfurações de cólon; realizada colectomia total e ileostomia terminal. Reabordagem cirúrgica no 8º p.o. para drenagem de abscesso e confecção de peritoneostomia; manteve quadro clínico grave, sendo submetida a outras 4 reabordagens para lavagem de cavidade; traqueostomia no 2º mês de internação, com diversas intercorrências, como esteatose hepática devido ao uso prolongado de npt, episódios de hematêmese, convulsões devido a encefalopatia de wernicke, desnutrição grave (chegou pesar 28kg) necessitando de uti por tempo prolongado. Apresentou grande dificuldade para aceitação da dieta enteral, sendo reabilitada para deglutição pela equipe de fonoaudiologia. Foram isoladas diversas bactérias multirresistentes em coletas de secreções (e. Coli esbl, e. Faecalis, stenotrophomonas maltophil, k. Pneumoniae esbl, p. Aeruginosa) permanecendo em isolamento de contato até o momento da alta hospitalar. Fez uso de diversos esquemas terapêuticos de antibióticos (cefepime, metronidazol, meronem, vancomicina, fluconazol, tigeciclina, caspofungina, meropenem, nistatina, aciclovir, anfotericina b, polimixina b, ampicacina, clindamicina, ertapenem, linezolida e levofloxacina). Recebeu alta hospitalar com orientações de acompanhamento ambulatorial com equipe multiprofissional, totalizando 165 dias de internação hospitalar. A paciente mantém acompanhamento ambulatorial, com ganho ponderal progressivo e sem intercorrências no período. Conclusão: o megacolon tóxico perfurado é uma entidade clínica com elevada mortalidade e morbidade. A evolução do quadro clínico da paciente descrita exemplifica a complexidade do manejo da doença, especialmente quando já se apresenta com perfuração intestinal, sendo fundamental equipe multidisciplinar para alcançar o sucesso terapêutico.

#### **ANÁLISE DE PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL SUBMETIDOS A CIRURGIA PRIMÁRIA E METASTECTOMIA**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PAULA CHRYSTINA CAETANO ALMEIDA LEITE, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*  
Resumo: Introdução: a metástase do câncer colorretal ocorre em aproximadamente 50-60% dos pacientes submetidos a ressecção cirúrgica com intenção curativa, sendo o fígado o principal órgão acometido. A ressecção da metástase é a melhor alternativa para aumento da sobrevida. métodos: foram

avaliados nos últimos 5 anos os pacientes do serviço de coloproctologia hc/ufg com adenocarcinoma colorretal, tratados cirurgicamente e submetidos a ressecção de metástase. Feitas análises quanto ao sexo, idade, localização do tumor, estadiamento tnm, tipo de cirurgia, local da metástase, tempo entre a cirurgia colorretal e o diagnóstico da metástase, tempo entre a cirurgia colorretal e a ressecção da metástase e mortalidade. Resultados: identificados 7 pacientes, com uma média de idade de 61 anos (27-67 anos), sendo 4 mulheres. Dois pacientes com doença no reto (28,6%) e 5 no sigmoide. A mediana do cea pré-operatório foi 3,77 (2,4-830). Quatro pacientes foram submetidos a retossigmoidectomia; 2 a cirurgia de Hartmann e 1 a proctocolectomia total. Histopatologicamente todos eram adenocarcinoma moderadamente diferenciado; 2 tinham invasão perineural e 1 invasão angiolinfática. Todos apresentavam doença avançada (t3) e 6 (85,7%) tinham linfonodos positivos. O diagnóstico da metástase foi feito no pré-operatório em 1 paciente e no intra-operatório em outro, sendo ressecada na mesma cirurgia. Apenas em um paciente a metástase era pulmonar (14,3%); em 6 pacientes a doença era hepática, sendo que em 2 deles com mais de um sítio de metástase. Em 5 pacientes a metástase foi diagnosticada no pós-operatório, com uma mediana de 9 meses (1-24 meses); 3 desses o diagnóstico foi feito com menos de um ano da cirurgia primária. A metastectomia foi realizada, em média, 15,2 meses após a cirurgia colorretal e 6 meses após o diagnóstico da metástase. A média de seguimento foi de 22,4 meses, sendo que nenhum paciente foi a óbito. Três pacientes tiveram metástase pulmonar no seguimento e estão em uso de quimioterapia paliativa. Diversos fatores estão associados com o prognóstico do câncer colorretal como acometimento linfonodal, tempo livre de doença entre a ressecção e o diagnóstico de metástase, o cea e o tamanho e número de metástases. Em nossa casuística, o diagnóstico de metástase foi feito após mais de um ano da ressecção colorretal em 28,6%. Apenas um paciente não apresentou linfonodo positivo na anatomia patológica, confirmando a importância do acometimento linfonodal na agressividade da Doença.

#### **RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE MILES**

CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS; ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA, KARLA COSTA FERREIRA, NOÊMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, RANIERE RODRIGUES ISAAC, PAULA CHRYSTINA CATANO ALMEIDA LEITE, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: Introdução: excluindo o câncer de pele, o adenocarcinoma colorretal é a terceira neoplasia maligna mais comum no Brasil, com um pico de incidência na 6ª década de vida. Estimativa de casos novos em 2014 é de 32.600, sendo 15.070 homens e 17.530 mulheres. Os protocolos terapêuticos para a doença no reto estão em constante reavaliação. O advento da quimiorradioterapia neoadjuvante e a técnica de

excisão total do mesorreto são os principais modificadores do prognóstico da doença nos últimos anos. Métodos: avaliados os dados de pacientes com adenocarcinoma de reto, submetidos a cirurgia de amputação abdomino-perineal do reto em seguimento ambulatorial no serviço de coloproctologia do hc-ufgo no período de 1991 até 2014. Foram excluídos pacientes com carcinoma espinocelular e com dados incompletos. Feitas análises quanto ao sexo, idade, localização do tumor, estadiamento tnm, tipo de cirurgia, taxa de recidiva, neoadjuvância, e mortalidade. Resultados: identificados 53 pacientes submetidos a cirurgia de miles, com uma média de idade de 51,98 anos (19-80 anos), sendo 60,38% do sexo feminino; 22,6% acometendo pacientes com menos de 40 anos. O estadiamento pré-operatório evidenciou que 2,17% eram estadiado 0, 17,39% eram estadiado I, 21,73% estadiado II, 34,78% estadiado III e 23,91% estadiado IV. Em pacientes menores de 40 anos, 8,3% eram estadiado I, 8,3% estadiado II, 50% estadiado III e 16,7% estadiado IV. A mediana do cea pré-operatório 3,3 (0,6 – 29,2). O tratamento neoadjuvante foi realizado em 40 pacientes (86,96%). A mediana de seguimento foi de 3 anos (0-9anos). Relatado óbito em 24% dos pacientes, com média de idade de 46,72 anos (19-77), sendo que 36,4% eram menores que 40 anos. Desses pacientes que evoluíram para óbito, 45,5% tinham invasão tumoral t3-t4, 36,4% tinham linfonodos acometidos e 27,3% tinham metástase a distância já no seu diagnóstico. Recidiva local ocorreu em 15,1% dos casos. Discussão: a incidência de pessoas com idade inferior a 40 anos foi de 22,6%, sendo que dos pacientes que evoluíram para óbito, 36,4% eram menores de 40 anos, ilustrando a agressividade da doença em pacientes jovens. A alta incidência de tumores diagnosticados em estadios avançados evidencia a limitação dos programas de rastreamento populacional e a baixa suspeição da doença em pacientes jovens. 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.

#### **HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA NA SÍNDROME DE PRADER-WILLI**

MARLLUS BRAGA SOARES; DA LUZ, A.M; SCHLINZ, J.R; JUNIOR, A.C; HAMADA, K.L; JUNIOR, P.C.C; LOPES PAULO, F.; FRAGA, L.F.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Resumo: A síndrome de prader-willi (spw) é uma desordem genética gerada por anormalidades no cromossomo 15, caracterizada por hipotonia neonatal, hipogonadismo, obesidade e retardo mental. Sua prevalência gira em torno de 1 para 10000 neonatos. Pacientes com spw podem manifestar comportamento de auto-mutilação cutânea, incluindo tendência à manipulação retal. Reportamos caso de um adolescente de 15 anos com spw apresentando sangramento retal de longa data. Inicialmente paciente fora diagnosticado e tratado, em outra instituição, para doença inflamatória intestinal sem melhora dos sintomas. Ao exame físico, associado à anuscopia e retossigmoidoscopia rígida, foi evidenciada úlcera retal à 3 cm



da borda anal em parede retal anterior, com 4 cm de extensão, comprometendo linha pectínea. Histopatológico da úlcera demonstrou fibrose e displasia epitelial de baixo grau, sendo excluída parasitose intestinal e doença inflamatória intestinal. O diagnóstico de síndrome da úlcera retal solitária foi então formado, e diante desta suspeição foi realizada defecoscopia, para avaliar presença de prolapso mucoso oculto, porém não sendo encontradas anormalidades nesse exame. Novo exame endoscópico foi realizado - retossigmoidoscopia flexível com biópsia- com achado da úlcera retal mantido, ocupando cerca de 30% da circunferência retal. O resultado histopatológico das lesões colônicas e retal evidenciou infiltrado linfoplasmocitário e hiperplasia linfóide da submucosa, com presença de atipias citoarquiteturais sugestivas de alterações regenerativas. A possibilidade de manipulação retal pelo paciente foi sugerida, sendo instituída vigilância por parte dos responsáveis do adolescente quando este usa o banheiro. Paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. A síndrome da úlcera retal solitária (surs) é uma condição clínica benigna frequentemente relacionada ao prolapso retal, caracterizada por uma combinação de sintomas, achados endoscópicos e alterações histopatológicas. Os principais sintomas da surs são hemotoquezia, mucorréia, dificuldade de evacuação e dor anal. Em aproximadamente 25% dos casos os pacientes podem ser assintomáticos, sendo o diagnóstico realizado acidentalmente. Trata-se de uma entidade incomum com incidência de 1-3 casos por 100.000 habitantes por ano. Justamente devido sua raridade esta pode ser confundida com outras enfermidades como neoplasias e doença inflamatória intestinal.

#### **GIST DE RETO E O USO DO IMATINIB COMO TERAPIA NEOADJUVANTE**

SCHLINZ, J.R.; AMORIN JUNIOR. A.C.; SOARES, M.B.; HAMADA, K.L. ; FRAGA, LF.; CASTRO JUNIOR, PC; PAULO, F.L.; MOREIRA, A. L.

*HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO -UERJ*

Resumo: Paciente E.L., 57 anos, feminina, cardiopata portadora de marcapasso e cinco stents coronarianos iniciou quadro de enterorragia e dor ao evacuar. Ao exame proctológico foi evidenciado lesão ulcerada e friável a 3 cm da borda anal acometendo anel anorectal. Colonoscopia sem alteração nos demais segmentos do colon. Histopatológico compatível com gist. Tomografia evidenciando lesão de reto distal de aproximadamente 5,1 cm de extensão. O gist de reto é um tumor raro que corresponde a 5% de todos os gist do trato gastrointestinal. A cirurgia é o tratamento de primeira escolha para um gist operável, e ressecção cirúrgica completa é o tratamento mais eficaz para reduzir a taxa de recorrência e melhorar o resultado a cirurgia radical como ressecção abdominoperineal (apr) ou cirurgia mais extensa que exijam a remoção de órgãos adjacentes seria necessário para gist retal localmente avançado localizado muito perto ao ânus. Alguns estudos vêm mostrando que a terapia neoadjuvante com imatinibe leva a redução do tamanho do tumor, melhorar as chances de ressecção cirúrgica completa e preservação da função esfinteriana baseado

nesses estudos, optou se por iniciar terapia com imatinibe (400mg/dia) por 8- 12 meses nossa paciente encontra-se no 6 mês de terapia com imatinib. tomografia de controle evidenciou redução do tamanho do tumor para 3,6 cm. Ao exame proctológico não a mais acometimento do anel anorectal.

#### **NEOPLASIA ATÍPICA DE CANAL ANAL**

AMORIN JUNIOR, A.C.; SCHLINZ, J.R. ; HAMADA, K.L. ; SOARES, M.B. ; CASTRO JUNIOR, PC ; FRAGA, LF; PAULO, F.L; MOREIRA, A.L.

*HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO -UERJ*

Resumo: No estudo de tumores pouco frequentes o melanoma anorectal é uma neoplasia rara com a possibilidade de simular uma doença anorectal, tornando o diagnóstico difícil. Tem baixos índices de cura e elevados índices de mortalidade em curto prazo. Nesse relato de caso descreveremos um melanoma de canal anal cuja interpretação por parte do paciente tratava-se de uma doença hemorroidária que exteriorizava às evacuações. Paciente s,m de s 51 anos, sexo feminino, negra, natural do ??, foi admitida no serviço de coloproctologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ, em maio de 2014, com queixa principal de evacuação com sangue há dois anos. Relatava também prolapso hemorroidário que, no início reduzia espontaneamente, evoluindo para redução digital com piora clínica e maior frequência dos sintomas, iniciou perda ponderal importante. Ao exame proctológico, (inspeção) lesão volumosa em margem anal, friável, bordas irregulares, sangrativa e dolorosa ocluindo 2/3 do canal anal (toque) observou-se uma lesão vegetante, de consistência fibro-elástica e pouco fixa que prolapsava do canal anal por sua margem, principalmente ao final das evacuações. Procedeu-se a anuscopia que evidenciou inúmeras lesões pigmentadas em toda a mucosa do canal anal, planas. A biópsia dessa lesão foi realizada de forma excisional, demonstrando se tratar de melanoma de canal anal infiltrando o reto o trabalho teve como objetivo apresentar e discutir as possibilidades terapêuticas para essa patologia.

#### **HELP - DESARTERILIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA COM LASER DOPPLER GUIADA - EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS**

PAULO BOARINI; CANDELARIA, PAP, BOARINI, L; BOARINI, M

H M DO TATUAPE/ H M ALEXANDRE ZAIO / SANTA CASA DE SAO PAULO

Resumo: A doença hemorroidária está associada a teoria de vascular de hiperfluxo causando dilatações nos plexos venosos hemorroidários. Essa nova técnica descrita utiliza uma fibra de laser diodo 980 nm, associada a um doppler para reconhecimento e posterior fotocoagulação das arteríolas terminais das artérias hemorroidárias. A profundidade de penetração pode ser regulada, assim como o tempo de exposição. São aplicadas 5 disparos de laser, a uma potência de 13 watts com duração de 1.2s cada e uma pausa entre os disparos de 0.6s causando constrição tecidual na profundidade de aproximadamente 5 mm. As arteríolas terminais da artéria hemorroidária superior, se precisamente identificadas, através de um sinal de

doppler, podem ser obliteradas com o uso do laser. Métodos: um proctoscópio especial com uma pequena janela é posicionado 3 cm da linha denteada. Através desta, introduzimos uma caneta de doppler, cuja função é identificar o fluxo dos ramos terminais das artérias hemorroidárias (normalmente de 8-12). É realizada rotação horária do proctoscópio, sendo estes ramos fulgurados progressivamente através da fibra ótica de laser. O procedimento não requer anestesia e pode ser realizado ambulatorialmente. Resultados: 55 pacientes entre 2011 à 2013, com hemorróidas de II e III graus cujo principal sintoma era sangramento, foram tratados por esta técnica. O procedimento mostrou ser sintomaticamente eficiente em 85% dos casos num seguimento de 6 meses. Sangramento pós operatório foi observado em 2 dos casos sendo resolvido clinicamente. Dor de pequena intensidade ocorreu em 3 casos sendo resolvido com analgésicos comuns. Nenhum caso requereu anestesia. Conclusões: o procedimento hemorroidário de laser help representa um novo tratamento miniinvasivo, não excisional, para pacientes que apresentam hemorróidas de segundo e terceiro grau, sem prolapso mucoso severo. Fotocoagulação das artérias hemorroidárias causam uma progressiva retração dos mamilos hemorroidários. Esse procedimento não requer anestesia, é tecnicamente fácil de realizar, pode ser repetido e pode ser realizado em regime ambulatorial.

#### **DESARTERILIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA COM LASER - DOPPLER GUIADA - HELP DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA - EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS**

PAULO BOARINI; GIAMUNDO, P; BOARINI, L; BOARINI, M

*HOSPITAL SANTO SPIRITO - BRA - ITÁLIA / HM TATUAPÉ / HM ALEXANDRE ZAIO - RESIDÊNCIA MÉDICA SUS - SP*

Resumo: Introdução: apresentamos um vídeo detalhado da técnica de desarterilização hemorroidaria com laser, doppler guiada - help, técnica já praticada na Europa, utilizada em hemorroidas de segundo e terceiro graus, sem prolapso severo, cuja queixa principal é o sangramento. Nesta técnica, não é necessário a utilização de anestesia. É realizada através de um probe especial, com uma janela adaptada para se identificar através de um caneta de doppler, o fluxo das arteríolas terminais da artéria hemorroidaria e posterior fotocoagulação com fibra ótica e laser diodo, modo pulsado. Repete-se este procedimento realizando esta técnica em rotação horária, a cada um dos pontos identificados (usualmente 8-12). faz-se a checagem posterior a cada coagulação, com o doppler a fim de demonstrar ausência de fluxo. Aproveitamos e mostramos nossa experiência de 3 anos (2011 - 2013), desde que treinamos na Itália com Dr Paolo Giamundo, com relato de 55 casos operados, em sistema de internação dia, com uma média de 4 horas de estadia hospitalar, baixo índice de complicações, tanto intra, quanto pós-operatória, com índices de satisfação acima dos 85% num seguimento de seis meses. Enfatizamos também que não se faz necessário o uso de anestesia, sendo um procedimento considerado inovador e ambulatorial.

#### **DESARTERILIZAÇÃO HEMORROIDARIA COM LASER - DOPPLER GUIADA - HELP - EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS**

PAULO BOARINI; BOARINI, L; CANDELARIA, PAP; BOARINI, M; MESQUITA, E

*HM TATUAPÉ / HM ALEXANDRE ZAIO / SANTA DE CASA DE SÃO PAULO*

Resumo: A doença hemorroidária está associada a teoria de vascular de hiperfluxo causando dilatações nos plexos venosos hemorroidários. Essa nova técnica descrita utiliza uma fibra de laser diodo 980 nm, associada a um doppler para reconhecimento e posterior fotocoagulação das arteríolas terminais das artérias hemorroidárias. A profundidade de penetração pode ser regulada, assim como o tempo de exposição. São aplicadas 5 disparos de laser, a uma potência de 13 watts com duração de 1.2s cada e uma pausa entre os disparos de 0.6s causando constrição tecidual na profundidade de aproximadamente 5 mm. As arteríolas terminais da artéria hemorroidária superior, se precisamente identificadas, através de um sinal de doppler, podem ser obliteradas com o uso do laser. Métodos: um proctoscópio especial com uma pequena janela é posicionado 3 cm da linha denteada. Através desta, introduzimos uma caneta de doppler, cuja função é identificar o fluxo dos ramos terminais das artérias hemorroidárias (normalmente de 8-12). É realizada rotação horária do proctoscópio, sendo estes ramos fulgurados progressivamente através da fibra ótica de laser. O procedimento não requer anestesia e pode ser realizado ambulatorialmente. Resultados: 55 pacientes entre 2011 à 2013, com hemorróidas de II e III graus cujo principal sintoma era sangramento, foram tratados por esta técnica. O procedimento mostrou ser sintomaticamente eficiente em 85% dos casos num seguimento de 6 meses. Sangramento pós operatório foi observado em 2 dos casos sendo resolvido clinicamente. Dor de pequena intensidade ocorreu em 3 casos sendo resolvido com analgésicos comuns. Nenhum caso requereu anestesia. Conclusões: o procedimento hemorroidário de laser help representa um novo tratamento miniinvasivo, não excisional, para pacientes que apresentam hemorróidas de segundo e terceiro grau, sem prolapso mucoso severo. Fotocoagulação das artérias hemorroidárias causam uma progressiva retração dos mamilos hemorroidários. Esse procedimento não requer anestesia, é tecnicamente fácil de realizar, pode ser repetido e pode ser realizado em regime ambulatorial.

#### **RELATO DE CASO: TROMBOSE PORTAL E ESPLENOMESENTÉRICA PÓS PROCTOCOLECTOMIA TOTAL + ILEOSTOMIA DEFINITIVA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**

ALINE POZZEBON GONÇALVES; JULIANA FORMETI ZANCO, LORENA REUTER MOTTA GAMA, TAUANA FERREIRA GONÇALVES, MAGALY GEMIO TEIXEIRA

*HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO*  
Resumo: Introdução: a doença inflamatória intestinal está associada a um aumento do risco de complicações vasculares tromboembólicas devido ao estado de hipercoagulabilidade, sendo uma importante causa de morbi-mortalidade nesses

pacientes. Durante as crises de atividade da doença o risco de tromboembolismo aumenta de 3,4% para 8,4%. A localização da doença também está relacionada ao maior risco de tromboembolismo: envolvimento colônico na Doença de Crohn e pancolite na retocolite ulcerativa. A trombose portal esplenomesentérica é um evento raro. Caso clínico T.L.S., 52 anos, sexo feminino, com diagnóstico de Doença de Crohn há 19 anos. Como antecedente mórbido pessoal, apresentou 4 tromboembolismos prévios (membro inferior direito em duas ocasiões, membro inferior esquerdo, membro superior esquerdo e veia jugular direita). Foi submetida a proctocolectomia total com ileostomia definitiva em junho de 2014 devido doença refratária ao tratamento convencional e terapia biológica. Foi utilizada bota pneumática durante a operação e no pós-operatório (p.o.), além de enoxaparina subcutânea no pós-operatório. Recebeu alta no 7º dia de p.o, evoluindo no 9º p.o com vômitos e dor abdominal difusa, com leve distensão abdominal e descompressão brusca negativa sendo reinternada. Realizou TC de abdome total que evidenciou distensão de alças de delgado e trombose do segmento posterior do ramo direito da veia porta e da junção esplenomesentérica e veia gastro-epilóica direita, sendo avaliada pela cirurgia vascular a qual indicou tratamento conservador com rivaroxaban 15mg 2x/dia. Paciente evoluiu bem clinicamente, recebendo alta em bom estado geral com acompanhamento ambulatorial com a cirurgia vascular. Conclusão: em comparação com a população geral, pacientes com doença inflamatória intestinal tem maior prevalência de tromboembolismo venoso e ocorre com maior frequência por cirurgia abdominal, sendo os anticoagulantes os pilares da terapia primária desta manifestação extra-intestinal. Apesar do desfecho clínico satisfatório da paciente acima, deve-se atentar a alta mortalidade que pode chegar a 50% dos casos, segundo algumas casuísticas.

#### **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS PÉLVICOS - ESTUDO EXPERIMENTAL EM CADÁVER**

VICTOR EDMOND SEID; FALAVIO HENRIQUE GALVÃO, SEGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO, ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI, DANIEL WAISBERG, JUN ARAKI, SERGIO CARLOS NAHAS, LUIZ AUGUSTO CARNEIRO D'ALBUQUERQUE  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA USP E UNIVERSIDADE DE TÓQUIO*

Resumo: O transplante de órgãos com a finalidade de preservar ou melhorar a qualidade de vida tem ganhado espaço desde as primeiras descrições de transplantes de face e membros, demonstrando grande benefícios aos pacientes. As lesões complexas da região perineal, assim como a perda propriamente dita ou funcional dos seus órgãos representam fator importante de perda de qualidade de vida, e as opções terapêuticas para estas condições são bastante restritas. O transplante de órgãos pélvicos, seguindo os conceitos de transplantes de tecidos compostos, tem sido estudado por nosso grupo em conjunto com outras instituições internacionais desde 2013, com o intuito de ofe-

recer uma nova opção terapêutica para as situações acima descritas. Este trabalho demonstra uma das etapas de nosso trabalhos, que é a técnica do transplante de órgãos pélvicos em cadáver.

#### **DOENÇA DE CROHN GRAVE REFRATÁRIA A ANTI-TNF**

RAFAEL FERRAZ DE SANTANA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES, NEOGÉLIA PEREIRA DE ALMEIDA, ANTONIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO, FLORA FORTES

*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn (DC) é uma patologia complexa, multifatorial, podendo acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal. Representando desafio terapêutico, estão as fístulas e manifestações perianais da dc, responsáveis por perda significativa da qualidade de vida. Os imunossupressores e terapia biológica são as medicações mais utilizadas. A resposta completa à terapia medicamentosa é variada, não ocorrendo fechamento da fistula em boa parte dos casos. Objetivo: relatar caso de dc grave refratária, com comportamento fistulizante, submetida à abordagem cirúrgica das fístulas perianais. Caso clínico: acs, 20 anos, feminina, história de diarreia com muco e sangue e sintomas perianais desde 2007. Colonoscopia compatível com colite de crohn; biópsias mostrando colite crônica com formação de granuloma, baar negativa, sorologias para hiv, hepatites b e c negativas, ppd não reagente, parasitológico de fezes normal. Paciente cortico-dependente, tentado azatioprina, suspenso por intolerância gástrica e eritema nodoso. Iniciado terapia biológica com infliximabe, sem resposta clínica completa mesmo após reajuste da dose. Modificada terapêutica para adalimumabe, com períodos de interrupção do tratamento por quadro infeccioso de repetição (bartolinite). Durante uso do adalimumabe cursou com resposta parcial do quadro diarréico, sem alterar evolução da doença perianal. Atualmente, a despeito da terapêutica, evolui com manutenção da diarreia e doença perianal, com aparecimento de fistula retovaginal. Rnm de pelve, evidencia trajetos fistulosos anorretais e fistula retovaginal. Retossigmoidoscopia mostra achados compatíveis com atividade da dc, subestenose de canal anal e orifício fistuloso 15 cm da borda anal. Avaliada pela coloproctologia, sendo submetida à abordagem cirúrgica das fístulas perianais com colocação de sedenho. Resultado: no momento segue em acompanhamento conjunto com gastroenterologia sob supervisão da doença perianal. conclusão: complicações perianais na dc podem ser de difícil manejo clínico, por vezes, necessária intervenção cirúrgica combinada. Este caso chama à atenção para a refratariedade aos agentes biológicos disponíveis e a necessidade de novas medicações com outras vias de atuação como as anti-integrinas. Conclui-se que o tratamento local, é importante para alívio da sintomatologia do paciente, postergando a realização de uma ostomia definitiva ou mesmo a realização de cirurgia mais radical como a proctectomia.

### **LEIOMIOSSARCOMA DE RETO - TERAPIA PALIATIVA - RELATO DE CASO**

JULIANA TEIXEIRA MACHADO; FABRICIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; ANDRÉ LUIGI PINCINATO; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS*

Resumo: Introdução: o leiomiossarcoma retal é um tumor raro, proveniente do músculo liso, correspondendo a 0,1 a 0,5% dos tumores retais com alta taxa de recidiva local. O tratamento é cirúrgico, e a quimio e radioterapia têm pouca efetividade. Relato do caso: paciente feminino, 54 anos, deu entrada em julho de 2010 com lesão pediculada e bocelada de reto médio, a 5 cm da borda anal (ba) com 3 cm de extensão. Submetida no mesmo mês à ressecção transanal da tumoração com diagnóstico patológico de leiomiossarcoma grau II de broders (c- kit negativo). Rnm de pelve de controle identificou nódulo sólido em mesorreto e parede póstero-lateral direita da vagina, sendo submetida à exérese da lesão vaginal pela equipe da ginecologia em abril de 2012, confirmando leiomiossarcoma. Nova rnm evidenciou espessamento do reto médio associado à linfonomegalia perirretal, sendo optada por cirurgia de Hartmann em agosto de 2012, que mostrou leiomiossarcoma em tecido adiposo pericólico, sem comprometer a mucosa colônica e linfonodos pericólicos livres de neoplasia. Evoluiu com nova recidiva em parede vaginal e no mesorreto, associado a um nódulo hepático e um pulmonar. Submetida à laparotomia exploradora em agosto de 2013, com tumoração pélvica de 12 cm irressecável, aderida a sacro e fossa obturatória direita. Encaminhada à oncologia que indicou terapia paliativa. Realizou radioterapia de 30/10/2013 a 13/12/2013, dose total de 5040 cgy em região pélvica. Rnm de abril de 2014 com lesão sólida com áreas centrais necróticas e liquefeitas infiltrando a parede da vagina e ocupando o espaço pararectal e reto-vaginal à direita, de 6,2 x 4,8 x 2,8 cm. Atualmente assintomática, porém com lesão vegetante mediana posterior a 5 cm da ba e coto retal a 9 cm, com tumoração extra-mucosa endurecida. Considerações: o tratamento do leiomiossarcoma é cirúrgico. Nos tumores recidivados a radioterapia paliativa para controle local da doença é pouco empregada. Os resultados são ruins e pouco conhecidos, já que a literatura é escassa. Até o momento, a paciente se mantém assintomática após radioterapia paliativa.

### **NA DOENÇA HEMORROIDÁRIA HÁ NECESSIDADE DE REALIZAR COLONOSCOPIA PRÉ-OPERATÓRIA?**

MARIANA SANO GAROTTI; FABRÍCIO DOIN PAZ DE OLIVEIRA, JULIANA TEIXEIRA MACHADO, MARCUS FÁBIO MAGALHÃES FONSECA, SABRYNA DE LACERDA WERNECK, GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS*

Resumo: Introdução: a doença hemorroidária é mais prevalente entre 30 e 60 anos e entre suas manifestações clínicas a exteriorização de sangue nas fezes está presente em até 83% dos paciente. A associação entre doença hemorroidária com

hematoquezia e câncer colorretal existe em até 2%. Objetivo: avaliar a necessidade da realização de colonoscopia para pacientes com queixa de hematoquezia em pré-operatório de hemorroidectomia. Materiais e métodos: estudo retrospectivo transversal, sendo selecionados pacientes aleatoriamente de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Foram divididos em dois grupos, um com 30 pacientes cujo critério de solicitação da colonoscopia foi hematoquezia com doença hemorroidária e outro grupo controle composto também por 30 pacientes selecionados aleatoriamente. Resultados: no grupo dos pacientes com doença hemorroidária foi observado predomínio do sexo masculino 18 pacientes (60%), maiores de 50 anos 21 pacientes (70%). Dos exames realizados 22 foram completos (73%) e sem alterações. As alterações encontradas foram doença diverticular em 3 casos, pólipos associados a doença diverticular em 1 caso, úlcera retal em 1 caso e 3 exames foram incompletos. O grupo controle mostrou resultados semelhantes exceto pela predominância do sexo feminino e pela identificação de 4 tumores colorretais. Conclusão: por ser um estudo transversal não se pode tirar conclusões definitivas, mas há indícios de que não há necessidade de ser realizado colonoscopia em pacientes com queixa de hematoquezia com doença orificial comprovado, porém um estudo longitudinal é imprescindível.

### **INTUSSUCEPÇÃO ILEOCECAL ASSOCIADO A TI-REOIDITE DE HASHIMOTO**

KAROLINA VENCIO FRAUZINO RAMOS; GUSTAVO TRAVAGLIA  
*HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE*

Resumo: A intussuscepção nos adultos representa apenas 5% de todos os casos de intussuscepção e é causa infrequente de obstrução intestinal nos adultos. Devido ao risco de patologias malignas e grande risco de processo patológico secundário, o tratamento cirúrgico é indicado. Relato de caso: Paciente 20 anos, sexo feminino, portadora de tireoidite de hashimoto, em tratamento com puran t4 25mg há 1 ano, foi admitida com quadro de dor abdominal difusa há 5 dias, associado a náuseas. Negava febre ou alteração de ritmo intestinal. Possui história de constipação intestinal crônica. No exame físico da admissão, notava-se massa palpável em fossa ilíaca direita, sem irritação peritoneal. Exames laboratoriais evidenciavam leucócitos de 12000. Rotina radiológica normal realizou tomografia de abdome com contraste evidenciando sinais de intussuscepção intestinal em íleo terminal. Foi submetida à laparotomia exploradora com achado de intussuscepção ileocolônica, sem linfonomegalias ou sinais de isquemia local. Realizado hemicolectomia direita com anastomose ileotransversa à barcelona. Paciente evoluiu no pós-operatório com melhora dos sintomas, recebendo alta hospitalar. O exame anatomopatológico da peça mostrou segmento de alças de íleo distal e ceco edemaciadas, com invaginação de segmento distal de íleo sob o ceco, compatível com intussuscepção. Discussão: A intussuscepção em adultos é causa rara de abdome agudo e em 90% dos casos,

está relacionado a causa anatômica. O diagnóstico se torna um desafio, uma vez que a tríade clássica de dor abdominal, massa palpável em fossa ilíaca direita e fezes sanguinolentas é encontrada em uma minoria dos pacientes. Dessa forma, na maioria dos pacientes, o diagnóstico é feito no intraoperatório. E, nesses casos a ressecção cirúrgica é recomendada, devido ao risco de patologia maligna. Nos casos em que o diagnóstico é estabelecido no pré-operatório e lesão benigna é bem estabelecida, pode-se tentar a redução para permitir uma ressecção mais limitada. Conclusão: Em caso de diagnóstico pré-operatório de intussuscepção, em que não haja condição maligna suspeitada, pode-se tentar conduta conservadora com redução por dilatação pneumática, no entanto, sua ressecção cirúrgica se torna mandatória em casos diagnosticados no intra-operatório ou nos casos duvidosos.

#### **ALTERNATIVA TÉCNICA DE SHAVE ASSOCIADO À RESSECÇÃO DISCOIDE (NOSE ANAL) EM ENDOMETRIOSE DO RETOSSIGMÓIDE EM DETRIMENTO À RESSECÇÃO SEGMENTAR**

UNIVALDO ETSUO SAGAE; GUSTAVO KURACHI, DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, TOMAZ MASSAYUKI TANAKA, VITOR MASSARO TAKAMATSU, CARLOS ALBERTO DE CARVALHO, RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA, MAURO WILLEMANN BONATTO  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO*

Resumo: Objetivo: Apresentar uma técnica alternativa de ressecção de lesão endometriótica no reto e extração de peças cirúrgicas via anal (nose) em pacientes com Endometriose do retossigmóide. Métodos: Estudo prospectivo envolveu 28 mulheres submetidas a tratamento cirúrgico da endometriose profunda a partir de janeiro de 2011 a dezembro de 2013, cujo envolvimento colorretal tinha sido avaliado por ressonância magnética e ultrassonografia retal tridimensional (US3D). Pacientes com envolvimento intestinal observado por US3D foram tratados com cirurgia videolaparoscópica. Disseca e isola-se a lesão do reto e é realizado a técnica de shave agressivamente. Em seguida introduz-se na parede anterior do reto com a lesão remanescente o grameador circular, introduzido por via endoanal. Resultados: A média de idade foi de 32,4 anos. O diâmetro médio estimado do nódulo observado por US3D foi de 1,8 cm. A cirurgia laparoscópica foi realizada em todos os pacientes, por uma equipe de ginecologistas e cirurgiões colorretais e o tempo cirúrgico médio foi de 155 minutos. Não foi observado complicações intraoperatórias e pós-operatórias. A técnica shave associado a ressecção discoide apresentou-se sem complicações e viável. Conclusões: A cirurgia de shave associada a ressecção discoide para endometriose profunda é factível e na opinião dos autores tem a vantagem de diminuir o tempo de operação, com menor morbidade em relação a ressecção segmentar e não houve necessidade de incisão abdominal.

#### **TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO NA DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA**

UNIVALDO ETSUO SAGAE; GUSTAVO KURACHI, DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, CARLOS ALBERTO DE CARVALHO, RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA, HELIN MINORU MATSUMOTO, IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO, TOMAZ MASSAYUKI TANAKA

*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

Resumo: Objetivo: apresentar o resultado do tratamento vídeo laparoscopia em pacientes com diverticulite aguda hinchey III. Método: pacientes, num total de 13, atendidos no serviço de urgência da gastroclínica cascavel nos últimos 15 anos com diagnóstico de abdome agudo com peritonite difusa, cujo diagnóstico etiológico de diverticulite aguda suspeita ou confirmada através de quadro clínico, exame pré-operatório, como raio x, ecografia, tomografia ou diagnóstico no intraoperatório. Dos 13 pacientes, 8 mulheres com idade média de 65 anos (53-78) e 5 homens com idade média de 53 anos (38-82), foram atendidos em 2 hospitais e 1 clínica gerenciada pela mesma equipe cirúrgica que dão atendimentos de urgência a estes serviços. Toda cirurgia inicia com anestesia geral e primeira punção aberta para colocação da câmera óptica e confirmação do diagnóstico de Hinchey III, e se é factível por videolaparoscopia. Foi padronizado com lavagem exaustiva da cavidade. Sutura do divertículo perfurado após reavivamento de bordas quando bem identificada. Drenagem ampla com dreno túbulo laminar e antibióticoterapia. Resultados: No tratamento videolaparoscópicos para diverticulite aguda, não houve óbito, 1 caso de reoperação no sétimo dia pós operatório devido a dor e persistência da fistula, 1 caso de abscesso residual que necessitou de drenagem sob punção, 1 caso de fistula que fechou espontaneamente no vigésimo dia. Em relação ao tempo hospitalização a média foi de 7 dias (5 – 18 dias), houve 2 casos de complicação tardia com recidiva de crises com abscesso hinchey II e 8 casos foram operados posteriormente para tratamento definitivo da doença diverticular por vídeo. Conclusão: O uso da vídeo laparoscopia para tratamento de diverticulite aguda hinchey III demonstrou um excelente resultado comparado a cirurgia tradicional aberta pela técnica de Hartmann com menores índices de complicações e dias de internamento.

#### **NOSE VAGINAL EM CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE DO RETOSSIGMÓIDE**

UNIVALDO ETSUO SAGAE; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, HELIN MINORU MATSUMOTO, IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO, LUCIA MATIKO TAKAMATSU SAGAE, GUSTAVO KURACHI, VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE, CARLOS ALBERTO DE CARVALHO

*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO*

Resumo: Objetivo: Apresentar as alternativas de técnicas de extração da peça cirúrgica pela vagina no caso de endome-

triose do retossigmóide em várias situações. Projeto: Estudo prospectivo envolveu 21 mulheres submetidas a tratamento cirúrgico da endometriose profunda a partir de janeiro de 2006 a setembro de 2013, cujo envolvimento colorretal como foi avaliado por ultrassonografia anorretal tridimensional. Pacientes com sintomas e endometriose envolvendo retossigmóide foram tratados por videolaparoscopia com equipe multidisciplinar. Métodos: Vinte e uma mulheres portadoras de lesões no reto e ou cólon sigmoide avaliada por ultrassonografia anorretal tridimensional (US 3D) envolvendo todas as camadas retais, foram incluídos neste estudo os pacientes que tinham indicação de ressecção segmentar colorretal. A equipe de ginecologia iniciava a cirurgia e realizava os procedimentos ginecológicos e mantinha o manipulador uterino. Posteriormente a equipe de proctologia composto por 3 cirurgiões procederam o tratamento intestinal iniciando com a corrida nos órgãos peritoneais para averiguar outras lesões e posteriormente a liberação e ressecção do retossigmóide com lesão por vídeo. As aberturas da parede vaginal foram feitas por via abdominal para extração da peça e colocação da ogiva do grampeador para a feitura da anastomose. Resultados: A idade média foi de 35,6 anos, tempo cirúrgico de total de 240 minutos e 180 minutos de tempo intestinal. Não houve fistulas, hemorragias, infecção, dispareunia. As margens foram livres de lesões e todas melhoram dos sintomas prévios de dores. 5 pacientes queixaram de alteração evacuatória temporariamente. Conclusões: O acesso vaginal tem a mesma função da mini incisão abdominal com vantagem de evitá-la e sua complicação como dor, estética e todas as complicações inerentes as incisões abdominais, como infecção, hematomas, hérnias e aderências. É um acesso consagrado pelos ginecologistas, viável e reprodutível, com a vantagem de não haver necessidade de incisão abdominal.

#### **NOSE VAGINAL EM TUMOR DE CÓLON DIREITO**

UNIVALDO ETSUO SAGAE; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, TOMAZ MASSAYUKI TANAKA, GUSTAVO KURACHI, HELIN MINORU MATSUMOTO, VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE, MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI, RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA *GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO, HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS*

Resumo: Objetivo: apresentar as alternativas de técnicas de extração da peça cirúrgica pela vagina no tumor de cólon direito evitando a incisão abdominal. Projeto: Estudo prospectivo envolveu sete mulheres submetidas a tratamento cirúrgico videolaparoscópico com tumor de cólon direito até sete centímetros medidos pela tomografia. Métodos: Estudo realizado com 7 pacientes do sexo feminino com adenocarcinoma de cólon direito avançado excluindo as lesões maiores de 7 centímetros e paciente com perineoplasia anterior. Após a dissecação, secção e anastomose do cólon direito e íleo terminal, faz-se a abertura do fundo de saco vaginal pelo acesso lapa-

roscópico em formato de t, coloca-se um saco plástico feito a capa que envolve o cabo de fibra óptica e coloca-se a peça dentro do saco e extrai pela vagina. O fechamento da vagina é feito por via peritoneal com fio inabsorvível. Resultados: A idade média foi de 71 anos, tempo cirúrgico de total de 160 minutos no total. Não houve fistulas, hemorragias, infecção, dispareunia. Todas evoluíram bem, tiveram pouca dor, sem necessidade de analgésico a base de morfina, alimentaram no primeiro dia de pós-operatório e alta hospitalar com média de 3 dias. Conclusões: O acesso vaginal para extração do tumor de cólon direito, tem nítida vantagem sobre a mini incisão abdominal por tratar-se de peça cirúrgica na maioria das vezes de grande tamanho, portanto evita as suas complicações inerentes as incisões abdominais, como infecção, hematomas, hérnias e aderências. A via vaginal é um acesso consagrado pelos ginecologistas, viável e reprodutível, com a vantagem de não haver necessidade de incisão abdominal.

#### **RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO PROSPECTIVO**

PAULO GUSTAVO KOTZE; RENATO VISMARA ROPELATO, JULIANA FERREIRA MARTINS, JAIME FONTANELLI, IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, LORETE MARIA DA SILVA KOTZE

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR*

Resumo: Introdução: recorrência endoscópica pós-operatória (rep) é evento comum após ressecções intestinais laparoscópicas na Doença de Crohn (DC). Há escassez de estudos prospectivos sobre o tema em pacientes Brasileiros. O objetivo deste estudo foi descrever prospectivamente as taxas de rep em uma série de casos de ressecções ileocólicas videolaparoscópicas por dc de forma preliminar, e correlacionar com o tratamento realizado para sua prevenção. Método: estudo prospectivo com portadores de dc submetidos a ressecções ileocólicas videolaparoscópicas. Foram incluídos todos os pacientes consecutivamente operados entre janeiro de 2010 e junho de 2014, provenientes de um único centro de referência, com protocolo de realização de colonoscopias pós-operatórias após 6 e 18 meses. As taxas de rep foram analisadas nas colonoscopias e correlacionadas com o tratamento realizado para sua prevenção. Os resultados foram compilados e descritos em forma de algoritmo de tratamento segundo o desenho do estudo. Resultados: no período do estudo, 22 pacientes foram submetidos a ressecções ileocólicas laparoscópicas. Destes, 3 foram excluídos por não realizarem a primeira colonoscopia após 6 meses da data da cirurgia. Dos 19 pacientes analisados (12 homens), a média de idade foi de 35,8 anos. Os fenótipos mais comumente observados foram a2 (n=12), l3 (n=14) e b2 (n=15). Destes, 17 utilizaram azatioprina (aza) após as ressecções e 2 não utilizaram nenhum tratamento, com 13 utilizando biológicos (9 ifx e 4 ada), em combinação com aza. Após seguimento médio de 28,63(8-72) meses, rep foi observada em

5/19 pacientes (26,31%) na colonoscopia de 6 meses, 4 dos quais utilizando biológicos. Apenas 10 pacientes realizaram a colonoscopia de 18 meses, com rep sendo observada em apenas 2 (20%), os quais já a apresentavam no controle endoscópico de 6 meses. Conclusões: rep foi observada em 26,31% dos pacientes após 6 meses, taxa compatível com a literatura internacional. A maioria dos pacientes com rep utilizava biológicos antes das operações, o que provavelmente significou maior gravidade da dc nesses casos. Os resultados preliminares deste estudo piloto prospectivo demonstram a importância de se delinear protocolos de seguimento para esses pacientes, para se otimizar a terapia baseada em achados colonoscópicos e reduzir as taxas de rep, com consequente melhor controle da doença.

#### **DOENÇA DE CROHN EM GÊMEOS MONOZIGÓTI-COS: ESTUDO DE CASO.**

JAIME FONTANELLI; RENATO VISMARA ROPELATO, RAFAELA MOLteni, PAULO GUSTAVO KOTZE  
SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR

Resumo: Objetivo: o objetivo deste pôster é analisar o caso de duas gêmeas monozigóticas que desenvolveram dc em idades diferentes e com formas fenotípicas iniciais distintas. Relato dos casos: uma das gêmeas teve diagnóstico aos 15 anos, com manifestação inicial de uma fissura anal extensa com acometimento da nádega. Colonoscopia demonstrou ulcerações aftóides no cólon, cujas biopsias revelaram o diagnóstico de dc. Manejada com infliximabe e azatioprina, com remissão clínica e fechamento da lesão anal. Após 2 anos de tratamento, reagudização da doença com pancolite severa e fistula reto-vaginal. Houve troca da terapia para adalimumabe e no momento apresenta-se assintomática. Após 3 anos do seu diagnóstico, sua irmã deu entrada no serviço com quadro de diarreia mucossanguinolenta e dor anal. Colonoscopia revelou pancolite compatível com o diagnóstico de dc, aos 18

Anos. Está atualmente no início do tratamento com retirada de corticóides e uso de azatioprina, com boa resposta clínica. Conclusões: neste estudo de casos, as gêmeas demonstraram diferente apresentação clínica inicial, mas o acometimento de todo o cólon esteve presente em ambas. Apesar da importância dos fatores genéticos, existem fatores ambientais ainda desconhecidos que interferem na expressão fenotípica da doença. Na grande maioria dos relatos da literatura, gêmeos monozigóticos com doença inflamatória intestinal apresentam o mesmo tipo, distribuição, curso clínico, resposta ao tratamento e manifestações extraintestinais da doença. No entanto, o diagnóstico costuma ocorrer em momentos diferentes.

#### **ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O INFLIXIMABE E O ADALIMUMABE NA PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS NA DOENÇA DE CROHN: RESULTADOS DO BANCO DE DADOS INTERNACIONAL MULTIPER**

PAULO GUSTAVO KOTZE; FABIO VIEIRA TEIXEIRA, IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, ROGERIO SAAD-HOSSNE, ANTONINO SPINELLI, SILVIO DANESSE, AKIHIRO YAMADA, TAKAYUKI YAMAMOTO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), YOKKAICHI IBD UNIT, HOSPITAL HELIOPOLIS, UNESP BOTUCATU, CLÍNICA GASTROSAUDE, SAKURA HOSPITAL, INSTITUTO HUMANITAS

Resumo: Introdução: o adalimumabe (ada) e o infliximabe (ifx) parecem mais eficazes na redução da recorrência endoscópica pós-operatória (rep) na Doença de Crohn (DC), em relação ao tratamento convencional. Há escassez de dados comparativos entre essas duas drogas nesse cenário. O objetivo deste estudo foi comparar as taxas de rep em pacientes tratados com ifx e ada após ressecções ileocólicas na dc. Método: o banco de dados multiper (multicenter international postoperative endoscopic recurrence) é uma análise retrospectiva de taxas de rep após ressecções ileocólicas, proveniente de 7 centros de referência de 3 diferentes países. Todos os pacientes consecutivamente submetidos a ressecções ileocólicas entre 2008 e 2012 que tiveram colonoscopias realizadas em até 12 meses após as cirurgias foram incluídos. Pacientes tratados com terapia convencional foram excluídos. Rep foi definida como score de rutgeerts  $\geq$  i2. Pacientes em terapia biológica após a cirurgia foram alocados em 2 grupos, em relação aos medicamentos utilizados (ifx e ada). as taxas de rep foram comparadas entre os dois grupos. A análise estatística foi realizada com os testes de fischer e qui-quadrado (variáveis nominais) e pelos testes t de student e mann-whitney (variáveis quantitativas), com  $p < 0.05$  considerado significativo. Resultados: inicialmente foram analisados 231 pacientes (63 excluídos por falta de dados e por realizarem a primeira colonoscopia após 12 meses). Dos 168 pacientes incluídos, 96 foram manejados com biológicos após as ressecções (37 com ada e 59 com ifx) e foram incluídos neste estudo comparativo. Os grupos foram totalmente homogêneos em relação a todas as características de base, principalmente idade ( $p=0.282$ ), gênero ( $p=0.521$ ), ressecções prévias ( $p=0.392$ ), dc perianal ( $p=0.262$ ) e mono ou comboterapia ( $p=0.521$ ). Rep foi identificada em 9/37 (24.32%) dos pacientes tratados com ada estudo comparativo entre o infliximabe e o adalimumabe na prevenção da recorrência endoscópica pós-operatória após ressecções ileocólicas na Doença de Crohn: resultados do banco de dados internacional multiperversus 16/59 (27.12%) no grupo tratado com ifx ( $p = 0.815$ ). Conclusões: nesse estudo internacional retrospectivo, não houve diferença na comparação direta entre a utilização do ifx e do ada em termos de taxas de rep.

#### **A LOCALIDADE DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS INFLUENCIA NAS TAXAS DE RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA APÓS RESSECÇÕES ILEOCÓLICAS NA DOENÇA DE CROHN? RESULTADOS DE UM ESTUDO MULTICÊNTRICO INTERNACIONAL (MULTIPER DATAB)**

PAULO GUSTAVO KOTZE; TAKAYUKI YAMAMOTO, IDBLAN ALBUQUERQUE, RODOLFF NUNES DA SILVA, ROGERIO SAAD-HOSSNE, FABIO VIEIRA TEIXEIRA, YASUO SUZUKI, ANTONINO SPINELLI  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), YOKKAICHI IBD UNIT, HOSPITAL HELIOPOLIS, UNESP BOTUCATU, CLÍNICA GASTROSAUDE, SAKURA HOSPITAL, INSTITUTO HUMANITAS*

Resumo: Introdução: recorrência endoscópica pós-operatória (rep) ocorre em um percentual significativo de pacientes um ano após ressecções ileocólicas. Diversos aspectos influenciam nas taxas de rep, principalmente tipo de tratamento e características fenotípicas da Doença de Crohn (DC). Há escassez de dados comparativos de diferentes regiões do mundo em relação à recorrência endoscópica. O objetivo deste estudo foi comparar taxas de rep em pacientes tratados em 3 diferentes países. Método: o banco de dados multiper (multicenter international postoperative endoscopic recurrence) é uma análise retrospectiva de taxas de rep após ressecções ileocólicas, proveniente de 7 centros de referência de 3 diferentes países. Todos os pacientes consecutivamente submetidos a ressecções ileocólicas entre 2008 e 2012 que tiveram colonoscopias realizadas em até 12 meses após as cirurgias foram incluídos. Os pacientes do banco de dados foram alocados em 3 grupos, pelo país em que foram tratados. As taxas de rep foram comparadas entre os grupos. A análise estatística foi realizada com os testes de fisher e qui-quadrado (variáveis nominais) e pelos testes t de student e mann-whitney (variáveis quantitativas), com  $p < 0.05$  considerado significativo. Os métodos de kruskal-wallis e anova foram utilizados na comparação entre os 3 grupos, com análise multivariada com regressão logística para recorrência. Resultados: dos 168 pacientes incluídos, 72 foram tratados no Brasil, 53 no Japão e 43 na Itália. Os grupos foram homogêneos, à exceção pela duração da dc ( $p = 0.002$ ), ressecções prévias ( $p < 0.001$ ) e dc perianal ( $p = 0.004$ ). Rep foi identificada em 31.94% dos pacientes tratados no Brasil (b), 37.74% dos tratados no Japão (j) e em 13.95% dos manejados na Itália (i). Na comparação direta: b vs. I:  $p = 0.036$  (or: 2.89; 95% ci: 1.06–7.89); j vs. I:  $p = 0.012$  (or: 3.74; 95% ci: 1.33–10.51) and j vs. B:  $p = 0.501$  (or: 1.29; 95% ci: 0.61–2.73). Na análise multivariada, utilizando pacientes tratados na Itália como referência pacientes tratados no Brasil e Japão apresentaram maior risco de recorrência (or = 2.37 and or = 2.31, respectivamente). Conclusões: no banco de dados multiper, pacientes tratados na Itália apresentaram menores taxas de rep quando comparados aos tratados no Brasil e no Japão. Dados internacionais prospectivos em relação a rep poderiam elucidar potencial influência de fatores genéticos, dietéticos e ambientais no manejo pós-operatório da dc.

**COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA DOS AGENTES ANTI-TNF ISOLADOS OU EM COMBINAÇÃO COM AZATIOPRINA NA PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA ENDOSCÓPICA PÓS-OPERATÓRIA NA DOENÇA DE CROHN: RESULTADOS DE UM ESTUDO INTERNACIONAL (MULTIPER DATABASE)**

PAULO GUSTAVO KOTZE; ANTONINO SPINELLI, SILVIO DANESE, ROGERIO SAAD-HOSSNE, IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE, FABIO VIEIRA TEIXEIRA, IVAN FOLCHINI DE BARCELOS, TAKAYUKI YAMAMOTO

*HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU (PUCPR), INSTITUTO HUMANITAS, CLÍNICA GASTROSAUDE, UNESP BOTUCATU, HOSPITAL HELIOPOLIS, YOKKAICHI IBD UNIT*

Resumo: Introdução: recorrência endoscópica pós-operatória (rep) ocorre em aproximadamente 80% dos pacientes após ressecções ileocólicas na Doença de Crohn (DC). Agentes biológicos são mais eficazes na redução da rep em relação ao tratamento convencional em estudos prospectivos. O objetivo deste estudo foi avaliar se a superioridade da comboterapia (agentes anti-tnf + azatioprina – aza), em comparação com o uso isolado de biológicos, em relação às taxas de rep após ressecções ileocólicas, seria confirmada em uma análise multicêntrica e retrospectiva. Método: o banco de dados multiper (multicenter international postoperative endoscopic recurrence) é uma análise retrospectiva de taxas de rep após ressecções ileocólicas, proveniente de 7 centros de referência de 3 diferentes países. Todos os pacientes consecutivamente submetidos a ressecções ileocólicas entre 2008 e 2012 que tiveram colonoscopias realizadas em até 12 meses após as cirurgias foram incluídos. Rep foi definida como score de rutgeerts  $\geq i2$ . Os pacientes manejados com terapia biológica foram alocados em 2 grupos: monoterapia com os mesmos ou comboterapia com aza. As taxas de rep foram comparadas entre os dois grupos. A análise estatística foi realizada com os testes de fisher e qui-quadrado (variáveis nominais) e pelos testes t de student e mann-whitney (variáveis quantitativas), com  $p < 0.05$  considerado significativo. Resultados: dos 168 pacientes incluídos, 96 foram manejados com biológicos após as ressecções (59 manejados com monoterapia e 37 com comboterapia) e foram incluídos neste estudo comparativo. Os grupos foram homogêneos em relação à idade ( $p = 0.150$ ), gênero ( $p = 0.830$ ), ressecções prévias ( $p = 0.284$ ) e tipo de biológico utilizado (ada ou ifx,  $p = 0.521$ ). Havia maior duração da dc no grupo de comboterapia em relação ao tratado com monoterapia (108 vs. 64 meses,  $p = 0.030$ ). Per foi identificada em 22.03% (13/59) dos pacientes no grupo monoterapia versus 32.43% (12/37) dos tratados com comboterapia ( $p = 0.340$ ). Conclusões: na análise retrospectiva do banco de dados internacional multiper, a terapia combinada com biológicos associados à azatioprina não foi superior à monoterapia com biológicos na prevenção da rep após ressecções ileocólicas na dc. Estudos maiores e prospectivos são necessários para melhor se elucidar um plausível efeito sinérgico entre imunossupressores e biológicos no cenário da prevenção da recorrência.

**USO PRÉ-OPERATÓRIO INTENCIONAL DO ADALIMUMABE NA DOENÇA DE CROHN: EXPERIÊNCIA INICIAL**  
PAULO GUSTAVO KOTZE; RENATO VISMARA ROPELATO, JAIME FONTANELLI, ERON FABIO MIRANDA, LORETE MARIA DA SILVA KOTZE  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (SECOHUC) - PUCPR*



Resumo: Introdução: o uso prévio de agentes biológicos parece não aumentar as taxas de complicações clínicas e cirúrgicas após cirurgias abdominais na Doença de Crohn (DC). Pacientes com extensas massas inflamatórias, com indicação cirúrgica, podem apresentar significativa dificuldade intra-operatória pelo edema, possibilidade de ressecções extensas e maior possibilidade de sangramento. O objetivo deste estudo foi avaliar se o uso intencional do adalimumabe (ada) no pré-operatório com o propósito de redução de massas abdominais inflamatórias é estratégia segura no manejo da dc. Método: estudo retrospectivo com portadores de dc abdominal que apresentaram massas abdominais com indicação cirúrgica, manuseados com terapia biológica pré-operatória intencional. Foram excluídos casos com abscessos abdominais ou infecção secundária, e casos em que cirurgias eletivas foram realizadas na vigência do tratamento biológico ocasionalmente. Resultados: em uma coorte de 56 pacientes portadores de dc tratados com ada, foram incluídos dois pacientes em que o uso da medicação foi realizado intencionalmente no pré-operatório, com o intuito de redução das dimensões das massas inflamatórias para se facilitar o ato cirúrgico. Caso 1: paciente feminina, com 34 anos, portadora de massa inflamatória no íleo terminal com cerca de 16 cm à tomografia, associada a estenose. Tratada com ada 160/80 mg com manutenção de 40 mg a cada 14 dias por 3 meses. Submetida posteriormente a ressecção ileocólica com anastomose primária, sem complicações pós-operatórias. Caso 2: paciente masculino, com 38 anos, apresentava massa inflamatória de cerca de 13 cm na topografia de anastomose ileocecal prévia, com compressão do músculo psoas. Tratado com o mesmo regime de indução e manutenção com ada, por um período de 90 dias, e posterior ileocectomia direita por estenose. Evolução sem complicações pós-operatórias imediatas ou tardias. Conclusões: pacientes submetidos a tratamento cirúrgico com ressecções intestinais por dc e previamente expostos ao ada parecem não apresentar maiores taxas de complicações. O uso intencional pré-operatório de agentes biológicos com o intuito de se reduzir massas inflamatórias para facilitar o ato cirúrgico é estratégia inovadora, e pode ser utilizada em casos selecionados em portadores da dc. Estudos prospectivos com amostras maiores de pacientes são necessários para melhor se definir o papel dessa terapêutica em casos complicados da doença.

#### **APLICATIVO “CIRURGIAS COLORRETAIS” PARA SÉRIES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

MAURO PINHO; WILLIAM COUTINHO HILBIG, LEANDRO ROSIN, GIOVANI MENEGUZZI DE CARVALHO, GABRIELLY DE ARAUJO, ALINE SANTIAGO, LUIS CARLOS FERREIRA, HARRY KLEINUBING JR.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE E DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVILLE

Resumo: A evolução do conhecimento sobre as doenças e respostas ao tratamento depende da análise de grandes séries de pacientes, requerendo para isto a organização de bases de

dados padronizadas e de fácil acesso. Com o desenvolvimento dos recursos digitais, e, em particular, através do armazenamento de dados on line (“na nuvem”), isto tornou-se possível, em especial após a disseminação de dispositivos móveis com acesso à internet como telefones celulares, tablets ou notebooks. Objetivo: desenvolvimento de um aplicativo baseado em um formulário eletrônico especialmente preparado para registrar as informações mais relevantes sobre casos de pacientes submetidos a cirurgias colorretais. Método: após a elaboração do referido formulário, foi este incluído em um aplicativo capaz de permitir consultas e alterações a cada um dos casos inseridos, assim como possibilitar a qualquer momento relatórios para análise da casuística. Além disto, foi ainda incluída uma função que permite a formação voluntária de séries coletivas, possibilitando a construção de grandes estudos multicêntricos baseados em dados padronizados. Resultados: após o desenvolvimento e publicação do aplicativo, a inserção de um grande número de casos de cirurgias colorretais para testar seus diferentes recursos demonstrou que estes funcionaram de forma adequada, possibilitando sua disponibilização gratuita para os usuários interessados nesta forma de organização de sua casuística.

#### **RECONSTRUÇÃO LAPAROSCÓPICA DO TRANSITO INTESTINAL APÓS CIRURGIA DE HARTMANN**

FLAVIO ROBERTOS SANTOS E SILVA; YURI YAMANE DIAZ, SANTIAGO CIRILO SERVIN, GIANCARLO SOUZA MARQUES, KILSON MARTINS COELHO, AUDRAN LARDINER ALVES DE OLIVEIRA, RODRIGO ALMEIDA BATISTA, MANOEL DE CASTRO SILVA NETTO  
INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELLO

Resumo: Introdução: a cirurgia de Hartmann consiste na realização de uma colostomia terminal e o fechamento do coto distal do intestino grosso, geralmente o reto. Essa técnica, inicialmente descrita no início do século xx, objetiva diminuir a mortalidade relacionada à deiscência das anastomoses colorretais primárias. A técnica de reconstrução laparoscópica vem sendo usada com segurança desde o início da década de 90, e seu emprego tem diminuído as taxas de morbimortalidade relacionadas à cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal por via laparotômica. Objetivo: análise dos resultados obtidos em cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal pela técnica de reconstrução laparoscópica. Método: análise dos resultados de 11 cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal por via laparoscópica, em pacientes pós-cirurgia de Hartmann, em hospital especializado. Resultados: dos casos dos pacientes submetidos à cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal por via laparoscópica, 7 eram de pacientes do sexo feminino, o tempo médio das operações foi de 132 minutos, o tempo médio de internação hospitalar foi de 5,5 dias e a dieta reintroduzida em média 24 horas após a conclusão da operação. A retirada da sonda vesical aconteceu após uma média de 10 horas após a operação. Houve 2 conversões em virtude de aderências firmes aumentando a dificuldade do procedimento,

houve uma lesão térmica de intestino delgado solucionada por sutura laparoscópica. Nesta amostra houve um caso de deiscência anastomótica necessitando de reintervenção cirúrgica. Conclusão: o acesso laparoscópico pode ser usado com segurança, estando associado há uma menor quantidade de complicações pós-operatórias. A maior parte dos pacientes operados eram mulheres. A reconstrução laparoscópica apresentou menor tempo em relação à via laparotômica, bem como um tempo menor de internação hospitalar. A técnica de reconstrução laparoscópica também permite uma reintrodução precoce da dieta. A realização de punções laterais facilita o acesso da cavidade, evitando as aderências e permitindo uma laparoscopia segura, apresentando-se, portanto, como uma opção segura.

#### **MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL – EXPERIÊNCIA INICIAL**

FLAVIO ROBERTOS SANTOS E SILVA; YURI YAMANE DIAZ, SANTIAGO CIRILO SERVIN, GIANCARLO SOUZA MARQUES, KILSON MARTINS COELHO, AUDRAN LARDINER ALVES DE OLIVEIRA, DANILO DALLAGO DE MARCHI, FRANCISCO RAUL SANTOS TEÓFILO

*INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELLO*

Resumo: Introdução: desenvolvida em 1983 por gerhard buess, consiste em uma técnica cirúrgica minimamente invasiva para a ressecção de tumores retais selecionados, a microcirurgia endoscópica transanal, hoje, tem destacada redução da morbimortalidade e aumento da qualidade de vida pós cirurgia, sendo uma importante alternativa para ressecções impossíveis por colonoscopia. Objetivo: demonstrar a técnica de microcirurgia endoscópica transanal, demonstrar a utilização de pinças curvas que visam facilitar a realização do procedimento e relatar a experiência inicial em serviço de referência em são luís, ma. Método: descrição da experiência inicial de microcirurgia endoscópica transanal, realizada no período de 2013 a 2014, em serviço de referencia em são luís, ma. Resultados: em um total de quatro pacientes submetidos à microcirurgia endoscópica transanal, dois eram do sexo masculino e a idade variou entre 56 e 70 anos. Dois tiveram estadiamento t0, um tis e outro t1. Todos tiveram dois dias de tempo de internação, sem intercorrências, com margens livres e fizeram uso de kefazol por 48 horas. O procedimento cirúrgico foi realizado com pinças de apreensão e porta agulhas curvas que facilitaram as manobras cirúrgicas. Conclusão: a microcirurgia transanal endoscópica mostrou-se uma excelente ferramenta no tratamento dos tumores retais selecionados, evidenciando pelo baixo tempo de internação e ausência de intercorrências, resultando em um melhor prognóstico e melhor qualidade de vida ao paciente durante o tratamento para estes estadiamentos (tis, t0 e t1). O uso de pinças curvas especialmente desenvolvidas para este procedimento facilitam a cirurgia,

#### **PLAQUETOSE NA NEOPLASIA COLORRETAL DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA**

ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA; DANILO TOSHIO KANNO, LARA KOYANGI TAGLIARI, CIRO

CARNEIRO MEDEIROS, RONALDO NONOSE, ENZO FABRICIO RIBEIRO DO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: a literatura mostra que pacientes com neoplasia colorretal que apresentavam plaquetose no pré-operatório apresentavam menor sobrevida no pós-operatório. Sasaki et al demonstraram que no cancer colorretal, a plaquetose, correlaciona-se diretamente com a agressividade do tumor, através da análise do tamanho do tumor, grau de invasão na parede, índice de linfonodos acometidos e metástases a distância. Ainda assim, há quem defenda que não existe correlação com a sobrevida dos pacientes a elevação das plaquetas. Objetivo: estudar os pacientes operados no serviço de coloproctologia do hospital universitário são francisco no período 2011 a 2012 submetidos a cirurgia oncológica colorretal, e, avaliar os casos que apresentaram plaquetose e compará-los as e sobrevida destes. Resultados: foram estudados 60 pacientes submetidos a cirurgia colorretal por neoplasia. A ordem de apresentação dos tumores foi: reto (16), transição retossigmóide (25), cólon esquerdo (2), transversos (4), sincrônico (1), cólon direito (9). Dentre todos os 57 casos, 9 casos apresentaram plaquetose, sendo destes: reto (3), retossigmóide (2) cólon esquerdo (1), colón transversos (1) e cólon direito (2). A maioria dos casos de plaquetose apresentaram sobrevida inferior a 8 meses, sendo as causas de morte: tromboembolismo (1), coagulopatia (3), fistula (1) e pneumonia (2). Discussão: evidenciou-se uma correlação com menor sobrevida nos pacientes com plaquetose, porém não se identificou prevalência em um segmento específico colônico. A literatura mundial mostra-se ainda controversa quanto a inversa proporção das plaquetas dos pacientes com neoplasia colorretal no pré-operatório e sua sobrevida. Em nossa revisão, os dados obtidos corroboram em parte com os autores que advogam que a sobrevida é inferior nos pacientes com trombocitose.

#### **PROTECTOMIA ENDOSCOPICA TRANSANAL (TA-ETM): UMA NOVA ABORDAGEM PARA EXCIÇÃO TOTAL DO MESORETO.**

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

*HOSPITAL SANTA IZABEL SALVADOR - BAHIA*

Resumo: Introdução: o câncer colorretal é um serio problema de saúde publica. Em 1982, Heald conseguiu reduzir a mortalidade com a padronização da excisão total do mesoreto. O uso da microcirurgia endoscópica transanal surgiu para proporcionar ressecções de tumores de reto como método minimamente invasivo. Com a associação do TEO a ETM foi possível desenvolver uma nova abordagem para ETM. Técnica cirúrgica: iniciado procedimento pelo tempo perineal com o aparelho de teo. Introdução do sistema TEO, exposição da lesão com incisão circunferencial entre 2 e 4cm da margem distal do tumor apos confecção de sutura em bolsa com fechamento do coto retal. Apos procede a dissecação pela porção posterior até a fâscia

avascular pré-sacral, completando a dissecação circunferencial do mesorreto até atingir a reflexão peritoneal. Após essa etapa realizado uma laparoscópica com utilização de três trocateres, feito a mobilização do ângulo esplênico e ligadura da artéria mesentérica inferior bem como confecção de uma ileostomia protetora. O espécie cirúrgico é retirado pela via transanal continuando o procedimento com uma anastomose coloanal. O resultado cirúrgico tratou-se de um adenocarcinoma PT1N0M0 com 23 linfonodos livres de doença. Conclusão: novas tecnologias surgem e quando bem aplicadas devem ser utilizadas para o melhor tratamento do paciente. A TAETM tem se mostrado factível segura e pratica devendo novos estudos serem realizados para validar melhor essa abordagem.

### **COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DE DUHAMEL POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

JOSE RAIMUNDO BAHIA SAPUCAIA FILHO; PAULO MARCELO PIRES BASTOS, CARLOS RAMON MENDES, RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA, HEITOR LIMA MEDEIROS  
*CLÍNICA DR JOSE BAHIA SAPUCAIA*

Resumo: Introdução: a doença de hirschprung (dh) ou megacolon congênito caracteriza-se pela ausência de células gangliônicas no plexo submucoso e mioentérico. É uma importante causa de obstrução intestinal em neonatos e megacolon em crianças e adultos. Sua incidência é de cerca de 1:5000 nascidos vivos. A constipação crônica é a principal queixa na consulta clínica e o diagnóstico é definido através da confirmação anatomopatológica. O tratamento é cirúrgico e uma das técnicas mais difundidas atualmente é a Técnica de Duhamel por videolaparoscopia objetivo: relatar três complicações pós operatórias decorrentes da cirurgia de duhamel por videolaparoscopia em um serviço de salvador. Resultados: nos 18 casos de cirurgia de duhamel por videolaparoscopia, que compõem a casuística do serviço, ocorreram pelo menos uma complicação em 3 pacientes. Dentre as complicações observadas temos: a deiscência de sutura mecânica realizada com grampeador laparoscópico linear no coto retal, deiscência de anastomose no colo retal com grampeador circular, e volvo de delgado, com tração e deiscência de parte da anastomose colorretal. Conclusão: concluiu-se que temos que ter atenção na adequação da carga utilizada para o fechamento do coto retal e na anastomose colorretal, considerando-se a espessura tecidual de um colo dilatado, hipertrófico, como os observados na aganglionose.

### **AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM ALTA PRECOCE APÓS PROCEDIMENTO DE CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCOPICA**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA, LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERRIERA, RICARDO AGUIAR SAPUCAIA  
*HOSPITAL SANTA IZABEL*

Resumo: A cirurgia colorretal laparoscópica está associada à redução nos dias de internação hospitalar além de retorno precoce às atividades, menor dor pós- operatório e melhor

resultado estético. Este trabalho tem o objetivo de mostrar a experiência do serviço de coloproctologia do Hospital Santa Izabel – Salvador/BA, nos casos de paciente submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica com alta hospitalar dentro das primeiras 48h pós-operatórias. Método: estudo retrospectivo onde foram avaliados os prontuários dos paciente submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica e que receberam alta em até 48h de pós-operatório no período de abril/2010 a julho/2014. Resultados: foram encontrados 78 paciente com alta até 48 horas de pós- operatório, sendo que em 10 pacientes a alta foi nas primeiras 24h. Nenhum paciente recebeu preparo de cólon no pós-operatório. Em todos os pacientes foi liberada dieta líquida no pós-operatório imediato, o que funcionou com estímulo e facilitou a evolução no pós-operatório. A média de idade dos pacientes foi de 54 anos, sendo semelhante nos dois grupos (24 e 48 horas de pós-operatório). Com relação ao sexo, a maioria dos paciente era do sexo feminino com 63%. A principal cirurgia realizada foi a retossigmoidectomia em 69% dos casos, sendo que em 62,8% dos casos o diagnóstico pré-operatório era de neoplasia maligna. Não houveram complicações pós-operatórias que levassem esses paciente a necessidade de reinternação hospitalar ou reoperação. Conclusão: em pacientes selecionados como no caso da nossa série a alta hospitalar pode ser precoce, dentro das primeiras 24-48h de pós-operatório, com segurança e sem aumentar a morbimortalidade cirúrgica.

### **TRATAMENTO CIRURGIÃO DE FISTULA COLOVESICAL APÓS USO DE DIU**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; RICARDO SILVA TORRES, JOSE LUCIANO SIMOES FERREIRA VITAL FILHO, LUCINANO SANTANA DE MIRANDA FERRIERA, RICARDO AGUIAR SAPUCAIA, MEYLINE ANDRADE LIMA  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE*

Resumo: Introdução: A fistula colovesical é muito comum nos pacientes com diverticulite sendo responsável por 71% das fistulas. Doença de Crohn, neoplasia benigna ou maligna, radioterapia ou trauma são as principais responsáveis pelas outras causas. Objetivo: Relatar uma apresentação incomum da fistula colovesical, Relato de caso: trata-se de uma paciente sexo feminino 40 anos que refere queixa de disúria há 4 meses e com quadro de fecalúria a 3 meses. Avaliado pela urológica que notou apresentar um sumario de urina “sujo” e ao realizar sondagem evidencia de resíduos fecais. Paciente nega comorbidades previas, relato de uso de diu a 9 anos porem engravidou 1 ano apos a instalação do diu. Submetido a histeroscopia para retirada do diu no período não sendo localizado. G4P4A0. Com 3 partos simples e um cesário. Realizado uretrocistografia que evidenciou fistula vesico – retal e presença de diu em topografia de bexiga. Avaliado pela coloproctologia que realizou colonoscopia onde se demonstrou orificio fistuloso em colon sigmoide a 30cm da borda anal. Refere que a 6 dias começou a cursar com dor abdominal e disúria importante eliminando o diu ao urinar. Foi submetida a laparoscopia para

tratamento cirúrgico onde se evidenciou aderências pélvicas. Desfeito as mesmas e identificado fistula colon vesical em região do sigmoide com o fundo da bexiga. Isolado o trajeto e realizado grampeamento do trajeto e correção da fistula. Realizado cistoscopia com lavagem da bexiga e visualização do orifício fistuloso sem escape para cavidade. Evolui bem a paciente tendo alta no 1 dia pós operatório sem queixas. Conclusão: O tratamento cirúrgico videolaparoscópico tem se mostrado seguro e eficiente no tratamento das fistula colonvesical conforme demonstrado no caso acima.

#### **RELATO DE CASO: ACHADOS SUGESTIVOS DE MESENTERITE ESCLEROSANTE EM PÓS OPERATÓRIO DE COLECTOMIA TOTAL POR DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON**

MARIANA OKINO MITUO; CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, MARIO ANTONIO FERRARI, RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP*

Resumo: Introdução: mesenterite esclerosante representa um processo inflamatório primário idiopático de fibrose que acomete o mesentério. Geralmente afeta homens entre a quinta e a sétima década de vida. Sintomas mais comuns são dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso, febre e até pacientes assintomáticos. Mais de 50% apresentam massa abdominal palpável. O diagnóstico é baseado no achado radiológico associado a biópsia para excluir malignidades e outras patologias que acometem o mesentério. O tratamento deve ser individualizado baseado nos sintomas, complicações e comorbidades. Relato de caso: mulher, 86 anos, em seguimento ambulatorial com histórico de colectomia total com ileorreto anastomose em maio de 2000, por enterorragia e lesão estenosante em sigmóide devido a doença diverticular do cólon. Manteve em acompanhamento com queixas de diarreia e dor abdominal esporádica, mal definida, principalmente em hipocôndrio esquerdo. Apresentava ultrassonografias de abdome e endoscopia digestiva alta (eda) desde o pré operatório, datando de 1999 a 2010, sem achados relevantes. Em consulta há 6 meses apresentou ao exame físico massa palpável, indolor, de cerca de 8 cm de diâmetro em hipogastro. Negava dor abdominal. Solicitado exames complementares. Tomografia de abdome total com achado de densificação de gordura mesentérica em região epigástrica desviando antero-superiormente o estômago, medindo 116 x 76 mm, englobando vasos mesentéricos. Redução focal do calibre da artéria mesentérica superior. A possibilidade de mesenterite esclerosante deve estar entre os diagnósticos diferenciais. Na eda observou-se no estômago abaulamento com mesma coloração da mucosa, compressão extrínseca, em região de transição esfago gástrica que se estende pela pequena curvatura até incisura angularis. Em retorno ambulatorial de abril e junho de 2014 manteve-se sem queixa algica e com melhora parcial da diarreia em uso de loperamida. Discussão: o diagnóstico de mesenterite es-

clerosante é firmado no achado radiológico e histopatológico, encontrado geralmente em pacientes com histórico de cirurgia prévia e trauma. Nesse caso, apresentamos uma paciente em pós operatório tardio de colectomia total que apresentou imagem tomográfica sugestiva desse diagnóstico. Devido a paciente se apresentar assintomática e idade avançada foi optado por não realização de biópsia.

#### **DETECÇÃO DE PÓLIPOS EM COLONOSCOPIAS REALIZADAS POR RESIDENTES DE COLOPROCTOLOGIA COMPARANDO-SE ÀQUELAS REALIZADAS POR ENDOSCOPISTAS EXPERIENTES**

LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; DECIO BERGAMINI VIEIRA, BARBARA IGNEZ SCHIAVENIN, LARISSA CHAVES NUNES DE CARVALHO, RICARDO BOLZAM-NASCIMENTO, SANDRA PEDROSO DE MORAES, GUSTAVO SEVA-PEREIRA, JOAQUIM JOSE OLIVEIRA FILHO  
*HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI*

Resumo: Introdução: a colonoscopia é um dos principais procedimentos diagnósticos das afecções colorretais e faz parte do aprendizado obrigatório do coloproctologista em formação. A detecção de pólipos e outras lesões do cólon durante a colonoscopia implica, entre outros fatores, na experiência do examinador. Objetivo: avaliar se existe diferença na detecção de pólipos quando comparados os exames realizados pelo residente de coloproctologia, sob supervisão, e aqueles realizados por endoscopistas experientes. Método: foram avaliados laudos de colonoscopias de 78 pacientes examinados por endoscopistas com mais de 5 anos de experiência (endo) e 60 pacientes examinados por residentes de coloproctologia (resid), sob supervisão de um preceptor coloproctologista, entre fevereiro e maio de 2014. Resultados: foram encontrados pólipos em 27 pacientes examinados pelo grupo endo (34,61%) e em 20 pacientes examinados pelo grupo resid (33,33%). A presença de pólipos em mais de um segmento cólico examinado foi encontrada em 10 dos pacientes do grupo endo (12,82%) e em 7 dos examinados pelo grupo resid (11,7%). A média de idade dos pacientes examinados foi de 60,7 anos no grupo endo e 57,51 anos no grupo resid. A principal indicação para realização do exame foi rastreamento para câncer colorretal em ambos os grupos. Conclusão: não houve diferença estatística no presente estudo na detecção de pólipos entre as colonoscopias realizadas por residentes de coloproctologia em formação, sob supervisão, e endoscopistas com mais de 5 anos de experiência em colonoscopia. Os resultados obtidos, mesmo com um número ainda reduzido de casos avaliados, podem indicar que colonoscopias realizadas por médicos residentes em formação, desde que com a devida supervisão, oferecem segurança semelhante aos exames realizados por endoscopistas experientes na detecção de pólipos colorretais.

#### **ASCITE QUILOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; DECIO BERGAMINI VIEIRA, TAMIRIS ARRUDA DE MATOS INGRUND,

WENDY YUMIE RAUSCHKOLB KATSUDA ITO, SANDRA PEDROSO DE MORAES, GUSTAVO SEVA-PEREIRA, RICARDO BOLZAM DO NASCIMENTO, JOAQUIM JOSE DE OLIVEIRA FILHO  
HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI

Resumo: Relato de caso: paciente feminina, 30 anos, encaminhada ao serviço de coloproctologia do hospital municipal mario gatti por recidiva pélvica após ressecção de adenocarcinoma de sigmóide em junho de 2013. Anatomopatológico t3n0(6)m0. Realizou adjuvância. Encontrava-se em bom estado geral, nutrida e sem alterações no exame físico. Foi submetida à cirurgia radical, com ligadura de vasos mesentéricos inferiores, linfadenectomia para aórtica com exérese da recidiva tumoral e ressecando-se cólon descendente. No décimo dia pós operatório a paciente apresentou ascite quilosa, realizando drenagem de líquido com aspecto leitoso e com triglicérides 890 mg/dl. Foi refazendo ascite, necessitando paracenteses a cada cinco dias para conforto respiratório, de aproximadamente 850 ml/dia. Introduzida nutrição parenteral total e mantido jejum. Na segunda semana foi diminuindo a frequência das paracenteses. Na terceira semana foi realizada nova paracentese encontrando-se líquido ascítico com aspecto citrino e sem triglicérides. Durante a internação apresentou quadro séptico por ascite quilosa é definida como fistula linfática rica em lipídeos, com nível de triglicérides maior que 1000mg/dl ou 2 a 8 vezes maior que o nível plasmático e volume drenado superior a 200ml/dia. Esta complicação é mais frequente quando se realiza linfadenectomia retroperitoneal, descrita em aproximadamente 1:20000 pacientes operados. Causa pouca irritação peritoneal e tem sintomatologia pouco expressiva. O diagnóstico é feito pelo aspecto macroscópico e pela bioquímica. Em razão da baixa frequência desta complicação não existe tratamento padronizado. Sugere-se dieta com baixa ingestão de gordura e alta ingestão de proteínas ou triglicérides de cadeia média e realização de paracenteses quando necessário. A nutrição parenteral total também é indicada para redução da produção linfática nas áreas onde existe drenagem, enquanto a oferta de calorias ao paciente é mantida. Quando a produção de linfa excede a 1 litro/dia, durante os primeiros cinco dias, o mais provável que trata-se de uma lesão de correção cirúrgica.

#### **MUCOSA GÁSTRICA HETEROTÓPICA DE INTES- TINO DELGADO EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, KARLA COSTA FERREIRA, PEDRO COSTA MOREIRA, GEANNA MARA LINO REZENDE, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉLIO MOREIRA JUNIOR

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS; INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA

Resumo: A mucosa gástrica heterotópica (mgh) foi relatada pela primeira vez por schmidt no esôfago. Posteriormente foi descrita em outros locais do trato gastrointestinal. Wolff publi-

cou uma série com 87 casos de mgh no tubo digestivo, 15 dos quais envolvendo o duodeno. Maior incidência nas 2 primeiras décadas de vida. A sua gênese permanece desconhecida. Estudos recentes sugerem que pode ocorrer em consequência da desregulação dos genes homeobox promovido por fenômenos de inflamação local e não ser, necessariamente, resultado da deslocação epitelial durante o desenvolvimento fetal. Wolff subdividiu os pacientes em dois subgrupos a mgh congênita e a adquirida. Na congênita as localizações mais frequentes são esôfago, duodeno e divertículo de meckel, com mucosa fúndica completamente diferenciada. Na adquirida a ectopia está em áreas de lesões inflamatórias em regeneração, mais comuns no jejuno e íleo. As formas de apresentação clínica são variáveis, com obstrução intestinal, intussuscepção, hemorragia digestiva, perfuração e degeneração maligna. O diagnóstico é fundamentalmente histológico. O tratamento é a ressecção do segmento que contenha a mgh. Relato de caso: ambc, feminino, 33 anos, em tratamento para Doença de Crohn com mesalazina e azatioprina desde 2004 após abdome agudo obstrutivo, onde foi realizado estenoplastia em áreas de estenose de jejuno e íleo, com biópsias com processo inflamatório crônico. Iniciado tratamento com infliximabe após novos episódios de suboclusão intestinal, devido novas áreas de estenose em íleo, com remissão dos sintomas. em 2007 suspendeu o uso do biológico e manteve-se oligossintomática, até 2013 há 6 meses iniciou quadro de diarreia crônica, dores abdominais, vômitos, com piora progressiva. Calprotectina fecal de 531 mcg/g. Colonoscopia normal até o ceco sem avaliação do íleo terminal. Enterotomografia com alças intestinais de espessura normal, com grande quantidade de líquido no seu interior. Submetida a cirurgia em março de 2014, com enterectomia envolvendo 3 áreas de estenose de íleo distal e uma estenoplastia em estenose de jejuno. biópsias com ectopia de mucosa tipo gástrica com glândulas de aspecto pilórico e mucosa oxíntica, com lesão ulcerada em atividade adjacente a área de estenose, sendo esse aspecto mais observado em mgh congênita. Conclusão: trata-se de condição rara, que deve ser lembrada no diagnóstico diferencial de pacientes portadores de condições inflamatórias crônicas que apresentem complicações.

#### **NOVOS CONCEITOS SOBRE A FISIOPATOGENIA DA RETOCELE: ASPECTOS ANATOMO-MECÂNICOS DO ASSOALHO PÉLVICO DURANTE O ESFORÇO EVACUATÓRIO**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PAULA CRHYSTINA CANEDO DE ALMEIDA LEITE, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, ANA PAULA TEIXEIRA MOREIRA, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS; INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA

Resumo: As retoceles representam a causa mais comum de obstrução de saída do assoalho pélvico em mulheres. Entretan-

to, nem todas as retoceles diagnosticadas precisam ser cirurgicamente tratadas. Estudos que permitem a avaliação dinâmica do ato evacuatório ajudaram a compreender os mecanismos envolvidos na fisiopatogenia dessa anormalidade, sendo a cinedefecografia, cinedefecorressonância e a ultrassonografia tridimensional de canal anal os métodos mais comumente empregados. Sabe-se, por dados epidemiológicos, que alguns fatores estão associados a uma maior prevalência dessa doença como o sexo feminino, idade mais avançada, multiparidade e a histerectomia. Estudos recentes puderam demonstrar que a fragilidade tecidual no septo retovaginal tem início no canal anal superior, região anatômica já naturalmente desprovida de musculatura esfínteriana, e portanto mais susceptível a sofrer estiramento tecidual durante o esforço evacuatório. Trata-se portanto de uma anorretocele. Por meio de um vídeo ilustrativo animado associado a outros vídeos reais de pacientes submetidos a cinedefecorressonância, os autores puderam demonstrar a importância mecânica do útero durante o esforço evacuatório, os motivos pelo qual a histerectomia determina o surgimento e/ou agravamento da retocele, e os eventuais efeitos que as diversas opções cirúrgicas tem sobre essa alteração anátomo-mecânica do assoalho pélvico.

#### **POLIPOSE JUVENIL CURSANDO COM DESNUTRIÇÃO GRAVE E ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**

ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; KARLA COSTA FERREIRA, CINARA DOURADO PEREIRA CORREIA SANTOS, NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARAES, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, PAULA CRHYSTINA CAETANO DE ALMEIDA LEITE, HÉLIO MOREIRA JUNIOR, LEONEL REIS LOUSA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS*

Resumo: A síndrome da polipose juvenil (spj) é uma doença rara de herança autossômica dominante, desencadeada por mutações no gene *smad4/dpc4*. Incidência de aproximadamente 1/100.000 nascimentos. São múltiplos pólipos hamartomatosos localizados no cólon e reto, e em menor frequência no estômago e delgado, manifesta-se na infância e pode degenerar. Caso clínico: f.s.s., 16 anos, feminino, com diarreia crônica há 4 anos, astenia, anemia, perda ponderal (10kg = 23% peso corporal), com episódios de prolapso de pólipos ao evacuar. Nos últimos meses vem apresentando enterorragia com queda da hematimetria e edema de MMII. Mãe com antecedente de lesões polipoides no cólon (sem investigação complementar), prima (materna) com polipose intestinal. Admitida em fevereiro/ 2013, desnutrida, com índice de massa corpórea (imc) < 16, astenia, fraqueza, hipocorada e enterorragia. Hemoglobina de 5,4 e hematócrito de 18,6. Eda e ultrassom sem alterações. Colonoscopia: presença de múltiplos pólipos em ceco, cólon ascendente, transverso, descendente, e incontáveis pólipos pediculados e sésseis no sigmoide e reto; ileoscopia normal. Histologia evidenciando pólipos hiperplásicos, sem sinais de malignidade. Realizado ileostomia em alça para desvio do trânsito intestinal em março de 2013 e suporte nutricional. Submetida à cirurgia de proctocolectomia total com

reservatório ileal em fevereiro/2014 após completa recuperação nutricional (imc >18), e reconstrução do trânsito intestinal após 4 meses estando atualmente em excelente estado geral. Discussão: as principais recomendações para os pacientes portadores da spj são a monitorização para sangramento retal, anemia, dor abdominal, constipação, diarreia ou alterações das fezes. Colonoscopia e endoscopia digestiva alta devem ser realizadas em pessoas sintomáticas a partir dos 15 anos de idade, anualmente até a não identificação de novos pólipos; posteriormente, o intervalo estende-se para cada três anos. O tratamento da síndrome consiste na realização de endoscopias para a remoção de todos os pólipos detectáveis no cólon e reto e no restante do trato gastrointestinal. Conclusão: na presença de grande número de pólipos no cólon, recomenda-se a realização de colectomia total com anastomose ileorretal. Se o reto estiver muito acometido recomenda-se proctocolectomia total com reservatório ileal. O tratamento visa à diminuição do risco para a ocorrência de neoplasias e recuperação de quadro nutricional para desenvolvimento físico adequado.

#### **TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN EM TERAPIA BIOLÓGICA**

ÉLIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES, PEDRO COSTA MOREIRA, GEANNA MARA LINO REZENDE, JOFFRE REZENDE FILHO, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, RANIERE RODRIGUES ISAAC, HÉLIO MOREIRA JUNIOR  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS; INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE GOIÂNIA*

Resumo: A tuberculose (tb) é uma grande preocupação em pacientes com doenças auto- imunes crônicas sob terapia com biológicos. Caso clínico: koah, feminino, 33anos, com Doença de Crohn (DC) desde os 21 anos. Pai também tem Doença de Crohn; iniciou o tratamento com corticoide, azatioprina e mesalazina. Após 7 anos evoluiu com episódios de suboclusão intestinal, tratados clinicamente; enterotomografia com áreas de inflamação associadas a estenose em jejuno-íleo. Em 2012, novos episódios de suboclusões; enterotc com espessamento de íleo proximal e 4 áreas de estenoses com dilatação a montante de segmentos de íleo e jejuno. Mantido mesalazina 2,4g e azatioprina 100mg/dia. Reiniciou após 8 meses quadro de diarreia, sangramento e dor abdominal; pcr 19, calprotectina fecal > 1800 mg/g;reintroduzido corticoide e solicitado protocolo para adalimumabe, com ppd negativo; iniciado biológico em janeiro de 2013. Em abril de 2013 internou com quadro de dor abdominal e desnutrição grave. TC de abdome com ileocolite, adenomegalias e ascite volumosa. Submetida a colectomia direita com ressecção de 50 cm de íleo. Diagnóstico histopatológico de tb intestinal. Realizado tratamento específico com isoniazida e rifampicina por 6 meses; até hoje sem tratamento para dc e permanece assintomática. Em junho de 2014 apresenta diarreia ocasional, ganho de 10 quilos; calprotectina fecal de 139 mg/g. Distinguir a dc de tb intestinal em áreas endêmicas é um desafio já que ambas as condições têm

sobreposição clínica, radiológica, endoscópica e características histológicas semelhantes. A elevada taxa de tuberculose latente pode conferir um risco considerável de reativação uma vez que a terapia para a dc é estabelecida. Os sinais clínicos são inespecíficos e incluem dor abdominal, alterações do trânsito intestinal, febre, perda ponderal, ascite e sangramento gastrointestinal. O aumento do risco de desenvolver tb traz uma grande preocupação com a terapia anti-tnf, pois o tnf é responsável por formar o granuloma e conter a doença. O ponto de corte habitual do ppd em populações com vacinação bcg disseminada é de 10 mm. Entretanto, nos pacientes com dc recebendo terapia anti-tnf, um ppd negativo não exclui tb latente. Pacientes com dc têm uma elevada incidência de anergia ao ppd e, portanto, sugere-se a profilaxia da tb para pacientes com ppd > 5mm, imunossuprimidos e que vivam em áreas endêmicas de tb. Casos de reativação da doença estão sendo diagnosticados a despeito dos protocolos de profilaxia.

#### **AVALIAÇÃO ELETROMANOMÉTRICA DE PACIENTES COM QUADRO CLÍNICO DE INCONTINÊNCIA FECAL** DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ETSUO SAGAE

*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*  
Resumo: Objetivo: Avaliação de pacientes com queixas clínicas de incontinência fecal utilizando a eletromanometria anorretal de 8 canais. Métodos: Estudo realizado no período de janeiro de 2013 a junho 2014 com 35 pacientes (5 homens e 30 mulheres) provenientes do ambulatório de coloproctologia do Hospital São Lucas (Cascavel/Pr) portadores de incontinência fecal com escore de jorge et al. (1999) com pontuação de 7 a 20. Os pacientes foram avaliados retrospectivamente usando eletromanometria anorretal. As variáveis analisadas foram pressão de repouso, de contração e presença ou ausência de relaxamento ao esforço evacuatório (anismus). O aparelho utilizado foi um com sistema de 8 canais de água perfundido (Dynapack MPX 816, Dynamed). Concedeu-se um período de 5 minutos para que o paciente se adaptasse à sonda e se conseguisse gravações de linha de base estável antes das medições, as quais serão obtidas. Resultados: A média da pressão de repouso foi de 28,4 mmhg (10-67), enquanto que a de contração foi de 72,68 mmhg (26-165). Vinte e sete (77,1%) pacientes apresentaram hipotonia esfíncteriana de repouso e 28 (80%) hipotonia esfíncteriana de contração. Cinco (14,3%) pacientes apresentaram normotonia esfíncteriana de repouso e 6 (17,1%) normotonia esfíncteriana de contração. Nenhum paciente apresentou hipertonia esfíncteriana de repouso e 2 (5,7%) hipertonia de contração. Seis (17,1%) apresentaram sensibilidade retal alterada e quatorze (40%) com capacidade alterada. A incidência de anismus foi de 82,85% (29) pacientes. Dentre os pacientes, 17 (48,6) foram submetidos a, pelo menos, 1 parto vaginal e 4 (11,4) pacientes, a pelo menos 1 cirurgia orifical. Conclusão: A avaliação de pacientes portadores de incontinência fecal através da

eletromanometria anorretal demonstrou que a média da pressão esfíncteriana anal em paciente com queixas de incontinência fecal é abaixo do limite da normalidade e a incidência de anismus é considerável, o que auxilia ao médico escolher qual melhor tratamento para esse grupo de pacientes.

#### **AVALIAÇÃO ELETROMANOMÉTRICA DE PACIENTES COM QUADRO CLÍNICO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL** DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ETSUO SAGAE *GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

Resumo: Objetivo: avaliação de pacientes com queixas de constipação intestinal utilizando a eletromanometria anorretal de 8 canais. Métodos: Estudo realizado no período de janeiro de 2013 a junho 2014 com 222 pacientes (209 mulheres e 13 homens) provenientes do ambulatório de coloproctologia do hospital são lucas (cascavel/pr) portadores de constipação intestinal com escore de agacham et al. (1999) com pontuação > 6,0. Eles foram avaliados retrospectivamente usando eletromanometria anorretal. As variáveis analisadas foram pressão de repouso, de contração e presença ou ausência de relaxamento ao esforço evacuatório (anismus). O aparelho utilizado foi um com sistema de 8 canais de água perfundido (dynapack mpx 816, dynamed). Concedeu-se um período de 5 minutos para que o paciente se adaptasse à sonda e se conseguisse gravações de linha de base estável antes das medições, as quais serão obtidas. Resultados: A média de idade foi 38,77 anos (16-66). A média da pressão de repouso foi de 55,6 mmhg (13-106) e de contração 130,2 mmhg (33-244). Quarenta (18%) pacientes apresentaram hipotonia esfíncteriana de repouso e 45 (20,3%) hipotonia esfíncteriana de contração. Cento e quarenta e quatro (64,9%) pacientes apresentaram normotonia esfíncteriana de repouso e 149 (67%), normotonia esfíncteriana de contração. Trinta e cinco (15,8%) pacientes apresentaram hipertonia esfíncteriana de repouso e 28 (12,6%) hipertonia de contração. Vinte apresentaram sensibilidade retal alterada e cinquenta com capacidade alterada. A incidência de anismus foi de 70,27% (156) pacientes. Trinta (13,5%) foram submetidos a, pelo menos, 1 parto vaginal e 19 (8,6%), a pelo menos 1 cirurgia orifical. Conclusão: A avaliação de pacientes portadores de evacuação obstruída através da eletromanometria anorretal demonstrou hipotonia esfíncteriana e incidência de anismus considerável. Esses dados favorecem na escolha da melhor abordagem terapêutica no grupo de pacientes com evacuação obstruída sem queixas de incontinência fecal.

#### **DOENÇA DE CROHN E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, UNIVALDO ETSUO SAGAE, DAYANE ALBA CHIUMENTO, LARRISA SOKOL ROTTA, FABIANO TAKAARI EMORI, JOCELITO RUHNKE, CARLOS FLORIANO DE MORAIS  
*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS*

*GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, INSTITUTO DE RADIOLOGIA CASCAVEL, LABORATÓRIO APC*

Resumo: Objetivo: demonstrar por videoretossigmoidectomia Doença de Crohn em um paciente portador de lúpus eritematoso sistêmico (les). Relato de caso: w. S. J., sexo masculino, 27 anos, portador de les há 5 anos, procurou o serviço com dor periumbilical de forte intensidade, febre (39°C), astenia, inapetência e perda de 10kg há 2 semanas, associada a dor lombar tipo cólica e distensão abdominal. Presença de vômitos que evoluíram para hematêmese, associada à alteração do hábito intestinal, episódios de distensão abdominal, constipação e cólicas, sem relação com alimentação e sem diarreia. Submetido à endoscopia digestiva alta (esofagite erosiva intensa) e à angiotomografia (vasculite mesentérica de pequenas artérias, sem sinais de perfuração), evoluindo bem com tratamento clínico (dexametasona 1mg e ciprofloxacino), tendo alta hospitalar. Desde então, passou a apresentar quadros de dor abdominal, cólicas com tenesmo, fezes afiladas e saídas de muco e sangue nas fezes. Após vários atendimentos no p.s. com melhora dos sintomas temporariamente, foi avaliado com colonoscopia (sem progressão do aparelho por subestenose de reto superior) e com tomografia computadorizada de abdome. Decidiu-se, então, por submetê-lo a videolaparoscopia. Os achados intraoperatórios foram de abscesso pélvico, bloqueado pelo sigmoide, por sobre o reto superior com estenose do mesmo. Foi realizado videoretossigmoidectomia com anastomose primária e ileostomia de proteção. Os achados anatomo-patológicos foram: processo inflamatório inespecífico, transmural, compatível com Doença de Crohn. Foi realizado fechamento de ileostomia após 8 semanas. Paciente evoluiu bem, atualmente apresenta-se assintomático. No momento está em uso de azatioprina 100mg e metotrexate devido ao quadro de les. Conclusão: a dc e o les são consideradas doenças sistêmicas com resposta imune anormal, que dependem da interação entre genes de suscetibilidade e fatores ambientais. Embora muitas doenças autoimunes possam coexistir no mesmo paciente, o diagnóstico concomitante de dc e les é uma situação rara e um desafio diagnóstico e terapêutico para o médico. No caso de um paciente com diagnóstico de les desenvolver sintomas gi, a hipótese de DII deve ser considerada. Sendo assim, se faz necessário um elevado nível de suspeição para correto diagnóstico e abordagem terapêutica adequada.

#### **AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DE PACIENTES PORTADORES DE EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, KARINA CORRÊA EBRAHIM, UNIVALDO ETSUO SAGAE

*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

Resumo: Objetivo: Avaliação de pacientes portadores de evacuação obstruída através da ultrassonografia anorretal tridimensional. Métodos: Estudo realizado no período de janeiro

de 2012 a junho 2013 com 128 pacientes provenientes do ambulatório de coloproctologia do Hospital São Lucas (Cascavel/PR) portadores de evacuação obstruída com escore de constipação de agachan et al. (2006) com pontuação > 6,0. Eles foram avaliados retrospectivamente usando ultrassonografia anorretal 3D dinâmica (ecodefecografia). As variáveis analisadas foram as disfunções do assoalho pélvico posterior (retocele, intussuscepção retal, contração paradoxal ou não-relaxamento do músculo puborretal) e lesão do esfíncter. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: com lesão esfíncteriana (grupo I (GI): 58 mulheres e 1 homem) e sem (grupo II (GII): 58 mulheres e 1 homem). Resultados: A média de idade do GI foi 60,45 anos (31-89) e do GII 51,92 anos (26-82) (p<0.005). Trinta e sete (62,7%) pacientes do GI e 27 (39,7%) do GII tinham tido pelo menos 1 parto vaginal e 13 (22%) do GI e 28 (41,11%) do GII, pelo menos uma cirurgia orificial. Retocele foi evidenciada em 43 (72,8%) pacientes do GI e 48 (70,5%) do gii, intussuscepção em 19 (32,7%) do GI e 20 (29,4%) do GII e anismus em 25 (43,1%) do GI e 33 (48,5%) do gii. Do gi, 5 (8,7%) pacientes apresentaram lesão do esfíncter anal interno (eai) e 49 (84,4%) do esfíncter anal externo (EAE). Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à retocele, intussuscepção, partos vaginais e cirurgias orificiais, no entanto, não foi observado diferença em relação à anismus. Conclusão: A avaliação de pacientes portadores de evacuação obstruída através da ultrassonografia anorretal tridimensional demonstrou que o grupo de pacientes portadores de lesão esfíncteriana anal apresentou significativamente maior incidência de partos vaginais, retocele e intussuscepção. Com isso, o cirurgião deve avaliar anatomicamente os pacientes portadores de evacuação obstruída candidatos a cirurgia. Não houve diferença entre a incidência de anismus em ambos os grupos.

#### **LINFOMA COLÔNICO EM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA; GUSTAVO KURACHI, ANDRESSA MIDORI FUSIOKA, LARRISA SOKOL ROTA, DAYANE ALBA CHIUMENTO, UNIVALDO ETSUO SAGAE

*GASTROCLÍNICA CASCAVEL, FACULDADE ASSIS GURGACZ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ*

Resumo: Objetivo: relatar o caso de uma paciente com Doença de Crohn (DC) que evoluiu com linfoma colônico. Relato de caso: paciente do sexo feminino, 63 anos, com queixa principal de diarreia, sem muco e sem sangramento, associada a cólicas abdominais intensas e tenesmo. Evacua aproximadamente 10 vezes ao dia, sendo que a evacuação não tem relação com a alimentação. Há história de perda de 10kg em 3 meses. Em tratamento de anemia crônica com hematologista. Paciente com histórico de DII não tratada e colectomia há 10 anos devido à linfoma no cólon. Procedeu-se com colonoscopia com múltiplas biópsias, evidenciando colite intensa com pólipos com áreas de ulcerações descobertas por fibrina compatível com dc. Como conduta, foi iniciado



azatioprina e mesalazina. Após 10 meses, paciente manteve quadro de anemia com piora do quadro de diarreia e com desnutrição importante. Devido ao quadro clínico, foi decidido por uma colectomia total com ileorretoanastomose com ileostomia com achado histológico posterior com linfoma. Seguiu tratamento com quimiorradioterapia com excelente evolução. Conclusão: a imunossupressão prolongada nas DII é um reconhecido fator de risco para o desenvolvimento de doenças linfoproliferativas, entretanto esse caso torna-se relevante uma vez que a paciente em questão não fazia tratamento imunossupressor para controle da doença. Sendo assim, o linfoma desenvolvido relaciona-se à DII e não ao esquema terapêutico recomendado.

#### **LIPOMA RETAL GIGANTE MIMETIZANDO PROLAPSO RETAL - RELATO DE CASO**

CARLOS EDUARDO; DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR, BERNADO ROSA E SOUZA, RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA, LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI, EMERSON ABDULMASSIH WOOD DA SILVA, AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO, GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

Resumo: Introdução: lipomas do intestino grosso são lesões incomuns. Na maioria das vezes causam sintomas inespecíficos e ocasionalmente localizam-se no reto, o que pode gerar dúvida diagnóstica com prolapso retal simples. Na maioria das vezes são únicos e predominam no cólon direito, sendo mais encontrados no ceco. Ocorrem mais no sexo feminino, na quinta e sexta décadas de vida. Os lipomas sintomáticos são de importância clínica pelas implicações diagnósticas e terapêuticas advindas desse diagnóstico. Objetivo: este relato de caso descreve um paciente com massa retal prolapsada tratado cirurgicamente, cujo diagnóstico foi lipoma retal e tem como objetivo relatar um caso ocorrido no nosso serviço, e sua rara forma de apresentação clínica. Métodos: paciente j.f.n., 82 anos, sexo masculino, raça negra, foi atendido no serviço de coloproctologia da universidade federal do triângulo mineiro com história que há 3 anos vinha apresentando prolapso de massa retal aos esforços físicos associado a dificuldade evacuatória. ao exame proctológico mostrou-se com tumoração volumosa prolapsando pelo ânus gerando dificuldade técnica do exame e dúvida diagnóstica quanto sua etiologia. com este quadro foi indicado tratamento cirúrgico, onde o paciente foi submetido a novo exame proctológico na sala cirúrgica sob raquianestesia e evidenciado tumoração polipóide, pediculada e prolapsando pelo ânus, de aproximadamente 10 x 10cm, de consistência fibro-elástica. Foi então submetido a ressecção da tumoração via retal e enviado material para estudo anatomopatológico onde confirmou o diagnóstico de lipoma subseroso. Conclusão: lipomas retais são raros, por isso o exame proctológico cuidadoso e a excisão cirúrgica para excluir demais diagnósticos diferenciais torna-se importante no tratamento dessas afecções.

#### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDRADENITE SUPURATIVA PERIANAL POR EXCIÇÃO EM MONOBLOCO: RELATO DE CASO**

DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR; LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI ; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO ; EMERSON ABDULMASSIH WOOD DA SILVA ; AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO; GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

Resumo: Introdução: a hidradenite supurativa é doença inflamatória crônica e recidivante da pele e tecido celular subcutâneo, em áreas do corpo com glândulas sudoríparas apócrinas. representa um relevante problema médico-social, pois impõe aos pacientes sofrimento intenso, alterando o equilíbrio psicológico, familiar e profissional. Em sua grande maioria esta presente no períneo, região glútea e escrotal. O tratamento cirúrgico é importantíssimo pois a afecção compromete a qualidade de vida de um indivíduo que na maioria das vezes está no seu período de maior produtividade. Objetivo: este trabalho vem relatar um caso de hidradenite supurativa com tratamento cirúrgico proposto de excisão em monobloco, e tem por objetivo nortear uma possível conduta atualizada para pacientes com esta afecção. Métodos: paciente r.h.f., 31 anos, sexo feminino, raça negra, foi encaminhada ao serviço de coloproctologia da universidade federal do triângulo mineiro com diagnóstico prévio por biópsia de hidradenite supurativa em região perianal, axilar e mamária. relata que em um período de 4 anos foram realizados inúmeros tratamentos com vários antibióticos e sendo submetida a várias drenagens de abscessos sem obter uma resolução definitiva do quadro. entre as queixas principais do paciente está a saída constante de secreção purulenta nas regiões afetadas, mal cheiro e os prejuízos sociais e funcionais. ao exame da região perianal apresentava cordões e placas fibrosas associado a orifícios de fistulas crônicas em todos quadrantes perianal estendendo até região glútea e alguns pontos com drenagem ativa de secreção. Com este quadro foi indicado tratamento através de ressecção em monobloco da região afetada, confecção de transversostomia de proteção e cicatrização por segunda intenção em câmara hiperbárica. Conclusão: o tratamento da lesão de hidradenite supurativa perianal e glútea deve ser individualizado segundo a extensão, gravidade e o grau de interferência na qualidade de vida de cada paciente. a abordagem multidisciplinar deve visar o restabelecimento mais breve possível e evitar recorrências, permitindo a cura definitiva.

#### **APENDICITE COMPLICADA ABORDADA COM DRENAGEM PERCUTÂNEA: RELATO DE CASO**

DIRCEU DE CASTRO REZENDE JÚNIOR; FERNANDO BRUNO RENNO; LUCIANO RICARDO PELEGRINELLI ; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO ; EMERSON ABDULMASSIH WOOD DA SILVA ; AURÉLIO FABIANO RIBEIRO ZAGO; GUSTAVO ROBERTO CARVALHO TIVERON

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*

Resumo: Introdução: a apendicite complicada e/ou atrasada inclui a formação de abscesso de grande volume e podem se

beneficiar de um período de tratamento não operatório o que reduz as complicações e a permanência geral no hospital. Apesar do grande progresso das técnicas cirúrgicas e da disponibilidade de potentes antibióticos, o tratamento das coleções intraperitoniais, continua delicado. Essas coleções constituem afecções graves e cursam com altos índices de mortalidade, em torno de 80% a 100% se não tratadas adequadamente. Objetivos: o objetivo deste trabalho é prevenir cirurgias de complicações potencialmente graves e morbidades significativas. Métodos: paciente r.s.c., sexo feminino, 49 anos, deu entrada no pronto socorro hospital com quadro de dor abdominal em andar inferior há mais ou menos 16 dias com picos febris intermitentes, até então sendo tratada como infecção do trato urinário. Ao exame: paciente encontrava-se em bom estado geral, abdome flácido, sem sinais de irritação peritoneal, blumberg negativo, giordano negativo, rovsing negativo. Realizado tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve que evidenciou coleção intraperitoneal retrocecal medindo 7,5 x 5,0 x 7,0 com volume aproximado de 136 cm<sup>3</sup>. Optado por drenagem percutânea guiada por ultrassonografia e antibioticoterapia. Deixado dreno de penrose no trajeto. Após drenagem paciente evoluiu favoravelmente recebendo alta após 5 dias. Acompanhado em controle ambulatorial com TC seriada e realizado apendicectomia após 6 semanas de evolução. No ato cirúrgico apêndice apresentava-se com base livre e com pequeno bloqueio em retroperitônio. Paciente obteve pós-operatório favorável recebendo alta no 3º dia pós-operatório. Conclusão: a apendicite diagnosticada tardiamente pode apresentar-se com quadro de coleções intraperitoniais, o qual aumenta significativamente sua morbidade, a drenagem percutânea de coleções de grande volume mostrou-se eficiente diminuindo o risco de cirurgias mórvidas com complicações graves.

#### **ESTUDO COMPARATIVO DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES NONAGENÁRIOS COM CÂNCER COLORRETAL**

ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; FÁBIO LOPES QUEIROZ; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA; PAULO ROCHA FRANÇA NETO; MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO; VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; NATÁLIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG*

Resumo: Introdução: o câncer colorretal é mais prevalente na população acima de 65 anos e sua incidência aumenta com a idade. Considerando o aumento na expectativa de vida da população, conforme dados fornecidos pela organização mundial de saúde, o diagnóstico de CACR em idosos tem aumentado concomitantemente. Devido a menor reserva fisiológica e à coexistência de comorbidades nestes pacientes, o benefício da intervenção cirúrgica e anestésica devem ser criteriosamente avaliados, bem como o prognóstico e a sobrevida. Objetivo: comparar os resultados do tratamento cirúrgico de pacientes nonagenários portadores de câncer colorretal, com pacientes com idade inferior a 90 anos. Os grupos serão comparados quanto à distribuição por sexo, idade, tempo de internação, tipo de cirurgia realizada e complicações pós-operatórias. Métodos: foram incluídos neste estudo um to-

tal de 442 pacientes com câncer colorretal, submetidos à cirurgia curativa, no serviço de coloproctologia do Hospital Felício Rocho, em Belo Horizonte - MG, Brasil. A base de dados do referido serviço foi utilizada para a obtenção da amostra, no período entre 2007 a 2013. Este é um estudo descritivo e retrospectivo que comparou o perfil de 13 pacientes nonagenários (grupo I), com 429 pacientes com menos de 90 anos (grupo II). Resultados: houve predominância feminina no grupo I com 69% dos casos, já no grupo II a prevalência foi semelhante, com 52% de mulheres. A média de idade do grupo I foi de 92,54 anos. O tempo médio de internação nos grupos I e II foi de 10,27 e 8,77 dias, respectivamente. O grupo I evoluiu com intercorrências em 46,15% dos casos, enquanto o grupo II apresentou complicações em 14,22% da amostra. Conclusão: os dados analisados mostraram que pacientes nonagenários apresentam maior taxa de complicação e tempo de internação mais prolongado, quando comparados com aqueles de idade inferior. Palavras-chaves: câncer colorretal; cirurgia; nonagenários.

#### **EVISCERAÇÃO PERINEAL DE INTESTINO DELGADO EM PORTADORA DE PROLAPSO UTERINO: RELATO DE CASO**

FÁBIO RAMOS TEIXEIRA; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA, ANA LÍVIA SANTOS BARROS

*HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS*

Resumo: A evisceração vaginal é uma manifestação pouco frequente, com poucos relatos sobre a sua incidência. Ela pode se manifestar de maneira espontânea, depois de um traumatismo vaginal ou depois de eventos que aumentem a pressão intra-abdominal. O intestino delgado é o órgão que mais frequentemente eviscera. É relatado um caso de uma paciente de 82 anos, portadora de prolapso uterino, que deu entrada na unidade de urgência com evisceração perineal de extenso segmento de intestino delgado isquêmico. Encontrava-se em sepse grave, sendo realizado procedimento cirúrgico de urgência, onde foi evidenciada abertura perineal devido necrose de fundo de saco com prolapso vaginal. Foi realizada cirurgia combinada (abdominal e perineal) com redução do intestino delgado sofrido através do períneo, enterectomia, histerectomia total, reforço do assoalho pélvico e correção do prolapso vaginal. A paciente evoluiu a óbito 24 horas após o procedimento. A gravidade do quadro demonstra a importância do manejo cirúrgico imediato, antes que ocorra necrose intestinal ou outras complicações, como sepse e falência múltipla de órgãos. A evisceração transvaginal é uma afecção rara com múltiplos fatores que debilitam a cúpula vaginal, como o hipostrogenismo em pacientes pós-menopausa.

#### **ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR TUMOR DE SIGMOIDE COM INVASÃO DUODENAL: RELATO DE CASO**

FÁBIO RAMOS TEIXEIRA; GUSTAVO RAMOS TEIXEIRA, ANA LÍVIA SANTOS BARROS

*HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS*

Resumo: O câncer colorretal configura-se como o terceiro tipo de câncer mais freqüente em mulheres e o quarto em homens, segundo a última estimativa mundial. Tumores que invadem órgãos adjacentes por contiguidade ocorrem em 5 a 18% dos casos. É relatado um caso de um paciente de 74 anos, masculino, que deu entrada na unidade de urgência com quadro de dor e distensão abdominal súbita após preparo de cólon para realização de colonoscopia eletiva por constipação crônica progressiva. Indicado procedimento cirúrgico de urgência, com achados: tumoração obstrutiva de sigmoide com invasão de 4ª porção duodenal e megacólon proximal com necrose de parede de ceco. Realizou-se proctocolectomia total com duodenectomia parcial, fechamento do coto retal e ileostomia terminal. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, metástase para quatro linfonodos mesentéricos e implante duodenal (pt4, pn0). O paciente apresentou boa evolução pós-operatória com alta hospitalar no 7º dia. Fez quimioterapia pós-operatória e se encontra em preparo para reconstrução de trânsito intestinal e correção de hérnia incisional. Tumores colorretais infiltrativos são um fator de pior prognóstico, principalmente quando há linfonodos comprometidos, e por isso devem ser tratados com ressecção alargada e retirada em monobloco, para se obter margens cirúrgicas livres.

#### **IMPORTÂNCIA DA ULTRASSONOGRAFIA TRANSSANAL 3D NA DOR ANAL IDIOPÁTICA.**

UMBERTO MORELLI; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, RAQUEL FRANCO LEAL, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS*

Resumo: Introdução: a dor anal é uma queixa frequente na prática clínica diária, e frequentemente a sua origem não é diagnosticada. Objetivo: avaliar a importância da ultrassonografia transanal 3D para o diagnóstico etiológico da dor anal idiopática. Métodos: desde 2009, 25 pacientes (10 homens e 15 Mulheres) com queixa de dor anal crônico idiopático foram submetidos à ultrassonografia transanal 3D (b&k profocus®) como exame complementar no diagnóstico etiológico da sintomatologia. Resultado: em 9 pacientes (36%) o resultado do exame foi normal, em 10 (40%) foi achada uma área cicatricial (do Eai, EAE ou ambos) e em 6 (24%) foi achado um abscesso (em 3 pacientes (12%) com fistula associada e em outros 3 (12%) se achou um micro abscesso interesfincteriano) como etiologia da dor anal. Conclusões: na maioria dos casos (64%) foi achada uma anomalia anatômica ou patológica (24%) como causa provável dos sintomas. A USG transanal 3D pode ser um válido aliado para o diagnóstico etiológico da dor anal idiopática.

**ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À RESPOSTA E AUSÊNCIA/PERDA DE RESPOSTA AO ANTICORPO ANTI-FATOR DE NECROSE TUMORAL-ALFA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN**  
CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

Resumo: A Doença de Crohn (DC) apresenta um grande desafio quanto ao seu tratamento, considerando-se que os melhores medicamentos disponíveis têm eficácia bastante limitada. Objetivo: analisar as características entre os grupos de pacientes com Doença de Crohn que tiveram e os que não tiveram ou perderam resposta ao tratamento com anti-tnf. Método: estudo retrospectivo de pacientes com dc que fizeram uso de ifx ou ada. Resultados: foram estudados 72 pacientes com média de idade de 35 anos; 45 foram tratados com adalimumabe e 27 com infliximabe; 90% das mulheres tiveram resposta, contra 10 que não tiveram/perderam resposta; dos homens, 60% tiveram resposta contra 40% que não tiveram/perderam resposta; não houve diferença entre ifx e ada quanto à resposta; 48 tinham menos de 40 anos e 24 mais de 40 anos. Dos que tinham menos de 40 anos, 37 tiveram resposta, contra 11 que não tiveram/perderam resposta. Daqueles com mais de 40 anos, 16 tiveram resposta contra 8 que não tiveram/perderam resposta; pacientes com menos de 2 anos de diagnóstico tiveram melhor resposta do que aqueles com dois a cinco anos de sintomas; estes, melhor resposta que aqueles com mais de cinco anos de diagnóstico. Conclusão: as características observadas de melhor resposta ao tratamento da dc com anti-tnf foram associação com azatioprina, gênero feminino, idade menor de 40 anos e menos de dois anos de diagnóstico.

#### **AVALIAÇÃO TÉCNICA LIFT (LIGATION OF THE INTERSPHINCTERIC FÍSTULA TRACT) EM PACIENTES COM FÍSTULAS PERIANAS TRANSESFINCTERIANAS**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; CAROLINE SAUTER DALBEM, SERGIO DANILO TANAHARA TOMIYOSHI

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

Resumo: As fistulas perianais são uma condição relativamente comum em consultório de proctologia, podendo variar desde casos simples, com trajetos superficiais facilmente palpáveis, até casos complexos, com trajetos profundos, atravessando porções consideráveis do aparelho esfíncteriano, cuja secção pode levar a graus variáveis de incontinência durante uma fistulotomia. Objetivo: avaliar a efetividade do emprego da técnica LIFT (Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract) nos pacientes portadores de fistulas perianais transesfincterianas. Método: estudo prospectivo com pacientes portadores de fistula perianal transesfincteriana submetidos à técnica LIFT. Foram incluídos no estudo pacientes portadores de fistulas perianais de origem criptoglandular transesfincteriana sem intervenções cirúrgicas prévias. Foram excluídos pacientes portadores de fistulas perianais de outra origem, como Doença de Crohn, tuberculose, neoplasia anal e fistulas recidivadas. Todos os pacientes foram submetidos à mesma técnica anestésica e posterior tratamento cirúrgico em dois tempos: colocação de sedenho e após seis semanas realização de lift. Resultados: avaliou-se 22 pacientes; a média de idade observada foi de 45,6 anos. O seguimento ambulatorial pós-LIFT variou de 4 a 24 meses, com média de acompanhamento de 14 meses. O tempo de cicatrização variou de 4 a 8 semanas pós-

-procedimento. Dezesete pacientes ficaram curados (77%), cinco apresentaram recidiva (23%), porém, todos na forma in-terresfincteriana e foram tratados por fistulotomia, alcançando também a cura completa. Uma paciente evoluiu com incontí-nência fecal leve. Conclusão: a técnica LIFT demonstrou-se segura e eficaz no tratamento das fistulas perianais transes-fincterianas.

#### **MODELO EXPERIMENTAL DE FÍSTULA ANAL EM RATOS**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; MARIA-NA SOUSA ARAKAKI, GUSTAVO RIBEIRO FALCÃO, PEDRO CARVALHO CASSINO, RICARDO KENITHI NAKAMURA, NATHÁLIA FAVERO GOMES, RICARDO GASPARI COUTINHO DOS SANTOS

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

Resumo: Introdução: o manejo da fistula anal ainda perma-nece um debate. A ausência de um tratamento ideal isento de complicações estimula o desenvolvimento de novas modali-dades terapêuticas. Objetivo: desenvolver um modelo experi-mental de fistula anal em ratos. Metodologia: criação de fistu-la anal cirúrgica em 10 ratos por meio de passagem de fio de aço através da musculatura do esfíncter anal. Os animais fo-ram submetidos a eutanásia para comprovação histológica do trajeto fistuloso. Resultados: todos os segmentos analisados histologicamente apresentaram lúmen e tecido de granulação. Houve epitelização completa do trajeto em dois espécimes, epitelização até a metade do trajeto em um, e epitelização so-mente da porção externa em seis. Um trajeto não apresentou área de epitelização. Conclusão: o desenvolvimento de fistula anal em ratos foi comprovado histologicamente.

#### **MULHERES RESPONDEM MELHOR À TERAPIA BIOLÓGICA NA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

Resumo: Objetivo: a Doença de Crohn e em si um grande de-safio para o tratamento de doenças inflamatórias intestinais. Pacientes que apresentam a forma fistulizante, particularmen-te com fistulas perianais, criam mais um desafio, pois ha gran-de dificuldade em obter o controle da doença, mesmo usando os avanços terapêuticos de longo prazo realizados nos últimos anos. Avaliou-se a diferença entre o sexo dos pacientes em tra-tamento biológico para a Doença de Crohn e fistula perianal. Método: foram estudados 30 pacientes com Doença de Crohn com fistula perianal, com idade me dia de 35 anos, 2000-2013 nunca antes tratados com agentes biológicos; receberam estes medicamentos em doses e intervalos habituais. Todos foram também tratados cirurgicamente com curetagem e colocação de “seton-stitches” antes do uso de agentes biológicos. Os re-sultados foram analisados estatisticamente pelo teste t de stu-dent,  $p < 0.05$  sendo considerado uma diferença significativa. Resultados: entre os respondentes, dez eram homens e nove eram mulheres, sem diferença significativa entre os sexos, a este respeito. Entre os não respondedores, oito eram homens

e três eram mulheres: assim, significativamente mais homens contra as mulheres eram não respondedores. De um modo geral, 55% de homens e 75% das mulheres responderam ao tratamento. Conclusão: as mulheres apresentaram uma taxa de falha menor quando expostas a tratamento biológico para a fistula perianal na Doença de Crohn, quando comparadas aos homens.

#### **COMPARAÇÃO ENTRE ADALIMUMABE E INFLI-XIMABE NO TRATAMENTO DAS FÍSTULAS PERIA-NAIS NA DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL*

Resumo: A forma fistulizante da Doença de Crohn (DC) apre-senta um grande desafio quanto ao seu tratamento, especial-mente as fistulas perianais pela sua alta prevalência, mesmo associando-se o tratamento cirúrgico aos anti-tnf. Objetivo: analisar os fatores relacionados à resposta ao tratamento cirúr-gico associado ao anti-tnf dos pacientes com fistulas perianais por dc. Método: estudo retrospectivo de pacientes com fistulas perianais por dc que fizeram uso de ifx ou ada associado ao tramento cirúrgico. Resultados: foram estudados 30 pacientes com média de idade de 35 anos; 16 foram tratados com ada (9 ada+aza) e 14 com ifx (10 ifx+aza); dez dos tratados com ada tiveram resposta e dos seis que não responderam apenas um teve resposta com ifx; oito tiveram resposta com ifx e dos que não responderam nenhum apresentou resposta com ada; dos que responderam, 10 eram homens e nove mulheres; dos que não responderam, oito eram homens contra 3 mulheres; da-queles com menos de 40 anos, 16 responderam contra apenas 3 que não responderam; dos com mais de 40 anos, três res-ponderam contra oito que não responderam; quanto ao tempo decorrido entre o início da doença e início do anti-tnf: respon-deram 14 (<2 anos), um (2-5 anos) e quatro (>5 anos); não res-ponderam: cinco (<2 anos), quatro (2-5 anos) e dois (>5 anos); conclusão: não houve diferença de resposta entre os agentes anti-tnf utilizados; houve melhor resposta nos que utilizaram anti-tnf em associação com azatioprina, entre as mulheres, nos com menos de 40 anos e naqueles tratados com até dois anos do início da doença.

#### **COLECTOMIA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DAS LESÕES DO CÓLON DIREITO**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEI-ROZ, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁ-LIA REGINA MISSON, THALLES VALENTE LISBOA, AR-THUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

Resumo: Introdução: o câncer colorretal (CACR) é um dos maiores responsáveis pela mortalidade oncológica no mun-do. O câncer do cólon direito representa em torno de 15% das formas de CACR. A colectomia laparoscópica, principal forma de abordagem desta patologia, apresenta benefícios como retorno mais precoce à dieta habitual, menor período

de internação, menor utilização de analgésicos e melhores resultados estéticos sem prejuízo dos resultados oncológicos. A implementação da anastomose intra-corpórea modificou esta abordagem, que evoluiu de assistida para totalmente laparoscópica. Objetivo: apresentar três casos de colectomia direita totalmente videolaparoscópica realizados no serviço de coloproctologia do hospital Felício Rocho. Método: entre dezembro de 2013 e março de 2014, 3 (três) pacientes, entre 59 e 75 anos, do sexo feminino, foram submetidas a colectomia direita por videolaparoscopia com anastomose intra-corpórea. Duas destas pacientes apresentavam adenocarcinoma de cólon e uma possuía uma lesão de crescimento lateral extensa. Todos os procedimentos transcorreram pela abordagem videolaparoscópica com anastomose intracorpórea isoperistáltica. Os espécimes cirúrgicos foram retirados através de incisão de maylard com até 4 cm. Resultados: o tamanho das peças retiradas foi de 20/23/24 cm, com 22/12/19 linfonodos ressecados e a anatomia patológica revelou adenocarcinoma em duas peças e adenoma túbulo-viloso na terceira. Uma das pacientes apresentou hematoquezia no pós-operatório e outra possuía trombofilia, ambas permaneceram internadas por 5 dias. Discussão: os benefícios da colectomia direita videolaparoscópica comparada à cirurgia assistida incluem menor íleo, menos dor e melhor função pulmonar no pós-operatório, além de curta permanência hospitalar com alta precoce. A técnica empregada, contempla a ressecção oncológica completa, menor tempo cirúrgico e com menor incisão para retirada da peça. Diante disso, obtemos melhores resultados a curto prazo, uma vez que a menor manipulação intestinal na cirurgia totalmente laparoscópica parece estar associada a menor incidência de dor, menor uso de analgésicos e período de internação mais curto comparada com a laparoscopia convencional. Conclusão: a experiência inicial com estes três casos de colectomia direita totalmente laparoscópica mostrou que a técnica é factível e segura, com resultados a curto-prazo semelhantes à cirurgia laparoscópica convencional, bem como dos parâmetros oncológicos da peça cirúrgica.

#### **ANÁLISE DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO ELETIVO DA DOENÇA DIVERTICULAR**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES, THALLES VALENTE LISBOA  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

Resumo: Introdução: a doença diverticular do cólon (DDC) é uma condição comum que afeta a maior parte da população acima dos 60 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. A patologia apresenta-se de forma muito variada, desde pouco agressivas

até formas complicadas com rápida evolução e traduz imenso prejuízo à saúde dos portadores assim como dos sistemas de saúde. Com o aprimoramento da técnica cirúrgica videolaparoscópica, cada vez mais este tem sido o tratamento utilizado. Objetivo: este estudo tem como objetivo analisar os resultados da cirurgia videolaparoscópica eletiva no tratamento da doença diverticular, avaliando o índice de complicações, o tempo de cirurgia e o tempo de internação hospitalar. Método: foram selecionados 70 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico eletivo de DDC e CACR 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. Resultados: os pacientes portadores de DDC estudados (45 no total) apresentavam média de idade de 55,7 anos, com predomínio do sexo masculino, variando entre 33 e 83 anos. Enquanto o grupo de pacientes portadores de CACR selecionado (25 no total) apresentou média de idade de 58,3 anos, com predomínio do sexo feminino, variando de 42 a 78 anos. A maior parte dos pacientes selecionados evoluiu sem complicações no pós-operatório, com média de permanência hospitalar de 4,8 dias para os pacientes com CACR e 4,26 dias nos portadores de DDC. Discussão: apesar de toda a discussão em torno da colectomia vl, apenas 5-10% dos procedimentos são realizados desta forma. Os resultados encontrados indicam que não existem evidências de que as complicações, o tempo de internação e a duração do procedimento sejam diferentes no grupo portador da DDC quando comparado ao grupo CACR. Conclusão: diante dos dados analisados, concluímos que o tratamento videolaparoscópico eletivo da DDC não apresentou diferença quanto às complicações, o tempo de cirurgia e o tempo de internação quando comparado ao tratamento do câncer colorretal pela mesma abordagem.

#### **TRREMS (TRANSANAL REPAIR OF RECTOCELE AND RECTAL MUCOSECTOMY WITH ONE CIRCULAR STAPLER), EXPERIÊNCIA INICIAL**

VINÍCIUS PIRES RODRIGUES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, MARIA EMÍLIA CARVALHO E CARVALHO, NATÁLIA REGINA MISSON, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANCA NETO  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO*

Resumo: Introdução: as anorretocetes, definidas como herniações da parede retal anterior ou posterior, surgem da perda de apoio anterior do reto do septo retovaginal causada pela perda da integridade do tecido. O reparo transanal da anorretocete foi inicialmente recomendado por Sullivan et al. Em 1968, modificado por Bresler et al. (com o uso do grampeador linear) em 1993 e, em 2005 a nova técnica TRREMS (Transanal Repair of Rectocele and Rectal Mucosectomy with One Circular Stapler) foi proposta por Regadas et al. Utilizando somente um grampeador mecânico circular. Objetivo: apresentar a experiência inicial da equipe de coloproctologia do Hospital Felício Rocho no tratamento da retocete pela técnica do TRREMS.

Método: relatamos quatro casos de pacientes entre 36 e 66 anos, do sexo feminino, com queixa de dificuldade evacuatória portadoras de anorretocele associado ou não a prolapso retal que foram submetidas a propeidética com classificação do grau de constipação, manometria anorretal e defecorressonância. Após tratamento clínico as pacientes mantinham o quadro inalterado ou com melhora apenas do anismo. A partir disso, foram encaminhadas para cirurgia que foi realizada segundo a técnica de regadas. Resultados: as pacientes evoluíram com melhora completa da anorretocele, melhora significativa da constipação intestinal e da qualidade de vida, sem incontinência. Apenas, uma das pacientes evoluiu com estenose anal que foi tratada com esfínteroplastia. Discussão: a anorretocele, associada ao prolapso mucoso ou intussuscepção retoanal está relacionada ao esforço excessivo durante a evacuação e constitui causa comum de defecação obstruída. As pacientes apresentaram melhora clínica completa da anorretocele e importante da constipação. O tratamento pela técnica transanal é relativamente recente, porém sofreu modificações importantes e apresenta bons resultados com índice de complicações aceitável. Conclusão: o reparo transanal no tratamento da anorretocele pela técnica do TRREMS tem sido mencionado como a técnica que melhor contempla o componente anorretal pois reconstrói a estrutura anatômica com mínimas complicações e reduz o grau de constipação com a utilização de apenas um grameador.

#### **AMPUTAÇÃO EXTRALEVADORA COM RECONSTRUÇÃO PERINEAL COM PERICÁRDIO BOVINO**

ANTONIO LACERDA FILHO; RODRIGO GOMES DA SILVA, MAGADA MARIA PROFETA DA LUZ, BEATRIZ DEOTTI E SILVA RODRIGUES, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZZATI, VINÍCIUS, RODRIGUES TARANTO NUNES, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG*

Resumo: Introdução: a amputação abdominoperineal pela técnica extraelevadora parece melhorar os resultados oncológicos de tumores de reto distal localmente avançados, com menores taxas de margem de ressecção circunferencial positiva. No entanto, a reconstrução do grande defeito pélvico criado com a ressecção ainda apresenta um grande desafio. Diversas abordagens são utilizadas para tais reconstruções, como a síntese primária, a epiplonoplastia, os retalhos miocutâneos, a retroversão do útero e as telas biológicas. Não há consenso quanto a melhor técnica de reconstrução, mas o preenchimento do espaço morto da pequena pelve apresenta bons resultados se comparados à simples síntese primária da pele, com menores taxas de hérnias perineais. As telas biológicas ou de dupla face têm baixa disponibilidade no sistema público de saúde, devido ao seu elevado custo. Objetivo: o presente trabalho objetiva descrever o uso do pericárdio bovino para reconstrução do defeito do assoalho pélvico após amputação abdominoperineal do reto. Método: apresentação de vídeo editado de

amputação abdominoperineal do reto videolaparoscópica pela técnica extraelevadora em paciente com adenocarcinoma de reto distal, com reconstrução do defeito pélvico com o uso de pericárdio bovino. Resultados: o procedimento abdominal foi feito por via laparoscópica abdominal, sendo confeccionada colostomia terminal. Posteriormente, a paciente foi posicionada em decúbito ventral, por meio do qual completou-se o tempo perineal da cirurgia com ressecção da peça em bloco. O defeito perineal foi reconstruído pela fixação de uma placa de pericárdio bovino nas inserções da musculatura elevadora do ânus e posterior reconstrução cutânea. O paciente evoluiu bem no pós-operatório e não apresentou hérnia perineal no seguimento ambulatorial. Conclusão: a reconstrução do assoalho pélvico com o pericárdio bovino é uma técnica com menor custo cirúrgico e bons resultados em termos de prevenção de hérnias perineais.

#### **METÁSTASE PULMONAR DE PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: RELATO DE CASO**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BERNARDO HANAN, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS, BÁRBARA  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG*

Resumo: Introdução: pseudomixoma peritoneal (pmp) é um tumor raro caracterizado pelo implante de células neoplásicas na cavidade peritoneal e formação de ascite mucinosa. Geralmente deriva de adenomas mucinosos do apêndice, mas também pode se originar de outros locais, como ovários e pâncreas, e é mais frequentemente diagnosticado em mulheres, com uma proporção de 3,4:1. Classicamente é classificado em adenomucinoso peritoneal disseminado (ampd), a forma mais comum e mais benigna do tumor, e em carcinomatose mucinosa peritoneal (camp), de arquitetura e citologia mais semelhantes às dos carcinomas. Apesar dessa diferenciação, a invasão local no pmp é incomum e casos de metástases a distância são extremamente raros na literatura, sendo que uma revisão recente aponta apenas 11 casos. Objetivo: descrever o caso de uma paciente do sexo feminino de 50 anos de idade com diagnóstico de pmp que após sete anos de doença persistente no abdome desenvolveu metástase em lobo inferior do pulmão esquerdo. Método: foi realizada revisão da literatura na base de dados pubmed utilizando as palavras chave pseudomyxoma peritonei, metastasis sendo selecionados artigos publicados de 2004 a 2014 que relatam casos semelhantes. Relato de caso: paciente do sexo feminino, 50 anos, diagnosticada com pmp, cujo foco primário era o apêndice cecal. Foram realizadas duas sessões de quimioterapia neoadjuvante seguidas de laparotomia, que evidenciou doença avançada, com implantes abundantes em toda a cavidade peritoneal. Foi submetida a esplenectomia, colecistectomia, colectomia segmentar, ileostomia, omentectomia e linfadenectomia pélvicas. Apesar disso, a cirurgia citorrredutora foi considerada incompleta, com nódulos residuais > 2mm. Com sete anos de acompanhamento, paciente desenvolveu sintomas de recidiva

tumoral e na investigação por métodos de imagem, foi constatada evolução da doença intraperitoneal e, na TC de tórax, evidenciou-se nódulo bocelado cístico em segmento anterobasal do lobo inferior esquerdo do pulmão, medindo 24 x 21 mm. Posteriormente, a lesão pulmonar foi confirmada à biópsia, compatível com adenocarcinoma mucinoso. A paciente é assintomática do ponto de vista pulmonar. Conclusão: apesar de o pmp geralmente ser um tumor benigno, com evolução favorável e que raramente invade localmente, metástases à distância foram descritas em alguns poucos casos mundialmente. O caso relatado corrobora essas evidências e alerta para essa incomum complicação da doença.

#### **REALIZAÇÃO DE ESFINCTEROPLASTIA ANTERIOR COM RETALHO PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL**

BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; RODRIGO GOMES DA SILVA, ANTONIO LACERDA FILHO, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

Resumo: Introdução: a incontinência anal é condição socialmente devastadora que afeta de 1,4% a 18% da população de maneira global. É definida como “perda não controlada e recorrente de fezes por um período de pelo menos um mês”. Estima-se que a afecção seja amplamente subdiagnosticada em virtude dos estigmas sociais envolvidos. Objetivo: esse trabalho visa apresentar a técnica de esfínteroplastia anterior com confecção de retalho para tratamento da incontinência anal. Método: foram avaliadas 5 pacientes com lesão esfínteriana com gap anterior submetidas a esfínteroplastia anal com confecção de retalho operadas entre 20/07/2004 e 06/05/2013. Registrados dados referentes a etiologia da incontinência, tempo decorrido entre o início dos sintomas e a operação, escore para incontinência fecal da Cleveland Clinic Florida no pós-operatório e tempo entre a intervenção cirúrgica e a reavaliação pós-operatória. A seleção foi realizada de maneira retrospectiva em um banco de dados da referida instituição. Resultados: selecionadas 5 pacientes, com idade média de 51 anos (variação: 42 a 61 anos). As etiologias envolvidas foram traumatismos obstétricos (partos laboriosos, necessidade de utilização de fórceps) e intervenções cirúrgicas perianais prévias (fistulectomias, ressecção de endometrioma em septo retovaginal). O tempo médio entre a realização da esfínteroplastia anal e a avaliação funcional com o escore para incontinência fecal foi de 4,85 anos (variando de 1 a 10 anos). Os escores obtidos no pós-operatório foram 0, 1, 12, 14 e 16. Conclusão: estudos devem ser realizados para que fistulas e lacerações da região anal sejam evitadas, uma vez que a técnica reparatória de ambas as lesões é de elevada complexidade e de resultados duvidosos, como observados no presente estudo. Para a etiologia anorretal deve-se refletir sobre o tratamento clássico, e preferir as técnicas preservadoras de esfínter, além da abordagem multidisciplinar das pacientes.

#### **TÉCNICA LIFT NA CORREÇÃO DA FÍSTULA PERIANAL**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, ANTONIO LACERDA FILHO, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, BERNARDO HANAN, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

Resumo: Introdução: as fistulas perianais constituem afecções de abordagem desafiadora, mesmo para o cirurgião experiente. Algumas técnicas cirúrgicas, como a fistulotomia e fistulectomia apresentam altas taxas de cicatrização da fistula, porém com maior risco de perda da continência anal. Outras técnicas preservadoras do esfínter, como a cola de fibrina e o plug de colágeno, por exemplo, apresentam altas taxas de falha do tratamento. Descrito em 2007, a técnica chamada “Ligation Of The Intersphincteric Fistula Tract (LIFT)” tem as vantagens de preservar o complexo esfínteriano, além de apresentar altas taxas de cicatrização da fistula. Objetivo: relatar a experiência inicial da técnica LIFT para o tratamento de fistulas anorretais em um hospital terciário. Método: apresentação de um vídeo editado do tratamento de um paciente com fistula perianal, por meio da técnica de LIFT, abordando-se todo o detalhamento técnico do procedimento e alguns cuidados especiais a serem tomados, como a correta identificação do trajeto fistuloso. Resultados: a experiência inicial do grupo de coloproctologia do hospital das clínicas da ufmg foi bastante animadora, com cicatrização da fistula em todos os pacientes submetidos ao procedimento até o momento e com preservação da continência anal. Algumas adaptações da técnica e cuidados especiais, como a passagem de sedenho frouxo por pelo menos 6-8 semanas antes da realização da operação definitiva foram sendo incorporadas pela nossa equipe. Conclusão: apesar de ser uma técnica recentemente descrita e com poucos resultados a médio e longo prazo, o LIFT parece ser uma opção promissora no tratamento das fistulas anorretais com preservação da função esfínteriana.

#### **RESULTADOS DA AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL E RESSECÇÃO ANTERIOR DO RETO NO PERÍODO DE 2005 A 2012, NO HC-UFGM.**

RODRIGO GOMES DA SILVA; ANTONIO LACERDA FILHO, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES, LUISA LIMA CASTRO, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, LILIANE DINIZ DE ARAÚJO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

Resumo: Introdução: a amputação abdominoperineal (aap) e a ressecção anterior (ra) são técnicas operatórias usadas na abordagem de tumores do reto. Historicamente a aap apresen-

ta piores resultados que a ra, entretanto, alterações na técnica cirúrgica da aap permitiram a criação da chamada aap cilíndrica, com melhores resultados quando comparada à ra. Objetivo: comparar os resultados da aap cilíndrica e ra realizadas no serviço no período de 2005 a 2012. Método: os dados foram coletados através de revisão de prontuários de pacientes submetidos à aap ou ra consideradas curativas no período de 2005 a 2012. Pacientes com metástase a distância foram excluídos. Resultados: 109 pacientes preencheram os critérios de inclusão no estudo. Desses, 89 foram submetidos a ra e 19 foram submetidos a aap. Não houve diferença estatística de idade ou sexo entre os grupos. 77,1% dos tumores eram fixos ao diagnóstico, com uma tendência de mais tumores fixos no grupo da aap ( $p = 0,06$ ). 94,7% dos pacientes submetidos a aap e 66,7% dos pacientes submetidos a ra fizeram radioterapia pré-operatória. Em relação à classificação tnm, encontrou-se uma tendência a tumores mais avançados (estádio t4) no grupo da aap, porém sem significância estatística ( $p = 0,057$ ). Não foi encontrada diferença significativa do n entre os grupos. A porcentagem de qualquer recorrência da doença foi maior no grupo da aap (47,4%) quando comparado a ra (21,3%). Não houve diferença significativa na recorrência local (26,3% para aap e 16,9% para ra), proporção de cirurgia laparoscópica ou de perfuração tumoral entre os grupos. A sobrevida livre de recorrência foi maior no grupo da ra. Conclusão: os resultados de recorrência e sobrevida foram piores na aap quando comparado a ra, refletindo, porém, o estadiamento mais avançado dos pacientes amputados. Os aspectos que podem ter contribuído para esse resultado devem ser ponderados, como a maior tendência de tumores fixos, em estágio t4 e maior porcentagem de radioterapia pré-operatória em pacientes submetidos a aap. Esses fatos sugerem que esses pacientes provavelmente apresentavam doença mais avançada ao diagnóstico, o que pode ter contribuído negativamente para seu prognóstico.

#### **RESSECÇÃO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON EM ÂNGULO ESPLÊNICO DO CÓLON, COM INVASÃO DO HILO ESPLÊNICO, ESTÔMAGO, DIAFRAGMA, PULMÃO E PERICÁRDIO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; RODRIGO GOMES DA SILVA, ANTÔNIO LACERDA FILHO, BERNARDO HANAN, LEONARDO MACIEL FONSECA, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG*

Resumo: Título: ressecção de adenocarcinoma de cólon em ângulo esplênico do cólon, com invasão do hilo esplênico, estômago, diafragma, pulmão e pericárdio: abordagem multidisciplinar. Introdução: estima-se que 5% a 12% dos carcinomas colônicos apresentam extensão a estruturas ou outros órgãos à apresentação da doença. Diversos trabalhos demonstraram benefício da realização de ressecções alargadas em monobloco em relação à sobrevida livre de doença e sobrevida global.

Portanto, essas ressecções devem ser realizadas sempre que for possível alcançar uma ressecção r0. Objetivo: esse trabalho visa apresentar um caso com tumor avançado do ponto de vista local-regional que demandou abordagem multidisciplinar em uma cirurgia de grande porte. Método: trata-se da paciente a.d.g., 63 anos, com adenocarcinoma de ângulo esplênico do cólon. Tomografia computadorizada evidenciou invasão por contiguidade do baço, estômago, diafragma e lobo inferior do pulmão esquerdo, além de íntimo contato da massa tumoral com o pericárdio em ápice cardíaco. Endoscopia digestiva alta e ecocardiograma pré-operatório sem outras alterações. Programada então intervenção cirúrgica juntamente com equipe de cirurgia torácica realizada em 06/07/2014. Resultados: paciente submetida a laparotomia mediana com achado de tumor em topografia do ângulo esplênico do cólon aderida às estruturas já mencionadas. Procedido a toracofrenolaparotomia à esquerda. Realizado gastrectomia parcial com ressecção de parte da curvatura maior em fundo e corpo, esplenectomia, colectomia esquerda, ressecção diafragmática à esquerda, ressecção parcial pericárdio e segmentectomia não regrada em lobo inferior esquerdo. Para reconstrução diafragmática foi utilizada tela de dupla composição (Polipropileno e Politetrafluoretileno Expandido – PTFEE). Procedimento com duração de 7 horas, sem intercorrências maiores. Paciente recebeu alta no 13º dia de pós-operatório. Atualmente encontra-se em seguimento oncológico-cirúrgico, sem sinais de recidiva local ou sistêmica após 12 meses. Conclusão: a literatura corrente recomenda as ressecções multiviscerais nos casos de tumores colônicos localmente avançados em pacientes com estado clínico favorável e sem evidências de disseminação neoplásica à distância. Este caso demonstra a necessidade de planejamento pré-operatório adequado, treinamento em cirurgia multivisceral e, por vezes, abordagem conjunta multidisciplinar.

#### **PROMONTOFIXAÇÃO DO RETO POR VIA LAPAROSCÓPICA**

ANTONIO LACERDA FILHO; RODRIGO GOMES DA SILVA, MAGADA MARIA PROFETA DA LUZ, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS, ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRE  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFMG*

Resumo: Introdução: a prociência retal é definida como uma projeção telescópica do reto em todas as suas camadas através do ânus. Mais de 100 técnicas cirúrgicas foram descritas para o tratamento desta condição. A melhor técnica a ser empregada depende fundamentalmente de aspectos como sexo, idade, comorbidades, presença de incontinência relacionada à prociência, extensão da prociência, morbidade do procedimento proposto, taxa de recorrência e experiência individual do cirurgião. Objetivo: esse trabalho visa apresentar um caso de uma paciente relativamente jovem, sem comorbidades, com procedência retal de cerca de 5cm de extensão, tratada por técnica laparoscópica. Método: trata-se da paciente a.f.s., 46



anos, nuligesta, com quadro de procidência retal com cerca de 2 anos de evolução, associada às evacuações e ao esforço físico. Apresentava incontinência anal e mucorreia. Colonoscopia sem alterações. Foi submetida a promontofixação do reto com prótese de polipropileno retrorretal por via laparoscópica. Ato realizado sem intercorrências. Resultados: paciente apresentou boa evolução em pós-operatório mediato, tendo recebido dieta em 1º dia de pós-operatório e apresentado, na mesma data, eliminação flatus e fezes. Em avaliações pós-operatórias ficou evidenciado a resolução do prolapso bem como relato subjetivo de melhora importante da continência e da qualidade de vida, achado este documentado pelo escore para incontinência fecal da Cleveland Clinic Florida (CCF-FIS) 0/20. Conclusão: a escolha da melhor técnica cirúrgica para o tratamento da procidência retal é individualizada com base nas condições clínicas. De maneira geral, pacientes jovens e com boa capacidade funcional, como a paciente em questão, são tratados por procedimentos abdominais tais como a retopexia. Já os pacientes idosos ou com múltiplas comorbidades são tratados por via perineal. As abordagens por via laparoscópica ganharam popularidade recentemente e mostram-se apropriadas a várias indicações, incluindo nas retopexias com reparo por prótese. Em geral, apresentam taxas de sucesso semelhantes à via laparotômica mas com o benefício de internações menos prolongadas e rápida recuperação.

#### **DESAFIOS DA CIRURGIA COLORRETAL VIDEO-LAPAROSCÓPICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; RODRIGO GOMES DA SILVA, ANTONIO LACERDA FILHO, LEONARDO MACIEL FONSECA, BERNARDO HANAN, KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRE, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

Resumo: Introdução: os benefícios da cirurgia colorretal por via laparoscópica já foram demonstrados em diversos estudos: menor permanência hospitalar, retorno precoce às atividades habituais, menor perda sanguínea, deambulação e início da dieta mais precoces, além de melhor cosmese. No entanto, o ensino de tal técnica cirúrgica e a aquisição de tais habilidades necessitam da orientação de profissionais experientes, metodologia no estudo e instrumental cirúrgico adequado. As residências médicas em coloproctologia no Brasil têm tido dificuldades na formação de seus profissionais, uma vez que falta preceptoria bem treinada e instrumental apropriado para o ensino da videolaparoscopia. Objetivo: demonstrar a experiência de um hospital universitário de nível terciário no preparo de seus residentes do último ano de coloproctologia, no ensino em videolaparoscopia colorretal. Método: apresentação de um vídeo editado de uma proctocolectomia videoassistida, realizada pelo residente do último ano de coloproctologia, em uma paciente com PAF. Resultados: a proctocolectomia

videoassistida foi realizada pelo residente do último ano, sob a tutela do preceptor, sem a utilização de pinças seladoras ou endogrampeadores. O procedimento teve 5 horas de duração e transcorreu sem intercorrências, com reconstrução extracorpórea com anastomose ileoanal com bolsa ileal em j. Conclusão: esse caso demonstra que é possível a formação de cirurgiões colorretais com treinamento em videolaparoscopia, sob a orientação de preceptoria experiente, mesmo sem a utilização de instrumental cirúrgico de maior complexidade.

#### **ATIVIDADE FÍSICA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL NO BRASIL: OS COLOPROCTOLOGISTAS RECOMENDAM?**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BÁRBARA DE QUEIROZ E BRAGÁGLIA, RENATO GOMES CAMPANATI, JÚLIA REAL, VINÍCIUS RODRIGUES TARANTO NUNES E FILIPE BORGES TEIXEIRA CARDOSO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFGM*

Resumo: Introdução: mundialmente, estima-se que a inatividade física cause cerca de 10% dos casos de CRC. À vista disso, estudos recentes demonstraram uma diminuição de até 30% da incidência dessa neoplasia pela atividade física. Mais recentemente, essa associação foi também comprovada para prevenção terciária. Assim, baseado nas evidências atuais, questiona-se a influência dessas informações na prática médica diária. Objetivo: avaliar o grau de recomendação e conscientização da prática diária de exercícios físicos como prevenção primária e terciária para CRC. Método: um breve questionário foi enviado via email a todos os médicos associados à sociedade Brasileira de coloproctologia (sbc). Os dados foram analisados estatisticamente para a determinação de preditores de maior recomendação do exercício pelos médicos. Resultados: um total de 1267 questionários foram enviados, sendo 158 inválidos, conferindo uma taxa de resposta de 25,33% (281). Maioria dos médicos eram homens (79,35%), entre 40 e 50 anos de idade (43,77%), que atendem principalmente pacientes particulares ou de convênios (71,17%), com uma média de 13,6 anos de associação à SBCP e que praticavam atividade física regular (79,35%). Cerca de 76% dos médicos disseram reconhecer a evidência atual do impacto do exercício físico, porém apenas 49,82% declararam ter bom conhecimento sobre o assunto. Quanto à prática diária, 52,31% classificaram como frequente a recomendação da atividade para prevenção primária e apenas 34,52% para terciária. A prática da atividade física pelo médico, o reconhecimento da evidência e o bom grau de conhecimento foram preditores de maior recomendação da atividade física. Conclusão: esse estudo demonstra que, apesar da expressiva evidência sobre o tema, as taxas de recomendação ainda são baixas e devem ser melhoradas. Destaca-se ainda que o aconselhamento quanto ao exercício é ainda pior no contexto de pacientes já tratados para o câncer primário. Além disso, foi demonstrado que os hábitos pessoais dos médicos influenciam nas taxas da prescrição da atividade

física, assim como os tornam mais convincentes, factíveis e hábeis para motivar a adoção de hábitos mais saudáveis pelos pacientes.

#### **TREINAMENTO EM ESTIMULAÇÃO NEUROSSACRAL SEGUIDO DE IMPLANTE DO DISPOSITIVO E AVALIAÇÃO DO RESULTADO FUNCIONAL: RELATO DE CASO**

RODRIGO GOMES DA SILVA; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI, ANTONIO LACERDA FILHO, JOSE MARCIO NEVES JORGE, RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA E INTESTINO DELGADO DO INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HC-UFG, HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, FM-USP*

Resumo: Introdução: a estimulação neurossacral (ens) é uma técnica recentemente empregada no tratamento da incontinência anal, modalidade de terapêutica incipiente, realizada de maneira restrita a alguns centros médicos. Objetivo: esse trabalho visa apresentar etapas de translação de conhecimento realizadas por integrantes de 4 centros médicos com vistas à disseminação da técnica. Método: integrantes da equipe de coloproctologia e intestino delgado do hospital das clínicas da ufmg (belo horizonte) participaram de treinamento inicial realizado no hospital da universidade de coimbra – portugal. A segunda etapa foi realizada em seminário de atualizações promovido pelo Hospital Felício Rocho (HFR - Belo Horizonte) contando com profissionais do hc-ufmg, universidade de são paulo e do próprio hfr, quando então foram implantados eletrodos temporários como ensaio para ens. Tratava-se da paciente m.c.v.m., 64 anos, portadora de incontinência anal após trauma obstétrico, submetida anteriormente a esfínteroplastia anal com resposta transitória não sustentada. Escore para incontinência fecal da Cleveland Clinic Florida (CCF- FIS) 15/20. O material foi doado pela Empresa Medtronic. Resultados: paciente apresentou durante etapa inicial de ensaio para a ens melhora importante do quadro de incontinência com redução, após período de 30 dias, da escala de incontinência de 15/20 para 0/20. Em última etapa foi realizada implante de gerador definitivo no HC-UFGM. Não houve intercorrência em nenhuma das etapas citadas. A paciente seguiu com resposta funcional excelente nos controles de seguimento nos primeiros 30 dias. Conclusão: a incontinência fecal é uma condição socialmente devastadora e extremamente comum, embora subdiagnosticada. Existem diversas opções de tratamento que podem melhorar significativamente os sintomas, desde intervenções simples e não invasivas como mudanças dietéticas até intervenções complexas como o implante de esfínter artificial. Como uma das possíveis medidas encontramos a ens. No decorrer deste trabalho ficam demonstradas etapas fundamentais na transmissão do conhecimento que permitiram a realização do primeiro implante de eletrodos e gerador para ens no estado de minas gerais. Desta maneira mais um centro passa a contar com uma técnica recentemente empregada no tratamento desta condição de elevada morbidade.

#### **TUBERCULOSE DISSEMINADA EM PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN EM USO DE IMUNOBIOLOGICO – RELATO DE CASO**

ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; ANDRE BARRETO SILVA; CAROLINA CHACON CONSENTINO; CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO; JOAO DE AGUIAR PUPO NETO; ROSANE LOUZADA MACHADO  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO*

Resumo: Introdução: devido aos efeitos imunossupressores do adalimumabe, é importante a realização de um rastreio clínico rigoroso antes da sua utilização. A identificação de contraindicações, como a tuberculose latente, é importante pelo quadro grave que pode acometer o paciente imunossuprimido. Objetivo: relatar caso de tuberculose disseminada em paciente com Doença de Crohn após uso de adalimumabe, e discutir o rastreio para tuberculose em pacientes com doença inflamatória intestinal que utilizarão imunobiológicos. Relato do caso: r.s.g., 60 anos, sexo masculino, contabilista, natural do Rio de Janeiro. Em acompanhamento por Doença de Crohn desde 2004. Ppd não reator em 16/07/2013. Apresentou quadro de astenia, anorexia, sonolência, febre, náuseas e tumoração cervical em dezembro de 2013 que apareceram dez dias após a segunda aplicação de adalimumabe. Aspirado da massa cervical foi baar positivo confirmando diagnóstico de tuberculose ganglionar. Iniciado esquema rhze em 27/12/2013, entretanto o paciente apresentou piora clínica mantendo quadro febril. Em janeiro de 2014 foi internado com quadro séptico devido à tuberculose disseminada, por micobactéria resistente ao esquema RHZE. TC de abdome evidenciou microabscessos esplênicos. Alterado esquema para moxifloxacino, etambutol, estreptomicina e isoniazida com boa resposta e melhora clínica do paciente. Segue em tratamento e acompanhamento no HUCFF. Discussão: estudos demonstram que o adalimumabe é indicado para o tratamento da Doença de Crohn. Os pacientes que serão receberão esta medicação devem ser submetidos a rastreio rigoroso para tuberculose e receberem tratamento adequado se indicado. É consenso atual que o paciente com ppd entre 5 e 10mm (fraco reator), pelo risco de desenvolver doença potencialmente grave, deve receber tratamento. Conclusão: o rastreio adequado para tuberculose em pacientes que serão tratados com o adalimumabe é de extrema importância. O tratamento de pacientes com ppd fraco reator pode prevenir casos graves, diminuindo a morbimortalidade, tornando mais segura a utilização dessa droga em pacientes com Doença de Crohn.

#### **CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE-LOWESTEIN): TRATAMENTO COM PODOFILINA – RELATO DE CASO**

CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO; ANDRE BARRETO SILVA, CAROLINA CHACON CONSENTINO, ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS, JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO, JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO, EDNA DELABIO FERRAZ  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO*

Resumo: Introdução: o condiloma acuminado gigante, também conhecido como tumor de buschke-lowestein (tbl), é uma

variante do condiloma acuminado que se apresenta com uma lesão tumoral extensa, envolvendo a região ano-genital. A lesão, de comportamento invasivo, foi descrita inicialmente em 1896, por buschke, mas somente em 1925 a entidade clínica foi bem definida por I wenstein. Tem comportamento maligno pelo crescimento local, mas sem potencial metastizante. Sua incidência na população é de 0,1%. Sua incidência vem aumentando, associada a estados de imunossupressão, particularmente à aids. Nestes pacientes, costuma ser mais agressivo, com crescimento rápido, alto índice de recidiva e pouca resposta à terapia convencional. Também está relacionado com a presença do papiloma vírus humano tipos 6, 11, 16, 18 e 54. A melhor opção terapêutica ainda não está estabelecida. Vem sido empregado agentes tópicos, imunoterapia, quimiorradioterapia e cirurgia. Objetivo: relatar um caso de um tbl em um paciente portador da síndrome de imunodeficiência adquirida com lesão envolvendo a região ano-genital, com boa evolução clínica após o uso tópico da podofilina a 25%, uma vez que existem poucos casos descritos na literatura e as opções terapêuticas ainda apresentam alto índice de recidiva e morbidade. Relato do caso: paciente 65 anos, masculino, negro, aposentado; atendido no ambulatório do hucff-ufrrj em janeiro de 2013, em tratamento anti-retroviral (hiv) e quimioterapia (sarcoma de kaposi) evoluindo há cerca de 6 meses com verrugas anais. Ao exame, presença de tumoração verrucosa comprometendo região perianal desde a margem, sem comprometimento do canal anal. Iniciou tratamento com imiquimod mas devido a um ave (fev/2013) o tratamento foi interrompido. Optou-se por tratamento com podofilina a 25% semanalmente, com boa resposta terapêutica após 11 meses. Conclusão: no tbl, devido à sua extensão, ao índice alto de recorrência e pelo risco de malignização, a excisão radical é o tratamento mais utilizado. Nós relatamos um caso de tbl extenso com envolvimento de toda região perianal. Este apresentação acarretaria uma opção cirúrgica com excisão ampliada, o que levaria ao paciente o ônus de incontinência ou até mesmo de um estoma. Devido a este fato, optamos por tentar uma modalidade terapêutica com podofilina a 25% com boa resposta clínica.

#### **PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO PARA TUBERCULOSE E CRITÉRIO DE CURA EM FÍSTULAS ANORRETAIS COMPLEXAS E RECIDIVADAS**

LEONARDO GUEDES DE OLIVEIRA; CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO, ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS, CAROLINA CHACON CONSENTINO, ANDRE BARRETO SILVA, MONIKA PEREIRA KIM, JOÃO PUPO DE AGUIAR NETO, EDNA DELABIO FERRAZ  
*HUCFF-UFRRJ*

Resumo: Introdução: o diagnóstico de tuberculose (tb), doença causada pelo mycobacterium tuberculosis, é habitualmente desconsiderado na abordagem de fístulas anorretais, embora endêmica em algumas regiões. Entre 22 países responsáveis por 90% dos casos de tuberculose em todo o mundo, o Brasil ocupa o 17º lugar. A forma gastrointestinal está em sexto

lugar (5%) dos casos extrapulmonares, enquanto a anorretal representa 2-7% dos casos de fístula anal, sendo mais comum em homens de meia-idade e de regiões endêmicas. Em nosso país, dados epidemiológicos e evidências clínicas acumuladas sugerem a necessidade de uma investigação sistemática de tb, considerado um cofator responsável importante em casos de fístula anorretal complexa, especialmente quando associada à imunossupressão. Na tentativa de reduzir as altas taxas de recorrência de fístula anal (> 30%) sistematizar a investigação diagnóstica deve ser levada em conta pelo cirurgião. Objetivo: apresenta-se a evolução de um quadro de tb anal associado à fístula complexa, confirmado após afastada a hipótese inicial de Doença de Crohn, a fim de enfatizar a relevância da suspeita e a necessidade de um protocolo de investigação diagnóstica. São discutidos também os critérios para cura para nestes casos, em que as fístulas estão contaminadas pelo bacilo. Discussão: devido ao risco de dano ao esfíncter nas abordagens cirúrgicas repetidas de fístulas anorretais complexas, se faz necessária a exclusão da infecção por tuberculose, uma doença subdiagnosticada, e uma rotina para diagnóstico pré-operatório se mostra indispensável. Na ausência de descrição na literatura, destaca-se a importância da elaboração de protocolos clínicos e propedêuticos, a fim de reduzir sobretudo a recorrência da doença e a lesão do esfíncter, quando da indicação de tratamento cirúrgico de doença complexa ou recidivada.

#### **TERAPIA COMBINADA NA DOENÇA DE CROHN. É POSSÍVEL A MANUTENÇÃO DO ESQUEMA TERAPÊUTICO INICIAL?**

CLAUDIO COY; LARISSA BERBERT, NATALIA PRANZETTI VIEIRA, DEBORA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO

*AMBULATÓRIO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTES-TINAIS "PROF. DR. RICARDO GÓES" GRUPO DE COLO-PROCTOLOGIA- FCM-UNICAMP*

Resumo: A associação de imunossupressores tiopurínicos e terapia biológica possibilita melhor controle clínico na Doença de Crohn (DC). Entretanto, a manutenção do esquema terapêutico inicialmente proposto nem sempre é factível. Objetivo: avaliar os resultados referentes ao emprego e manutenção da terapia combinada (TC) em portadores de dc. Casuística e métodos: análise da casuística em 35 portadores de dc com emprego de TC. Foram avaliados: tempo de manutenção de TC e fatores associados a alteração da proposta terapêutica inicial. Resultados: houve predomínio do sexo masculino (60%) com média de idade ao diagnóstico de 29,4 anos. Com relação à classificação de montreal, houve predomínio nas seguintes classes: a2 (71,4%), l2 (45,7), b1 (54,2%); acometimento perineal esteve presente em 57,1% dos casos. O início de tratamento com TC ocorreu em 34,2% e em 62,8% dos casos terapia biológica foi adicionada posteriormente ao uso de azatioprina. O tempo médio de TC foi de 45,6 meses. A alteração do esquema terapêutico inicial ocorreu em 28,5%

dos casos, com tempo médio de uso de 35,5 meses, sendo as causas mais comuns: Efeitos adversos à terapia biológica (11,4%), falha terapêutica (5,7%), falta de aderência ao tratamento (5,7%) e efeito adverso da azatioprina (2,8%). Não se correlacionou a mudança terapêutica com idade ao diagnóstico, localização da doença e forma de apresentação. O tempo médio de uso de TC nos pacientes com manutenção da proposta terapêutica inicial foi 49,9 meses e controle clínico em 65,7%. Conclusões: efeitos adversos aos medicamentos foram a causa mais comum para a mudança da proposta inicial de TC. Características clínicas da dc não se correlacionaram com alterações terapêuticas.

### **INCIDÊNCIA E EVOLUÇÃO DE ADENOMAS DUODENAIS EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL**

DEBORA GONÇALVES ROSSI; JULIA GIRARDI CUTOVOI, ELINTON ADAMI CHAIM, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CLAUDIO COY

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - FCM- UNICAMP*

Resumo: Introdução: o câncer duodenal associa-se como a principal causa de morte na polipose adenomatosa familiar (PAF) em pacientes submetidos à colectomia profilática. Assim, a identificação de adenomas duodenais (ad) e seu correto manejo tornam-se prioritários no acompanhamento. Objetivo: avaliar a incidência e evolução de adenomas duodenais em portadores de PAF. Casuística e métodos: análise retrospectiva de pacientes submetidos a colectomia por PAF, no período de 1984 a 2013. No serviço de coloproctologia da unicamp, duodenoscopias são realizadas por ocasião da primeira consulta e em exames anuais após a cirurgia. Foram analisados a incidência, tratamento e evolução de ad. Resultados: foram submetidos a tratamento cirúrgico por PAF, 84 pacientes. Destes, 68 evoluíram com ad, porém 17 perderam seguimento e três eram portadores de pólipos não neoplásicos. Assim, a incidência de adenomas duodenais foi de 77,3% e fazem parte desta casuística 38 pacientes portadores de adenomas duodenais, sendo 58,5% do sexo feminino, com média de idade de (-) anos. O diagnóstico de ad por ocasião da colectomia ocorreu em%. Nos pacientes com aparecimento tardio, o tempo médio entre a cirurgia para PAF e o diagnóstico de ad foi de (-) meses. Cinco pacientes (13,1%) foram submetidos a duodenectomia, com média de idade de 43,2 anos, sendo três do sexo feminino. As indicações para duodenectomia foram: adenoma com foco de adenocarcinoma in situ em três casos (7,9%) e dois por... (lesões maiores do que 30 mm ou acometimento de papila????). Um paciente evoluiu a óbito no pós-operatório por fístula pancreática e outro após quatro anos por metástase pulmonar de adenocarcinoma colorretal. Os demais encontram-se em acompanhamento clínico com exames endoscópicos anuais. Conclusão: apesar da alta incidência de adenomas duodenais nesta casuística, os pacientes em acompanhamento não apresentaram adenocarcinoma invasivo, e a mortalidade associou-se a complicação pós-operatória.

### **RESULTADOS DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL UNICAMP 2011-2014**

CLAUDIO COY; TAMARA MARIA NIERI, ROGERIO TERRA ESPIRITO SANTO, LILA LEA CRUVINEL, ANDRE MYIOSHI, DRAUSIO JEFERSON DE MORAES, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/ GASTROCENTRO/ FCM/ CECOM - UNICAMP*

Resumo: Introdução: a alta incidência de câncer colorretal em nosso meio com elevada mortalidade e suas características biológicas, como origem em lesões benignas e crescimento lento, justificam medidas preventivas. No Brasil, campanhas sistemáticas de prevenção são raras. Em 2011 iniciou-se a campanha de prevenção de câncer colorretal da unicamp em três faculdades, em 2012 e 2013 em todas as unidades e até junho de 2014 a campanha atingiu metade do campus. Objetivo: relatar os resultados estratificados por ano, faixa etária e sexo. Material e métodos: campanha perene dirigida a alunos, funcionários e docentes com idade superior a 50 anos, e população estimada de 6000 indivíduos. São realizadas palestras sobre câncer colorretal em todas as unidades do campus (faculdades, institutos e áreas administrativas) e distribuição de testes para pesquisa de sangue oculto (tso). Nos casos positivos, os participantes são encaminhados para colonoscopia no gastrocentro-unicamp. Para fins de análise os participantes foram divididos aleatoriamente nas seguintes faixas etárias: entre 50 e 60 anos (faixa 1), maior que 60 e menor que 70 (faixa 2) e entre 70 e 75 anos (faixa 3). Resultados: durante todo o período foram realizados 5072 tso, com adesão correspondente a 45,5% e positividade de 15,1%. Foram identificados e removidos 237 adenomas, sendo 40 (16,8%) com tamanho superior a 10 mm e três com diagnóstico de carcinoma in situ. O diagnóstico de adenocarcinoma foi realizado em seis indivíduos, achado correspondente a 0,11% dos participantes 0,05% da população-alvo. A adesão ao teste de sangue oculto foi de 52,0% em 2011, 49,5% em 2012, 41,0% em 2013 e 47,6% até junho de 2014. Dentre os pacientes com testes positivos, 25,3% não realizaram a colonoscopia. Em relação ao sexo, não foram identificadas diferenças em relação a adesão à campanha, positividade do teste e achados endoscópicos. A adesão por faixa etária foi de 47% (faixa 1), 41,4% (faixa 2), e 44,6% (faixa 3). Tso foi positivo em 6,8% dos participantes da faixa 1, 7,09% da faixa 2 e 19,0% na faixa 3. A incidência de adenocarcinoma foi de 0,12% dos participantes na faixa 1, 0,3% na faixa 2 e zero na faixa 3. Conclusão: a taxa de adesão/ano tem se mantido constante e sem diferenças em relação ao sexo e faixa etária. A positividade do tso foi maior acima dos 70 anos, porém a ocorrência de adenocarcinoma foi mais frequente entre 60 e 70 anos.

### **ADENOMA SERRILHADO DO APÊNDICE VERMIFORME COM DEGENERAÇÃO MALIGNA PARA ADENOCARCINOMA DIAGNOSTICADO POR COLONOSCOPIA**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; DEBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI; LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES; LARISSA BERBERT ARIAS; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*FCM-UNICAMP*

Resumo: Adenomas serrilhados primários do apêndice vermiforme que evoluem com degeneração maligna para adenocarcinoma são eventos raros, na maioria das vezes descritos como achados pós-apendicectomia ou durante exame necroscópico. O diagnóstico de adenoma situado no interior do apêndice durante a realização de um exame colonoscópico é excepcional. Objetivo: apresentar um caso de adenocarcinoma in situ que se desenvolveu a partir de um adenoma serrilhado localizado no interior do apêndice vermiforme. Relato de caso: mulher, 86 anos, com queixas de alteração do hábito intestinal para diarreia, inapetência, perda ponderal e anemia foi submetida à colonoscopia. O exame endoscópico mostrou lesão nodular com 1,5 cm de diâmetro, superfície enantematosa e irregular localizada ao redor do óstio apendicular e acometendo de forma circunferencial a base do ceco cuja biópsia mostrou tratar-se de adenoma tubular com foco de degeneração maligna para neoplasia intraepitelial de alto grau. Como a topografia da lesão impossibilitava a remoção endoscópica, foi submetida à ressecção em cunha da região cecal realizada com auxílio de sutura mecânica. Apresentou evolução favorável recebendo alta hospitalar no quarto dia após a cirurgia. No momento encontra-se bem no 5 mês pós-operatório recuperando seu estado geral. O estudo histopatológico da peça cirúrgica confirmou presença de adenoma serrilhado com foco de adenocarcinoma intramucoso, medindo 2,0 x 1,5 cm de diâmetro, vegetante, localizado no apêndice vermiforme, que se estendia para o óstio do apêndice vermiforme. Conclusão: apesar de ser achado incomum o exame colonoscópico cuidadoso pode identificar tumores localizados no apêndice vermiforme.

#### **O EMPREGO DE TERAPIA BIOLÓGICA ALTEROU O PERFIL DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA NA RETOCOLITE ULCERATIVA?**

LARISSA BERBERT ARIAS; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA, DEBORA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE DE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CLAUDIO COY

*UNICAMP*

Resumo: Existem controvérsias se o emprego de terapia biológica esta associada à redução da indicação cirúrgica na retocolite ulcerativa (RCUI). Objetivo: identificar a incidência e o perfil de portadores de RCUI submetidos a tratamento cirúrgico antes e após o uso de terapia biológica em nosso serviço. Casuística e métodos: análise da casuística em portadores de RCUI antes e após a introdução de terapia biológica em nosso serviço. Foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de evolução pré-operatório, terapêutica empregada por ocasião da cirurgia,

extensão do processo inflamatório (pancolite vs colite esquerda), terapia empregada, tipo de cirurgia, incidência de tratamento cirúrgico e indicações, considerando-se: intratibilidade clínica, cirurgia de urgência e ocorrência de displasia ou câncer. Foram excluídos portadores de colite indeterminada ou diagnóstico pós-operatório de Doença de Crohn. Resultados: foram incluídos 396 pacientes portadores de RCUI em acompanhamento entre 1985 e 2013, sendo 79 com diagnóstico antes de 2000 e 259 após. Foram submetidos à tratamento cirúrgico, 57 pacientes, 26 deles antes do uso de terapia biológica e 31 após. Não foram observadas diferenças em relação ao sexo, idade e tempo de evolução pré-operatório. Identificou-se menor incidência de tratamento cirúrgico após uso de terapia biológica (32% vs 12%; p=0,002) assim como em portadores de colite esquerda. Não houve diferença significativa com relação às indicações nos dois períodos. Conclusões: o advento de terapia biológica possibilitou redução da incidência de cirurgias em portadores de RCUI. O perfil das indicações cirúrgicas permaneceu o mesmo.

#### **OCORRÊNCIA DE TUMOR DESMÓIDE EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: ANÁLISE DA CASUÍSTICA**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; DEBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI; LILIAN VITAL PINHEIRO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOÃO JOSÉ FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*FCM-UNICAMP*

Resumo: Introdução: tumores desmóides (TD) são neoplasias raras, localmente invasivas que afetam 10-25% dos pacientes com polipose adenomatosa familiar (PAF). É uma das mais importantes manifestações extragastrointestinais na PAF, associando-se a aumento da mortalidade em seus portadores. Objetivo: avaliar a ocorrência de TD em casos de PAF no seguimento após cirurgia para PAF e a evolução desses pacientes. Casuística e métodos: análise retrospectiva dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por PAF, no período de 1984 a 2013. Foram obtidos dados clínicos e demográficos e analisados incidência, tratamento e evolução dos pacientes portadores de TD. Resultados: foram submetidos a tratamento cirúrgico por PAF 84 pacientes. Destes, 17 evoluíram com TD, sendo 70,5% do sexo feminino, com média de idade de 29,2 (16,3 – 56,1) anos. O tempo médio entre a cirurgia para PAF e o diagnóstico de TD foi de 48,1 (12-146) meses, sendo que em dois casos a lesão precedeu a cirurgia. O diagnóstico foi estabelecido por exame físico ou manifestação clínica durante o seguimento em 12 casos (70,5%), em pacientes assintomáticos com alteração no exame de imagem de rotina em dois casos (11,7%) e na urgência, por abdome agudo obstrutivo em três casos (17,6%). Dez casos (58,8%) com apresentação intrabdominal, seis (35,2%) na parede abdominal, e seis (35,2%) em outras localizações. Mais de uma localização foi evidenciada em quatro casos (23,5%). Com relação ao tratamento, 13 pacientes (76,4%) foram submetidos à cirurgia e três a tratamento clínico. Um paciente evoluiu a óbito antes da terapêutica. Dos pacientes com tratamento clínico

exclusivo, um paciente apresentou progressão da lesão, porém perdeu seguimento e dois evoluíram sem aumento da lesão em sete e 108 meses de acompanhamento. Dos pacientes operados, houve quatro casos de recidiva (30,7%). Em dois optou-se por tratamento clínico com estabilização da lesão. Dois pacientes foram submetidos à reabordagem cirúrgica, sem evidência de recidiva em 10 meses e 108 meses de acompanhamento. Conclusão: a incidência de TD nesta casuística foi de 20,2% dos casos de PAF. Evolução favorável foi possível em 88,2%, considerando-se inclusive pacientes com ressecção incompleta e tratamento clínico exclusivo.

#### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INÉRCIA CÓLICA: ANÁLISE DOS RESULTADOS**

JULIA GIRARDI CUTOVOI; UMBERTO MORELLI; MICHEL GARDERE CAMARGO; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*FCM-UNICAMP*

Resumo: Introdução: inércia cólica é afecção rara e de difícil diagnóstico. A cirurgia quando indicada apresenta evolução incerta. Objetivo: avaliar os resultados em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico em portadores de inércia cólica. Casuística e métodos: análise retrospectiva da evolução de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico com diagnóstico pré-operatório de inércia cólica. A avaliação diagnóstica foi efetuada com enema opaco ou colonoscopia, tempo de trânsito cólico, videodefecograma e manometria anorretal. Os critérios de indicação cirúrgica incluem enema opaco normal, tempo de trânsito cólico com retenção de 80% dos marcadores no quinto dia, ausência de melhora com fisioterapia do assoalho pélvico e falha ao tratamento clínico. O critério de exclusão foi megacólon chagásico ou idiopático. Resultados: foram incluídos 15 pacientes, sendo 13 do sexo feminino (86,6%). Oito submetidos à colectomia total com ileorretoanastomose e sete à derivação ileorretal sem colectomia. A média de idade ao início do acompanhamento foi de 42,2 anos, e por ocasião da cirurgia de 46,2 anos. O tempo médio de acompanhamento pós-operatório foi de 33,4 meses. Dos oito pacientes submetidos à colectomia total, sete (87,5%) apresentaram melhora da constipação e uma faz uso esporádico de laxativo osmótico. Uma paciente apresentou diarreia com dermatite associada e piora da qualidade de vida após a colectomia, sendo submetida à ileostomia. Duas pacientes apresentaram quadro de abdome agudo obstrutivo, sendo submetidas à laparotomia por aderências, com boa evolução. Dos sete pacientes submetidos à ileorretoanastomose, três (42,8%) não apresentaram melhora da constipação. Não houve complicações nesse grupo de pacientes. Apenas um paciente necessita do uso rotineiro de loperamida (submetido à colectomia total), e outros três fazem uso esporádico, dois submetidos à colectomia e um à derivação interna. Conclusão: a colectomia total apresenta bons resultados em pacientes com diagnóstico clínico de inércia cólica. Derivação interna ileorretal apresentou altas taxas de insucesso nesta casuística.

#### **TRATAMENTO DE ULCERA PERIANAL DE DOENÇA DE CROHN COM PAPAÍNA: RELATO DE CASO.**

CAROLINA CHACON COSENTINO; ROSANE LOUZADA MACHADO, MARIA JOSÉ DE SOUZA PEREIRA FRANCISCO, JOAO DE AGUIAR PUPO NETO

*HUCFF-UFRJ*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn perianal representa uma manifestação clínica distinta da doença inflamatória intra-luminal, com características e manifestações particulares. Aproximadamente 25% dos pacientes com Doença de Crohn (DC) apresentam manifestações perianais. O tratamento cirúrgico com uso de sedenho e antibioticoterapia prolongada são amplamente utilizados. No entanto alguns pacientes necessitam de abordagem diferenciada, em caso de doença mais agressiva. Objetivo: relatar o caso de uma adolescente com doença perianal refratária aos tratamentos clínicos e cirúrgicos habituais. Relato de caso: paciente l.k.s.j, do sexo feminino, 17 anos. Diagnosticada em 17/06/2011 com d.c., com biópsias de múltiplas lesões ulceradas no períneo com destruição do canal anal. Retossigmoidoscopia evidenciava lesões em canal anal, com mucosa retal preservada. Biópsia confirmou dc, sendo realizada abordagem cirúrgica com passagem de sedenho cortante, e uso de ciprofloxacino, metronidazol, prednisona e azatioprina, sem melhora do quadro, evoluindo com a formação da úlcera, após a passagem do sedenho cortante. Indicado em junho de 2012 terapia hiperbárica, sendo então submetida a 80 sessões, permanecendo a lesão perineal ulcerada. Em 21/05/2013 foi iniciado tratamento com adalimumabe, não apresentando desde então sinais de atividade de doença (dores articulares, dor abdominal ou diarreia); porém permanecendo a lesão perineal. Em março de 2014 iniciou acompanhamento no presente serviço de coloproctologia, apresentando, ao exame, lesão estendendo-se desde a borda anal até o cóccix. Sendo então iniciado tratamento com papaína gel, dado a refratariedade aos tratamentos anteriores. A paciente apresentou redução da lesão ulcerada, com cicatrização progressiva da lesão. Discussão: o desbridamento químico com uso de papaína é amplamente difundido para o tratamento de feridas e úlceras, com resultados expressivos. Na extensão do nosso conhecimento, não há relatos sobre o uso de papaína em úlceras perineais de dc. Escolhemos a papaína visto que é um agente já amplamente utilizado no tratamento de feridas, e em lesões perineais como na gangrena de fourmier.

#### **CIRURGIA CITORREDUTORA COMPLETA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EM 40 PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMATOSE PERITONEAL**

NATÁLIA REGINA MISSON; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA, PAULO ROCHA FRANÇA NETO, VINÍCIUS PIRES RODRIGUES, MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO, THALLES VALENTE LISBOA, ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES

*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO - BELO HORIZONTE (MG)*

Resumo: Introdução: A cirurgia citorredutora associada a quimioterapia hipertérmica per-operatória (hipec) é um procedi-

mento cirúrgico complexo, utilizado no tratamento do câncer de várias origens. Foi descrita primeiramente no tratamento do pseudomixoma peritoneal em 1980, por spratt et al. Desde a década passada, a cirurgia citorrredutora com hipec emergiu como opção de tratamento efetivo em pacientes com tumores gastrointestinais e mesotelioma peritoneal, alcançando resultados promissores em patologia associada a prognóstico desfavorável. Objetivo: Avaliar os resultados da cirurgia citorrredutora e da quimioterapia hipertérmica (hipec) em pacientes portadores de carcinomatose peritoneal. Método: Foram avaliados prospectivamente, 40 pacientes submetidos a citorrredução no serviço de coloproctologia do hospital felício rocho, no período entre 2004 e 2014, catalogados no banco de dados da clínica por meio de protocolos pré-determinados. Resultados: A idade média foi de 49,75 anos, variando entre 14 e 79 anos e 60% eram do sexo feminino. Em 47,5% o sítio primário foi o câncer colorretal, seguido pelo pseudomixoma em 35% dos casos, 10% de origem ovariana e 7,5% de outros sítios. O índice de carcinomatose peritoneal (icp) apresentou média de 16,28, com variação entre 2 e 39. A droga utilizada na maioria dos pacientes foi a mitomicina c, sendo que somente 2 pacientes utilizaram oxaplatina. A taxa de complicação foi de 52%, sendo a infecção (urinária e pulmonar) a mais comum, seguida pela sirs. Durante a internação, a taxa de mortalidade foi de 7,5%. O tempo médio de internação no cti foi de 8,5 dias e o tempo médio de internação total foi 18 dias. Conclusão: A cirurgia citorrredutora combinada com a quimioterapia hipertérmica per-operatória é uma opção de tratamento para pacientes com carcinomatose peritoneal, com perspectiva de aumento de sobrevida com um índice de complicações e mortalidade operatória aceitáveis.

#### **TEO – TRANSANAL ENDOSCOPIC OPERATION: RESULTADOS INICIAIS DO HOSPITAL FELICIO ROCHO - MG**

MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO; FABIO LOPES DE QUEIROZ; ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; NATALIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; PAULO ROCHA FRANCA NETO; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA

*HOSPITAL FELICIO ROCHO - MINAS GERAIS*

Resumo: O TEO, operação endoscópica transanal (TEO) é uma técnica minimamente invasiva desenvolvida por buess na década de 80 diante da dificuldade na abordagem das lesões de reto, principalmente as proximais e como alternativa para as ressecções locais e ressecções abdominais. Os adenomas que não são passíveis de ressecção endoscópica e alguns tumores iniciais (t1) selecionados, são as principais indicações do teo. Os objetivos deste trabalho são o de apresentar a experiência inicial do serviço de coloproctologia do Hospital Felício Rocho – MG. Métodos: São apresentados os resultados de oito pacientes com lesões adenomatosas de reto até 10 cm da margem anal, submetidos ao TEO no período de agosto de 2013 a maio de 2014 pelo serviço de coloproctologia do hfr. Todos os

pacientes foram submetidos a colonoscopia com biópsias das lesões sem evidência de neoplasia e ressonância pré-operatória. Resultados: Entre os oito pacientes submetidos a operação endoscópica transanal, cinco eram do sexo masculino e três do sexo feminino com idade entre 36 a 68 anos. Desses quatro pacientes apresentavam sangramento retal, três com lesão diagnosticada em colonoscopia para prevenção e um após exteriorização de lesão pelo ânus `as evacuações. Cinco pacientes apresentavam lesões até 5 cm da margem anal e os demais entre 5 e 10 cm. Seis pacientes apresentavam lesões estadiadas como t1 e dois como t2 na rnm, e ao serem avaliados juntamente com o anatomo-patológico, todas as lesões foram superestadiadas. Sendo sete lesões benignas e um adenocarcinoma intrmucoso. Nenhum dos pacientes apresentavam suspeita de lesão infiltrativa no exame clínico. Com relação as intercorrências per-operatórias 1 paciente apresentou sangramento sem repercussão, dois apresentaram perfuração do reto durante a ressecção, sendo tratados com punção abdominal. No seguimento ambulatorial, um paciente evoluiu com estenose assintomática. Um dos pacientes apresentou recidiva da lesão com biópsia revelando adenocarcinoma e o mesmo encontrou-se em tratamento neoadjuvante para posterior programação cirúrgica. Conclusões: As lesões iniciais tendem a ser superestadiadas pela rm e o exame clínico e aspecto macroscópico da lesão devem ser levados em conta `a avaliação inicial. O TEO pode ser considerado uma técnica segura e efetiva para a ressecção de adenomas retais não ressecáveis por colonoscopia e lesões t1 selecionadas com morbidade e mortalidade menores que a abordagem convencional.

#### **ABAIXAMENTO DE CÓLON TOTALMENTE LAPAROSCÓPICO COM EXTRAÇÃO POR ORIFÍCIOS NATURAIS (NOSE), RESULTADOS INICIAIS THALLES VALENTE LISBOA; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ HOSPITAL FELICIO ROCHO, MINAS GERAIS**

Resumo: Introdução: a extração do espécime após a colectomia videolaparoscópica é classicamente realizada por minilaparotomias. Esta técnica reduziu muito as complicações relacionadas à parede abdominal comparando à técnica laparotômica. A extração através de orifícios naturais, além do benefício estético restringe apenas aos portais complicações como hérnias, infecções, dor e deiscências. Objetivo: apresentar nossa experiência quanto abaixamento de cólon totalmente laparoscópico com retirada do espécime através de orifícios naturais (nose). Método: estudo retrospectivo de novembro/2012 a junho/2014. Onde foram inclusos sete pacientes submetidos a abaixamento de cólon com retirada do espécime por orifícios naturais. Resultados: os sete pacientes foram do sexo feminino com idade entre 36 e 85 anos. Cinco das pacientes eram portadoras de adenocarcinoma de reto baixo submetidas à quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, uma portadora de endometriose de reto e uma com lesão polipóide colonoscopicamente irressecável. Seis das pacientes tiveram a retirada por via vaginal e apenas uma por via anal. Quatro das pacientes tiveram alta até o quinto dia pós-operatório, duas

entre o sexto e o décimo dia pós-operatório, uma permaneceu internada por mais de dez dias. Tivemos apenas um caso com complicação pós-operatória, fístula posterior da anastomose colorretal. Nas pacientes submetidas à extração vaginal, nenhuma apresentou complicação relacionada à colporrafia. Também não houve recidiva local no período acompanhado. Conclusão: a cirurgia de abaixamento de cólon com extração do espécime por orifícios naturais é uma alternativa reproduzível, viável e segura. Além disso, possuem o potencial benefício de evitar complicações relacionadas à incisão abdominal e oferecem benefícios estéticos.

#### **RESSECÇÃO DE ADENOMA POR TEO – TRANSANAL ENDOSCOPIC OPERATION**

MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO; FABIO LOPES DE QUEIROZ; ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; NATALIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA; VINICIUS PIRES RODRIGUES  
*HOSPITAL FELICIO ROCHO - MINAS GERAIS*

Resumo: Introdução: A operação endoscópica transanal (TEO) é uma técnica minimamente invasiva desenvolvida por buess na década de 80 empregada na ressecção de lesões benignas e tumores de reto iniciais bem selecionados. Objetivo: Será apresentado vídeo da ressecção por TEO de paciente do sexo feminino, 82 anos de idade com quadro de sangramento retal e exteriorização de lesão anal, com lesão adenomatosa de reto inferior. Procedimento realizado no Hospital Felício Rocho – MG no ano de 2014. realizado preparo colônico com peg. Iniciamos o procedimento com o pneumorreto realizado e com a identificação dos limites da lesão. Realizado marcação em torno da lesão com eletrocautério para delimitação da mesma e ressecção com margens adequadas, seguindo com a dissecação inicial da submucosa nos pontos previamente delimitados. Posteriormente a utilização do dispositivo de dissecação ultrassônica para hemostasia e auxílio na dissecação completa da lesão juntamente com eletrocautério. Após dissecação completa retiramos a espécime para envio a anatomia patológica, lesão ressecada em bloco. Realizado irrigação com soro fisiológico e identificação da muscular própria preservada. Realizamos a sutura contínua com pds 3.0 para aproximação da mucosa com posicionamento de clipe no início e final da sutura. Verificamos após, o fechamento completo da mucosa. Paciente evoluiu bem com alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório e anatomopatológico confirmando achados iniciais de adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau. Conclusão: A lesão benigna como no caso apresentado é a principal indicação da realização da operação endoscópica transanal, com ressecção de espessura completa (full-thickness), margens adequadas para uma avaliação histopatológica satisfatória.

#### **AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE PELO POSSUM E P-POSSUM COMO INDICADOR DE QUALIDADE EM CIRURGIAS COLORRETAIS NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO -MG**

MARIA EMILIA CARVALHO E CARVALHO; FABIO LOPES DE QUEIROZ; ARTHUR MANOEL BRAGA DE ALBUQUERQUE GOMES; NATALIA REGINA MISSON; THALLES VALENTE LISBOA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; PAULO ROCHA FRANCA NETO; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA

*HOSPITAL FELICIO ROCHO - MINAS GERAIS*

Resumo: Introdução: A auditoria periódica de um serviço de cirurgia é essencial para se realizar uma avaliação crítica dos resultados e se obter ganho na qualidade. 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 e foi adotado 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 do hospital felício rocho -mg de janeiro 2011 a junho de 2014 e compará-los com os valores de possum/ p-possum esperados. Métodos: Os 551 pacientes submetidos a cirurgias entre janeiro de 2011 e junho de 2014, possuíam protocolos, previamente preenchidos pela equipe médica, com dados relativos à mortalidade e morbidade pós operatórias, necessários para a análise estatística. Para análise de morbidade e mortalidade possum e p-possum os pacientes foram divididos em grupos e calculado a morbidade e mortalidade para cada grupo. Resultados: dos 551 pacientes 165 apresentavam morbidade menor que 20, 171 morbidade entre 20 e 40 e 216 morbidade > 40 com morbidade observada de 9,09;10,52 e 24,53% respectivamente. Na análise da mortalidade pelo possum, foram feitas divisões em três categorias ( $p < 5$ ;  $5 \leq 10$ ; e  $> 10$ ) encontramos 246 pacientes com mortalidade esperada menor que 5%, 126 paciente com mortalidade esperada entre 5 e 10% e 180 paciente com mortalidade esperada maior que 10% . A mortalidade observada foi de 0,81; 1,58 e 15% respectivamente. Na análise da mortalidade pelo p-possum, encontramos 447 pacientes com mortalidade esperada menor que 5%, 52 cuja mortalidade esperada encontrava-se entre 5 e 10%, 32 com mortalidade esperada entre 10 e 50% e 16 paciente com mortalidade esperada maior que 50%. A mortalidade observada foi de 1,78%; 5,76%; 21,78% e 62,5% respectivamente. Foram observados trinta e um óbitos no total, sendo 61,29% (19 pacientes) por procedimentos de urgência e os demais eletivos. A sepse foi a principal causa de óbito, com percentual de 67,7% dos casos. A mortalidade geral foi de 5,62% . Conclusão: os dados apresentados mostram que o possum e p-possum foram capazes de prever morbidade e mortalidade de forma acurada no serviço, podendo ser utilizados com segurança para avaliação de morbimortalidade, permitindo melhorias nas rotinas pós-operatórias e a realização de auditoria interna na clínica.

#### **RETALHO MIOCUTÂNEO APÓS DEISCÊNCIA DE SUTURA PRIMÁRIA DE FERIDA DE AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL**

FABER HENRIQUE CACCIA; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, FABIO LOPES DE QUEIROZ, RENATA PA-



OLINELI BOTINHA MACEDO, PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO

*INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

Resumo: Introdução: o fechamento primário da ferida perineal após a ressecção abdominoperineal é técnica comum. Complicações como deiscência e cicatrização retardada podem ocorrer, principalmente após realização de terapia neoadjuvante. Para reduzir estes inconvenientes, algumas alternativas como a interposição de malhas biológicas, omentoplastia e retalhos miocutâneos (utilização do músculo retoabdominal, glúteo máximo e grácil) tem sido realizadas. Objetivo: apresentar o caso de paciente submetido a cirurgia de amputação abdominoperineal por neoplasia sincrônica de fistula perianal e cólon descendente, com fechamento perineal primário, evoluindo com deiscência completa de ferida, necessitando de nova abordagem cirúrgica. Métodos: cel, masculino, 64 anos, hipertenso, diabético, coronariopata com diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso de fistula perianal e adenocarcinoma em cólon descendente. Submetido a cirurgia de amputação abdominoperineal, colectomia esquerda, linfadenectomia retroperitoneal e colostomia terminal, após quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes; procedimento inicialmente laparoscópico com posterior conversão para via laparotômica devido a redundância de cólon descendente e sigmóide, além de espessamento inespecífico em cólon proximal. Realizada síntese primária da ferida perineal, aproximando-se músculos glúteos máximos após preenchimento parcial da pelve com bexiga. Evoluiu com deiscência de ferida operatória, e exposição de bexiga. Realizado acompanhamento com comissão de feridas, sendo iniciado curativo especial com alginato para debridamento dos tecidos. Após 30 dias, submetido à confecção de retalho musculocutâneo e cutâneo local, utilizando músculos glúteos máximos. Resultados: evoluiu com boa cicatrização da ferida, tendo apenas pequena necrose em pele, sem comprometimento do retalho. Não houve déficits motores ou limitações em membros inferiores. Recebendo alta hospitalar. Conclusão: a reconstrução primária da ferida da amputação abdominoperineal evoluiu com deiscência, complicação frequente já mostrada na literatura. A confecção de retalho miocutâneo de músculo glúteo máximo em segundo tempo obteve um bom resultado, com fechamento completo da ferida, demonstrando que esta pode ser uma boa opção para reconstrução perineal.

### **COLECTOMIA DIREITA TOTALMENTE LAPAROSCOPICA - RELATO DE CASO**

FABER HENRIQUE CACCIA; FABIO LOPES DE QUEIROZ, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, RENATA PAOLINELI BOTINHA MACEDO, PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO

*INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

Resumo: Introdução: a cirurgia laparoscópica e por laparotomia convencional são oncológicamente equivalentes no

tratamento do câncer colorretal. Dentre as vantagens da laparoscopia, citam-se menor índice de complicações, retorno precoce da dieta, menor ileo pós-operatório, menor ocorrência de sangramento e redução do tempo de internação hospitalar. Há varias modalidades de cirurgia por vídeo, sendo uma opção a cirurgia totalmente laparoscópica, com anastomose intracorpórea seguida de extração do espécime cirúrgico por micro incisão abdominal ou orifícios naturais, com resultados superiores à laparoscopia convencional. Objetivo: apresentar vídeo contendo uma colectomia direita, totalmente laparoscópica, com anastomose intracorpórea e detalhamentos técnicos durante dissecação e anastomose. Método: paciente mfs, 56 anos, sexo feminino, com diagnóstico de lesão espaiada em ceco, 30mm, não ressecável por colonoscopia. Biópsia: adenoma com displasia de baixo grau. Submetida a colectomia direita totalmente laparoscópica, anastomose íleo-cólica, com retirada da peça cirúrgica por micro incisão supra púbica. Resultados: tempo cirúrgico: 180 minutos; sangramento: 30 ml. Retorno da dieta, retirada de sonda vesical, deambulação após 12 horas. A eliminação de flatos ocorreu nas primeiras 24 horas. Houve necessidade de analgesia venosa no pós-operatório imediato. Alta hospitalar após 36 horas. Anatomia-patológica: adenoma tubular, com displasia de baixo grau, sem focos de degeneração maligna. Conclusão: a colectomia direita com anastomose intracorpórea foi eficaz no tratamento, tendo o paciente baixa morbidade e rápido retorno às suas atividades diárias. A dificuldade técnica durante a sutura laparoscópica e os custos com endogrampeadores são temas a serem discutidos.

### **INÉRCIA COLONICA: TRATAMENTO CIRÚRGICO**

FABER HENRIQUE CACCIA; FABIO LOPES DE QUEIROZ, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, RENATA PAOLINELI BOTINHA MACEDO, PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO

*INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

Resumo: Introdução: a constipação intestinal é um sintoma gastrointestinal frequente. Diversas são as causas, podendo variar desde erros alimentares, defeitos anatômicos ou causas funcionais. Entre essas, a inércia colonica, um distúrbio funcional, caracterizado por constipação severa e refrataria ao tratamento clínico. Esse distúrbio na motilidade colonica pode levar ao tratamento cirúrgico, sendo a colectomia total com íleo-reto anastomose uma proposta de tratamento definitivo. Objetivo: relatar o caso de uma paciente portadora de inércia colônica, com obstrução intestinal, ostomia e posterior colectomia total com íleo-reto anastomose. Discussão da fisiopatologia, diagnóstico e indicações de tratamento. Método: paciente scsm, 14 anos, sexo feminino. História de constipação intestinal desde a infância com piora nos últimos 6 meses, tendo sido submetida a 4 laparotomias para desobstrução intestinal por fecaloma e confecção de sigmoidostomia em alça. Tempo de esvaziamento oro-gástrico normal, manometria anal normal, enema baritado com dilatação de ceco e complicado com obstrução. Tempo de transito colonico com reten-

ção dos marcadores principalmente em colon direito. Houve persistência dos episódios de semi-oclusão intestinal, mesmo após ostomia. Submetida a colectomia total com íleo-reto anastomose. Resultados: paciente teve boa evolução pos-operatória, com até 3 episódios de evacuações diárias, sem relato de dor abdominal ou incontinência anal. Anatomia-patológica e imunohistoquímica com resultado inespecífico. Conclusão: a propedêutica adequada com exames diagnósticos foi fundamental para o correto diagnóstico. Sendo a colectomia total com íleo-reto anastomose uma boa indicação para a paciente.

#### **HIPOVITAMINOSE D EM PACIENTES PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN ACOMPANHADOS NO HOSPITAL DE BASE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP.**

PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, MARIO ANTONIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE MEREGE, MARIANA OKINO, JOAO GOMES NETINHO, GENI SATOMI  
*FAMERP*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal de caráter auto-imune que pode acometer todo o trato gastrointestinal. A vitamina D é obtida, principalmente através da exposição solar, e em pequena proporção através da alimentação, sendo sua absorção ileal. É sabido o seu papel na homeostase óssea, porém tem sido amplamente estudada como mediadora da resposta imune após a descoberta do receptor de vitamina D dentro das células de defesa. Estudos têm demonstrado hipovitaminose D em pacientes com DC. Objetivo: este estudo objetiva avaliar níveis séricos da vitamina D e traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com a DC acompanhados no serviço de coloproctologia do hospital de base em São José do Rio Preto / SP. Metodologia: identificados os pacientes com DC neste serviço, foi confeccionado banco de dados com os valores da vitamina D sérica dosados entre abril e junho de 2014, correlacionando-os com idade e sexo dos mesmos. Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva simples. Todos os pacientes concordaram em participar do estudo, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Resultados: foram avaliados 52 pacientes neste estudo, com média de idade de 43 anos, variando entre 15 e 77 anos, sendo 31 (59,6%) mulheres e 21 (40,3%) homens. O nível sérico da vitamina D médio entre os pacientes do estudo foi 28,1 com desvio-padrão de 12,07. Foram identificados 30 pacientes com hipovitaminose D, representando 57,7% dos pacientes estudados, sendo 3 pacientes (5,8%) com valor sérico de vitamina D menor ou igual a 10 ng/ml, 13 (25%) entre 11 e 20 ng/ml e 14 (26,9%) entre 21 e 29 ng/ml. Apenas 10 (19,2%) apresentaram valor sérico de vitamina D dentro dos valores adequados (30 - 36 ng/ml). Conclusão: o estudo está de acordo com os dados epidemiológicos apresentados na literatura em relação à idade e sexo. A dosagem do nível sérico da vitamina D corroborou os achados da grande maioria de estudos já publicados, demonstrando a hipovitaminose D em pacientes com DC. Devem ser avaliados com cautela os pacientes que já utilizam algum tipo de suplementação de vitamina D, avaliar o grau de exposição so-

lar, o IMC, fatores estes que se apresentam como vieses. O tema, entretanto, ainda carece de estudos correlacionando o índice de atividade de doença e testes de prova inflamatória com os níveis de vitamina D, e estudos prospectivos avaliando a relevância da reposição de vitamina D na remissão da doença.

#### **DOENÇA DE CROHN EM CRIANÇA: UM RELATO DE CASO.**

PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; MARIO ANTONIO FERRARI, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE MEREGE DA SILVA, JOAO GOMES NETINHO, GENI SATOMI  
*FAMERP*

Resumo: Introdução: o termo doença inflamatória intestinal (DII) é normalmente utilizado para caracterizar patologias que cursam com alterações inflamatórias crônicas do trato digestório, como a retocolite ulcerativa (RU) e a Doença de Crohn (DC). Esta última, marcadamente caracterizada pelo acometimento transparietal de qualquer segmento do trato gastrointestinal. Nesse trabalho faremos relato de um caso de Doença de Crohn diagnosticado ainda na infância, abordando de maneira sucinta suas complicações, possibilidades terapêuticas e repercussões na vida da paciente. Relato de caso: paciente feminina, 11 anos de idade, com diagnóstico de Doença de Crohn desde os oito anos de idade (em 2007), submetida a colonoscopia com biópsia de íleo terminal, exame de trânsito de delgado e tomografia computadorizada de abdome, com achados característicos, como íleite, espessamento e irregularidades em íleo terminal. Inicialmente tratada com mesalazina, passando ao uso de azatioprina e infliximabe após um ano, vindo a desenvolver após 2 anos de tratamento, reação alérgica ao anti-TNF. Evoluiu após um ano, em 2008, com formação de abscesso bloqueado em região de fossa ilíaca direita, inicialmente tratado conservadoramente com sucesso. Em 2012, quatro anos depois, em decorrência de acometimento renal à direita, bexiga e colon sigmóide, a paciente foi submetida a ressecção em bloco de ovário e trompas à direita, apêndice, íleo terminal e segmento do sigmóide, com anastomose primária dos segmentos intestinais, além de passagem de cateter duplo J à direita. O estudo anátomo-patológico corroborou o diagnóstico de doença de Crohn, sem indícios de atividade. A evolução pós-operatória foi satisfatória. Discussão: estudos epidemiológicos apontam que até um quarto dos pacientes com DII manifestam sintomas e, por consequência, são diagnosticados com a patologia antes dos 18 anos de idade. Neste grupo de pacientes, há maior índice de distúrbios com comprometimento cognitivo, atraso do desenvolvimento psico-motor, desnutrição. Tem-se conhecimento, ainda, que crianças diagnosticadas precocemente apresentam as complicações da doença em um espaço menor de tempo em relação à população adulta. A otimização do tratamento diminuiu consideravelmente a morbidade ligada à doença, mas a mesma ainda é considerável e diretamente ligada ao tempo de diagnóstico e progressão da doença, principalmente em pacientes diagnosticados precocemente.

### **DIVERTÍCULO DE CECO COMPLICADO COM DIVERTICULOSTOMIA E PROLAPSO DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO**

CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: diverticulite do colon direito é um patologia rara no ocidente porém é muito comum no oriente, a doença diverticular ocorre numa frequência de 55-70% dos pacientes asiáticos, enquanto que nos caucasianos ocorre em 1,5%. Acomete principalmente pacientes do sexo masculino e jovens. É difícil diferenciar um quadro de diverticulite de colon direito de apendicite, porém atualmente com o uso da tomografia computadorizada houve um aumento na acurácia diagnóstica pré-operatória, chegando a até 85% em alguns países asiáticos. Alguns aspectos clínicos podem ajudar a diferenciar o quadro de diverticulite aguda, como uma história mais arrastada de dor abdominal em fossa ilíaca direita e uma menor resposta inflamatória sistêmica. Um estudo retrospectivo demonstrou que um tratamento clínico é eficaz para pacientes com diagnóstico preciso de diverticulite sem complicações. Porém uma colectomia direita deve ser realizada em casos de severas complicações, múltiplos divertículos, e suspeita de neoplasia. Objetivo: relato de caso de diverticulite de ceco com diverticulostomia e prolapso de colostomia. Relato de caso: bag, mulher, 63 anos, procedente de atibaia, apresentou abdome agudo inflamatório devido a diverticulite de ceco. Foi submetida a diverticulostomia, e veio encaminhada ao hospital universitário são francisco para reconstrução do trânsito intestinal. Ao exame: apresentava prolapso da diverticulostomia com hérnia paracolostômica e pólipos séssil em cólon ascendente parido. A paciente foi submetida a colectomia direita com ileotransversoanastomose e correção da hérnia, e, evoluiu bem com alta no 7ºpo. Conclusão: diverticulite aguda no cólon direito é uma patologia rara no ocidente que em muitos casos é confundida com quadro de apendicite aguda. Com o uso de exames de imagens como a tomografia computadorizada houve um aumento do número de diagnósticos de diverticulite. O tratamento clínico nos casos não complicados de acordo com a literatura é seguro e eficaz, porém em casos mais graves o pacientes deve ser submetido ao tratamento cirúrgico.

### **DIVERTICULITE DE CECO: RELATO DE CASO**

CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: diverticulite do colon direito é um patologia rara no ocidente porém é muito comum no oriente, a doença diverticular ocorre numa frequência de 55-70% dos pacientes asiáticos, enquanto que nos caucasianos ocorre em

1,5%. acomete principalmente pacientes do sexo masculino e jovens. É difícil diferenciar um quadro de diverticulite de colon direito de apendicite, porém atualmente com o uso da tomografia computadorizada houve um aumento na acurácia diagnóstica pré-operatória, chegando a até 85% em alguns países asiáticos. Alguns aspectos clínicos podem ajudar a diferenciar o quadro de diverticulite aguda, como uma história mais arrastada de dor abdominal em fossa ilíaca direita e uma menor resposta inflamatória sistêmica. Um estudo retrospectivo demonstrou que um tratamento clínico é eficaz para pacientes com diagnóstico preciso de diverticulite sem complicações. Porém uma colectomia direita deve ser realizada em casos de severas complicações, múltiplos divertículos, e suspeita de neoplasia. Objetivo: relato de caso de diverticulite de ceco. Relato de caso: paciente sexo masculino, branco, 91 anos deu entrada no pronto atendimento com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita há 2 meses, associado a diarreia, inapetência, e perda ponderal de 8% do peso, nega febre. Ao exame estável hemodinamicamente, abdome flácido com plastrão palpável em fid dolorosa a palpação, db negativo. Leucograma 13400 mm sem desvio. Na tomografia computadorizada evidenciou-se plastrão inflamatório pericecal com densificação da gordura mesenterial estendendo-se até a válvula ileocecal. A colonoscopia evidenciou doença diverticular pancolônica e processo inflamatório crônico diverticular em ceco. Realizado tratamento clínico com antibioticoterapia, dieta e analgesia. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 7º dia com melhora do quadro clínico inicial e segue em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: diverticulite aguda no cólon direito é uma patologia rara no ocidente que em muitos casos é confundida com quadro de apendicite aguda. Com o uso de exames de imagens como a tomografia computadorizada houve um aumento do número de diagnósticos de diverticulite. O tratamento clínico nos casos não complicados de acordo com a literatura é seguro e eficaz, porém em casos mais graves o pacientes deve ser submetido ao tratamento cirúrgico.

### **ABSCESSO HEPÁTICO COMO COMPLICAÇÃO DE JEJUNO-ILEÍTE DIFUSA POR DOENÇA DE CROHN**

MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA; FANG CHIA BIN, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, MARIA LUIZA QUEIROZ DE MIRANDA, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, THAIS YUKA TAKAHASHI, NATHALIA LINS PONTES VIEIRA

*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a jejuno-ileíte difusa é uma forma pouco frequente e grave da Doença de Crohn (DC) com incidência variando de 3 a 10%. Também raro, temos o abscesso hepático como complicação da dc, tendo como etiologia provável a invasão do sistema porta por microorganismos durante o surto de atividade da doença. Sua incidência varia de 114 a 297 casos para cada cem mil pacientes com dc. Objetivo: relatar caso de paciente com abscesso hepático secundário a jejuno- ileíte difusa por dc inflamatória e fistulizante peria-

nal. Relato do caso: homem, 27 anos, com diagnóstico de dc inflamatória e fistulizante perianal há 7 anos, com tratamento clínico irregular. Realizou diversas abordagens cirúrgicas para fistulas anorretais complexas desde o diagnóstico. Evoluiu com perfuração de íleo terminal, por atividade de doença, sendo realizada ileo-colectomia segmentar com exteriorização à mickulicz. Seis meses após, em uso irregular de azatioprina, apresentou astenia, mialgia, vômitos, febre e dor abdominal difusa com duas semanas de evolução. Ao exame, apresentou-se toxemiado, taquicárdico, com dor abdominal difusa de forte intensidade, mas sem sinais de peritonite. A TC de abdome total diagnosticou 2 abscessos hepáticos, além de coleção intra-abdominal e sinais de jejuno-ileíte difusa. Iniciado tratamento com antibioticoterapia e drenagem percutânea de abscesso hepático. Paciente evoluiu durante a internação, com quadro de peritonite difusa associada a repercussão hemodinâmica. Submetido à laparotomia exploradora cujo achado foi líquido peritoneal coletado dada intensa jejuno-ileíte difusa. Realizada apenas drenagem de abscesso hepático remanescente. Após 15 dias desta abordagem, paciente evoluiu com enterorragia associada à instabilidade hemodinâmica. Optado por tratamento com corticóide e adalimumabe, paciente cessou sangramento. Evoluiu com infecção por citomegalovírus e sepse de foco pulmonar, recebendo alta hospitalar após 78 dias de internação. Discussão: a jejuno-ileíte difusa da dc é mais comum em pacientes muito jovens, tem alta morbidade e predispõe a intervenções cirúrgicas repetidas. O abscesso hepático é complicação rara da dc, com maior incidência nos pacientes em uso de corticoterapia prolongada, portadores de doença fistulizante, desnutridos, imunossuprimidos e com intervenções cirúrgicas prévias. Considerações finais: abscesso hepático e jejuno-ileíte difusa por dc são formas atípicas associadas ainda não descritas na literatura.

#### **RE-HEPATECTOMIA REVERSA EM TUMOR DE RETO METACRÔNICO COM RECIDIVA LOCAL**

MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA; FANG CHIA BIN, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, FABIO GONÇALVES FERREIRA, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, THAIS YUKA TAKAHASHI, NATHALIA LINS PONTES VIEIRA, WALTER RODRIGO MIYAMOTO

*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: já estão bem definidas as opções para tratamento de metástases hepáticas sincrônicas (mhs) em câncer colorretal (CCR): tratamento do tumor primário com quimioterapia adjuvante (qta), ressecção combinada hepática e colorretal ou hepatectomia com posterior cirurgia colorretal. No entanto, não há descrição sobre re-hepatectomia reversa para tratamento de metástases hepáticas associadas a tumor de reto metacrônico com recidiva local, como o descrito a seguir. Relato do caso: homem, 58 anos, submetido a retossigmoidectomia abdominal com ileostomia derivativa em alça, na urgência, por adenocarcinoma de transição retossigmoidoide obstruído (t3n2m0). Após nove e onze meses,

respectivamente, realizou metastasectomias de nódulos hepáticos em segmento v e vi e pulmonares em lobo inferior direito. Realizou qta com oxaplatina e capecitabina por quatro meses. Evoluiu com tumor metacrônico de reto baixo e recidiva junto à linha de anastomose, além de metástases hepáticas em segmentos vi e vii. Como todas as lesões eram ressecáveis, as metástases hepáticas eram contíguas a veia cava retro hepática com potencial de invasão deste vaso e o paciente era assintomático, optou-se por re-hepatectomia no primeiro momento completando a hepatectomias direita. Após novos ciclos de qt, realizou-se a amputação abdominoperineal do reto. Discussão: pacientes que apresentam tumor primário assintomático e doença hepática extensa mas extirpável, a hepatectomia reversa mostrou bons resultados com morbidade e sobrevida, semelhante as outras opções mais realizadas. Alguns autores justificam sua indicação por não postergar o tratamento da doença sistêmica com as complicações pós-operatórias da cirurgia colorretal. Com base nesses estudos, optou-se por realizar re-hepatectomia antes do tumor de reto metacrônico com recidiva local, a fim de controlar doença sistêmica e minimizar morbidade, garantindo assim a ressecabilidade de todos os tumores diagnosticados, já que a invasão da veia cava retro hepática era iminente. Considerações finais: a hepatectomia reversa já é conhecida como alternativa para metástase hepática em CCR, apresentando bons resultados. Considerar a re-hepatectomia como indicação de cirurgia reversa, mesmo para tumor metacrônico com recidiva pode ser uma opção para minimizar morbidade e atingir ressecabilidade.

#### **LIFT**

FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; ANTÔNIO LACERDA FILHO, FÁBIO LOPES DE QUEIROZ, ELIANE SANDER MANSUR, VINÍCIUS PIRES RODRIGUES  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS*

Resumo: Paciente portador de fistula trans-esfincteriana, cujo trajeto foi previamente matutado com posicionamento de setor durante os dois meses que antecederam o procedimento cirúrgico. Encaminhado ao bloco cirúrgico sob raquianestesia, em decúbito central (jack-knife) e técnicas de anti-sepsia e assepsia. Identificado sulco inter-esfincteriano, retirado setor. Identificado trajeto fistuloso com estilete. O mesmo encontrava-se pérvio. Realizada incisão semi-circular da pele sobre o sulco inter-esfincteriano. Identificado trajeto fibroso que pôde ser dissecado e bem delimitado circunferencialmente. As extremidades proximais e distais foram transfixadas com fio vicryl 2.0 e reparadas. Realizada secção do trato fistuloso e as extremidades criadas foram suturadas com pontos em "x". Realizado teste com água oxigenada para identificar possíveis pontos de permeabilidade. Nos locais que houve extravasamento do líquido foram aplicados pontos de reforço. Identificação de esfíncteres interno e externo íntegros. Curetado trajeto pelo orifício externo. Revisão da hemostasia. Sutura da pele. Curativo.

### **CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS DO CANAL ANAL - RELATO DE CASO**

RAQUEL ALBRECHT; JOSÉ ANTONIO DIAS, ANTÔNIO CARLOS E DANIELA ALCÂNTARA

*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

Resumo: Objetivo: relatar o caso de um paciente do sexo masculino, de 50 anos, cuja lesão de canal anal foi considerada compatível com tumor neuroendócrino de pequenas células. Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevistas com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Resultados: o paciente foi submetido a biópsia excisional, com necessidade de ampliação de margem e, após decisão conjunta com a clínica de oncologia, optou-se por tratamento complementar com quimioterapia adjuvante. Conclusão: trata-se de uma neoplasia raramente encontrada neste sítio, com poucos relatos na literatura e considerada de comportamento agressivo, por enviar metástases precocemente. Não obstante, o paciente apresentou controle da doença até a conclusão deste estudo.

### **ANÁLISE CRÍTICA DE 614 EXAMES DE COLONOSCOPIA EM SERVIÇO MÉDICO ESPECIALIZADO EM COLOPROCTOLOGIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO.**

ALESSANDRA CINTRA AMARAL; CÉSAR DE PAIVA BARROS, PAULO CÉSAR DE CASTRO JUNIOR, LEONARDO MACHADO DE CASTRO, RICARDO JÚNIO GARCIA, VICTOR AUGUSTO CARDILLO NETO, NATÁLIA DE CASTRO VICENTE, GABRIELA SANTOS SILVA  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA*

Resumo: A colonoscopia é um método de rastreamento, diagnóstico e terapêutico de grande importância nas patologias colorretais. Este trabalho tem como objetivo analisar, retrospectivamente, 614 colonoscopias realizadas ambulatorialmente e durante internação hospitalar, no período de 28 de maio de 2013 até 11 de julho de 2014 pelo grupo de coloproctologia deste serviço, no centro de endoscopia. Dentre as informações analisadas, merecem destaque os dados demográficos, qualidade do preparo intestinal, presença de médico anestesista durante o procedimento, alcance do exame e achados colonoscópicos. Foram examinadas 373 (60,75%) mulheres e 241 (39,25%) homens. Sobressaíram a sexta e sétima décadas de vida, 166 exames (27,03%) e 135 exames (21,98%), respectivamente. A sedação foi realizada com auxílio de um médico anestesista em 165 (26,87%) pacientes, os demais 449 (73,12%) foram executados sob sedação realizada pela equipe médica de coloproctologia do serviço em questão, composta de residentes e médicos especialistas. O preparo intestinal foi realizado com dieta oral restrita, bisacodil, solução oral de manitol 20% e clister de fosfato de sódio via retal, de acordo com as características clínicas de cada paciente, sendo considerado bom/excelente em 498 exames (81,10%). O exame alcançou o ceco em 477 (77,69%) casos, sendo realizada a transposição da válvula ileocecal e visualização do íleo em 295 (48,04%) pacientes.

Foi realizada polipectomia em 170 (27,69%) exames. Os dados obtidos nesta análise encontram-se dentro dos padrões, quando comparados aos relatos de literatura.

### **COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRACORPÓREA: SUGESTÃO DE PADRONIZAÇÃO TÉCNICA E RESULTADOS A CURTO PRAZO DE 19 PACIENTES NÃO SELECIONADOS.**

VICTOR AUGUSTO CARDILLO NETO; CÉSAR DE PAIVA BARROS, LEONARDO MACHADO DE CASTRO, RICARDO JÚNIO GARCIA, PAULO CÉSAR DE CASTRO JUNIOR, NATÁLIA DE CASTRO VICENTE, ALESSANDRA CINTRA AMARAL, GABRIELA SANTOS SILVA  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA*

Resumo: Objetivo: Este estudo foi desenhado para avaliar o impacto da padronização da colectomia direita laparoscópica com anastomose intracorpórea, nos resultados a curto prazo, bem como inferir sobre as vantagens e desvantagens do método em relação às outras modalidades de abordagem cirúrgicas. Métodos: Pacientes com patologias oncológicas do ceco, cólon ascendente e ângulo hepático do cólon foram submetidos a abordagem padronizada de colectomia direita laparoscópica com anastomose intracorpórea, com abordagem medial para lateral, seguindo os seguintes passos: 1) pneumoperitônio com agulha de veress e punção para a passagem da óptica na linha média entre o púbis e a cicatriz umbilical. 2) inserção sob visão dos trocartes de 05 mm em fossa ilíaca direita e hipocôndrios direito e esquerdo, e 12 mm em fossa ilíaca esquerda. 3) divisão dos ligamentos redondo e falciforme do fígado, e do grande epíplon no limite distal aproximado da área de ressecção. 4) exposição do tronco vascular ileo-cólico e dissecação subvascular separando o mesocólon do retroperitônio. 5) ligadura vascular na origem. 6) exposição do platô duodeno-pancreático e ligadura do ramo direito da arteria cólica média. 7) liberação da goteira parieto-cólica direita. 8) secção do cólon transversal com grameador linear laparoscópico. 9) secção do íleo terminal com grameador linear laparoscópico. 10) anastomose latero-lateral isoperistáltica com grameador linear laparoscópico e fechamento do orifício das alças com sutura contínua extra-mucosa laparoscópica. 12) fechamento da brecha mesentérica com sutura contínua. 13) exérese da peça por incisão de Pfannenstiel. Resultados: dezoito colectomias direitas laparoscópicas com anastomose intracorpórea foram realizadas sem necessidade de conversão. O tempo operatório médio foi de aproximadamente 150 minutos (90- 200min). Perda de sangue estimada entre 50- 300ml. As linfadenectomias realizadas incluíram treze ou mais linfonodos em todos os casos. Conclusões: A padronização da colectomia direita videolaparoscópica com anastomose intracorpórea demonstrou resultados favoráveis em pacientes não selecionados, levando em consideração a segurança cirúrgica, qualidade da linfadenectomia e o tempo operatório. A necessidade do treinamento laparoscópico avançado em suturas e a elevação do custo pelo grameamento intracorpóreo são os maiores fatores limitantes do método.

### QUAIS FATORES INTERFEREM NA PREVALÊNCIA DE RETOCELE SIGNIFICANTE?

1 ADJRA DA SILVA VILARINHO; 2 STHELA MARIA MURAD REGADAS, 3 FRANCISCO SERGIO P REGADAS FILHO, 4 LUSMAR VERAS RODRIGUES, 5 DAVID PESSOA MORANO, 6 SAULO SANTIAGO ALMEIDA, 7 RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS

1,3,5 HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA; 2,4,6,7,8 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

Resumo: A retocele significativa é o distúrbio anatomo-funcional mais frequente em pacientes portadores de sintomas de evacuação obstruída e os fatores relacionados com a sua prevalência permanece ainda controverso. Objetivo: Avaliar a correlação entre a prevalência de retocele significativa (graus II e III) e o tipo e número de partos e a idade em pacientes do sexo feminino com síndrome de defecação obstruída (sdo) utilizando ultrassom anorretal dinâmico 3D (US-3D). Métodos: Análise de dados prospectivos de mulheres com sdo e escore de constipação da cleveland clinic florida maior que 6 que foram submetidas a US-3D para identificar retocele graus II e III no período de 2007-2014. Foram agrupadas de acordo com o tipo de parto (pelo menos um parto vaginal e cesariana - sem trabalho de parto) e número de partos vaginais (pv): g0= nulíparas, g1= 1pv, g2= 2pv, g3= 3pv e g4≥ 4pv, e sub-agrupados de acordo com a idade (≤50 vs. >50anos). Utilizou-se os testes de fisher e quiquadrado para tendência. Resultados: Foram avaliadas 929 mulheres. Dessas, 229(25%) nulípara (134 mulheres ≤50anos e 95>50anos); 261(28%) submetidas a cesariana(s) (144 mulheres ≤ 50anos e 117 > 50anos) e 439 (47%) submetida a parto(s) vaginal(is) (126 mulheres ≤ 50anos e 313 > 50anos). A distribuição de retocele foi similar: nulíparas=117/229 (51%); cesarianas=147/261 (56%) e parto vaginal=249/439 (57%). Os resultados permaneceram similares quando sub-divididos em até 50 anos: nulíparas=66/134 (49%); cesarianas=144; 76/144(53%) e parto vaginal=126 74/126(59%) e maiores que 50 anos: nulíparas=51/95 (54%); cesariana=71/117(61%) e parto vaginal 175/313(56%). Não houve correlação entre a prevalência de retocele e o número de partos vaginais, sendo a distribuição da retocele, em menores que 50 anos: g0=66/135 (49%); g1= 27/48 (56%); g2=23/42 (55%); g3=15/23 (65%) e g4=9/15 (60%). Entre as maiores que 50 anos, a prevalência foi também similar e a distribuição segue: g0=51/95 (54%); g1= 33/57 (58%); g2=47/69 (68%); g3=33/64(51%) e g4=53/122(43%). Conclusões: O tipo de parto e número de partos vaginais, bem como a idade, não se correlaciona com a prevalência de retocele significativa em pacientes com síndrome de defecação obstruída.

### TRREMS TECHNIQUE (TRANSANAL REPAIR OF RECTOCELE AND RECTAL MUCOSECTOMY WITH ONE CIRCULAR STAPLER) NA CORREÇÃO DE RETOCELE SIGNIFICANTE.

1 STHELA MARIA MURAD REGADAS; 2 FRANCISCO SÉRGIO P REGADAS, 3 FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO, 4 ERICO DE CARVALHO HOLLANDA, 5 BENJAMIN RAMOS DE ANDRADE JUNIOR,

6 DAVID PESSOA MORANO, 7 ADJRA DA SILVA VILARINHO, 8 FELIPE PASTANA MANO

1, 2 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO; 3, 4, 5, 6, 7, 8 HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

Resumo: Introdução: retocele significativa (inclui grau II e III) é a principal causa de evacuação obstruída e a escolha do tratamento cirúrgico necessita de uma seleção criteriosa. O objetivo é demonstrar a técnica TRREMS (Transanal Repair of Rectocele and Rectal Mucosectomy With One Circular Stapler) na correção de retocele significativa. Método: paciente do sexo feminino, 41 anos, 2 partos vaginais apresentando sintomas de evacuação obstruída. Foi avaliada clinicamente utilizando o escore de constipação da cleveland clinic florida e realizado avaliação dinâmica utilizando o ultrassom anorretal tridimensional (US-3D) e funcional com manometria anorretal no pré e pós tratamento. O escore de constipação pontuou = 12 e o US-3D demonstrou ausência de lesão esfinteriana, retocele grau III e relaxamento muscular normal a evacuação. As pressões anais nos limites de normalidade. Foi tratada clinicamente com dieta e inclusão de fibras. Após 3 meses persistiram os sintomas, foi submetida a técnica TRREMS que consiste da remoção da parede anterior da junção anorretal, após realização da sutura em “barra grega”, seguida da realização da sutura circular em bolsa e grampeamento utilizando grampeador circular único visando reforço da parede anterior na junção anorretal e remoção da retocele e associado intussuscepção e prolapso mucoso. Resultado: realizada a operação TRREMS conforme técnica descrita sem intercorrências. Paciente apresentou melhora clínica completa e cicatrização após 2 meses. Não apresentou complicações cirúrgicas. Realizado novo US-3D dinâmico após 3 meses da cicatrização, evidenciando ausência de retocele. Não foi evidenciado alterações nas pressões anais após cirurgia avaliado com manometria anorretal. Conclusão: a técnica cirúrgica foi eficaz, neste caso, com redução completa dos sintomas clínicos e sem complicações pós-operatórias.

### DIAGNÓSTICO DE POLIPOSE FAMILIAR DEVIDO A FERIMENTO POR ARMA DE FOGO

CELENE BENEDITI BRAGION; PAULA DE FREITAS RIBEIRO, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS MENDONÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS

Resumo: Introdução: a polipose adenomatosa familiar (PAF) é um síndrome causada por mutação no gene apc, responsável por 1% de todos os casos de câncer colorretal. O diagnóstico de PAF é feito pela colonoscopia cujo o achado é a presença de inúmeros pólipos adenomatosos. Como virtualmente todos os pacientes com PAF desenvolverão carcinoma em torno dos 40 anos, a cirurgia profilática deve ser indicada. As duas opções cirúrgicas, colectomia total com ileorretoanastomose

(ira) ou proctocolectomia total com bolsa ileal são as principais escolhas. Objetivo: relatar um caso de PAF diagnosticado após ferimento por arma de fogo (faf). Relato de caso: homem branco, 40 anos, natural de Bragança Paulista, vítima de faf em transição tóraco-abdominal esquerda, com orifício de entrada em 6º arco costal, sem orifício de saída. Ao exame: estável hemodinamicamente, ausculta abolida em hemitorax esquerdo e dor abdominal difusa à palpação, com sinais de peritonite. Submetido a drenagem torácica devido a hemopneumotórax e na laparotomia exploradora identificado peritonite fecal e lesão de 2cm em transverso. Optado por transversostomia em alça no local da perfuração da lesão. Com o objetivo de reconstruir o trânsito intestinal, foi solicitado colonoscopia pré-operatória cujo achado foi de inúmeros pólipos adenomatosos por todo cólon. Pesquisado tumores extra-colônicos e manifestações benignas que foram negativos. Solicitada investigação de familiares com identificação de polipose em 3 irmãos. Devido ao pouco acometimento de pólipos no reto e no cólon distal, optou-se pela colectomia total com ileorretoanastomose. Discussão: a colonoscopia nesse caso permitiu o diagnóstico de PAF nessa família, com a identificação do caso “índice”. Há três diferentes formas de apresentação da PAF: profusa, esparsa e atenuada. Essas variações fenotípicas ocorrem devido à localização e do tipo de mutação ocorrida no gene *apc*. Na forma atenuada, como no nosso caso, a mutação ocorre nos éxons 4, 5, 9 e 15. Mutações no éxon 9 caracteriza-se por um fenótipo menos grave, acometendo preferencialmente o cólon proximal, com manifestações por volta dos 40 anos, sem acometimento do reto e lesões gastroduodenais.

#### VASCULITE MESENTÉRICA PÓS-OPERATÓRIA DE APENDICECTOMIA LAPROSCÓPICA - RELATO DE CASO

CELENE BENEDITI BRAGION; SARA JULIAN PELAQUIM, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA, CALED JAUDAT KADRI, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS

Resumo: Introdução: vasculites são um grupo de doenças caracterizadas pela inflamação da parede dos vasos sanguíneos cujas causas ainda não foram completamente esclarecidas. Sua apresentação clínica varia de acordo com a localização e tamanho do vaso afetado e pode ser sistêmica ou localizada, sendo a primeira mais comum. Vasculites no tgi podem ocorrer isoladamente, mas devido à extensão do órgão acometido, tem um impacto significativo na morbidade e mortalidade dos pacientes. As manifestações mais comuns são dor abdominal, angina abdominal, náusea ou vômito, diarreia, hematoquezia ou melena. Objetivo: relatar um caso de vasculite mesentérica em pós-operatório de apendicectomia laparoscópica. Relato do caso: jdc, sexo masculino, 25 anos, retorna ao pronto socorro no 2º po de apendicectomia com distensão abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes há um dia, com um episódio

febril. Ao exame apresentava-se em reg, corado, desidratado +/4+, eupneico, afebril. Abdome globoso, fo em bom aspecto, rha ausente, flácido, doloroso difusamente à palpação, com irritação peritoneal, submetido a le que evidenciou hematoma em intestino delgado com intensa distensão de alça, coleção purulenta em pelve e presença de pulso mesentérico até arca-das. Foi realizada lavagem da cavidade. Com hipótese de vasculite mesentérica, foi instituído tratamento com corticóide em dose imunossupressora, apresentando melhora do quadro, tornando-se afebril em 24 horas e eliminando fezes no 3º dia de tratamento, recebeu alta no 9º PO. Discussão: a apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo não traumático, com incidência de 8% no ocidente. Como complicação mais frequente no pós-operatório de apendicectomia temos o abscesso de parede, seguido de abscesso intracavitário, que pode cursar com peritonite. Outras complicações possíveis são deiscência de planos da parede abdominal, hérnias incisionais, fistula e peliflebite. Embora a vasculite de mesentérica seja uma afecção menos comum, por manifestar-se como abdome agudo, deve ser uma hipótese pensada como diagnóstico diferencial em pós-operatório, evitando reabordagem desnecessária.

#### DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE: RELATO DE UM CASO BEM SUSCEDIDO EM TRATAMENTO COM IMUNOBOLÓGICO

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOSÉ LUIZ DOMINGUES JÚNIOR, RONALDO CARVALHO NEIVA, JOÃO GOMES NETINHO, MARIANA OKINO MITUO, MARIO ANTÔNIO FERRARI, RODRIGO PADILLA, PRISCILLA CLIMACO REBOUCAS,

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn (DC) é uma afecção inflamatória crônica do trato gastrointestinal, de padrão segmentar e transmural, que acomete principalmente intestino delgado distal e cólon. Apresenta-se geralmente com diarreia, dor abdominal, emagrecimento e febre, alternando períodos de atividade e remissão, que pode se agravar com quadros obstrutivos, fistulas e abscessos. Neste relato apresentaremos um caso de dc fistulizante complicada com boa resposta ao uso de infliximabe. Relato do caso: mulher, 50 anos, tabagista, previamente hígida, iniciou há 23 anos um quadro de dor abdominal, hematoquezia, febre e nodulação em glúteo direito com saída de pus e fezes, sendo diagnosticada com dc através de biopsia de canal anal. Na ocasião realizou tratamento com corticoides, antibióticos e câmara hiperbárica, apresentando melhora parcial do quadro, todavia interrompeu o acompanhamento. Há 1 ano procurou nosso serviço devido a múltiplos orifícios fistulosos em região perineal e suprapúbica com saída de secreção purulenta. Foram prescritos antibióticos e solicitada nova colonoscopia com biópsia que evidenciou colite crônica. Em seguida, realizou fistulotomia, colocação de sedenho, infiltração local com corticoide e biópsia incisional que confirmou a hipótese diagnóstica. Iniciado azatioprina, porém, sem melhora significativa do quadro. Posteriormente

te, começado infliximabe em dose de indução e manutenção. Houve redução da drenagem pelas fístulas e cicatrização satisfatória até o momento. Discussão: cerca de 35% dos pacientes com dc apresentará um episódio de fistula, podendo ou não haver relação com a atividade da doença luminal. Acredita-se que as fístulas anorretais complexas sejam decorrentes de uma úlcera cavitante ou doença retal. O tratamento deve ser preferencialmente conservador. Imunomoduladores e antibióticos apresentam resposta variável nessas complicações. Agentes anti-tnf alfa tem sido uma excelente alternativa para casos complicados. Na presença de abscessos é indicado tratamento cirúrgico bem como em fístulas refratárias com a realização de fistulotomias e sedenhos. A confecção de estomas pode ser uma alternativa quando há atividade da doença luminal. Conclusão: a dc apresenta grande morbidade, principalmente quando associada ao surgimento de fístulas, o que limita a capacidade social do paciente. A terapia com anticorpos monoclonais anti-tnf alfa mostra-se eficiente no tratamento da dc fistulizante, porém não está claro seus efeitos a longo prazo.

#### **CARCINOMA DE DUCTOS GLANDULARES ANAIS: RELATO DE UM CASO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; YASMINE NATASHA SYGUEDOMI KOBAYASE, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO, JOÃO GOMES NETINHO, MARIO ANTÔNIO FERRARI, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, RODRIGO PADILLA, PRISCILLA CLIMACO REBOUCAS  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*  
Resumo: Introdução: carcinomas de ductos glandulares anais são raros. Não há consenso a respeito do seu diagnóstico e tratamento. Também é conhecido como adenocarcinoma de glândulas anais e carcinoma de glândulas anais. Neste artigo apresentaremos um caso com diagnóstico precoce, padrão imunohistoquímico ck7+/ck20- e tratamento agressivo. Relato do caso: mulher, 59 anos, procurou nosso serviço devido à nodulação em região anal, dolorosa, endurecida e de aumento progressivo. Ao exame físico localizava-se na borda anal, com 3 cm de diâmetro e móvel. Foi indicado cirurgia devido à possibilidade de um abscesso organizado. Todavia, no intraoperatório, notou-se que a lesão era aderida aos planos musculares perianais. A biópsia mostrou carcinoma de glândulas anais com invasão local e a imunohistoquímica anticorpos ck7+/ck20-. Devido a isso foi submetida à cirurgia de amputação abdominoperineal de reto e anatomopatológico apresentou invasão angiolinfática e infiltração neoplásica perineural. Iniciado tratamento com quimioterapia e radioterapia. Em vigência de terapia adjuvante, foi admitida na emergência com neutropenia febril, pneumonia, tvp e tep agudo bilateral. Respondia ao tratamento estabelecido quando subitamente apresentou rebaixamento do nível de consciência e inr incoagulável, seguido por parada cardiorrespiratória e óbito. Discussão: carcinoma de glândulas anais representam 0,03 a 0,1% dos tumores do intestino grosso. Os sintomas dessa neoplasia são semelhantes às doenças perianais benignas como sangramento, dor e massa perianal. A disseminação é de modo

extraluminal em torno do canal anal e há uma destruição local que faz com que a determinação da origem da neoplasia seja difícil. A imunohistoquímica pode ajudar a determinar se a origem é a partir da mucosa retal ou glândula anal. A maioria dos adenocarcinomas de glândulas anais apresenta o padrão ck7+/ck20-. A falta de relatos destes tumores levou a variabilidade no seu tratamento. Amputação abdominoperineal de reto, quimioterapia, radioterapia e terapias combinadas são formas de tratamento, sendo que a maioria dos autores opta por terapia combinada. Conclusão: carcinoma de glândulas anais é uma neoplasia rara. Seus sintomas são semelhantes aos das patologias benignas, contribuindo para um diagnóstico tardio. A imunohistoquímica tem grande utilidade, já que mostra um padrão ck7+/ck20-. Na literatura, a melhor sobrevida está associada ao diagnóstico precoce e ao tratamento agressivo.

#### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A COLONOSCOPIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO, JOSÉ LUIZ DOMINGUES JÚNIOR, LUIS HENRIQUE DE JESUS, JOAO ANTONIO FERIANI NUNES, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, JOÃO GOMES NETINHO, MARIANA OKINO MITUO  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Introdução: a colonoscopia revolucionou a prope-  
dêutica coloproctológica e deve ser bem indicada respeitando suas contraindicações já que não é isenta de complicações. Objetivo: estudar o perfil epidemiológico de pacientes submetidos à colonoscopia em hospital universitário. Casuística e método: estudo retrospectivo de prontuários de pacientes submetidos à colonoscopia no período de junho de 2010 até dezembro de 2012. Procedimentos realizados com aparelhos de mesmo modelo bem como preparo intestinal padronizado. Para análise estatística utilizou-se o teste qui-quadrado. Resultados: foram analisados 684 laudos de colonoscopias. Destes 408 pacientes eram mulheres (59,6%) e 276 homens (40,4%). A idade dos pacientes variou entre 11 e 90 anos, média de 57,13 anos, com predomínio na realização de colonoscopia após os 40 anos. O preparo intestinal foi considerado adequado em 95% dos exames. Dentre os exames com preparo inadequado não houve significância estatística quando comparado raça, sexo ou faixa etária. O ceco foi atingido em 562 casos (82,2%). Dentre os laudos, 160 (23,4%) foram considerados normais e 509 (74,4%) apresentavam alguma alteração como sinais de cirurgia colorretal prévia, pólipos, divertículos, neoplasia, sinais de doença inflamatória intestinal, alterações vasculares. Os exames alterados foram mais frequentes em pessoas maiores de 50 anos ( $p < 0,001$ ) e homens ( $p 0,037$ ). Cirurgia colorretal foi mais realizada em homens ( $p 0,008$ ). Presença de pólipos foi maior em pessoas acima dos 50 anos ( $p < 0,001$ ) e em brancos ( $p 0,001$ ). Pólipos hiperplásicos presentes em 113 pacientes e adenomas em 124, ambos mais frequentes em pessoas maiores de 50 anos ( $p 0,01$ ). Presença de divertículos foi maior em pessoas acima dos 50 anos ( $p <$



0,001) e em brancos (p 0,046). Neoplasia foi mais frequente em homens (p 0,025). Presença de alterações sugestivas de DII foi maior em pessoas abaixo dos 50 anos (p 0,005). Alterações vasculares foram mais prevalentes em mulheres (p 0,043). Além de polipectomias outros procedimentos foram realizados: colonoscopia descompressiva em 1 paciente e dilatação com cateter balão em 18 pacientes. Houve 1 perfuração intestinal. Conclusão: a colonoscopia é um bom método diagnóstico e terapêutico na investigação das doenças digestivas baixas com baixa morbidade também em ambiente universitário. Como na literatura mundial pólipos foram o diagnóstico mais frequente, dentre eles o adenomatoso; e mais mulheres realizaram o exame.

#### **INCIDÊNCIA E EVOLUÇÃO DE ADENOMAS DUODENAIS EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR**

DEBORA GONÇALVES ROSSI; JULIA CUTOVOI GIRARD, ELINTON ADAMI CHAIM, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOAO JOSE FAGUNDES, CLAUDIO COY

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO DMAG DA UNICAMP - SP*

Resumo: Introdução: o câncer duodenal associa-se como a principal causa de morte na polipose adenomatosa familiar (PAF) em pacientes submetidos à colectomia profilática. Assim, a identificação de adenomas duodenais (ad) e seu correto manejo tornam-se prioritários no acompanhamento. Objetivo: avaliar a incidência e evolução de adenomas duodenais em portadores de PAF. Casuística e métodos: análise retrospectiva de pacientes submetidos a colectomia por PAF, no período de 1984 a 2013. No serviço de coloproctologia da unicamp, duodenoscopias são realizadas por ocasião da primeira consulta e em exames anuais após a cirurgia. Foram analisados a incidência, tratamento e evolução de ad. Resultados: foram submetidos a tratamento cirúrgico por PAF, 84 pacientes. Destes, 68 evoluíram com ad, porém 17 perderam seguimento e três eram portadores de pólipos não neoplásicos. Assim, a incidência de adenomas duodenais foi de 77,3% e fazem parte desta casuística 38 pacientes, sendo 58,5% do sexo feminino, com média de idade de 43,64 anos. O diagnóstico de ad por ocasião da colectomia ocorreu em 45,58% (31 pacientes). Nos pacientes com aparecimento tardio, o tempo médio entre a cirurgia para PAF e o diagnóstico de ad foi de 7,05 meses. Cinco pacientes (13,1%) foram submetidos a duodenectomia, com média de idade de 43,2 anos, sendo três do sexo feminino. As indicações para duodenectomia foram: adenoma com foco de adenocarcinoma in situ em três casos (7,9%) e dois por inumeros pólipos duodenais (mais de 50) com displasia de alto grau. Um paciente evoluiu a óbito no pós-operatório por fistula pancreática e outro após quatro anos por metástase pulmonar de adenocarcinoma colorretal. Os demais encontram-se em acompanhamento clínico com exames endoscópicos anuais. Conclusão: apesar da alta incidência de adenomas

duodenais nesta casuística, os pacientes em acompanhamento não apresentaram adenocarcinoma invasivo, e a mortalidade associou-se a complicação pós-operatória.

#### **ANÁLISE DE PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA EM USO DE TERAPIA BIOLÓGICA**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA, DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI, MICHEL GARDERE CAMARGO, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DMAD - FCM, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*

Resumo: Introdução: o emprego da terapia biológica no tratamento das doenças inflamatórias intestinais (DII) implicou no melhor controle destas, porém seu potencial de malignidade ainda permanece controverso. Objetivo: relatar os pacientes portadores de DII que tiveram diagnóstico de neoplasia maligna em uso de terapia biológica. Casuística e métodos: no período de 2004 a 2014, 295 pacientes acompanhados no ambulatório de DII do gastrocentro-unicamp, utilizaram terapia biológica (190 infliximabe e 105 adalimumabe). Destes, 5 apresentaram neoplasia maligna. Resultados: três doentes eram do sexo feminino e a média de idade foi de 54,4 anos por ocasião do diagnóstico do tumor. Três faziam uso de infliximabe, sendo dois em associação com azatioprina e dois utilizavam adalimumabe. Estes últimos haviam previamente utilizado infliximabe. Os tipos histológicos e a localização das neoplasias foram: carcinoma urotelial de bexiga, melanoma de dorso, carcinoma papilífero de tireóide, adenocarcinoma de reto e carcinoma de mama. Todos foram submetidos a tratamento cirúrgico e tiveram suspensa a medicação para a Doença de Crohn. O paciente com ca de bexiga evoluiu para óbito em decorrência da doença 3 anos após o diagnóstico. O do tumor de reto apresentou recidiva da doença sendo reoperado, mas esta cirurgia não foi curativa e o doente se encontra com doença avançada. Os outros 3 pacientes estão bem, sem evidência de recidiva dos tumores e com Doença de Crohn controladas, mesmo sem medicação. Conclusão: a ocorrência de neoplasias malignas na vigência de terapia biológica em pacientes com DII está de acordo com o descrito na literatura. Não existem condutas padronizadas, porém recomenda-se a suspensão da terapia imunossupressora para o controle clínico da doença maligna.

#### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACÓLON TÓXICO POR DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, MICHEL GARDERE CAMARGO, NATÁLIA VIEIRA PRANZETTI, LARISSA BERTBERT ARIAS, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - DMAD - FCM - UNICAMP*

Resumo: Introdução: megacólon tóxico (mt) é uma complicação rara das doenças inflamatórias intestinais (DII), mas de

elevada morbimortalidade. Objetivo: avaliar as cirurgias por mt ao longo dos últimos 14 anos em serviço de referência em dii. Casuística e métodos: no período de 2000 a 2014, nove doentes portadores de DII foram operados em decorrência de mt. Oito (88,9%) tinham diagnóstico prévio de retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) e um apresentava quadro agudo como primeira manifestação. Resultados: cinco doentes (55,5%) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 32,1 (24-43) anos. Seis doentes (66,7%) foram operados nos três primeiros anos do estudo. Em 7 doentes (77,8%), a cirurgia realizada foi colectomia total com fechamento do reto e ileostomia terminal e em 2 (22,2%), foi realizada retocoliectomia total e confecção de reservatório ileal (ri) com anastomose ileoanal e ileostomia de proteção. Ocorreram duas complicações cirúrgicas: um paciente apresentou abscesso intraperitoneal sendo reoperado no 14º dia de pós-operatório e outro, sangramento do reto remanescente, controlado com medidas clínicas, além de um outro paciente que apresentou infecção do trato urinário. O anatomopatológico do espécime cirúrgico foi RCUI em 8 e Doença de Crohn (DC) em um. Dos pacientes que não realizaram a cirurgia definitiva, reconstrução do trânsito intestinal foi realizada em 5, com proctectomia e confecção de reservatório ileal com anastomose ileoanal em 4 e anastomose ileorretal em um (dc); um doente aguarda cirurgia de reconstrução e um outro perdeu seguimento. No seguimento, mais dois doentes tiveram diagnóstico de dc, um no espécime da proctectomia e um outro, evoluiu com recidiva da doença no ri e no períneo. Conclusão: a ocorrência de mt foi rara, a morbidade baixa e não houve mortalidade nesta casuística. Esta complicação foi mais comum na RCUI do que na dc, podendo o diagnóstico diferencial ser difícil na vigência nesta situação. Antes da cirurgia definitiva, uma melhor avaliação do espécime cirúrgico da colectomia, e biópsias do reto remanescente são aconselháveis.

#### **ESVAZIAMENTO PÉLVICO LATERAL NO CÂNCER DE RETO. ANÁLISE DA CASUÍSTICA.**

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MICHEL GARDERE CAMARGO, LARISSA BERBERT ARIAS, PRISCILLA SENNE PORTEL OLIVEIRA, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA - DMAD - FCM - UNICAMP*

Resumo: Introdução: o tratamento padrão do adenocarcinoma de reto extraperitoneal é a excisão total do mesorreto associado a terapia neoadjuvante. Porém, a possibilidade de acometimento neoplásico em linfonodos da fossa obturatória e cadeia ilíaca justifica a realização de esvaziamento pélvico lateral (epl) em casos selecionados. Objetivo: avaliar o acometimento de linfonodos laterais em pacientes operados por câncer de reto localmente avançado e o acompanhamento tardio. Casuística e métodos: análise retrospectiva de 17 doentes operados entre 2010 e 2014, submetidos ao epl. As indicações para epl foram: estadiamento locoregional pré-operatório t3 ou t4, presença de linfonodomegalia no mesorreto ou em cadeias dos vasos ilíacos. Resultados: Onze doentes (64,7%) eram do sexo

masculino e média de idade foi de 57,7 (38-79) anos. Quatorze (82,3%) eram portadores de adenocarcinoma do reto distal, 1 (5,9%) do reto proximal, 1 (5,9%) de carcinoma sincrônico do reto e ceco e um outro (5,9%), de polipose adenomatosa familiar e câncer do reto. Tratamento neoadjuvante foi realizado em 14 doentes. As cirurgias realizadas foram: amputação abdominoperineal do reto em 7 (41,2%), retossigmoidectomia e anastomose coloanal em 4 (23,6%), retossigmoidectomia e anastomose colorretal em 2 (11,7%), proctocolectomia e ileostomia em 2 (11,7%), abaixamento do cólon direito em 1 (5,9%) e exenteração pélvica em um outro (5,9%). Em 10 doentes (58,8%), o epl foi bilateral, em 5 (29,5%), à esquerda e em 2 (11,8%), à direita. Não houve complicações relacionadas ao procedimento no intra-operatório. O número de linfonodos laterais identificados na peça cirúrgica variou entre um e 11; três doentes (17,6%) apresentaram linfonodos acometidos pela neoplasia, sendo que 2 (14,3%) receberam tratamento neoadjuvante no pré-operatório. No seguimento tardio, 10 doentes (58,8%) encontram-se livre de doença, 3 (17,6%) tiveram recidiva pélvica, 2 (11,8%) recidiva linfonodal múltipla e outros 2 (11,8%), metástases à distância. Dos pacientes com recidiva pélvica, 2 (11,8%) evoluíram para óbito após 14 e 22 meses da cirurgia. Conclusão: a taxa de acometimento de metástase em linfonodos laterais foi elevada e positiva em 14,3% dos pacientes submetidos a terapia neoadjuvante, indicando a necessidade de associar este procedimento em casos selecionados. Entretanto, a taxa de recidiva linfonodal e pélvica também são altas, demonstrando o estágio avançado da doença.

#### **ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU NO MESMO PACIENTE - RELATO DE CASO**

ÂNGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; LAÉRCIO ROBLES; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; HUGO H. WATTÉ; ISAAC J. F. CORRÊA NETO; ROGÉRIO DE FREITAS;

*HOSPITAL SANTA MARCELINA - SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: arterite de takayasu (at) e Doença de Crohn (dc) são doenças inflamatórias de etiologia incerta. Raramente ocorrem em associação, com apenas vinte e nove casos de coexistência de at e dc relatados na literatura até 2008. Em 88% destes casos, a at foi diagnosticada simultaneamente ou a seguir do diagnóstico da dc. Relato de caso: paciente feminina de 12 anos apresenta quadro de abscesso perianal com evolução para fistula perianal. Em investigação ambulatorial, foi diagnosticada como portadora de dc, sendo o diagnóstico confirmado por colonoscopia c/ biópsia intestinal. Na ocasião do diagnóstico a paciente apresentava erosões difusas por toda extensão dos cólons e reto. Iniciou monoterapia com mesalazina vo, sem sucesso. Realizou exame sob narcose com fistulotomia + drenagem de fistula perianal com colocação de sedenho e deu início a terapia biológica com infliximabe + azatioprina, devido à manutenção da atividade da doença. No intervalo entre a 3º e a 4º dose do medicamento, a paciente apresentou quadro de convulsão e cefaléia, sendo internada

para investigação. Realizou angiograma das artérias cervicais que mostrou estenose da a. Subclávia direita (70%). A arteriografia abdominal evidenciou aneurisma de aorta abdominal e estenose de aa renais bilaterais, fechando diagnóstico de at. Fez uso de terapia biológica por 72 semanas (jun/2012 a jan/2014) apresentando remissão da doença inflamatória intestinal com cicatrização da mucosa evidenciada por colonoscopia de controle, bem como pela melhora sintomática. Nova arteriografia mostra controle das lesões arteriais, comprovando a eficácia das medicações anti-tnf- $\alpha$  no controle e remissão dessa associação de patologias. Discussão: a prevalência esperada de dc em pacientes com at é de aproximadamente 0,05% - 0,2%. A epidemiologia, etiologia e patogênese destas doenças apontam para uma combinação, entre fatores ambientais e hereditários, interagindo para acionar o processo inflamatório, o qual parece ser influenciado por citocinas tais como o fator de necrose tumoral alfa (tnf- $\alpha$ ) e interleucinas incluindo il-6, il-8, il-12 e il-18. Os corticosteróides, agentes imunossuppressores e a inibição do tnf- $\alpha$  têm sido eficazes na gestão de ambas as patologias, tratadas isoladamente. No entanto, a literatura atual não fornece informações suficientes sobre os resultados deste grupo de pacientes com doenças coexistentes.

#### **DIFICULDADE DIAGNÓSTICA NA SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS**

GIAN LUIGI MENEGAZZO; LUCAS VERGAMINI, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, MARCELLA GUILHERME CAROLINO DE SOUSA, WALTER RODRIGO MIYAMOTO, THAIS YUKA TAKAHASHI, PAULO PASSOS DE AZEREDO CANDELÁRIA, FANG CHIA BIN

*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SP*  
Resumo: Introdução: a síndrome de peutz-jeghers (spj) é uma doença autossômica dominante, rara, caracterizada por múltiplos pólipos hamartomatosos no trato gastrointestinal associada, em geral, a hiperpigmentação mucocutânea. Apresenta predisposição para o desenvolvimento de neoplasias benignas e malignas do trato gastrointestinal. A motivação do presente trabalho é apresentar um caso de síndrome de peutz-jeghers em que houve dificuldade diagnóstica. Relato do caso: homem, 44 anos, com polipose colônica secundária a síndrome de peutz-jeghers, sem história familiar e sem características clínicas patognomônicas da doença. Os exames, incluindo biópsia, geraram dúvida diagnóstica, sendo o diagnóstico definitivo caracterizado em terapêutica de excessão. Discussão: atualmente o diagnóstico da spj se faz pela presença de três ou mais pólipos hamartomatosos; qualquer número de pólipo associado à história familiar ou manifestação mucocutânea, ou ainda, hiperpigmentação mucocutânea associada à história familiar. Além da ausência de manifestações mucocutâneas e história familiar, a confusão diagnóstica do caso descrito se deu pela má interpretação do exame de colonoscopia e biópsia insuficiente. Considerações finais: síndromes polipóides colônicas não adenomatosas são de difícil diagnóstico. São necessárias polipectomias representativas para definir diagnóstico e conduta terapêutica.

#### **HEMANGIOMA DE OMENTO MAIOR EM ADULTO JOVEM**

JORGE DA SILVA KAWANO; WALTER RODRIGO MIYAMOTO, THAIS YUKA TAKAHASHI, LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOY, FABIANA BUENO TOLEDO, FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, DINO MARTINI FILHO, FANG CHIA BIN

*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SP*

Resumo: Introdução: hemangiomas são tumores benignos frequentes na infância, porém raros na idade adulta, principalmente em localizações atípicas. Assim, pode se apresentar como um desafio diagnóstico. Objetivo: relatar caso de doença benigna comum em topografia atípica. Relato do caso: paciente masculino, 28 anos, notou tumoração palpável em hipogastro sem outros sintomas, exceto por aumento de frequência miccional que se iniciou na puberdade. Em ultrassonografia de abdome total, notou-se formação cística complexa multisseptada, com conteúdo anecoico em hipogastro, pósterosuperior a bexiga, de 13cm de diâmetro, sem fluxo ao doppler. Prosseguida a investigação com ressonância magnética de abdome total, foi visualizada a mesma formação cística multisseptada em hipogastro, promovendo compressão vesical e de retossigmoide, sem invasão, com hipersinal nas fases t1 e t2, podendo representar componente hiperproteico. Com a hipótese diagnóstica de linfangioma, optou-se por laparotomia exploradora, cujo achado foi uma formação cística de conteúdo hemático originada do omento maior. O estudo histológico da peça mostrou-se tratar de hemangioma venoso. Discussão: o diagnóstico de hemangioma em topografia atípica como o omento, em adulto, é raro e difícil. A literatura relata apenas dez casos de hemangioma de omento, sendo que na maior parte deles, o diagnóstico é na infância e com complicação como a ruptura. Considerações finais: mesmo sob minuciosa investigação por imagem pré-operatória, o diagnóstico histológico se impõe pela laparotomia exploradora como principal arsenal diagnóstico para doenças de topografia e curso clínico incomum.

#### **ADENOCARCINOMA MUCINOSO RECIDIVANTE DE RETO SECUNDÁRIO À DOENÇA DE CRÖHN. CIRURGIA RADICAL E TRATAMENTO ADJUVANTE COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA**

ALBERTO SILVA NEGRÃO; PISI PH, SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a Doença de Crôhn (dc) tem acometimento transmural, podendo instalar-se em qualquer seguimento do trato digestório. Os autores apresentam um paciente com mais de 10 anos de diagnóstico, que evoluiu para adenocarcinoma mucinoso de reto e ferida perineal extensa e de difícil manejo. Relato de caso: homem de 43 anos, diagnosticado com dc há 10 anos, após cirurgia de urgência (apendicectomia + enterectomia segmentar). Iniciou tratamento medicamentoso.

so step up, até o uso de biológicos (adalimumabe). Em 2009 foi submetido à cirurgia para tratamento de fistula perianal complexa, com colocação de vários sedenhos. Perdeu o seguimento e voltou em 2012, com massa abdômino-pélvica obstrutiva, sendo submetido à cirurgia de miles e o anatomopatológico revelou adenocarcinoma mucinoso anorretal. Evoluiu com lesão perineal vegetante e ulcerada. Submetido à exenteração pélvica completa com confecção de colostomia úmida, deixando-se a ferida perineal aberta. Indicado 40 sessões de oxigenoterapia hiperbárica (ohb) com 2,4 atm, ocorrendo a cicatrização da área cruenta. Apresentou saída de secreção por vários pertuitos perineais, glúteos e inguinais e foi submetido à nova ressecção cirúrgica, envolvendo a região glútea. Ficou com área cruenta extensa, indicado novo tratamento com ohb. Apesar da cirurgia extensa vem apresentando boa evolução. Discussão: a dc tem influência na gênese do câncer colorretal, o que é explicado pelo processo inflamatório crônico com displasia da mucosa acometida. A maioria dos casos de câncer associado à dc foi relatada em pacientes com tempo de doença acima de 8-10 anos. A ohb é uma modalidade terapêutica que consiste no uso de oxigênio (o<sub>2</sub>) a 100%, sob uma pressão atmosférica maior do que 1 atm. É realizada diariamente com sessões de 2 horas de duração com 2,4 ata. O principal mecanismo fisiopatológico é o aumento dos níveis de o<sub>2</sub> tecidual dissolvidos no plasma sanguíneo. É usada classicamente para cicatrização de feridas complexas, lesões actínicas, lesões necrotizantes, osteomielites, pé diabético, úlceras de pressão, síndrome de fournier, vasculites e mais recentemente em casos selecionados de doença inflamatória intestinal. Conclusão: o uso adjuvante de ohb foi fundamental para obtenção da cicatrização perineal, já que o paciente não tinha condições locais e sistêmicas para retalhos ou enxertos.

#### **TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO**

GUSTAVO BOTEGA DE SOUZA; MACHADO VF, ZANNIN CV, CANTÃO CAB, FEITOSA MR, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: os tumores estromais gastrointestinais (gist) são oriundos das células de cajal são tumores raros do tubo digestivo, sendo mais comuns em adultos acima dos 40 anos. Podem estar presentes em qualquer local do trato digestivo, sendo mais encontrados no estômago. Cólon e reto respondem por menos de 5% dos casos. Dentre as neoplasias de reto, representam menos de 0,1% dentre todos os tipos histológicos relatados. Por definição, estes tumores são c-kit positivos. A classificação de malignidade dos gist depende de sua localização, tamanho e índice mitótico. A localização e o tamanho do gist de reto têm impacto no tipo de ressecção a ser realizada. Quando a ressecção cirúrgica não é possível, imatinibe é o tratamento de escolha. São relatados 3 casos. O primeiro, homem 55 anos, referindo esforço evacuatório e

tenesmo. Toque retal e colonoscopia evidenciando lesão extrínseca a 3 cm da borda anal posterior à direita com 10 cm de extensão, rmm pelve confirmando localização pré-sacral, submetido à retossigmoidectomia abdominal (rsa) e exérese da massa. O segundo paciente, homem, 50 anos, queixando proctalgia e hematoquezia. Toque retal mostrando massa extrínseca a 3 cm da borda anal até 8 cm, posterior; submetido à rsa e à colostomia protetora. O terceiro caso trata-se de homem, 57 anos, relatando dificuldade evacuatória progressiva com tratamento prévio sem sucesso com imatinibe. Toque retal revelou lesão anterior extrínseca com 3 cm de extensão a 3 cm da borda anal. Feita ressecção transanal da lesão com sucesso. Conclusão: os gist de reto são tumores pouco comuns, apresentam quadro clínico variado e o tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica, que pode ser realizada via abdominal clássica ou transanal. O tratamento com imatinibe pode ser utilizado em casos selecionados.

#### **ANGIODISPLASIA DE CECO, PORQUE AINDA É UM DIAGNÓSTICO DE TÃO DIFÍCIL ACEITAÇÃO?**

JOSÉ HOMERO SOARES; VALÉRIA CARDOSO DE SOUZA; ANA CRISTINA INAMINE; EDUARDO YASSUSHI TANAKA; EVANDRO SOBROZA DE MELLO  
*HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ*

Resumo: Introdução: os autores descrevem a difícil aceitação do diagnóstico e tratamento da angiodisplasia de ceco em caso de sangramento digestivo baixo com 10 anos de evolução e oito internações determinadas por sangramento ativo. Método: v.b.c., 72 anos, masculino, com enterorragia de repetição desde 2004, anemia persistente, oito internações por sangramento ativo em hospitais de excelentes recursos diagnósticos, realizou 12 exames consecutivos de endoscopia alta e colonoscopia, sem anormalidades. Dados clínicos sugeriam a possibilidade de angiodisplasia do ceco: sangramento ativo sem repercussão hemodinâmica importante, não necessitou transfusão sanguínea e os exames de endoscopia não evidenciaram o motivo do sangramento. Em novembro de 2013, após sangramento mais intenso, foi admitido no hospital alemão oswaldo cruz de são paulo, onde foi sugerido o diagnóstico de angiodisplasia do ceco, realizou arteriografia esplâncnica seletiva, fora do período de sangramento ativo, que identificou aumento do calibre da artéria cecal, associado a hipervascularização com tufo vasculares altamente sugestivos de angiodisplasia de ceco. Foi submetido a hemicolectomia direita por videolaparoscopia. A análise histológica confirmou o diagnóstico de angiodisplasia de ceco e cólon ascendente com evidências de hemorragia antiga. Resultado: pós-operatório sem intercorrências, alta no 5º dia pós-operatório. Sem novos episódios de sangramento, após a cirurgia. Conclusão: a angiodisplasia do ceco deve ser considerada na investigação de sangramento digestivo baixo, sem repercussão hemodinâmica grave, com anemia e exames de endoscopia e colonoscopia normais. Deve-se dar ênfase à arteriografia visceral seletiva, realizada eletivamente com preparo do cólon, e na evidência desse diagnóstico na arteriografia, o cirurgião deve intervir,

sendo o paciente devidamente informado que o diagnóstico definitivo somente será confirmado, após o exame anatomo-patológico do segmento intestinal ressecado.

#### **ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE FÍSTULA ANAL CRÔNICA**

PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO; FABER HENRIQUE CACCIA, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, FABIO LOPES DE QUEIROZ, RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO, SINARA MÔNICA LEITE, MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS, GUSTAVO AMBROSIO EVANGELISTA

*HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO SERVIDOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS*

Resumo: Introdução: o adenocarcinoma mucinoso de fistula anal crônica é uma doença rara. Existem várias teorias para explicar a patogênese dessa doença. A malignização poderia ocorrer do tecido glandular perianal. Outra teoria existente seria que o tumor ocorreria da malignização da mucosa de um trato fistuloso existente a partir da duplicação congênita da porção distal do tubo digestivo. É um tumor predominantemente masculino, associado a uma longa história de doença perianal. As queixas mais comuns são abscesso perianal e descarga de secreção pela fistula. O diagnóstico é usualmente tardio devido à falha em obter biópsias efetivas. A metástase pode ocorrer em região inguinal, pélvica ou hepática. Múltiplas biópsias profundas são necessárias para obter o diagnóstico. O prognóstico depende do grau de diferenciação e da extensão tumoral ao diagnóstico. Objetivo: apresentar um caso raro de adenocarcinoma de fistula anal submetido à amputação abdominoperineal extensa e reconstrução do assoalho pélvico com retalho do glúteo máximo. Método: cel, 64 anos, história de abscesso perianal há cerca de 5 anos, evoluindo com fistula perianal e tentativa de tratamento cirúrgico. Admitido com sangramento anal, anemia e constipação. Biópsia de fistula: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, mucinoso, infiltrando a musculatura adjacente. Colonoscopia: lesão neoplásica cólon descendente. Biópsia: adenocarcinoma colônico moderadamente diferenciado. Cea pré-operatório: 87,2. Rnm: fistula perianal transesfincteriana à direita associada à volumosa lesão expansiva lobulada e de contornos definidos por cápsulas, na fossa isquirretal direita. Presença de outra lesão expansiva em topografia de cólon descendente. Resultado: realizado qt e rt neoadjuvante. Submetido a colectomia esquerda com amputação abdominoperineal e colostomia terminal. Após 31 dias, realizado confecção de retalho musculocutâneo de rotação do músculo glúteo máxima com cobertura de ferida operatória perineal. Anatomo-patológico: adenocarcinoma mucinoso de fistula moderadamente diferenciado com extensão para a musculatura esfinteriana externa associado à adenocarcinoma colônico moderadamente diferenciado de cólon descendente sincrônico. Conclusão: o adenocarcinoma mucinoso de fistula crônica é uma condição rara. Após longos e malsucedidos tratamentos para fistula perianal, o adenocarcinoma deve ser investigado.

#### **COMO AVALIAR A CAPACIDADE DE UM SERVIÇO PARA HABILITAR UM CIRURGIÃO COLORRETAL?**

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, GIANCARLO DE SOUZA MARQUES, NIKOLAY COELHO DA MOTA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES, JOSÉ ARIMATÉA ALVES DE CARVALHO JUNIOR

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO*

Resumo: Introdução: a formação de um especialista em coloproctologia além de conhecimento teórico prático necessita sobremaneira de treinamento cirúrgico e o desenvolvimento de habilidade cirúrgica nos mais diversos procedimentos cirúrgicos da especialidade. Objetivo: avaliar o volume de procedimentos cirúrgicos realizados pelo serviço de coloproctologia do hospital presidente dutra, e inferir se este volume credência o serviço para a formação de especialista. Identificar as áreas de fragilidade permitindo a criação de convênios que viabilizasse a residência em coloproctologia no hospital universitário presidente dutra. Método: foram levantadas todas as cirurgias realizadas no serviço de coloproctologia do hospital presidente dutra no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012. Calculado o percentual de cada procedimento sobre o volume global de cirurgias realizadas no serviço. Resultados: no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012 foram realizadas 357 cirurgias no serviço de coloproctologia do hospital universitário presidente dutra. Deste total 56,79% foram cirurgias orificiais e 43,21% de cirurgias abdominais. Foi individualizada a quantidade de cada procedimento específico e constatado haver um número muito pequeno de cirurgias oncológicas, laparoscópicas e a falta de treinamento em urgência visto que os hospitais universitários de um modo geral não prestam este tipo de atendimento. Estes resultados demonstraram a necessidade de realização de convênios que viabilizassem o completo treinamento de um especialista em coloproctologia. Conclusão: o conhecimento do volume de cirúrgicas de um serviço e o percentual específico de cada procedimento realizado neste serviço é fundamental quando se prospecta a abertura de uma residência cirúrgica em área específica pois possibilita a antecipação de medidas que tornem factível a instalação desta.

#### **APLICAÇÃO DO ULTRASSOM ANORRETAL TRI-DIMENSIONAL NA AVALIAÇÃO DAS AFECÇÕES BENIGNAS E MALIGNAS ANORRETAIS E NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ*

Resumo: Introdução: os avanços tecnológicos resultaram no desenvolvimento da modalidade tridimensional, com transdutores com melhor qualidade de imagem, visão multiplanar, utilização da aquisição automática, resultando em imagens

volumétricas digitalizadas o que possibilita a avaliação e revisão do exame, em tempo real, realização de medidas exatas de comprimento e volume, semelhante a ressonância nuclear magnética, facilitando o treinamento e reduzindo significativamente o tempo da curva de aprendizado. Objetivo: demonstrar a aplicação clínica do ultrassom anorretal tridimensional (US-3D) nas afecções malignas, benignas anorretais e nas disfunções do assoalho pélvico. método: análise da vantagem da indicação do US-3D nas afecções malignas, benignas anorretais e nas disfunções do assoalho pélvico. resultados: o US-3D demonstrou os detalhes da distribuição da musculatura esfínteriana, assimetria do canal anal e as diferenças entre os sexos, sendo a musculatura esfínteriana menor na mulher. Aplicado no estadiamento dos tumores de reto, quanto ao grau de invasão parietal, identificação de linfonodos perirretais e as medidas da margem distal e a margem circunferencial utilizando os dados como critérios de seleção para indicação da quimio e radioterapia(qt). Na avaliação da resposta pós-qt, identificando resposta ultrassonográfica completa (regressão completa) ou tumor residual e as medidas da margem distal pós-qt como critério para seleção de cirurgia com preservação esfínteriana. Na incontinência fecal, identifica os músculos esfínterianos lesados, o ângulo da lesão e se há comprometimento de todo comprimento longitudinal da musculatura esfínteriana. Nos pacientes submetidas a parto vaginal, avaliou-se a musculatura pubovisceral (puborretal+pucococigeo) pelo acesso transvaginal para identificar lesão dessa musculatura. Na fistula anal, demonstra trajeto(s) e orifício(s) e mensura a relação do trajeto com o percentual de musculatura esfínteriana envolvida, possibilitando o planejamento cirúrgico adequado. Utilizou-se a técnica dinâmica para identificação dos distúrbios anatomo-funcionais relacionados a evacuação obstruída, identificando-se retocele, intussuscepção, anismus, entero-sigmoidecele e descenso perineal. Conclusões: o US-3D apresentou definida aplicação clínica no diagnóstico nas afecções malignas, benignas anorretais e nas disfunções do assoalho pélvico, adicionando informações que irão contribuir para escolha da decisão terapêutica segura e adequada.

#### **AINDA EXISTE ESPAÇO PARA A ESFÍNCTEROTOMIA LATERAL INTERNA NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL CRÔNICA?**

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, GIANCARLO DE SOUZA MARIQUES, NIKOLAY COELHO DA MOTA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES, JOSÉ ARIMATÉA ALVES DE CARVALHO JÚNIOR

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO*

Resumo: Introdução: a fissura anal é uma doença orificial de elevada frequência nos ambulatórios de coloproctologia, relacionada a um aumento da pressão esfínteriana de repouso e tem definido como tratamento cirúrgico definitivo a esfínterotomia lateral interna. Objetivo: avaliar a pressão de repouso em pacientes portadores de fissura anal crônica antes e após tratamento com nifedipina 0,5%, comparando as pressões pré

e pós-tratamento, avaliando índice de falha e necessidade de esfínterotomia. Método: foram avaliados 25 pacientes portadores de fissura anal atendidos no ambulatório de coloproctologia do hospital universitário presidente dutra e no instituto de coloproctologia no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014, realizada eletromanometria anorretal e iniciado tratamento com nifedipina 0,5% e medidas higiene dietéticas durante 12 semanas e realização de eletromanometria após 12 semanas em pacientes com fissura cicatrizada e nos pacientes onde não ocorreu cicatrização completa. Avaliado índice de cicatrização da fissura, e pressão de repouso na vigência da fissura e após o tratamento. Resultados: foram 25 pacientes avaliados sendo 21 do sexo feminino, idade média foi de 34 anos variando de 19 a 65 anos, 8 pacientes (33,0%) apresentavam pressão de repouso normal (40 a 70mmhg) no primeiro exame e 5 pacientes (20,0%) mantiveram pressão de repouso elevada após o tratamento com nifedipina 0,5% por 3 meses. Dentre os cinco pacientes que mantiveram a hipertonia somente dois mantiveram pressão de repouso superior a 100mmhg e foram submetidos a esfínterotomia lateral interna. Conclusão: o uso da esfínterotomia química com a utilização da nifedipina 0,5% promoveu a cicatrização em 80% dos pacientes com fissura sugerindo que a esfínterotomia cirúrgica deverá ser reservada àqueles pacientes sem resposta ou com resposta pouco significativa a esfínterotomia química.

#### **AVALIAÇÃO DE DEFEITOS ANATÔMICOS DOS ESFÍNCTERES ANAIS E ELEVADOR DO ÂNUS RELACIONADOS A INCONTINÊNCIA FECAL APÓS PARTO VAGINAL UTILIZANDO UM ESCORE ULTRASSONOGRÁFICO**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES; IRIS DAIANA DEALCANFREITAS; JACYARA DE JESUS ROSA PEREIRA; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS FILHO; MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ*

Resumo: Introdução: a incontinência fecal é uma queixa comum em pacientes submetidas a parto vaginal lhes alterando a qualidade de vida. objetivo: avaliar os defeitos dos esfínteres anais e 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 mais baixa.

#### **ESTUDO MULTICÊNTRICO DA APLICAÇÃO DO ULTRASSOM ANORRETAL 3D NA AVALIAÇÃO DO CÂNCER RETAL: INTERFERE NA DECISÃO DO TRATAMENTO?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS, ROSILMA GORETE LIMA BARRETO, JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO, DORYANE MARIA DOS REIS LIMA, GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES

UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/UFMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/ GC - GASTROCLÍNICA DE CASCAVEL

Resumo: Objetivo: o presente estudo tem por objetivo determinar o impacto do USG-3D no estadiamento e conduta do câncer retal comparando aos achados patológicos (PTN). Método: foram avaliados 90 pacientes consecutivos com câncer retal em 3 centros no Brasil. Foi realizado USG-3D para estadiamento e distribuídos em dois grupos. GI: tumor inicial foram submetidos a ressecção local e GII: tumor avançado realizado radioquimioterapia (RQT). Pacientes GII não foram reestadiados pelo USG-3D após RQT, mas a presença de tumor residual e de linfonodos foi identificado. O comprimento do tumor, a taxa de redução do comprimento do tumor e a distância da margem distal do tumor para o aparelho esfínteriano (cm) ou a invasão do canal anal foram avaliados antes e depois da RQT. A seleção para preservação esfínteriana ou ressecção abdominoperineal foi baseada nas medidas do USG-3D e os achados patológicos foram comparados. Resultados: GI com 18 pacientes, idade média de 56a (ut0=12, ut1=3,

ut2=1, ut3=2 e n1=1), submetidos a ressecção endoscópica (n=5) ressecção cirúrgica (n=13). A concordância entre PTN e USG-3D 3D-us foi quase perfeita para t0 (k=0.87), t2, t3 e n1 (k=1) e substancial para t1 (k=0.77). GII com 72 pacientes, idade média 60a, pré-rqt estadiamento foi ut2=5, ut3=59, ut4=8, n1=37, 13 dos quais apresentavam invasão de canal anal. Após RQT, 24 foram submetidos a APR, 44 a cirurgia com preservação esfínteriana (incluindo ressecção anterior, interesfínterica e/ou colo-anal anastomose) e 4 a conduta watch and wait. A correlação entre a taxa de redução tumoral e o tamanho do tumor foi observada. Após rqt, o comprimento do tumor foi significativamente menor, a distância do tumor ao aparelho esfínteriano foi maior e a taxa de redução do tumor foi maior no grupo submetido a preservação que no grupo que realizou APR. A concordância entre os achados patológicos e ao usg-3D pós RQT foi substancial para a identificação de tumor residual ou resposta completa (k=0.63) e moderada para presença de linfonodos (k=0.42). A patologia revelou margem distal livre. A media de follow-up foi de dois anos (média, 3m-6a). Conclusão: câncer retal foi adequadamente avaliado e conduzido usando USG-3D. Após RQT resposta completa foi observada ou tumor residual foi quantificado. O mais importante parâmetro de seleção dos pacientes para preservação esfínteriana foi a distância entre o tumor e o esfínter. Margem distal segura deverá ser no mínimo 1cm.

#### **RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRÚRGICO PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN GRAVE PÓS LES INDUZIDO POR INFILIXIMAB**

RODRIGO PADILLA; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREJE, JOÃO GOMES NETINHO, LUIZ SÉRGIO RONCHI

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Resumo: Paciente com diagnóstico de dc grave há 15 anos sob a forma de fístula perianal e ileíte terminal. Fez uso de azatioprina, mesalazina e infliximab, todos com reações adversas: amilasemia e leucopenia severa; les; e edema de membros inferiores e constipação respectivamente. Após manutenção do quadro de doença fistulizante perianal, corticoides e impossibilidade de otimização das medicações foi optado por tratamento cirúrgico com desvio do trânsito colônico para possível melhora do quadro perianal. Foi submetida à ileostomia em duplo cano sem intercorrências. No pós operatório vem evoluindo bem com melhora importante do quadro fistulizante sem descarga purulenta. Paciente refere uma melhora importante na sua qualidade de vida apesar da ostomia e em retirada gradual de corticóides. Discussão: Medicações anti-tnf revolucionaram o tratamento das dii. Existem reações adversas associadas ao uso dessas medicações entre elas as neoplasias sólidas e as doenças e auto-imunes que podem variar desde alterações laboratoriais até doenças auto-imunes. Após reações adversas frente ao uso dessas drogas fica limitado o arsenal terapêutico, o que muitas vezes impossibilita o segui-

mento de protocolos. Por ser uma doença relativamente nova e com muitos estudos em andamento e pouca opção terapêutica, o médico assistencial aposta, muitas vezes, condutas off label o que pode variar de acordo com a experiência pessoal de cada profissional. Conclusão: A dc é uma DII que está em franca ascensão em relação aos estudos para a sua adequada compreensão e tratamento. Muitas medicações, já utilizadas no tratamento de doenças reumatológicas são cotadas como possíveis drogas disponíveis nos próximos anos para as DII. Quando os pacientes são impossibilitados para o uso dessas medicações a equipe médica fica com poucas possibilidades para o tratamento clínico para a remissão da patologia. Acredita-se que em breve novas pesquisas possam oferecer novas formas padronizadas de tratamento.

#### **O USO DE METOTREXATE EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL APÓS ALERGIA A AZATIOPRINA, UM RELATO DE CASO**

MARIO ANTONIO FERRARI; ERIC MARTINEZ LINO, RODRIGO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: A Doença de Crohn (DC) é descrita como uma subcategoria das doenças inflamatórias intestinais e de caráter crônico. Os sintomas clássicos da dc são a diarreia, dores abdominais e febre, e pode provocar fadiga, perda ponderal, anorexia, massa abdominal e por vezes sangue nas fezes. O tratamento consiste no uso de anti-inflamatórios esteroidais e imunomoduladores. Trata-se de relato de caso de dc em uso de metotrexate. Paciente feminino, 33 anos, com diagnóstico de dc há 11 anos e fistula reto- vaginal. Fez uso de corticosteróides e adalimumab. Foi tentada a introdução de azatioprina, porém apresentou intolerância. Foi mudado esquema do adalimumab a cada 7 dias, porém paciente mantinha apresentava diarreia persistente e dor abdominal com hematoquezia esporádica. Abdome mostrava-se plano, ruídos hidroaéreos presentes, dolorido à palpação de fossa ilíaca e flanco esquerdo. Colonoscopia evidenciou colite quiescente em hemicólon esquerdo, proctite com estenose em reto baixo, biópsia com colite crônica em atividade. Apresentou saída de fezes pela vagina além de dor e hiperemia perineal. Devido à intolerância a azatioprina, foi introduzido metotrexate 15 mg semanais após indução com 25 mg. Após a introdução dessa medicação refere melhora do hábito intestinal sem sangue ou muco, nega febre ou dor abdominal. O uso de corticóides por longo prazo tem complicações indesejáveis e inevitáveis. O uso de anti-metabólitos de purinas (mercaptopurina e azatioprina) sejam moderadamente eficazes, a doença muitas vezes tem recaídas e muitas vezes são drogas mal toleradas. Nesses casos pode-se utilizar metotrexate, inibidor da dihidrofolato redutase. O eficiência no uso de metotrexate para casos refratários de dc foi descrito em estudos pequenos e não controlados em que a terapia diminuiu a exigência corticosteróides. Muitos são os

pacientes que são refratários ou intolerantes em longo prazo a terapia atual com corticóides ou azatioprina. Necessitando assim de mais estudos que possam colaborar com a abordagem terapêutica futura para esses casos.

#### **RELATO DE CASO: COLITE DIFUSA POR HISTOPLASMOSE EM PACIENTE IMUNOSUPRIMIDO COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

RODRIGO PADILLA; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Homem, 47 anos, branco, portador do vírus HIV em uso irregular de tarv com quadro de lesões aftóides e infiltrativas em cavidade oral associadas a enterorragia importante. Foram realizadas tentativas de estabilização clínica sem sucesso, sendo submetido à proctocolectomia total com ileostomia terminal. Na admissão, paciente queixava-se além das lesões em cavidade oral, dor em andar inferior do abdome, hábito intestinal diário com diarreia. Relatava perda ponderal de cerca de 25% do peso corpóreo em 6 meses. Exame físico sem alterações. O controle da infecção de base apresentava contagem de cd4+ de 84 células/mm<sup>3</sup> e a carga viral era de 2362 cópias/ml, em uso de tarv. Na internação apresentou enterorragia, eda sem alterações, colonoscopia evidenciou erosões com contornos irregulares, bordas planas e com fundo recoberto por fibrina em reto e sigmóide; no cólon direito observou-se erosão circunferencial. Ao estudo histopatológico foi diagnosticada colite crônica com microabscessos, tecido de granulação e eosinofilia. Ao estudo microbiológico dos fragmentos das lesões foi positivo para histoplasma capsulatum sp. Após novo quadro de enterorragia foi submetido à proctocolectomia total com ileostomia terminal. No pós-operatório paciente foi encaminhado para unidade de terapia intensiva onde evoluiu bem com melhora clínica e laboratorial. Apresentou após o procedimento cirúrgico, novos quadros de enterorragia de provável foco em doença hemorroidária que em episódio de enterorragia incontrolável evoluiu a óbito. Discussão: a histoplasmose é geralmente uma infecção assintomática ou resulta em uma doença respiratória auto-limitada. É a micose endêmica mais comum em indivíduos com aids, que ocorre em 2% a 5% da população. Os sintomas incluem diarreia, perda de peso, febre e dor abdominal. Os pacientes também podem ter hemorragia, perfuração intestinal ou obstrução por massas ileocecais ou linfonodomegalia. O diagnóstico colonoscópico de lesões ulceradas abrangem inúmeras patologias benignas ou malignas, infecciosas ou não-infecciosas. Sendo a biópsia com pesquisa microbiológica a pedra angular para o diagnóstico. Conclusão: histoplasmose intestinal em pacientes com aids é uma rara infecção tratável. A realização de colonoscopia para investigação de quadros de diarreia ou sangramento digestivo baixo em pacientes infectados pelo HIV pode iniciar o processo diagnóstico com biópsias e suspeição para solicitação de sorologias.



### **MEGACÓLON TÓXICO POR RETOCOLITE ULCE-RATIVA COM DESFECHO DESFAVORÁVEL, UM RE-LATO DE CASO.**

MARIANA OKINO MITUO; RODRIGO PADILLA, RAFA-ELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETI-NHO, GENI SATOMI CUNRATH

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Apresenta-se caso de paciente masculino, 51 anos com diagnóstico de RCU há 2 anos internado com hematoque-zia grave e submetido a colectomia total durante a internação, quando também foi iniciado uso de imunobiológico, porém sem evolução satisfatórias apesar das medidas. Paciente com RCU com quadro de hematoquezia em pequena quantidade e sem diarreia. Associava ainda quadros de dor abdominal tipo cólica porém autolimitada. Diagnóstico colonoscópico de re-tite com erosões difusas em reto médio e baixo quando iniciou tratamento com aminossalicilato via oral e melhora pouco sa-tisfatória. Mesmo após a introdução de corticóides ao arsenal terapêutico não evoluiu bem. Apresentava perda ponderal de cerca de 8% do peso corpóreo em 3 meses quando internou pela emergência com quadro de hematoquezia com sinais de choque hipovolêmico, porém sem dor abdominal. Iniciou-se, após melhora do quadro hemorrágico, tratamento com imuno-biológico (infiximab) com as duas primeiras doses da indução da remissão. Mesmo após essa tentativa, paciente mantinha-se grave, em unidade de terapia intensiva e séptico, quando foi submetido a colectomia total com ileostomia terminal. Apesar do tratamento otimizado paciente não respondeu bem evoluin-do a óbito um mês após a cirurgia. Discussão: a RCU é uma DII dinâmica que se caracteriza por períodos surtos de exacer-bação e remissão. Durante as fases de surtos pode-se encon-trar resposta inflamatória leve ou bastante exacerbada quanto pode evoluir com megacólon tóxico. Nessa circunstância o uso de ciclosporina ou o tratamento cirúrgico são opções de tratamento, sendo a cirurgia considerada curativa. Conclusão: A RCU é uma DII que está em franca ascensão em relação aos estudos para a sua adequada compreensão e tratamento. Muitos pacientes irresponsíveis aos tratamentos atualmente disponíveis são um desafio na prática clínica e ainda se espera sobre o avanço no conhecimento e manejo dessa patologia.

### **ADENOCARCINOMA SOBRE ADENOMA DE APÊN-DICE, UM RELATO DE CASO.**

RODRIGO PADILLA; VINICIUS MATIAS MONTEIRO CAVALCANTE, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, CAROLINA ELI-SABETE DA SILVA MEREGE, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Os tumores malignos do apêndice são responsáveis por apenas 0,5% de todos os tumores gastrointestinais. Geral-mente são assintomáticos, só sendo diagnosticados durante es-tudo patológico das peças de apendicectomia. Paciente masculi-

no, 65 anos, admitido em serviço de emergência devido quadro de abdome agudo inflamatório de início há 5 dias. Submetido a apendicectomia, sendo evidenciado aspecto macroscópico de apendicite fase 4. Evoluiu estável no pós operatório. Anato-mopatológico revelou adenocarcinoma de apêndice, tipo colônico, invasor de submucosa (focalmente), surgindo de um adenoma viloso com displasia de alto grau e apendicite/periapendicite aguda fibrino purulenta. Submetido a exames de imagem, sem evidencia de tumores sincrônicos ou metástase. Biópsia de coto apendicular por colonoscopia sem evidência de neoplasia. In-dicada hemicolectomia direita pela invasão de submucosa. O câncer do apêndice é uma patologia bastante rara e é normal-mente encontrado acidentalmente em aproximadamente 1% das apendicectomias. O adenoma viloso é um tipo histológico incomum entre os tumores do apêndice. Raramente produz sinto-mas clínicos, eventualmente podendo apresentar-se como apen-dicite aguda. Adenomas do apêndice, como em qualquer outro local em adenomas do intestino grosso, são lesões neoplásicas, que podem progredir para adenocarcinoma invasivo. Uma vez diagnosticado, indica necessidade de uma investigação mais aprofundada devido a associação com tumores sincrônicos e possibilidade de metástase. Em contraste com outros tumores do apêndice, adenocarcinomas mais frequentemente se apre-sentam como um quadro clínico de apendicite aguda, sendo a colectomia direita seu tratamento padrão, após seu diagnóstico. Embora os achados patológicos incomuns raramente são vistos após uma apendicectomia, todas as peças cirúrgicas devem ser enviada para estudo histopatológico de rotina, já que, apesar de raro, o diagnóstico de tumor de apêndice implica em tratamento e seguimento diferenciado para esses pacientes.

### **RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM ABSCESSO PERIANAL EM PACIENTE IMUNOSSU-PRIMIDO. DISCUSSÃO DE CONDUTAS.**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; RODRI-GO PADILLA, RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, MARIO ANTONIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, JOÃO GOMES NETINHO, FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Paciente com diagnóstico de Ila em vigência de quimioterapia conforme protocolo gmall internada com qua-dro de neutropenia febril. Durante investigação da etiologia foi realizada ressonância magnética de pelve que evidenciou abscesso perirretal à direita com coleção de cerca de 3 ml. Outras etiologias para a corrente infecção foram excluídas. Paciente não apresentava queixas de dor ou abaulamento pe-rianal e sem alterações do hábito intestinal. Foi submetida à abordagem cirúrgica com drenagem de mínima quantidade de secreção purulenta. No mesmo tempo cirúrgico foi passado sedenho para manter pèrvia a drenagem de pus. No pós opera-tório evoluiu bem com melhora clínica e laboratorial quando recebeu alta hospitalar. Após 1 mês de acompanhamento am-bulatorial, foi reinternada com retorno do quadro febril, porem nesse segundo momento com quadro de dor e abaulamento

perianal. Os exames laboratoriais acusavam leucopenia severa além de níveis aumentados de proteína c reativa (pcr). Ao exame físico observou-se eritema em região glútea direita além de endurecimento, porém sem flutuação. Além de tratamento clínico com antibioticoterapia, foi novamente submetida à abordagem cirúrgica com incisão sobre a área de endurecimento, porém agora, sem saída de secreção. No pós-operatório, em vigência de sessões em câmara hiperbárica, evoluiu bem com melhora clínica, queda dos marcadores inflamatórios e aumento da leucometria para níveis dentro da normalidade. Discussão: o abscesso perianal é uma afecção que tem com tratamento a drenagem cirúrgica mandatória. Em pacientes neutropênicos com sepse perianal no cenário da neoplasia hematológica, as características clínicas clássicas de formação de abscesso são escassas, logo o papel da intervenção cirúrgica é controverso. Porém a mortalidade desses pacientes não tratados atinge até 59%. A morbidade e mortalidade podem estar relacionadas com a toxicidade da quimioterapia, neutropenia, septicemia, uma contagem de plaquetas baixa, administração de esteróides e a progressão da doença. Conclusão: pacientes com neutropenia, seja por doença linfoproliferativas ou não, estão sujeitos à sepse perianal. Nesses pacientes múltiplos fatores são concorrentes para o desfecho favorável ou não do quadro. O tratamento cirúrgico é discutível, uma vez que a leucopenia dificulta a formação de secreção purulenta, com isso, a decisão cirúrgica depende do julgamento clínica, laboratorial e de imagem minucioso.

#### **TERATOMA RETRORETAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; MARIA AUGUSTA MARQUES SAMPAIO DE SOUZA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARCELO SALOMÃO BECHARA, RAFAEL SOUZA MOTA, ALUISIO GONÇALVES MEDEIROS, EMILIO AUGUSTO CAMPOS PEREIRA DE ASSIS  
*UFJF E ASCOMCER*

Resumo: Introdução: tumores retrorretais são raros, com incidência em trono de 0,01%. Essa região contém vários folhetos embrionários, fazendo com que os tumores aí originados sejam bastante heterogêneos. Podem ter origem congênita, neurogênica, óssea, inflamatória, entre outros. A maioria das lesões são assintomáticas, e podem ser percebidas no exame digital. A ressonância magnética possui papel fundamental para o diagnóstico e planejamento da abordagem cirúrgica dessas lesões. Relato de caso: rbg, gênero feminino, 36 anos, procurou atendimento médico devido a prurido anal. Ao exame físico, apresentava plicomas. Ao toque retal, foi notado lesão extrínseca ao reto, de consistência macia, formato arredondado, medindo cerca de 4cm. A retossigmoidoscopia rígida não demonstrou alterações na mucosa retal. Ressonância magnética demonstrou lesão expansiva multisseptada de aspecto cístico localizada no espaço pré-sacral entre s4 e s5, determinando deslocamento anterior do reto. A paciente foi submetida a ressecção da lesão por acesso posterior com remoção do coccix, com boa evolução pós-operatória. O exame histopatológico revelou teratoma maduro. Con-

clusão: teratomas são neoplasias verdadeiras, congênicas, que nascem de células totipotenciais e podem dar origem a qualquer tipo de tecido. É mais comum em mulheres e possui capacidade de degeneração maligna, dependendo do grau de maturidade. O tratamento é cirúrgico, e a coccigectomia reduz o risco de recorrência. O prognóstico é bom, com altas taxas de cura após o tratamento cirúrgico.

#### **GIST DE RETO: RELATO DE CASO**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; VINICIUS GUILHERME ROCHA BATISTA, ADRIANA DE SOUZA SERGIO FERREIRA, SONIA MARIA NEUMANN CUPOLILO, MARCELO SALOMAO BECHARA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARIA AUGUSTA MARQUES SAMPAIO SOUZA, RAFAEL SOUZA MOTA  
*UFJF E ASCOMCER*

Resumo: Introdução: o tumor estromal gastrointestinal (gist) é um grupo incomum de neoplasias, de origem mesenquimal. A maioria localiza-se no estômago e intestino delgado, sendo incomum no colôn e reto. Geralmente assintomáticos, porém alguns pacientes cursam com sangramento, dor abdominal, massa palpável e obstrução intestinal. A maior incidência ocorre entre a 5ª e a 6ª década de vida. Relato de caso: ort, 65 anos, masculino, sem comorbidades, ex-etilista e ex-tabagista, apresentando quadro de proctalgia, tenesmo, hematoquezia e emagrecimento não quantificado. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, hipocorado, abdome livre, sem massas ou visceromegalias. Ao toque retal evidenciava-se grande lesão vegetante iniciando-se logo acima da margem anal, acometendo o puborretal, circunferencialmente. A colonoscopia identificou grande lesão vegetante ulcerada em reto distal. Foram realizado biópsias, que foram inconclusivas. Solicitado ressonância magnética da pelve, que revelou formação sólido-cística exofítica com aparente epicentro na parede lateral esquerda do reto inferior, medindo em seus maiores eixos cerca de 6,0 x 5,9 cm, abaulando, porém não invadindo a fáscia mesorretal. Pela impossibilidade de ressecção da lesão por via transanal, foi submetido a amputação abdominoperineal de reto. Anátomo-patológico da peça cirúrgica: processo neoplásico com áreas fusocelulares e outras epitelióide com figuras de mitose à coloração de rotina. Estroma frouxo de aspecto mixóide. A imunohistoquímica confirmou o diagnóstico de gist. Conclusão: apesar da raridade, as neoplasias mesenquimais do reto devem ser lembradas no diagnóstico diferencial, principalmente quando originam-se na parede do reto. A ressecção cirúrgica é o principal no tratamento curativo. A linfadenectomia não é mandatória, já que metástases linfonodais são raras. Em 10% a 30% dos casos os tumores têm comportamento maligno, geralmente relacionadas ao tamanho da lesão (maior que 5cm) e índice mitótico (maior que 5 por campo), além da localização. As recidivas são descritas com tempo médio de 23 meses. Devido a essa possibilidade todos os pacientes com gist em reto distal devem fazer seguimento ambulatorial, com pelo menos uma consulta anual, exame proctológico e biópsia de áreas suspeitas, tomografia pélvica e/ou ultrassonografia transretal.

### **ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇA DE CROHN ANOPERINEAL GRAVE E HIDRADENITE SUPURATIVA: RELATO DE CASO**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; LILIANA ANDRADE CHEBLI; JULIO MARIA FONSECA CHEBLI; KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI; LORENA NAGME DE OLIVEIRA PINTO; JANUARIO HENRIQUE SOUZA; BRUNO SILVA BORSARI

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

Resumo: Introdução: dentre as alterações perianais em portadores de Doença de Crohn, as fistulas são as mais comuns e podem acometer até 30% dos pacientes. Causam enorme prejuízo a qualidade de vida dos pacientes, devido a secreção perianal persistente, dor local e até incontinência fecal nos casos mais graves. O tratamento é difícil, principalmente, quando o reto está comprometido. Dentre as opções cirúrgicas podemos citar: fistulotomia convencional, posicionamento de sedrenhos, retalho mucoso, e proctocolectomia em casos graves. Relato de caso: mulher, 43 anos, ex-tabagista, portadora de Doença de Crohn com pancolite fenótipo fistulizante diagnosticada há 16 anos. Fez uso de corticoterapia ciprofloxacino, metronidazol e azatioprina sem bom controle clínico. Ao longo do curso da doença, apresentou fistula retovaginal e foi iniciado infliximab, além de colostomia terminal em cólon transversal. Evoluiu com hérnia paracolostômica. Em agosto de 2013 apresentou quadro de hidradenite supurativa em região axilar. Posteriormente apresentou piora dos abscessos perianais, múltiplas fistulas perianais e perineais complexas com sintomatologia refratária ao tratamento clínico. Foi então submetida a proctocolectomia total com ileostomia terminal e correção da hérnia paracolostômica. Atualmente paciente está em acompanhamento no ambulatório de coloproctologia do hospital universitário da UFJF com múltiplas fistulas perineais de difícil cicatrização, mesmo com uso do adalimumab. Conclusão: a associação de hidradenite supurativa e Doença de Crohn já foi descrita previamente. Tal quadro pode levar a erro diagnóstico e retardo no tratamento específico.

### **RECORRÊNCIA CIRÚRGICA DA DOENÇA DE CROHN E SEUS FATORES PREDITORES EM UMA COORTE DE PACIENTES ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; ANTÔNIO LACERDA FILHO, MARIA DE LOURDES ABREU FERRARI, DÉBORAH ALMEIDA ROQUETTE ANDRADE, MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ, RODRIGO GOMES DA SILVA *INSTITUTO ALFA DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG E DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG – BELO HORIZONTE / MG.*

Resumo: A Doença de Crohn (DC) caracteriza-se por um processo inflamatório transmural crônico e recorrente que se traduz em diferentes fenótipos, de acordo com a classificação de Montreal. Apesar do desenvolvimento do tratamento clínico, cerca de 75% dos pacientes com DC ainda necessitam de tra-

tamento cirúrgico e 16% a 65% dos pacientes necessitam de outra operação em 10 anos. Objetivos: este estudo teve como objetivo avaliar a recorrência cirúrgica e seus possíveis fatores preditores em pacientes operados para tratamento de DC. Métodos: foi estudada retrospectivamente uma coorte de 125 pacientes com DC submetidos a tratamento cirúrgico entre janeiro de 1992 a janeiro de 2012, em acompanhamento regular no ambulatório de intestino clínico do Hospital das Clínicas da UFMG. Resultados: a distribuição por gênero foi semelhante, sendo 50,4% do sexo feminino, com média de idade de 46,12 anos, a maioria (63,2%) com diagnóstico entre 17 e 40 anos. O íleo terminal foi envolvido em 58,4%, sendo que o Comportamento estenosante foi observado em 44,8% e o penetrante em 45,6% dos pacientes. Doença perianal foi observada em 26,4% dos casos. A média de tempo de acompanhamento foi de 152,40 meses, sendo que a primeira operação foi realizada 29 meses, em média, após o diagnóstico. Recorrência cirúrgica foi observada em 29,6%, com um tempo médio de 68 meses até a segunda operação. Observou-se que a localização ileocólica, o comportamento penetrante e a presença de doença perianal estiveram associados significativamente com maior recorrência. O maior tempo de progressão da doença também esteve associado a um maior número de cirurgias, enquanto que a idade acima de 40 esteve mais frequentemente relacionada à necessidade de cirurgia de urgência. Conclusão: conclui-se que a DC em suas formas mais invasivas e prolongadas, sobretudo de topografia ileocólica e com comprometimento perianal tende a recorrer mais frequentemente após tratamento cirúrgico.

### **CARCINOMATOSE CUTÂNEA DE ADENOCARCINOMA DE RETO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA; RAFAEL SOUZA MOTA, RAIMUNDO NONATO BECHARA, MARCELO SALOMÃO BECHARA, EMILIO AUGUSTO CAMPOS PEREIRA DE ASSIS, SUZANA BORGATI DE OLIVEIRA FERRAZ, KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI, LORENA NAGME DE OLIVEIRA

*ASCOMCER, UFJF*

Resumo: Introdução: carcinomatose cutânea de adenocarcinoma colorretal é raro, acometendo menos de 4% dos pacientes com tumores colorretais e caracteristicamente ocorre em lesões avançadas. O local mais comum de implante é o abdome. O mecanismo de disseminação pode ser vascular, linfático, implante cirúrgico ou por continuidade. Clínicamente apresenta-se como nódulos violáceos ou avermelhados, móveis, indolores, únicos ou múltiplos. Relato de caso: paciente do gênero feminino, 66 anos, com história de alteração do hábito intestinal e emagrecimento, com nódulo em região inguinal que foi biopsiado e revelou adenocarcinoma metastático moderadamente diferenciado. Foi submetida a tomografia de abdome e pelve, que evidenciou múltiplas linfadenomegalias em cadeias retroperitoniais, íliaca externa esquerda e região inguinal esquerda. Foi então submetida a colonoscopia, que

evidenciou lesão vegetante e friável, estendendo-se de 8 a 20 cm da margem anal – biópsia confirmou adenocarcinoma. Enquanto aguardava o restante dos exames para estadiamento, a paciente iniciou com quadro de edema de membro inferior e esquerdo e aparecimento de pápulas eritematosas, não dolorosas na coxa esquerda. Pela suspeita de trombose venosa profunda, a paciente foi internada e solicitado ultra-sonografia com doppler venoso, que confirmou trombose em território de veia ilíaca esquerda e várias massas hipoeóicas em região da coxa esquerda. As lesões cutâneas foram biopsiadas, e confirmou a suspeita de adenocarcinoma metastático para pele. Foi optado por encaminhar a paciente para tratamento paliativo com radio e quimioterapia. Conclusão: lesões cutâneas em pacientes portadores de neoplasias colorretais podem representar disseminação da doença, e geralmente está associado a prognóstico reservado.

#### **ISQUEMIA ISOLADA DE CECO SIMULANDO QUADRO DE ABDOMEN AGUDO INFLAMATÓRIO: RELATO DE CASO**

RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; MARIO ANTÔNIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, SÉRGIO LUIZ APARECIDO BRIENZE, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Relato de caso: paciente, feminina com 58 anos, atendida com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca direita (fid) há 1 dia, associada a diarreia, náuseas, vômitos e hiporexia. Paciente hipertensa e diabética de base, com cesariana prévia. A dor era localizada sem irradiação. Ao exame físico em bom estado geral, abdome pouco globoso, ruídos pouco diminuídos, flácido, doloroso em fossa ilíaca direita e hipogástrico, com descompressão brusca positiva, sinal de rovsing positivo. Exames complementares, leucograma com 13090 leucócitos sem desvio, urina I e amilase dentro da normalidade. Raio x de abdome agudo mostrando alça sentinela próxima a fid, discreta distensão de cólon descendente. Ultrassonografia de abdome e trans-vaginal mostrando pequena quantidade de líquido livre, e apêndice cecal não visualizado pelo método. Indicada apendicectomia, achado cirúrgico de pequena quantidade de secreção pio-serosa, com isquemia isolada de ceco, com apêndice cecal, optado por laparotomia exploradora, demais seguimentos colônicos e órgão sem alterações, realizada hemicolectomia direita com anastomose íleo-cólica mecânica, sem intercorrências. Paciente recebeu alta no 13º pós-operatório, aceitando dieta e com trânsito intestinal reestabelecido. Discussão: a isquemia segmentar de uma porção do cólon direito é uma condição rara, e geralmente reportada como relato de caso. Descrita em pacientes idosos, a cima de 65 anos, com múltiplas comorbidades e associado a choque sistêmico. É uma condição grave, principalmente devido ao perfil dos pacientes em que se apresenta, possui indicação cirúrgica assim que feito o diagnóstico. Os sinais e sintomas são os semelhantes aos da apendicite aguda, podendo assim mi-

metizar essa condição, como no caso da paciente relatada, que foi abordada por suspeita de apendicite aguda, e diagnóstico de isquemia de ceco somente no intra-operatório, como é descrito em relatos de outros autores. Existem duas explicações para isquemia segmentar, a oclusiva por placas arterioscleróticas ou tromboembolismo da artéria cecal, e a não oclusiva em paciente submetidos a cirurgia cardíaca aberta, hemodiálise e cardiopatia crônica severa. A pobre vascularização e irrigação da região ileocecal também justifica essa ocorrência em paciente com choque sistêmico. Conclusão: a isquemia isolada do ceco é condição rara e grave, os sintomas inespecíficos atrasam seu diagnóstico e tratamento, que deve ser cirúrgico, podendo comprometer a evolução destes pacientes.

#### **DOENÇA DE CROHN DUODENAL: RELATO DE CASO**

RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; MARIO ANTÔNIO FERRARI, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA*

Resumo: Relato de caso: feminina, 31 anos, diagnosticada e em tratamento para Doença de Crohn há 12 anos, em uso de infliximabe há 3 anos, com a doença em cólon em remissão, últimas duas colonoscopias, última há 4 meses, sem alterações endoscópicas, somente biópsia de íleo terminal mostrando ileíte crônica compatível com Doença de Crohn. Iniciou quadro de dor abdominal em epigástrico, com sintomas dispépticos associados, sem melhora com adequação alimentar, sem alteração do hábito intestinal. Ao exame físico somente dor a palpação profunda, sem massas palpáveis. Realizada endoscopia digestiva alta que mostrou bulboduodenite erosiva, com múltiplas erosões recobertas por fibrina de até 0,5 cm, realizadas biópsias, sem comprometimento gástrico e de segunda porção do duodeno. Anátomo-patológico com resultado de duodenite crônica acentuada com padrão histopatológico de Doença de Crohn. Foi otimizada a medicação, com associação de azatioprina na dose de 150 mg por dia, e 40 mg de omeprazol, em 6 semanas paciente referiu melhora dos sintomas e em 8 semanas repetida endoscopia com diminuição da quantidade de erosões duodenais. Discussão: a Doença de Crohn é um dos tipos de doença inflamatória intestinal sendo seu principal sítio de acometimento é a região ileocecal, em mais da metade dos pacientes. O comprometimento do esôfago, estômago e duodeno é extremamente raro, na literatura relatado entre 0,5 e 13%. Geralmente se apresenta com sintomas de dispepsia, dor em epigástrico, náuseas, vômitos e hiporexia, sintomas semelhantes apresentados pela paciente deste caso. No comprometimento duodenal, é frequente achado de úlceras aftóides, espessamento das pregas mucosas. A endoscopia é padrão ouro para avaliação gástrica e duodenal, sendo que o trânsito intestinal também é uma opção, considerando alterações em terceira e quarta porções duodenais. As complicações geralmente são obstrução, por estenose, sangramento e rara-

mente fistula. O tratamento pode ser feito com corticoterapia na fase aguda, associado aos inibidores da bomba de prótons, com imunomoduladores, e em caso de doença refratária, é recomendado uso de medicação biológica, com melhora em 78% dos casos. O tratamento cirúrgico nas complicações graves, sendo a dilatação endoscópica uma opção. Conclusão: a Doença de Crohn afetando o duodeno é raro, os sintomas são inespecíficos e complicações graves incomuns. O tratamento clínico geralmente é efetivo, sendo o cirúrgico e endoscópico opções.

#### **TUMOR DE COLON SIGMÓIDE COM INTUSSUSCEPCÃO, SIMULANDO NEOPLASIA DE RETO. RELATO DE CASO**

MARIANA OKINO MITUO; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, PRISCILLA CLÍMAACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, MÁRIO ANNÔNIO FERRARI, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, MARCELO MAIA CAIXETA DE MELO, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Relato de caso: paciente, feminina, 38 anos, com queixa de proctalgia, associada a alteração do hábito intestinal, e hematoquezia. Ao exame físico proctológico apresentava lesão vegetante a 4 cm da borda anal, que ocupava 90% da luz. Realizou colonoscopia que evidenciou lesão a 2 cm da borda anal, com 4 cm de extensão, ocupando 90% da circunferência e 80% da luz, transponível, até ângulo esplênico sem mais alterações. Encaminhada para estadiamento com programação de neoadjuvância, porém tomografia de abdome mostrou invaginação do cólon sigmoide (intususcepto) em direção ao reto (intususcipiente), provocando distensão do mesmo, dificuldade de caracterização da lesão descrita em colonoscopia, ausência de metástases, tomografia de tórax normal. Optado por nova colonoscopia, que foi completa e mostrou lesão ulcero-infiltrativa de 8 cm de extensão, ocupando 100% da circunferência no cólon sigmoide. Optado por retossigmoidectomia com anastomose término-terminal mecânica, sem intercorrências. Anátomo- patológico com estadiamento t3n2mx, indicada, e em realização de quimioterapia adjuvante. Discussão: a intusseção intestinal é uma condição rara em adultos, responsável por menos de 4% dos casos de obstrução intestinal. O local mais frequente de acometimento é entre o intestino delgado e o cólon 70-90% dos casos. A maioria, 90% é secundária a lesão orgânica (90%), tanto benigna quanto maligna, que representa mais de 50%. Os sintomas geralmente se mascaram devido a lesão orgânica associada, levando ao diagnóstico da intussuscepção somente no intra-operatório. A tomografia de abdome é exame de escolha para avaliação, e o tratamento indicado, apesar de não haver consenso, é a laparotomia exploradora. Casos como o descrito neste relato, de intussuscepção de parte do colon, sobre outra, alterando o diagnóstico topográfico de lesão tumoral, são raros, e geralmente relatados em doenças benignas como os lipomas de colon. A intussuscepção do sigmoide em direção ao reto confundindo o diagnóstico de neoplasia desta topografia

é condição ainda menos frequente, mal relatada na literatura. Conclusão: a intussecepção intestinal em adultos é condição rara de obstrução intestinal, sendo sua associação com dificuldade de localização topográfica de lesão tumoral, ainda mais incomum. É importante o conhecimento desta condição para evitar a condução errônea de lesões tumorais, principalmente as malignas que podem ter indicação de terapia neoadjuvante.

#### **CISTOADENOMA MUCINOSO DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO**

MÁRIO ANTÔNIO FERRARI; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ, MARIANA OKINO MITUO, PRISCILLA CLÍMACO REBOUÇAS, RODRIGO PADILLA, CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE, LUIZ SÉRGIO RONCHI, JOÃO GOMES NETINHO

*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO*

Resumo: Relato de caso: paciente, feminina, 65 anos, sem comorbidades, com queixa de dor abdominal, localizada em fossa ilíaca direita (fid), com irradiação para região lombar, associada a distensão abdominal há 4 semanas. Ao exame físico em bom estado geral, com abdome globoso, flácido, doloroso a palpação de fid, sem massas palpáveis, descompressão brusca e sinal de giordano negativos. Investigação radiológica e laboratorial, com leucograma sem alterações, proteína c reativa discretamente aumentada, função renal, gasometria, sumário de urina e eletrólitos sem alterações. Ultrassonografia de abdome mostrou imagem tubular hipocóica em quadrante inferior direito, sugestivo de mucocele de apêndice cecal. colonoscopia completa, visualizado somente óstio apendicular alargado com aumento da trama vascular em sua base. Indicada laparotomia exploradora, no intra-operatório apêndice cecal aumentado e espessado, com 2,5 cm de diâmetro com base livre sem linfonodomegalia, ceco não comprometido. Realizada apendicectomia com congelamento intra-operatória que não mostrou sinais de malignidade. Anatomopatológico cistoadenoma mucinoso do apêndice cecal, margem cirúrgica livre. A paciente recebeu alta no 3º pós-operatório, com seguimento em curto prazo. Discussão: cistoadenoma mucinoso do apêndice cecal consiste em um dos tipos de mucocele de apêndice, que são uma patologia rara do apêndice cecal mucocele é o termo utilizado para dilatação macroscópica difusa ou localizado deste órgão, levando a distensão de sua luz, que é preenchida por material mucinoso. Inicialmente descrita por rokitansky em 1842, e classificada por higa et al. Discreta predominância em mulheres, acima dos 50 anos, compatível com o caso, incidência de 0,2 a 0,4% dos casos de apendicectomia, ou seja, mais comum seu diagnóstico no pós-operatório (60%). O tratamento é cirúrgico, definido pelo achado intra-operatório. A hemicolectomia direita pode ser indicada se houver comprometimento do ceco ou linfonodos pericecais. A quimioterapia intraperitoneal é realizada nos casos de perfuração. Se o apêndice estiver íntegro, com comprometimento Localizado, a apendicectomia com margens livres, permite somente seguimento a curto prazo sem quimioterapia adicional, se comprovado margens livres. Conclusão: o caso

relatado coincide com os dados epidemiológicos mostrados na literatura, porém como a minoria descrita foi possível a hipótese diagnóstica pré-operatória, com adequado tratamento cirúrgico e alta ambulatorial.

#### **ANÁLISE DA PRECISÃO VOLUMÉTRICA DE PROTÓTIPO DE EQUIPAMENTO PARA CONTROLE AUTOMÁTICO DE FLUÍDOS UTILIZADOS EM PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS**

MOACIR FONTEQUE JÚNIOR; HUEI DIANA LEE, NARCO AFONSO RAVAZZOLI MACIEJEWSI, JEDIEL LEVI RIBAS TEIXEIRA, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, RENATO BOBSIN MACHADO, WU FENG CHUNG

*UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE EST*

**Resumo:** Introdução: a limpeza da região intraluminal cólica é condição fundamental para a eficácia do diagnóstico e do tratamento das enfermidades relacionadas ao cólon. Os resíduos de matérias orgânicas presentes após limpeza ineficiente do cólon podem não somente obstruir os elementos ópticos do equipamento colonoscópico, mas também impedir a visibilidade adequada da lesão presente nesse segmento intestinal. Desse modo, métodos de limpeza de regiões localizadas do cólon por meio do colonoscópio devem prover condições fluidicas necessárias como pressão e volume adequadas para dissolução e eliminação do conteúdo intraluminal, sem comprometer a habilidade de manuseio do equipamento. **Objetivo:** avaliar experimentalmente a exatidão e a precisão de um protótipo de bomba de lavagem para procedimentos colonoscópicos em três vazões distintas para um volume fixo. **Materiais e métodos:** para a realização dos experimentos, utilizou-se um protótipo de mecanismo de bombeamento peristáltico conectado ao canal de instrumentação de um fibrocolonoscópio. Para a avaliação da precisão volumétrica do mecanismo de bombeamento foi considerado o volume de 150ml de água nas vazões controladas de 700ml/min, 1.000ml/min e 1.500ml/min. O líquido ejetado na extremidade distal do colonoscópio foi coletado em proveta graduada de 250ml com resolução de 2ml. Para cada valor de vazão foram realizadas 30 coletas independentes, as quais foram analisadas por meio do software graphpad prism 5.01. **Resultados:** o mecanismo de bombeamento peristáltico apresentou exatidão média de 84,9% e desvio padrão de 1,1%, com precisão de 2,9%. O volume médio foi de 127,4 ml com desvio padrão de 1,55 ml que representa 1,2%. Após estatística analítica entre os dados agrupados por vazão e com nível de significância de 5%, alcançou-se o p-valor < 0,0001 entre os três grupos comparados. **Conclusão:** observou-se que a exatidão e a precisão do mecanismo de bombeamento peristáltico está dentro de limites mínimos esperados. Ainda, a diferença na comparação das três vazões

distintas pode ser atribuída à inércia motriz presente no mecanismo de bombeamento peristáltico até a parada total.

#### **ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DINÂMICO DE UM SISTEMA DE CONTROLE PID PARA MECANISMOS DE BOMBEAMENTO PERISTÁLTICO**

MOACIR FONTEQUE JÚNIOR; HUEI DIANA LEE, NARCO AFONSO RAVAZZOLI MACIEJEWSI, JEDIEL LEVI RIBAS TEIXEIRA, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, RENATO BOBSIN MACHADO, WU FENG CHUNG

*UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, UNIVERSIDADE EST*

**Resumo:** Introdução: os mecanismos de bombeamento peristáltico estão presentes em diversos equipamentos hospitalares, como as bombas de auxílio em limpeza da mucosa cólica utilizadas em procedimentos colonoscópicos. Mecanismos de bombeamento com acionamento eficaz são necessários nesses procedimentos, pois exigem maior exatidão e precisão volumétrica quanto ao fluido instilado. Desse modo, o recurso de controle automático é de fundamental importância para a manutenção e a correção dinâmica de parâmetros como a vazão e o volume do fluido transferido e este processo pode ser realizado por meio de um sistema de controle em malha fechada. **Objetivo:** avaliar experimentalmente a atuação de um sistema de controle tipo proporcional, integral e derivativo (pid) dimensionado para o controle de mecanismos de bombeamento peristáltico. **Materiais e métodos:** para a realização dos experimentos, utilizou-se um protótipo de mecanismo de bombeamento peristáltico conectado ao canal de instrumentação de um fibrocolonoscópio. O elemento motriz foi controlado por um sistema em malha fechada tipo pid, atuando sobre o volume de fluido bombeado registrado por encoders ópticos acoplados ao eixo principal da bomba. Foram coletadas 30 amostras independentes com taxa de 100 registros de dados por segundo para avaliar o comportamento dinâmico do controle automático ao conduzir 150ml de água na vazão de 700ml/min. A curva de transferência volumétrica do mecanismo, em cada amostra, foi comparada com a curva ideal por análise estatística. **Resultados:** o sistema de controle automático em malha fechada apresentou coeficiente de determinação médio de 0,9998 e desvio padrão  $9,0829 \times 10^{-5}$ , indicando baixa dispersão volumétrica em relação à curva ideal. A eficiência de correção da curva volumétrica pelo sistema de controle foi de 98% para o volume experimental, com tempo de acomodamento médio de 8,53 segundos e amplitude máxima de desvio de 7,4%. **Conclusão:** o sistema proposto de controle automático pid em malha fechada atuou com eficiência, de acordo com os requisitos definidos para o controle de mecanismos de bombeamento peristáltico.

### **PROTECTOMIA PERINEAL PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA RETO VAGINAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO.**

KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA, LORENA NAGME DE OLIVEIRA PINTO, MARCELO SALOMÃO BECHARA, HOMERO GONÇALVES JUNIOR, LILIANE ANDRADE CHEBLI, JORDANE BENEDITO VARGAS DE OLIVEIRA, JANUÁRIO HENRIQUE DE SOUZA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

Resumo: Introdução: as doenças inflamatórias intestinais (DII) são desordens heterogêneas que cursam com inflamação intestinal. A distinção entre a Doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU) é feita com base em achados clínicos, radiológicos, endoscópicos e em critérios patológicos. A colite indeterminada é descrita em pacientes onde os achados histológicos não fazem o diagnóstico diferencial entre a dc e a RCU. Na maioria dos casos, os pacientes são diagnosticados com DC ou RCU durante o curso da doença. Em mulheres portadoras de dc, a fistula retovaginal é uma complicação comum, sendo a 2ª causa mais comum de fistula retovaginal, só superada pelo trauma obstétrico. A fibrose retroperitoneal é uma doença do colágeno incomum e de etiologia desconhecida. Relato de caso: mulher, 29 anos, portadora de rcu desde 2006, em tratamento clínico com mesalazina. Em 2009, evoluiu com megacólon tóxico, quando foi realizado colectomia total com ileostomia terminal. Ainda neste ano, evoluiu com estenose bilateral de ureter, sendo realizado ureteroplastia bilateral em 2011. A partir de então, inicia com sintomas de fistula retovaginal, mantendo a proctite. Após novas investigações, foi considerado o diagnóstico de dc em detrimento da RCU. Em janeiro de 2014, foi submetida à protectomia via perineal e colpoplastia, mantendo-se a ileostomia terminal e evitando-se a laparotomia. Encontra-se em acompanhamento clínico no ambulatório de coloproctologia do hospital universitário da UFJF, assintomática e sem uso de medicações para a dc. Conclusão: o diagnóstico correto das DII tem grande importância clínica com consequências em relação à melhor terapêutica e ao prognóstico.

### **MANEJO DE DC DE DIFÍCIL CONTROLE EM PACIENTE COM CONTRA-INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO BIOLÓGICO: RELATO DE CASO.**

LORENA DE OLIVEIRA NAGME PINTO; CRISTIANE DE SOUZA BECHARA MOTA, KARINE ANDRADE OLIVEIRA ZANINI, MARCELO SALOMÃO BECHARA, JULIO MARIA FONSECA CHEBLI, LILIANE ANDRADE CHEBLI, LUCAS CHAVES SIMÕES, JANUÁRIO HENRIQUE DE SOUZA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA*

Resumo: Introdução: o manejo da Doença de Crohn (DC) sofreu importantes alterações nos últimos 20 anos, após a introdução dos imunomoduladores e da terapia biológica no elenco das opções terapêuticas. Alguns estudos mostraram resultados

favoráveis no decréscimo de indicações cirúrgicas após o advento dessas novas terapias. Porém, pacientes com contra-indicação à terapia biológica podem apresentar-se como um desafio no controle da atividade da doença. Relato de caso: JCB, sexo feminino, 60 anos, diagnosticada com Doença de Crohn de cólon é internada no HU / UFJF devido a quadro de fistulas perianais e abscesso pélvico. Durante a internação, foi realizado tratamento cirúrgico para o abscesso pélvico (drenagem por via vaginal) e colonoscopia que evidenciou intensa atividade inflamatória e estenose de cólon esquerdo, que não permitia a progressão do aparelho. Após a terceira reintervenção para esvaziamento da coleção pélvica, optou-se por abordagem abdominal e confecção de colostomia de cólon transversal para derivação do trânsito intestinal. Nova colonoscopia foi realizada pelo orifício da colostomia, evidenciando extensa lesão tumoral em ceco, com histopatologia para adenocarcinoma. A paciente foi, então, submetida à colectomia direita. O processo inflamatório do cólon esquerdo não pôde ser controlado com uso de corticóide oral e mesalazina por via oral e via retal. Devido à contraindicação ao uso de tratamento biológico pela história de adenocarcinoma recente, optou-se pelo tratamento cirúrgico através da proctocolectomia. A paciente encontra-se assintomática. Conclusão: pacientes com doença fistulizante apresentam um desafio a parte no tratamento da Doença de Crohn, sendo importante lembrar todas as modalidades clínicas e cirúrgicas na terapêutica da dc.

### **LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT) EM PACIENTE COM FISTULA TRANS-ESFINCTÉRICA**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS, CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, ADJRA DA SILVA VILARINHO, DAVID PESSOA MORANO, LÍVIA AUGUSTO BORGES OLINDA, RODRIGO BECKER PEREIRA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, HOSPITAL*

Resumo: O tratamento da fistula anal apresenta opções com técnicas operatórias com secção da musculatura esfíncteriana (fistulotomia com ou sem uso do setton) e aquelas com preservação do esfíncter (plug, cola e avanço de retalho). O sucesso da cirurgia depende da taxa de cicatrização/recidiva e danos na continência fecal. Em 2007, um cirurgião indiano, rojanasakul, publicou uma nova técnica para o tratamento de fistula com baixas taxas de recidiva e sem secção da musculatura esfíncteriana, sendo denominada de lift (ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso). Objetivo: demonstração da técnica cirúrgica detalhada da operação de lift realizada para tratamento da fistula trans-esfinctérica, localizada no quadrante antero-lateral esquerdo, em paciente do sexo feminino. Mé-

tudo: operação de lift realizada em paciente do sexo feminino, 29 anos, submetida a um parto vaginal prévio, portadora de fistula anal trans-esfíncterica realizado diagnóstico utilizando ultrassom anorretal tridimensional (US-3D) e avaliada funcionalmente com manometria anorretal. A técnica consiste inicialmente da cateterização do orifício fistuloso externo (oe) e aplicação de peróxido de hidrogênio (h<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) para visualização do orifício fistulosos interno. Identificação do espaço inter-esfíncterico e realização de uma incisão curva no pele. Abertura do espaço inter- esfíncterico até identificação e dissecação do trajeto fistuloso, isolamento e ligadura proximal e distal do trajeto por transfixação com fio de poliglactina, 2-0. Nova injeção de h<sub>2</sub>O<sub>2</sub> para confirmação da ligadura eficaz do trajeto. Fechamento da pele no local da incisão inter-esfíncterica. Realizada curetagem do oe e trajeto fistuloso remanescente e deixado aberto para drenagem. Resultados: o us 3D demonstrou fistula trans-esfíncterica, trajeto curvo, localizado no quadrante antero-lateral esquerdo com comprometimento de mais de 50% do esfíncter anal externo anterior. As pressões anais nos limites de normalidade. Realizada a operação do lift conforme técnica descrita sem intercorrências. Paciente apresentou cicatrização completa após 42 dias. Não apresentou complicações cirúrgicas. Realizado novo US-3D após 2 meses da cicatrização, evidenciando fibrose no espaço inter-esfíncterico e no local do trajeto remanescente.

#### **SÍNDROME DA DEFECAÇÃO OBSTRUÍDA (SDO): QUAL A CORRELAÇÃO DOS FATORES DESENCADEANTES E A PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO POSTERIOR?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS, FRANCISCO SERGIO P REGADAS FILHO, ADJRA DA SILVA VILARINHO, DAVID PESSOA MORANO, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, SAULO SANTIAGO ALMEIDA, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, HOSPITAL*

Resumo: Objetivo: avaliar a correlação entre a prevalência de disfunção do assoalho pélvico posterior relacionados à evacuação obstruída com o tipo, número de partos e a idade, em pacientes com sdo, utilizando-se ultrassom anorretal tridimensional (US-3D). Método: análise de dados prospectivos de mulheres com sdo e escore de constipação da cleveland clinic florida > 6 que foram submetidas ao US-3D para identificar disfunção do assoalho pélvico posterior relacionados à evacuação obstruída (retocele, intussuscepção, contração paradoxal ou não-relaxamento do músculo puborretal=anismus, enterocele/sigmoidocele) e lesão esfíncteriana. Foram agrupadas de acordo com o tipo de parto e número de partos vaginais (pv):g<sub>0</sub>=núlparas, g<sub>1</sub>=1pv, g<sub>2</sub>=2pv, g<sub>3</sub>=3pv e g<sub>4</sub>≥4pv; e sub-agrupadas em ≤50

vs. >50anos. Resultados: foram avaliadas 929 mulheres. Destas, 229(25%) núlparas (134≤50 e 95>50a); 261(28%) submetidas à cesariana(s) (144≤50 e 117>50a) e 439(47%) submetidas a pv (126≤50 e 313>50a). A distribuição de retocele foi similar entre núlparas, cesarianas e pv, permanecendo similar em ≤50 e >50a. Não houve correlação entre a prevalência de retocele e o número de pv. A distribuição de intussuscepção foi menor em cesarianas (p=0,00). Em >50a, teve menor prevalência em cesarianas(p<0,01). Não houve correlação entre a prevalência da intussuscepção e o número de pv em ≤50 e >50a. A distribuição de anismus foi maior em cesarianas e núlparas(p=0,004). Mulheres >50a com pv tiveram menor prevalência(p=0,03). Não houve correlação entre a prevalência de anismus e o número de pv em ≤50 e >50a. A distribuição de enterocele / sigmoidocele foi menor em cesarianas(p=0,03). Em ≤50a, foi menor em cesarianas (p=0,00). Não houve correlação entre a prevalência de enterocele/sigmoidocele e o número de pv em ≤50 e >50a. A distribuição de lesão esfíncteriana foi maior em pv(p=0,001) e sub-divididas em ≤50a (p=0,001) e >50a (p=0,009). Houve correlação entre a prevalência de lesão muscular e o número de pv em ≤50a(p=0,00) e >50a(p=0,002). Conclusões: o tipo de parto e a paridade não se correlacionam com a prevalência de disfunções do assoalho pélvico posterior relacionadas à sdo, mas foi evidenciada elevada prevalência de defeitos esfíncterianos e a idade jovem se correlacionou com maior prevalência de anismus.

#### **DIVERTICULITE DE CÓLON DIREITO SIMULANDO APENDICITE AGUDA – RELATO DE CASO.**

STHELA MARIA MURAD-REGADAS; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA, LUSMAR VERAS RODRIGUES, CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, WARYSON SILVA SURIMÃ, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS, SAULO SANTIAGO ALMEIDA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.*

Resumo: Introdução: a diverticulite de cólon direito é rara em ocidentais, representando cerca de 1-2% dos casos de doença diverticular. Embora pouco frequente quando comparada aos países asiáticos, onde a prevalência varia de 55-70%, deve ser mencionada como diagnóstico diferencial naqueles pacientes jovens com suspeita de apendicite aguda que apresentam um quadro clínico indefinido, sem dor migratória e com menor repercussão sistêmica. Objetivo: apresentar um caso clínico de diverticulite aguda de cólon direito. Relato de caso: paciente, sexo masculino, 48 anos, com queixa de dor em flanco direito, há 02 dias, de moderada intensidade, que se intensificou gradativamente, tipo cólica e que não cedia com o uso de analgésicos convencionais. Negava febre, hiporexia, náuseas, vômitos. Ritmo intestinal sem alterações. Nega comorbidades



ou cirurgias prévias. Ao exame físico: apresentava bom estado geral, frequência cardíaca= 96 b.p.m., abdome levemente distendido, doloroso a palpação profunda em flanco e fossa ilíaca direita, sem dor à descompressão brusca. Os exames laboratoriais não evidenciaram alterações (hb 15g/dl; leucócitos 8820; bastões 1%; pcr: 2g/dl). O ultrassom abdominal não individualizou o apêndice e evidenciou área de hiperecogenicidade da gordura intra-abdominal em flanco/fossa ilíaca direita, sugerindo processo inflamatório local / apendicite aguda retrocecal. Para esclarecimento diagnóstico foi solicitada tomografia de abdome que demonstrou múltiplas imagens diverticulares colônicas em cólon ascendente associada a espessamento parietal segmentar e borramento da gordura mesentérica, sugerindo diverticulite de cólon ascendente. O paciente foi submetido a tratamento clínico com antibióticoterapia oral (ciprofloxacina e metronidazol durante 10 dias) e repouso alimentar, evoluindo satisfatoriamente. Conclusões: a diverticulite de cólon direito é uma doença incomum no ocidente e o diagnóstico acurado é necessário para evitar uma apendicectomia desnecessária. A maior utilização da TC abdominal e o aperfeiçoamento dos critérios diagnósticos aumentaram a taxa de diagnóstico para 85,7%. O tratamento exclusivo clínico com antibióticoterapia só é aplicado para casos não complicados e apropriadamente diagnosticado.

#### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FISTULA ANAL COM LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT) – AVALIAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E MORFOLÓGICA**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS, FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO, LUSMAR VERAS RODRIGUES, WARYSON SILVA SURIMÃ, JADER MENDONÇA FILHO, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, IRIS DEALCANFREITAS  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WATER CANTÍDIO, SANTA CASA DE*

Resumo: Introdução: o tratamento da fistula anal visa a cicatrização evitando danos na continência fecal, apresentando opções técnicas operatórias aquelas com secção da musculatura esfinteriana ou com preservação do esfíncter (plug, cola e avanço de retalho). Em 2007, rojanasakul et al. Publicaram uma nova técnica para o tratamento de fistula com baixas taxas de recidiva e sem alteração na continência fecal, sendo denominada de lift(ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso). Método: pacientes portadores de fistula anal trans-esfinctérica criptoglandular foram submetidos a avaliação clínica (escore de continência da cleveland clinic florida) manométrica (quantificadas pressões anais) e ultrassonografia anorretal 3D (US-3D) e identificados trajeto(s) e orifício(s) fistuloso(s) e quantificado a musculatura esfinteriana envol-

vida pelo trajeto fistulosos. Foram submetidos a tratamento cirúrgico utilizando técnica lift. Após 2 meses de cicatrização foram reavaliados quanto a continência fecal, função esfinteriana e morfológica do canal anal e os resultados cirúrgico(-complicações operatória, tempo de cicatrização e recidiva). Resultados: foram operados 16 pacientes (8 do sexo feminino e 8 do masculino) com idade variando entre 23 e 50 anos. O percentual de musculatura envolvida pelo trajeto fistuloso variou entre 30-81%, tendo como complicações um caso (6%) de deiscência da sutura do trajeto e não cicatrização, tratada com fistulotomia inter-esfincterica e três casos (19%) de recidiva (1 fistula interesfinctérica, tratada com fistulotomia em um tempo e 2 fistulas, tratadas com fistulotomia com aposição de seton). A cicatrização ocorreu entre 35 a 60 dias, tendo como taxa de cicatrização 75% e não houve nenhum caso de incontinência. Os casos de cicatrização e recidiva foram confirmados clinicamente e com US-3D. As pressões anais não se alteraram significativamente. Tempo de seguimento médio foi de 10 meses. Conclusão: a técnica lift se mostrou eficaz e apresentou bons resultados com taxa de cicatrização de 75%, sem dano na continência fecal. No entanto, é necessário o seguimento a longo prazo.

#### **EFICÁCIA DO BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO DA INCOORDENAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO. EXISTEM FATORES QUE INTERFEREM NOS RESULTADOS?**

STHELA MARIA MURAD REGADAS; LUSMAR VERAS RODRIGUES, FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO, JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA, CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA, MAURA TARCANY COUTINHO CAJAZEIRAS DE OLIVEIRA, RAFAEL ARAGÃO VASCONCELOS, LÍVIA AUGUSTO BORGES OLINDA

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA*

Resumo: Introdução: reabilitação do assoalho pélvico incluindo biofeedback (bfd) tem se mostrado eficaz no tratamento da evacuação obstruída associada incoordenação do assoalho pélvico (anismus) apresentando variação ampla, entre 8% a 100%. Objetivo: avaliar a eficácia do bfd nos pacientes com sintomas de evacuação obstruída e anismus e analisar os fatores que podem interferir nos resultados. Métodos: análise prospectiva dos dados de pacientes com diagnóstico clínico e manométrico de anismus. Foi utilizado o escore de constipação da cleveland clinic para quantificar a sintomatologia. Os dados foram analisados de acordo com o percentual (%) de resposta ao tratamento, sendo distribuídos em insatisfatória ( $\leq 50\%$ ) e satisfatória ( $> 50\%$ ) associado a avaliação de fatores que poderiam interferir nos resultados: sexo, idade, escore, parto vaginal, menopausa, histerectomia e cirurgia coloproctológica prévia. Utilizou-se os

testes t student e fisher de acordo com dados numéricos ou categóricos. Resultados: incluídos 116 pacientes (75 mulheres, 41 homens, média de 54 anos). Entre mulheres, 33(46%) tiveram parto vaginal, 51(72%) eram menopausadas, 15 (21%) apresentaram antecedente de cirurgia coloproctológica, e 18(25%) de histerectomia. Houve redução significativa no escore pré comparado com pós-biofeedback (mediana:14x6/p=0.0001) e a média do% de resposta ao tratamento foi de 54%. Metade das mulheres (56%) apresentaram resposta satisfatória. Entre homens, seis tinham cirurgias prévias. A redução no escore pré vs. Pós(11x5/p=0.0001) foi significativa e a média do% de resposta foi 57%. Em 66% dos homens a resposta foi satisfatória. O escore pré foi significativamente maior nas mulheres comparadas aos homens, mas o% de resposta foi similar entre os sexos. As variáveis analisadas não interferiram na resposta ao tratamento com bfd (p>0,05). Conclusão: O biofeedback é um método seguro que pode ser eficaz no tratamento de pacientes com anismus com melhora de mais 50% dos sintomas em mais da metade dos pacientes de ambos os sexos. O sexo, idade, valor do escore, parto vaginal, menopausa, histerectomia e cirurgia coloproctológica prévia não se correlacionaram com o percentual de resposta ao tratamento.

#### **CARCINÓIDE DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE DOIS CASOS**

DANIEL MARAÑON TERRIVEL; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CIRO CARNEIRO MEDEIROS, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ,

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: 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 1: j.l. 26 anos, sexo masculino, solteiro, procedente de piracacia, procurou o pronto socorro devido a quadro de abdome agudo obstrutivo, portador de paralisia cerebral, epilepsia, em uso de fenitoina 100mg/dia. A radiografia simples de abdome sugeria volvo de sigmoide. Foi submetido a laparotomia exploradora, na qual foi identificado volvo de megassigmoide sem sofrimento vascular e pequena quantidade de líquido livre. 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 3ºpo. No seguimento ambulatorial o anatomopatológico confirmou megacólon e tumor carcinóide de apêndice restrito a mucosa, foi então solicitado painel imunohistoquímico e confirmado diagnóstico. Relato de caso 2: mgra, mulher, 60 anos, com quadro de abdo-

me agudo inflamatório compatível com apendicite aguda com 3 dias de história, foi submetida a apendicectomia com alta no 2ºpo. E, no resultado ap veio conclusivo para carcinóide de apêndice com imunoistoquímica compatível. Não foi proposta terapia adjuvante para nenhum dos pacientes, pois laudo anatomopatológico demonstrou margens livres com neoplasia restrita localmente. 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.

#### **ADENOCARCINOMA DE CÓLON TRANSVERSO COM TUMOR ESTROMAL EM DELGADO EM PACIENTE COM 40 ANOS: RELATO DE CASO**

DANIEL MARAÑON TERRIVEL; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDOÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, LARA TAGLIARI KOYANAGI, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: 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. A incidência de carcinoma colorretal por 100 mil/habitantes, nos estados unidos decaiu nas últimas décadas, o que era 60.5 em 1976 para 46. O índice de mortalidade também decaiu quase 35% entre 1990 e 2007. 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. Relato do caso: mulher, 37 anos, branca. Dor abdominal difusa do tipo cólica, e hematúquia, associado ao quadro de perda de peso, aproximadamente 8 kg, há 10 meses. Como antecedentes: duas cesarianas negava comorbidades, uso de medicações ou alergia. Não sabia referir histórico familiar, pois é filha adotiva. Exame colonoscópico apresentou tumor em cólon transversal com resultado ap de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cólon. Foi submetida da colectomia total com ileorretoanastomose e ressecção de implante em delgado que veio com resultado ap de tumor estromal. A paciente evoluiu bem, com alta no 5ºpo. Discussão: embora a frequência do câncer colorretal seja maior na sexta e sétima década de vida, a incidência desta patologia abaixo dos quarenta anos de idade não é desprezível. Na literatura a frequência varia de 2,1% a 14,6% dos casos. Pacientes jovens tendem a apresentar no momento do diagnóstico doença avançada, isto deve-se ao atraso diagnóstico. Estima-se que a partir dos primeiros sintomas até o momento do diagnóstico é de aproximadamente 7 meses, pois sintomas como sangramento, são normalmente atribuídos devido a doenças benignas e normalmente não se é prosseguido com investigação endoscópica. Ressalta-se a necessidade de se investigar outras condições associadas ao desenvolvimento de câncer nestes pacientes como polipose adenomatosa familiar, síndrome de lynch, e doenças inflamatórias intestinais. O tratamento de escolha é colectomia

do seguimento acometido associado a linfadenectomia em bloco, se for observado no intra operatório presença de outros linfonodos suspeitos porém de outro seguimento deve-se estender a ressecção para retirada destes.

#### **ATIVIDADE ANTITUMORAL NEOADJUVANTE E ADJUVANTE DA RUTINA E DA ISOQUERCITINA SOBRE O ADENOCARCINOMA COLORRETAL. ESTUDO IN VIVO.**

DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; DENISE GONCALVES PRIOLLI, NATALIA PEREZ MARTINEZ, JULIO CESAR VALDIVIA, DAVI FIORAVANTE GIMENEZ, RENATO COLENCI

*USF- UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: atividade antitumoral é atribuída aos flavonóides conferindo-lhe significativa importância farmacológica. Objetivo: avaliar a resposta da rotina e isoquercitina (Q3G) utilizadas de forma profilática ou terapêutica em modelo animal de adenocarcinoma de cólon. Método: realizou-se cultura de células ht-29. Foi executado xenoinxerto heterotópico em camundongos atímicos. Os compostos foram utilizados por 7 dias previamente ao implante tumoral (grupo profilaxia) ou a partir de volume tumoral de 100mm<sup>3</sup> (grupo terapia). Grupo controle constituiu-se de animais que não foram submetidos à tratamento. Atividade antiproliferativa foi verificada pela curva de crescimento tumoral na primeira e segunda semana após tratamento. Diagnóstico anatomopatológico foi realizado por he. Resultados: os tumores foram diagnosticados como adenocarcinoma pouco diferenciado. Observou-se inibição de crescimento tumoral no grupo profilaxia Q3G em relação ao grupo controle (p=0.04) na 1ª semana após tratamento. Esta diferença não foi mantida na 2ª semana de evolução tumoral. Para o grupo terapia houve diferença durante o tratamento com Q3G e grupo controle (p=0.03), sem diferença quando comparados os grupos rotina e controle (p=0.13), quanto à inibição de crescimento tumoral. Quando avaliado o 14º dia notou-se que Q3G (p=0.00) e rotina (p=0.00) mantiveram efeito sobre a inibição tumoral quando comparadas ao controle. Não existiu diferença quando comparadas as drogas entre si no uso terapêutico (p=0.64). Há diferença entre a utilização de ambos os fármacos, Q3G e rotina, para ação preventiva e terapêutica, sendo mais eficazes para a inibição do tumor se a utilização for terapêutica, quando avaliado o tempo de sete dias. Ambos compostos mantêm a inibição tumoral ao longo das duas semanas avaliadas. Conclusão: a rotina e a isoquercitina têm efeito antitumoral in vivo. A ação adjuvante se mostra mais efetiva que a neoadjuvante no adenocarcinoma colorretal.

#### **SÍNDROME DE CURRARINO - RELATO DE CASO**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCÍ, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA

*CLÍNICA REIS NETO*

Resumo: Introdução: síndrome de currarino (sc) é definida pela tríade de tumor pré-sacral, agenesia sacral e malformação anorretal. O quadro clínico frequentemente encontrado é de constipação. Em metade dos casos, a síndrome é familiar, autossômica dominante. Relato de caso: paciente feminina, que aos 13 anos foi diagnosticada com sc após suspeita clínica de tumor retal devido a abscesso recorrente em região sacral e constipação intestinal crônica. Exames subsidiários de imagem demonstraram tumoração pré-sacral com características císticas em região retro-retal que comprimia o lúmen intestinal. A paciente foi submetida a intervenção cirúrgica excisando-se cisto dermóide que recidivou após dois meses sendo novamente ressecado. Houve perda de seguimento durante cinco anos, tendo a paciente retornado após este período com recidiva da tumoração retro-retal e drenagem de secreção purulenta em amplo trajeto em região sacral. Optou-se por intervenção cirúrgica com acesso posterior, ressecando-se o cóccix e as três últimas vértebras sacrais e a tumoração foi ressecada através de planos justos à parede retal, com preservação da musculatura do assoalho pélvico. O anatomopatológico evidenciou cisto dermóide, sem sinais de malignização. Discussão: a tríade de tumoração pré-sacral, anomalia congênita do osso sacro e malformação anorretal foi reconhecida inicialmente em 1981 por currarino et al. Os sintomas mais comuns são constipação intestinal crônica (67%), alterações urinárias (9%) e dor em até 20% dos adultos. A ressecção da massa pré-sacral é recomendada devido a possibilidade de malignização e infecção recorrente além da possibilidade de meningite. As abordagens cirúrgicas descritas para o tratamento desta lesão são abdominal, trans-sacral e abdômino-sacral. A ressecção em monobloco destas lesões retrorretais costuma ser considerada como tratamento eficaz, sendo a característica histológica obtida pela biópsia excisional, podendo revelar cisto epidermóide, dermóide, entérico (tailgut cist) ou neuroentérico. Conclusão: o potencial de malignização, a sintomatologia causada pela presença da tumoração, além da possibilidade de complicações como meningite por infecção do componente cístico ou formação de fistula entre o cólon e o canal espinhal, refletem a necessidade do tratamento cirúrgico. É de extrema importância o seguimento pós-cirúrgico do paciente, dada a possibilidade de recorrência do tumor.

#### **MACROLIGADURA ALTA - RESULTADOS A CURTO E LONGO PRAZO**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCÍ, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA

*CLÍNICA REIS NETO*

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 consequentemente 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 mucosa. Foi realizado uma anestesia local de 0,5 ml de lidocaína na camada submucosa. Foram tratados 1909 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 por dois anos, 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 (1,3%), tenesmo (0,7%), dor com necessidade de medicação endovenosa (1,3%), retenção urinária (0,1%) e sangramento (0,7%). 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.

#### **RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM TUMORES DE RETO BAIXO ESTADIO I**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCI, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA

##### *CLÍNICA REIS NETO*

**Resumo:** Introdução: a taxa de mortalidade do câncer de reto inferior está relacionada com a recorrência local nos primeiros 5 anos. Para os tumores estadio I, a excisão local vem sendo cada vez mais utilizada, entretanto estudos recentes mostram uma maior taxa de incidência de recorrência local. Portanto, a radioterapia pré-operatória deve ser considerada mesmo para estes tumores, como uma tentativa de prevenir a recorrência e promover a cura. **Objetivo:** mostrar a eficácia da radioterapia neoadjuvante em câncer de reto baixo estadio I. **Materiais e métodos:** estudo de coorte em um banco de dados prospectivo foi realizado com um total de 75 pacientes com câncer de reto baixo estadio I. Curso longo de radioterapia pré-operatória de 4500 cg foi realizado neste grupo selecionado de pacientes que foram acompanhados por um período mínimo de cinco anos. **Resultados:** estadio I / T1 com 27 pacientes. Todos apresentaram resposta completa ao tratamento e não precisaram ser submetidos à cirurgia. Cinco anos de acompanhamento sem recorrência. Estadio I / T1 com 48 pacientes. Após radioterapia neoadjuvante, oito pacientes foram submetidos à cirurgia por tumor persistente. Todos foram submetidos à excisão local total (ftle), porém o exame anatomopatológico não mostrou câncer residual em nenhum deles. **Conclusão:** curso longo de radioterapia pré-operatória não só reduziu a recorrência local e taxa de mortalidade, mas também reduziu a indicação cirúrgica em pacientes com câncer de reto inferior estadio I.

#### **ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DO MEGACÓLON**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JUNIOR, ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA, JOAQUIM SIMÕES NETO, SERGIO OLIVA BANCI, LUCIANE HIANE OLIVEIRA, ANTONIO JOSÉ TIBURCIO ALVES JUNIOR, IVNA HOLANDA VIANA

##### *CLÍNICA REIS NETO*

**Resumo:** **Introdução:** apesar da vasta experiência adquirida nos últimos 50 anos com o tratamento cirúrgico do megacolo adquirido, a introdução da cirurgia laparoscópica voltou a trazer controvérsia para alguns pontos anteriormente considerados como esclarecidos. Uma das regras básicas para a introdução da videolaparoscopia no tratamento das enfermidades colorretais tem sido a de se manter a técnica original utilizada em cirurgias pela via convencional, desde que os resultados observados na mesma conduzam à cura dos sintomas ou da enfermidade causal. Em especial, no referente ao tratamento cirúrgico do megacolo adquirido a proposta de um tratamento cirúrgico deve ter em mente que diferentemente do que ocorre com a cirurgia para tratamento de outras enfermidades, benignas ou malignas, neste caso não se almeja o tratamento causal da enfermidade, mas essencialmente a cura da manifestação de um de seus sintomas. É, pois, realmente importante que se considere um tratamento que não venha a resultar em bons resultados por apenas um curto espaço de tempo, mas que possibilite ao paciente livrar-se definitivamente de um sintoma, visto que é possível que em curto espaço de tempo ele venha a necessitar tratar outra manifestação sintomatológica (cardíaca ou esofágica) da enfermidade causal. **Metodologia:** baseados na experiência adquirida nos últimos 50 anos (912 pacientes) com a Técnica de Duhamel, em que o ponto importante é a realização de uma ampla anastomose da parede anterior do cólon abaixado à parede posterior (mucosa) do reto, ao mesmo tempo em que se anastomosa a parede posterior do cólon abaixado ao canal anal, são analisados os resultados obtidos com esta mesma técnica realizada por laparoscopia. Esta mesma incisão no canal anal serve para a retirada do seguimento cólico ressecado, sem necessidade de laparotomia auxiliar. **Resultados:** os resultados observados em 56 pacientes quanto à cura da obstipação são similares aos registrados na cirurgia convencional, porém com um menor índice de morbidade, seja intra ou pós-operatória. **Conclusão:** a abordagem laparoscópica é uma via de acesso válida para a realização da Técnica de Duhamel para o tratamento do megacolon.

#### **LIPOMA DE CÓLON DIREITO: RELATO DE CASO**

SARA JULIAN PELAQUIM; RAFAEL FERNANDES GAMA, CELENE BENEDITI BRAGION, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: os lipomas são tumores não epiteliais benignos, raros, que podem ser encontrados ao longo de todo trato gastrointestinal. Está localizado mais comumente no cólon direito, seguido pelo ceco, cólon transverso, cólon esquerdo e, por último, sigmoide. Mais de 70% destes localizados no cólon direito. Lipomas do cólon são mais comuns no sexo feminino, com idade média de 50 anos e com uma predileção para o cólon direito. A incidência varia entre 0,2% a 4,4% e o tamanho pode variar de 2mm até 30cm. Apresentam-se como uma massa polipoide sésil, originária da submucosa com a mucosa intacta. Raramente são pedunculados, com lesões ulceradas ou necróticas na mucosa sobrejacente. Geralmente assintomáticos e diagnosticados incidentalmente durante uma colonoscopia ou cirurgia. Os sintomas são correlacionados com a dimensão do lipoma, ocorrendo em 25% dos pacientes e em 75% quando maiores que 4cm. Os sintomas são vagos: dor abdominal, alterações nos hábitos intestinais e raramente se manifestam como hemorragia gastrointestinal, perfuração ou obstrução. Os lipomas gigantes, maiores que 4cm, são os tumores benignos mais comuns no cólon que causam intussuscepção. Os lipomas sintomáticos, apesar de incomuns, continuam a apresentar dificuldades no diagnóstico diferencial pré-operatório entre tumores malignos e benignos. O diagnóstico é feito por exames de imagem, colonoscopia ou cirurgia. A diferenciação de processos malignos é o principal desafio antes da ressecção cirúrgica. Apesar das inovações diagnósticas recentes, tem sido relatado que a precisão do diagnóstico pré-operatório total é de apenas 62%. Relato do caso: mepb, mulher, 73 anos com queixa de dor abdominal difusa em cólicas há 6 meses, sem alteração do hábito intestinal ou perda ponderal. Ap: has, coronariopata, hipotiroidea, a colonoscopia evidenciava lesão subepitelial de 5cm em cólon direito. Paciente foi submetida a colectomia direita com ileotransverso-anastomose. Está no 3º mês po com sem queixas. Discussão: a ressecção cirúrgica é a melhor escolha de tratamento para lipomas grandes ou sintomáticos. O tratamento cirúrgico inclui a ressecção, colotomia com excisão local, ressecção do cólon limitada, ressecção segmentar, colectomia ou colectomia subtotal. A escolha de qualquer uma das intervenções cirúrgicas depende do tamanho do lipoma, localização, e a presença ou ausência de diagnóstico de doenças ou complicações pós-operatórias definidas.

#### **EVOLUÇÃO E CONDUTA NOS TUMORES DESMÓIDES ASSOCIADOS A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR; REVISÃO DE 19 CASOS**

FABIO GUILHERME CASERTA MARYSSAEL DE CAMPOS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, MURILO ROCHA RODRIGUES, SÉRGIO NAHAS, IVAN CECCONELLO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

Resumo: Introdução: tumores desmóides (TD) são neoplasias localmente invasivas, raramente descritas, que acometem 10% a 25% dos portadores de polipose adenomatosa familiar

(PAF). Objetivo: avaliar a incidência dos TD, a apresentação clínica, e o potencial impacto na evolução e tratamento da PAF. Casuística e método: os prontuários de 133 pacientes portadores de PAF, acompanhados de 1977 a 2013 foram revisados. Os portadores de TD foram separados com objetivo de recuperar os dados demográficos, clínicos e o tratamento realizado. Enfocou-se na evolução da doença e causas de complicação ou morte. Resultados: foram diagnosticados 19 (14,3%) pacientes portadores de TD, sendo 16 (84,23%) surgidos após traumatismo prévio e três (15,7%) durante o tratamento cirúrgico da PAF, dos doentes acometidos pelo TD. 11 (57,89%) eram mulheres e oito (42,10%) homens com média de idade de 32,9 anos. O intervalo entre o traumatismo cirúrgico e o diagnóstico de TD variou de sete a 60 meses. Manifestações extracólicas foram encontradas em 12 (63,1%) doentes diagnosticados com TD. A neoplasia localizou-se na parede abdominal em oito (42,10%) doentes, parede abdominal e cavidade abdominal em dois (10,52%) e no braço esquerdo em um (5,26). Do total de casos encontrados cinco (26,30%) enfermos apresentavam história familiar prévia de TD. Quatro (21,05%) evoluíram com obstrução intestinal, dois (10,52%) com hidronefrose e a neoplasia foi a causa de óbito em três (15,7%) doentes. Conclusões: na presente revisão de casuística os TD foram encontrados em 14,3% dos doentes com PAF sendo que a maioria deles surgiram após o traumatismo cirúrgico e foram responsáveis por complicações graves em 31% dos doentes e pela evolução fatal e 15,7% dos casos. A identificação dos fatores de risco clínico pode auxiliar o cirurgião nas estratégias de diagnóstico e decisão terapêutica.

#### **INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS NA MUCOSA CÓLICA DESPROVIDA DE TRÂNSITO FECAL NO CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA E-CADERINA. LUANA BOSCHETTI ALMEIDA; CELENE BENEDITI BRAGION, SARA JULIAN PELAQUIM, MURILO ROCHA RODRIGUES, DANIELA TIEMI SATO, MAYARA MURAD, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ**

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA

Resumo: O estresse oxidativo decorrente da derivação intestinal reduz as proteínas componentes das junções de adesão intercelular (ja) no epitélio cólico excluído de trânsito fecal. A e-caderina é a principal proteína presente nas ja. Já se demonstrou que a aplicação de enemas contendo extrato aquoso de *ilex paraguariensis* (ip) preserva a barreira epitelial na mucosa desprovida de trânsito devido as propriedades antioxidantes que a substância possui. Até o momento, nenhum estudo avaliou os efeitos do extrato aquoso de ip na preservação das ja em modelos de colite de exclusão. Objetivo: avaliar os efeitos da aplicação de enemas com extrato aquoso de ip no conteúdo tecidual da proteína e-caderina na mucosa cólica desprovida de trânsito fecal. Métodos: vinte e seis ratos foram submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo por colostomia

proximal e fístula mucosa distal. Foram divididos em 2 grupos experimentais de 13 animais, segundo o sacrifício após 2 ou 4 semanas da cirurgia. Cada grupo foi dividido em 2 subgrupos segundo a intervenção com enemas contendo sf 0,9% ou extrato aquoso de ip na concentração de 0,2g/100ml/dia. O diagnóstico de colite foi estabelecido por análise histológica e a expressão tecidual da proteína e-caderina por imunistoquímica. O conteúdo de e-caderina foi quantificado por morfometria computadorizada. A comparação do conteúdo de e-caderina entre os 2 grupos foi feita pelo teste t de student, e a variância segundo o tempo de irrigação com o teste anova, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: o conteúdo de e-caderina nos animais submetidos à intervenção com sf após 2 e 4 semanas de irrigação foi de  $2,83 \pm 0,43$  e  $3,11 \pm 0,22$ , enquanto nos animais irrigados com extrato aquoso de ip, após 2 e 4 semanas de irrigação de  $10,10 \pm 0,37$  e  $11,53 \pm 0,45$ , respectivamente. O conteúdo de e-caderina foi sempre maior nos submetidos a intervenção com extrato aquoso de ip, independentemente do tempo de intervenção ( $p < 0,0001$ ). Não houve redução no conteúdo tecidual de e-caderina relacionada ao tempo de irrigação nos animais irrigados com extrato aquoso de ip. Conclusão o conteúdo tecidual de e-caderina nos segmentos cólicos sem trânsito é maior após a intervenção com extrato aquoso de ip, porém reduz-se com o progredir do tempo de exclusão.

#### **CONTEÚDO TECIDUAL DE MUCINAS NEUTRAS E ÁCIDAS NA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRÂNSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS.**

CELENE BENEDITI BRAGION; ANA BEATRIZ AFFONSECA SAMPAIO, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, MURILO ROCHA RODRIGUES, DANIELA TIEMI SATO, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA*  
Resumo: Objetivo: avaliar os efeitos da aplicação de enemas de *ilex paraguariensis* (ip) no conteúdo de mucinas neutras e ácidas no cólon sem trânsito fecal. Métodos: vinte e seis ratos foram submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo por colostomia proximal e fístula mucosa distal. Foram divididos em 2 grupos experimentais de 13 animais, segundo o sacrifício após 2 ou 4 semanas após a cirurgia. Cada grupo foi dividido em 2 subgrupos segundo a intervenção com enemas contendo sf 0,9% ou extrato aquoso de ip (0,2g/100ml/dia). A colite foi estabelecida por análise histológica e as mucinas neutras e ácidas pelas colorações do pas e azul de alcian, respectivamente. O conteúdo tecidual das mucinas foi quantificado por morfometria computadorizada. Para comparar o conteúdo de mucinas ácidas e neutras entre os 2 grupos adotou-se o teste t de student, e o teste anova com pós-teste de tukey para análise de variância segundo o tempo de irrigação, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: o conteúdo de mucinas neutras e ácidas nos animais submetidos à intervenção com sf após 2 e 4 semanas de irrigação foi de  $6,67 \pm 1,6$ ,  $15,91 \pm 0,86$  e  $5,54 \pm 1,60$ ,  $15,53$

$\pm 1,01$  respectivamente. O conteúdo tecidual de mucinas neutras e ácidas nos animais irrigados com extrato aquoso de ip, após 2 e 4 semanas de irrigação foi de  $18,70 \pm 3,74$ ,  $24,60 \pm 0,80$  e  $19,99 \pm 1,14$ ,  $29,68 \pm 0,95$ , respectivamente. O conteúdo de mucinas neutras e ácidas foi sempre maior nos submetidos a intervenção com extrato aquoso de ip independente do tempo de intervenção ( $p = 0,0001$ ). Não houve redução no conteúdo tecidual de mucinas neutras relacionada ao tempo de irrigação nos animais irrigados com extrato aquoso de ip. Apesar da redução no conteúdo de mucinas ácidas com o tempo ela foi menor nos animais submetidos a intervenção com ip quando comparado ao sf ( $p < 0,05$  e  $p < 0,01$ , respectivamente). Conclusão a aplicação diária de extrato aquoso de ip aumenta o conteúdo tecidual de mucinas neutras e ácidas nos segmentos cólicos sem trânsito fecal. Nos animais tratados com extrato aquoso de ip o conteúdo de mucinas neutras se mantém com o tempo de irrigação, enquanto o conteúdo de mucinas ácidas sofre redução, porém menor do que a encontrada nos animais do grupo controle. Esses achados sugerem que o extrato aquoso de ip apresenta benefícios na manutenção da barreira de muco que recobre o epitélio cólico.

#### **MENSURAÇÃO DO CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA B-CATENINA NA MUCOSA CÓLICA EXCLUSA DE TRANSITO INTESTINAL SUBMETIDA A INTERVENÇÃO COM EXTRATO AQUOSO DE ILEX PARAGUARIENSIS. ESTUDO EM RATOS.**

MAYARA FLEMING FRANCISCO; CHRISTIAN BORNIA MATAVELLI, DANIELA TIEMI SATO, MURILO ROCHA RODRIGUES, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, MAYARA MURAD, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA*

Resumo: A proteína  $\beta$ -catenina possui importância nos mecanismos de adesão intercelular e no controle da divisão celular. A  $\beta$ -catenina é uma das proteínas presente nas junções aderentes (ja) do epitélio intestinal. Demonstrou-se que o estresse oxidativo no epitélio cólico sem trânsito fecal reduz o conteúdo e modifica o padrão de expressão da proteína  $\beta$ -catenina nas glândulas da mucosa cólica. É possível que a aplicação de enemas contendo extrato aquoso de *ilex paraguariensis* (ip), substância com atividade antioxidante possa preservar o conteúdo da proteína no epitélio cólico porém, nenhum estudo avaliou os efeitos do extrato aquoso de ip no conteúdo tecidual de  $\beta$ -catenina na mucosa cólica desprovida de trânsito intestinal. Objetivo: avaliar os efeitos da aplicação de enemas com extrato aquoso de ip no conteúdo tecidual da proteína  $\beta$ -catenina no epitélio cólico desprovida de trânsito fecal. Métodos: vinte e seis ratos foram submetidos à derivação do trânsito no cólon esquerdo por colostomia proximal e fístula mucosa distal. Foram divididos em 2 grupos experimentais de 13 animais, segundo o sacrifício após 2 ou 4 semanas da cirurgia. Cada grupo foi dividido em 2 subgrupos segundo a intervenção com enemas contendo sf 0,9% ou extrato aquoso

de ip na concentração de 0,2g/100ml/dia. O diagnóstico de colite foi firmado por estudo histopatológico e a expressão tecidual da proteína  $\beta$ -catenina por técnica imunoistoquímica. O conteúdo tecidual da proteína foi avaliado por morfometria computadorizada. Os resultados foram comparados pelo teste t de student, e a variação segundo o tempo de irrigação pelo teste anova, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: o conteúdo de  $\beta$ -catenina no grupo submetido à intervenção com sf após 2 e 4 semanas de irrigação foi de  $2,89 \pm 0,38$  e  $3,51 \pm 0,22$ , enquanto nos animais irrigados com extrato aquoso de ip, após 2 e 4 semanas de  $9,95 \pm 0,29$  e  $11,78 \pm 0,26$ , respectivamente. O conteúdo de  $\beta$ -catenina foi sempre mais elevado nos animais submetidos a intervenção com extrato aquoso de ip, independentemente do tempo de intervenção ( $p < 0,0001$ ). Não houve modificações no conteúdo tecidual de  $\beta$ -catenina segundo o tempo de irrigação avaliado em ambos os grupos. Conclusão o conteúdo tecidual de  $\beta$ -catenina nos segmentos cólicos sem trânsito é mais elevado após a intervenção com extrato aquoso de ip quando comparado aos animais submetidos a intervenção com solução salina, sugerindo potencial ação terapêutica na colite de exclusão.

#### **AValiação da incidência de deiscência e perfil dos pacientes submetidos a retossigmoidectomia eletiva no serviço de coloproctologia do Vitória Apart Hospital-Serra-ES**

ALINE CRUZ E SOUSA ZAMBOM; ROSSINI CIPRIANO GAMA, LUCIANO PINTO NOGUEIRA DA GAMA, GIOVANNI JOSE ZUCOLOTO LOUREIRO, FLÁVIA LEMOS MOURA RIBEIRO

*VITÓRIA APART HOSPITAL SERRA-ES*  
Resumo: Introdução: as complicações do tratamento das doenças colorretais que envolvem ressecções e anastomoses não são raras e, frequentemente, são graves. Possuem extensões mórbidas que podem variar, prolongando o tempo de internação hospitalar e o custo do tratamento, gerando sequelas e contribuindo para indesejável índice de mortalidade. Objetivo: trata-se de um trabalho retrospectivo, onde avaliamos 122 pacientes submetidos a retossigmoidectomia eletiva por diversas patologias, no período de 2000 a 2013, no serviço de coloproctologia do Vitória apart hospital. O objetivo principal foi avaliar a taxa de deiscência de anastomose, assim como, idade, sexo dos pacientes e patologia. Também avaliaram-se as complicações precoces e tardias do procedimento, bem como o estadiamento do câncer colorectal em pacientes com diagnóstico de neoplasia (classificação tnm). Método: a escolha dos 122 pacientes foi aleatória e um protocolo foi realizado para preenchimento dos dados. As informações foram registradas em planilha de excel, obtendo-se os resultados a seguir. Resultado: dos 122 pacientes, 64,8% dos pacientes era do sexo feminino e 35,2% do sexo masculino. A faixa etária mais acometida foi dos 51 aos 60 anos. Dentre as patologias, a neoplasia acometeu 50,8% dos casos, doença diverticular 41,8%, endometriose 6,6% e gíst 0,8%. A incidência de deiscência de anastomose foi de 3 casos (2,5%). Cerca de 17,2%

dos pacientes apresentaram complicações precoces, sendo que as mais comuns foram abscesso de parede (47,6%), suboclusões (23,8%), seromas (14,3%), hemorragia intra-abdominal (9,5%) e abscesso pélvico (4,8%). Dentre as complicações tardias, hérnia incisional (7,4%) e estenose de anastomose (2,5%) foram as mais frequentes. A peça cirúrgica foi avaliada e exame anatomopatológico demonstrou que a maior parte dos pacientes se encontrava no estágio t3n0m0 (21%) e t2n0m0 (21%). Conclusão: a incidência de deiscência de anastomose em retossigmoidectomias eletivas, apresentada pela equipe de cirurgões avaliada, está de acordo com a literatura atual. Na opinião dos autores, a baixa incidência de deiscência de anastomose passa, inicialmente, pelas condições clínicas dos pacientes, preparo de cólon, realização de neoadjuvância, contribuindo para redução dos tumores, boa técnica cirúrgica, experiência da equipe e utilização de grampeadores empregados.

#### **HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA COM APRESENTAÇÃO ATÍCA EM ADOLESCENTE**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: o espectro clínico de apresentação da hemorragia digestiva baixa (hdb) é amplo, variando desde episódios recorrentes e pouco expressivos de hematoquezia até hemorragias maciças e choque hemodinâmico. Na maior parte das vezes, o sangramento é autolimitado. Em crianças a principal causa é o divertículo de meckel, sendo que as angiodisplasias ocorrem, sobretudo, em indivíduos com mais de 65 anos de idade e predominam no ceco e cólon ascendente proximal. Inicia-se a propedêutica com auxílio da colonoscopia, com trabalhos inferindo para a realização entre 12-24 horas da admissão hospitalar. A arteriografia seletiva, por outro lado necessita pelo menos 0,5ml/min de sangramento para detecção da hemorragia e apresenta acurácia entre 40 e 86%. Objetivo: relatar caso de paciente adolescente com quadro de hdb maciça com diagnóstico arteriográfico de sangramento de cólon esquerdo. Relato de caso: vir, masculino, 14 anos, estudante. História de hemorragia digestiva baixa exteriorizada por enterorragia de grande monta com eliminação de coágulos com 10 dias de evolução sem sinais de baixo débito mas com necessidade de hemotransfusão de 5 concentrados de hemácias devido anemia aguda. Realizou endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações de mucosa e diante da persistência da hemorragia solicitado arteriografia com evidência de área de maior concentração de contraste em território da artéria cólica esquerda, que pode corresponder a sangramento. Optado pela não realização de hemostasia devido baixo fluxo de sangramento. Paciente evoluiu bem, com cessação do sangramento e estabilidade clínica com encaminhamento para ambulatório de coloproctologia. Conclusão: a hdb na maioria das vezes, em torno de 80% caracteriza-se por ser fenômeno auto-limitado. Entretanto, deve-se saber que a presença de enterorragia volumosa, hematócrito abaixo de 35% e instabilidade hemodinâmica após 1 hora da admissão hospitalar são fatores de independentes de mau prognóstico.

### **CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE CECAL – RELATO DE CASO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 7

*HOSPITAL SANTA MARCELINA-SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a mucocèle do apêndice é uma dilatação obstrutiva devido o acúmulo intraluminal de material mucóide. Sua incidência varia entre 0,2-0,3% após apendicectomias, 0,2-0,5% dos tumores do trato gastrointestinal e 1% das neoplasias colorretais. É mais comum na sexta e sétima décadas de vida, com predominância em mulheres (4:1). Relato de caso: paciente do sexo feminino, 44 anos, com história de dor em fossa ilíaca direita há 7 dias, em pontada, bem localizada, de moderada intensidade, que se agravou após episódio de diarreia líquida. No exame físico apresentava dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, com descompressão brusca negativa. Os exames complementares apresentaram leucocitose discreta. Foi indicada laparotomia exploradora devido suspeita de apendicite aguda. No intraoperatório havia pequena quantidade de líquido livre serohemático e apêndice cecal aumentado de volume, medindo cerca de 50 x 20mm, paredes espessadas, base livre e sem sinais de ruptura. Não evidenciado material mucinoso na cavidade abdominal. Realizada apendicectomia pela técnica de oschner. Evoluiu sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. O estudo anatomopatológico evidenciou cistoadenoma mucinoso com apendicite aguda purulenta e margem de implantação livre. As mucocèles podem ser causadas por um dos processos: cistos de retenção, hiperplasia mucosa, cistoadenoma e cistoadenocarcinoma. Discussão: cistoadenomas são neoplasias benignas definidas como dilatações do apêndice preenchidas por material mucinoso. É o tipo mais comum (63 a 84%). Os princípios da cirurgia incluem ressecção do apêndice e mesoapêndice, exames de coleta e citológicos do muco intraperitoneal e inspeção da base do apêndice. A hemicolectomia ou colectomia parcial direita, nos casos de margem positiva na base do apêndice ou linfonodos periapendiculares positivos. A complicação mais temida é o pseudomixoma peritoneal, em que partes difusas de um líquido gelatinoso estão associadas aos implantes mucinosos nas superfícies peritoneais e omento. Portanto, o cirurgião deve ter cautela durante apendicectomias com suspeita tumoral para evitar tal complicação. Conclusão: a mucocèle do apêndice deve fazer parte do diagnóstico diferencial em quadro sugestivo de apendicite aguda, e é de fundamental relevância ter conhecimento das suas indicações e técnicas cirúrgicas para maior benefício do paciente e prevenir suas complicações.

### **ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU - RELATO DE CASO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: arterite de takayasu (at) e Doença de Crohn (DC) são doenças inflamatórias de etiologia incerta. Raramente ocorrem em associação, com apenas vinte e nove casos de coexistência relatados na literatura até 2008. Em 88%

dos casos, a at foi diagnosticada simultaneamente com dc. Relato de caso: paciente feminina de 12 anos apresenta quadro de abscesso perianal com evolução para fistula perianal. Durante a investigação ambulatorial, foi diagnosticada como portadora de dc, confirmado por colonoscopia com biópsia intestinal. Iniciou monoterapia com mesalazina vo, porém sem sucesso. Após realização de exame sob narcose com curetagem de trajeto fistuloso e colocação de sedenho. Após o exames, iniciou a terapia biológica com infliximabe + azatioprina, devido à manutenção da atividade da doença. No intervalo entre a 3º e a 4º dose do medicamento, a paciente apresentou quadro de convulsão e cefaléia, sendo internada para investigação. Realizou angio-ressonância das artérias cervicais que mostrou estenose da a. Subclávia direita (70%). a arteriografia abdominal evidenciou aneurisma de aorta abdominal e estenose de aa renais bilaterais, fechando diagnóstico de at. Fez uso de terapia biológica por 72 semanas (jun/2012 a jan/2014) apresentando remissão da doença inflamatória intestinal com cicatrização da mucosa evidenciada por colonoscopia de controle, bem como pela melhora sintomática. Nova arteriografia mostra controle das lesões arteriais, comprovando a eficácia das medicações anti-tnf- $\alpha$  no controle e remissão dessa associação de patologias. Discussão: a prevalência esperada de dc em pacientes com at é de aproximadamente 0,05% -0,2%. A epidemiologia, etiologia e patogênese destas doenças apontam para uma combinação, entre fatores ambientais e hereditários, interagindo para acionar o processo inflamatório, o qual parece ser influenciado por citocinas tais como o fator de necrose tumoral alfa (tnf- $\alpha$ ) e interleucinas incluindo il-6, il-8, il-12 e il-18. Os corticosteroides, agentes imunossupressores e a inibição do tnf- $\alpha$  tem sido eficazes na gestão de ambas as patologias, tratadas isoladamente. No entanto, a literatura atual não fornece informações suficientes sobre os resultados deste grupo de pacientes com doenças coexistentes.

### **OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR ASSOCIADO A TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: Os bezoares são classificados de acordo com a sua composição em fitobezoar (fibra vegetal), tricobezoar (cabelo), lactobezoar (compostos lácticos), entre outros. O fitobezoar é o mais frequente, correspondendo à cerca de 40% dos bezoares, e é formado por sementes, raízes, cascas, fibras, celulose, tanina, liguina e derivados de frutas e vegetais, como abacaxi e caqui. Os casos de abdome agudo obstrutivo por bezoares geralmente ocorrem por oclusão de segmento do intestino delgado. Objetiva-se relatar caso de paciente operado por abdome agudo obstrutivo com evidência de bezoar associado a tumor carcinoide de intestino delgado. Relato de caso: paciente ed, masculino, 47 anos, com quadro de dor abdominal difusa porém mais intensa em região periumbilical com dois dias de evolução associado à vômitos repetidas vezes e sem melhora com sintomáticos. Ao exame físico apresentava-se sem sinais de síndrome da



resposta inflamatória sistêmica e com abdome doloroso difusamente sem irritação peritoneal. Leucograma com 14000 leucócitos e rx de abdome com alça parética em mesogástrico TC e evidenciava distensão difusa de alças intestinais com pequena quantidade de líquido livre em pelve. Submetido a laparotomia exploradora com inventário da cavidade demonstrando estenose de delgado a 50cm da válvula ileo cecal com dilatação proximal, sendo realizado enterectomia segmentar com identificação de fitobezoar e lesão ulcerada de 1x1cm que causava obstrução de 100% da luz. Anátomo patológico revelou neoplasia neuroendócrina (tumor carcinóide) com atividade mitótica <1/50cga e margens livres, sendo confirmado por imunohistoquímica grau 1.

### **RESSECÇÃO ENDOANAL DE TUMOR ESTROMAL GASTRINTESTINAL (GIST) DE CANAL ANAL: ANÁLISE TARDIA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: o tumor estromal gastrinestetal (gist) de canal anal é uma neoplasia bastante rara sendo seu diagnóstico pré-operatório dificultado por ser uma lesão submucosa e com necessidade de comprovação imunohistoquímica. Apesar de representar a mais frequente neoplasia mesenquimal do trato gastrointestinal, o gist é raro na região anorretal onde corresponde a penas 5% do total de neoplasias, e extremamente raro no canal anal correspondendo a apenas 0,15 a 0,3% dos tumores nesta localização. Relato de caso: relata-se caso de ressecção endoanal de gist de canal anal com recidiva após mais de dois anos de seguimento tendo como tratamento de resgate nova ressecção endoanal seguida de radioterapia e quimioterapia e que se encontra em uso de gleevec devido metástase hepática com controle da doença há 9 anos. A lesão ao exame proctológico apresentava-se endurecida e subcapsular de 5 cm em seu maior eixo em parede póstero-lateral a esquerda distando 2 cm da borda anal cujo anatomopatológico revelava menos de 2 figuras de mitoses por campo de grande aumento, configurando um gist de muito baixo risco. Discussão: O gist anorretal é mais comum entre 40 e 59 anos com uma significativa maior prevalência em homens (71%). Os sintomas mais comuns são sangramento, massa palpável e dor anorretal, além de desconforto anorretal relacionado ou não às evacuações e alteração do hábito intestinal. Genericamente, a malignidade é definida pelo tamanho e número de mitoses, mas o exato comportamento biológico do gist anorretal é menos claro de tal modo que permanece incerto se o melhor tratamento para esse tumor é a ressecção radical ou a local quando esta é viável. Ademais, ressalta-se que a recorrência local do gist anorretal é maior que 80%, excedendo as taxas de recidiva que ocorrem em outras áreas do trato gastrointestinal. Conclusão: a média de tempo de recorrência local dos gist,s de canal anal é de 1,5 a 2 anos, e no caso apresentado foi de 2 anos e 4 meses, sendo essa recorrência evento bastante comum mesmo com a excisão radical, com índices de sobrevida em 5 anos entre 20 e 25%.

### **HÉRNIA PARAILEOSTÔMICA ENCARCERADA CONTENDO VESÍCULA BILIAR GANGRENADA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Hérnia paraestomal (hp) é um tipo de hérnia incisional que se forma junto à abertura da parede abdominal utilizada para exteriorização de um estoma, acarretando, dentre outras, a dificuldade para irrigação e fixação das bolsas coletoras, proporcionando dor e desconforto pela deformidade da imagem corporal, já anteriormente alterada pela presença do estoma, além do risco de eventual encarceramento e estrangulamento de seu conteúdo. É a complicação mais freqüente após confecção de estomas intestinais com incidência bastante variável, ou seja, em cerca de 28% das ileostomias e 58% das colostomias. Ademais, a incidência das hp aumenta com o tempo e a maioria ocorre nos dois primeiros anos após sua confecção. Relato de caso: paciente, CDJB, sexo feminino, 80 anos de idade com queixa de dor abdominal em quadrante inferior direito há cinco dias do tipo cólica e com piora progressiva associado à vômitos e parada de evacuação, mas com eliminação de flatos. História prévia de cistectomia radical com confecção de ileostomia a bricher por carcinoma espinocelular de bexiga estágio II, tendo sido submetida a terapia adjuvante com quimioterapia no ano de 1999. Á admissão apresentava-se com abdome distendido, com evidência de volumosa hérnia incisional em ferida operatória mediana, além de hérnia paraileostômica onde havia presença de dor e hiperemia em linha axilar anterior. Ileostomia do tipo bricker apresenta-se funcionante com diurese clara. Submetida a laparotomia exploradora com evidência de volumosa hérnia incisional e paraileostômica com estrangulamento e gangrena pelo anel herniário de vesícula biliar que apresentava-se com paredes espessadas e gangrenadas e com cálculo em seu interior de cerca de três centímetros. Conclusão: o encarceramento e estrangulamento da vesícula biliar em hérnia paraileostomia de bricker é afecção gastrointestinal de urgência extremamente rara com diagnóstico geralmente realizado no intra-operatório.

### **INTUSSUSCEPÇÃO COLÔNICA EM ADULTO: RELATO DE DUAS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 7  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: a intussuscepção intestinal é definida como uma telescopagem de um segmento intestinal no interior de outro demonstrando uma causa para tanto em cerca de 90% dos casos quando acomete adultos, diferentemente do que ocorre em crianças. Embora represente uma causa rara de admissão hospitalar, pode apresentar clínica de abdome agudo ou sintomas crônicos e intermitentes de dor abdominal. Relato de caso: Caso 1: paciente feminina, 49 anos, com quadro de dor abdominal aguda associado à vômitos e discreta leucocitose. Tomografia computadorizada demonstrava imagem em alvo e durante cirurgia verificado intussuscepção entre cólon descendente e sigmoide. Caso 2: paciente masculino, 65 anos com queixa de

dor abdominal crônica e melena intermitente com colonoscopia revelando grande lesão polipóide com ulcerações em cólon ascendente ocupando cerca de 90% da sua luz. E tomografia computadorizada com imagem de invaginação intestinal. Submetido a hemicolectomia direita. Conclusão: enfatiza-se a necessidade de se aventar a hipótese de intussuscepção intestinal fundamentalmente em casos de sintomas crônicos e intermitentes de dor abdominal e suboclusão intestinal em salvas.

### **OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR ASSOCIADO A TUMOR CARCINOIDE DE DELGADO**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: Os bezoares são classificados de acordo com a sua composição em fitobezoar (fibra vegetal), tricobezoar (cabelo), lactobezoar (compostos lácticos), entre outros<sup>1</sup>. O fitobezoar é o mais freqüente, correspondendo à cerca de 40% dos bezoares, e é formado por sementes, raízes, cascas, fibras, celulose, tanina, liguina e derivados de frutas e vegetais, como abacaxi e caqui. Os casos de abdome agudo obstrutivo por bezoares geralmente ocorrem por oclusão de segmento do intestino delgado. Objetiva-se relatar caso de paciente operado por abdome agudo obstrutivo com evidência de bezoar associado a tumor carcinoide de intestino delgado. Relato de caso: paciente ed, masculino, 47 anos, com quadro de dor abdominal difusa porém mais intensa em região periumbilical com dois dias de evolução associado à vômitos repetidas vezes e sem melhora com sintomáticos. Ao exame físico apresentava-se sem sinais de síndrome da resposta inflamatória sistêmica e com abdome doloroso difusamente sem irritação peritoneal. Leucograma com 14000 leucócitos e rx de abdome com alça parética em mesogástrico e TC evidenciava distensão difusa de alças intestinais com pequena quantidade de líquido livre em pelve. Submetido a laparotomia exploradora com inventário da cavidade demonstrando estenose de delgado a 50cm da válvula íleo cecal com dilatação proximal, sendo realizado enterectomia segmentar com identificação de fitobezoar e lesão ulcerada de 1x1cm que causava obstrução de 100% da luz. Anátomo patológico revelou neoplasia neuroendócrina (tumor carcinoide) com atividade mitótica <1/50cga e margens livres, sendo confirmado por imunohistoquímica grau 1.

### **HÉRNIA PARAILEOSTÔMICA ENCARCERADA CONTENDO VESÍCULA BILIAR GANGRENADA**

ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; 6

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: hérnia paraestomal (hp) é um tipo de hérnia incisional que se forma junto à abertura da parede abdominal utilizada para exteriorização de um estoma, acarretando, dentre outras, a dificuldade para irrigação e fixação das bolsas coletoras, proporcionando dor e desconforto pela deformidade da imagem corporal, já anteriormente alterada pela presença do estoma, além do risco de eventual encarceramento e estrangulamento de seu conteúdo. É a complicação mais freqüente após confecção de estomas intestinais com incidência

bastante variável, ou seja, em cerca de 28% das ileostomias e 58% das colostomias. Ademais, a incidência das hp aumenta com o tempo e a maioria ocorre nos dois primeiros anos após sua confecção. Relato de caso: paciente, cdjb, sexo feminino, 80 anos de idade com queixa de dor abdominal em quadrante inferior direito há cinco dias do tipo cólica e com piora progressiva associado à vômitos e parada de evacuação, mas com eliminação de flatos. História prévia de cistectomia radical com confecção de ileostomia a bricher por carcinoma espinocelular de bexiga estágio ii, tendo sido submetida a terapia adjuvante com quimioterapia no ano de 1999. À admissão apresentava-se com abdome distendido, com evidência de volumosa hérnia incisional em ferida operatória mediana, além de hérnia paraileostômica onde havia presença de dor e hiperemia em linha axilar anterior. Ileostomia do tipo bricker apresenta-se funcionando com diurese clara. Submetida a laparotomia exploradora com evidência de volumosa hérnia incisional e paraileostômica com estrangulamento e gangrena pelo anel herniário de vesícula biliar que apresentava-se com paredes espessadas e gangrenadas e com cálculo em seu interior de cerca de três centímetros. Conclusão: o encarceramento e estrangulamento da vesícula biliar em hérnia paraileostomia de bricker é afecção gastrointestinal de urgência extremamente rara com diagnóstico geralmente realizado no intra-operatório.

### **TUMOR ESTROMAL DE RETO: RELATO DE CASO**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA, LARA TAGLIARI KOYANAGI, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: os gist representam cerca de 80% das neoplasias mesenquimais gastrointestinais. É a neoplasia mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal. O estômago é o principal local, seguido do intestino delgado e cólon. O gist de reto acomete principalmente homens entre a quarta e a oitava década de vida e as manifestações clínicas são variáveis. O diagnóstico do gist pode ser feito por colonoscopia ou ultrassom endoanal com biópsias da lesão. O diagnóstico de certeza é feito através do painel de imunohistoquímica. Relato do caso: js, 59 anos, sexo masculino, procedente de águas de lindóia, com queixa de proctalgia há 3 meses acompanhada de hematoquezia, alteração do calibre das fezes e emagrecimento de 15kg. É hipertenso e portador de hiperplasia prostática benigna. Ao exame físico: reg, desnutrido, anêmico, e no toque retal doloroso com uma tumoração há dois cm da borda anal com extensão há 7 cm que acometia toda a parede retal e com invasão de próstata. As múltiplas biópsias foram inconclusivas para carcinoma. Devido ao quadro algico importante e sintomas de obstrução intestinal foi optado pela intervenção cirúrgica. A tomografia de pelve evidenciou uma massa extensa em região pélvica com tumoração acometendo reto, bexiga, vesícula seminal e próstata. Não havia sinais de doença

metastática. A laparotomia confirmou o achado tomográfico e foi optado por uma exanteração pélvica total, com derivação urinária com colostomia úmida. O anátomo-patológico foi descrito como neoplasia mesenquimal, com extensas áreas de necrose, ulcerando o reto. Foram observadas, quatro mitoses em dez campos de maior aumento. Ausência de metástases nos seis linfonodos ressecados isolados no mesocólon. A imunohistoquímica concluiu g1st de reto. O paciente foi encaminhado para a oncologia e foi indicado imatinibe como terapia adjuvante. No seguimento ambulatorial o paciente apresentou metástase hepática em lobo direito do fígado. Foi optado por aumentar a dose do imatinibe. Paciente apresentou sobrevida de 16 meses. Discussão: diagnóstico de certeza é feito através do painel de imunohistoquímica em que é positiva a presença dos marcadores: c-kit (cd117) e cd 34, principalmente. O tratamento é a ressecção cirúrgica sem necessidade de linfadenectomia. No entanto, em tumores considerados irresssecáveis ou com metástases, pode-se optar por terapia neoadjuvante com imatinibe com intuito de promover ressecabilidade.

#### **AValiação dos Níveis de Peroxidação Lipídica de Membranas em Segmentos Cólicos Desprovidos de Trânsito Intestinal Irrigados com Sucralfato.**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO, SARA JULIAN PELAQUIN, MAYARA VIEIRA MURAD, MAYARA FLEMING FRANCISCO, CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

Resumo: Introdução: colite de exclusão (ce) é uma doença que ocorre no cólon desprovido de trânsito intestinal. A ce apresenta alta prevalência e surge após três meses de derivação fecal. A ação dos radicais livres de oxigênio é fundamental no desencadeamento e manutenção do processo inflamatório na ce. Embora a ce seja uma enfermidade relativamente comum e com incidência crescente, até a presente data não se estudou, experimentalmente, os efeitos antioxidantes do sucralfato (scf) na prevenção da peroxidação lipídica de membranas medida através da avaliação dos níveis de malondialdeído (mda). Método: trinta ratos foram randomizados em três grupos, que passaram pelo mesmo procedimento cirúrgico sendo feita uma colostomia proximal (cólon com trânsito) e uma fistula mucosa distal (cólon sem trânsito). todos foram irrigados diariamente sendo o grupo a com sf 0,9%, grupo b sucralfato 1g/kg/dia e grupo c sucralfato 2 g/kg/dia. Metade de cada um destes três grupos foi submetido ao sacrifício com 2 semanas após a cirurgia e a outra metade com 4 semanas. Resultado: foi feita a mensuração dos níveis teciduais de mda nos animais submetidos à irrigação com sf 0,9% e SCF por duas e quatro semanas. Ao comparar-se os níveis teciduais de mda no cólon desprovido de trânsito fecal dos animais submetidos a intervenção com sf 0,9% e SCF por duas semanas, verificou-se que o conteúdo tecidual de mda foi significativamente menor no cólon submetido a intervenção com SCF ( $p < 0,0001$ ). Da

mesma forma, ao comparar-se os níveis teciduais de mda no cólon desprovido de trânsito fecal dos animais submetidos a intervenção com sf 0,9% e SCF por quatro semanas, verificou-se que o conteúdo tecidual de mda foi significativamente menor no cólon submetido a intervenção com SCF ( $p < 0,001$ ). Conclusão: a aplicação de enemas com sucralfato na colite de exclusão diminui o conteúdo tecidual de mda quando comparado ao controle, revelando um efeito protetor nos níveis de peroxidação lipídica de membranas, sugerindo um efeito protetor no nível de atividade inflamatória tecidual.

#### **AValiação de Expressão Tecidual da Proteína Mieloperoxidase em Segmentos Cólicos Desprovidos de Trânsito Intestinal Irrigados com Sucralfato.**

MURILO ROCHA RODRIGUES; DANIELA TIEMI SATO, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, LUANA BOCHETTI ALMEIDA, CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI, ANA BEATRIZ AFFONSECA SAMPAIO, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

Resumo: Introdução: colite de exclusão (ce) é uma doença que ocorre no cólon desprovido de trânsito intestinal. A ce apresenta alta prevalência e surge após três meses de derivação fecal. A ação dos radicais livres de oxigênio é fundamental no desencadeamento e manutenção do processo inflamatório na ce. Embora a ce seja uma enfermidade relativamente comum e com incidência crescente, até a presente data não se estudou, experimentalmente, os efeitos antioxidantes do sucralfato como prevenção na alteração da expressão tecidual da proteína mieloperoxidase (mpo). Método: trinta ratos foram randomizados em três grupos, que passaram pelo mesmo procedimento cirúrgico sendo feita uma colostomia proximal (cólon com trânsito) e uma fistula mucosa distal (cólon sem trânsito). todos foram irrigados diariamente sendo o grupo a com sf 0,9%, grupo b sucralfato 1g/kg/dia e grupo c sucralfato 2 g/kg/dia. Metade de cada um destes três grupos foi submetido ao sacrifício com 2 semanas após a cirurgia e a outra metade com 4 semanas. Resultado: ao mensurar-se conteúdo tecidual de mpo nos animais submetidos a irrigação por duas semanas com sf 0,9%, sucralfato 1,0g/kg e sucralfato 2,0g/kg, verificou-se que a os animais irrigados com sucralfato de 1,0g/kg quando comparados àqueles irrigados com sf 0,9%, apresentavam conteúdo tecidual de mpo significativamente reduzido ( $p < 0,01$ ) e nos irrigados com 2,0g/kg esses valores eram também extremamente significantes ( $p < 0,01$ ). Quando se mensurou a irrigação dos animais por quatro semanas, verificou-se que o conteúdo tecidual de mpo nos animais irrigados com sucralfato 1,0 g/kg com os animais do grupo controle, reduzia significativamente ( $p < 0,01$ ) e nos irrigados por 4 semanas com 2,0g/kg constatou-se redução do conteúdo de mpo também extremamente significativo ( $p < 0,01$ ). Conclusão: a aplicação de enemas com sucralfato na colite de exclusão diminui o conteúdo tecidual de mpo quando comparado ao controle, sugerindo efeito protetor no nível de atividade inflamatória tecidual.

**ESTENOSE NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS: IMPORTÂNCIA DAS DILATAÇÕES NO SEGUIMENTO E PREVENÇÃO DO CCR - RELATO DE CASO**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, ELOAH GAMBOGI, FERNANDO LAVALL, DANIEL ZANET, MAGNO OTÁVIO SALGADO FREITAS  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: amf, 68a, homem, natural de Glauclândia, Minas Gerais. Objetivo: avaliar a importância das dilatações no seguimento e prevenção do CCR nas formas graves e estenosantes da RCUI. Desenvolvimento: paciente em acompanhamento ambulatorial e diagnóstico de RCUI há 20 anos; uso irregular de azatioprina e nunca fez uso de biológicos. Em colonoscopias de acompanhamento, realizadas a cada 2 anos após 10 anos de doença sempre evidenciando área de estenose em reto alto que impedia a progressão do colonoscópio. Encaminhado ao nosso serviço. Na colonoscopia evidenciado ponto de estenose em reto alto. Realizada dilatação com balão hidrostático e após progressão do aparelho, identificada área extensa, 20 cm, de lesão ulcerada, infiltrante, friável, acometendo dois terços da luz. Anátomo patológico evidenciou adenoma túbulo viloso com displasia de baixo grau. Proposto tratamento cirúrgico pelo aspecto endoscopicamente neoplásico da lesão. Conclusão: as formas graves de RCUI são casos de difícil manejo e em muitas situações, necessitam de abordagens variadas para o acompanhamento, assim como para a prevenção do CCR e conduta.

**RESIDÊNCIA EM COLOPROCTOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE UM RESIDENTE NA ESPECIALIDADE DE COLOPROCTOLOGIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA.**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ELOAH GAMBOGI, ROBERTA GRAZIELLE, FERNANDO LAVALL, DANIEL ZANETTI  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: o trabalho propõe demonstrar o perfil de atividades realizadas por um residente de coloproctologia no período de março/2014 a julho/2014, em seu primeiro ano de residência, na santa casa de misericórdia de belo horizonte. Desenvolvimento: trabalho retrospectivo, aonde se analisou todas as atividades realizadas por um residente de coloproctologia em seus primeiros meses na especialidade. Em média, foram 600 consultas ambulatoriais, 300 retossigmoidoscopias, 50 interconsultas por demanda interna, 100 colonoscopias assistidas, 75 cirurgias; sendo 30 hemorroidectomias, 20 retossigmoidectomias (2º auxiliar), 5 colectomias direitas (2º auxiliar), 10 fistulectomias, 5 fissurectomias e 5 reconstruções de trânsito intestinal. Conclusão: de acordo com a sociedade Brasileira de coloproctologia, para um serviço ser credenciado, deve oferecer uma média mensal de 3 cirurgias colorretais, 6 cirurgias anopereineais, 50 consultas, 20 retossigmoidoscopias e 5 colonoscopias. Conclui-se que a residência de coloproctologia da santa casa vem desempenhando bem o que se propôs, oferecendo aos seus residentes maiores oportunidades e experiências.

**VÍDEO LIVRE: RECONSTRUÇÃO PERINEAL APÓS TRAUMA OBSTÉTRICO - RELATO DE CASO**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, SINARA MÔNICA OLIVEIRA LEITE, ALEXANDRE EL-AOAR, ELOAH GAMBOGI, ROBERTA GRAZIELLE, FERNANDO LAVALL, DANIEL ZANETTI  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: paciente a. M. F, 39 anos, g4p4a0, natural de capelinha, minas gerais desenvolvimento: paciente multigesta, partos traumáticos domiciliares, foi encaminhada da cidade de capelinha, minas gerais, ao ambulatório de coloproctologia da santa casa de Belo Horizonte, Minas Gerais, com quadro de incontinência completa para fezes e flátus há 5 anos. Ao exame, identificado lesão perineal extensa, com ruptura completa do septo reto-vaginal. Paciente foi encaminhada ao bloco cirúrgico e realizado a reconstrução perineal por planos. Paciente evoluiu no pós operatório sem complicações e recebeu alta no quinto dia de pós operatório. No acompanhamento ambulatorial, paciente já continente para fezes e ainda com algum grau de incontinência para flátus.

**AValiação Tecidual das Junções Oclusivas do Cólon Excluído de Trânsito Intestinal Após a Aplicação Preventiva de Enemas com SUCRALFATO EM MODELO EXPERIMENTAL DE COLITE DE EXCLUSÃO**

DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES, CELENE BENEDITI BRAGION, MAYARA VIEIRA MURAD, MAYARA FLEMING FRANCISCO, SARA JULIAN PELAQUIM, JOSÉ AIRES PEREIRA, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: A derivação do trânsito intestinal aumenta a produção de radicais livres de oxigênio podendo ocasionar ruptura das pontes de claudina e ocludina, principais proteínas constituintes das junções oclusivas intercelulares. Objetivo: avaliar os efeitos da aplicação preventiva de enemas com SCF em segmentos cólicos desprovidos de trânsito intestinal. Métodos: trinta ratos wistar machos, foram submetidos a derivação intestinal por meio de colostomia terminal no cólon descendente e exclusão do segmento cólico distal. Os animais foram divididos em três grupos experimentais equitativos segundo receberem aplicação de enemas diários contendo solução fisiológica (sf) (subgrupo controle, SCF na concentração de 1g/kg/dia (scf-1) ou sucralfato 2g/kg/dia (scf-2). Cada grupo experimental por sua vez foi dividido em dois subgrupos grupos, segundo o sacrifício ter sido realizado duas ou quatro semanas após a derivação intestinal. Os resultados foram comparados entre os grupos pelo teste t de student, a variação segundo o tempo de irrigação foi avaliada pelo teste anova, estabelecendo-se nível de significância de 5% (p<0,05) para ambos os testes. Resultados: o conteúdo tecidual de claudina nos animais irrigados com sf, scf-1 e scf-2 após duas semanas de irrigação foram de 8,39±0,87, 14,35±0,89 e 19,69±0,83, respectivamente. Nos irrigados por quatro semanas o conteúdo de claudina encontrado

foi de  $7,55 \pm 0,79$ ,  $16,95 \pm 1,26$  e  $20,94 \pm 0,94$ , respectivamente. O conteúdo tecidual de ocludina nos animais irrigados com sf, scf-1 e scf-2 após duas semanas de irrigação foram de  $9,73 \pm 1,02$ ,  $13,21 \pm 0,89$  e  $19,69 \pm 0,85$ , respectivamente. Em quatro semanas o conteúdo de ocludina encontrado foi de  $11,14 \pm 0,45$ ,  $16,36 \pm 1,52$  e  $17,94 \pm 0,59$ , respectivamente. Houve aumento do conteúdo tecidual de claudina nos animais irrigados com sucralfato em duas e quatro semanas quando comparados com os animais do grupo controle. Houve variação do conteúdo de claudina com dose dependente da concentração utilizada, com o tempo de irrigação. Houve aumento do conteúdo tecidual de ocludina nos animais irrigados com sucralfato. Houve variação do conteúdo de ocludina com dose dependente da concentração utilizada, sendo significativa com o tempo de irrigação de 2 semanas, não havendo significância em 4 semanas. Conclusão: a aplicação de enemas com SCF preserva o conteúdo de claudina e ocludina, sugerindo que a substância possa prevenir a quebra das junções oclusivas em modelo de colite de exclusão.

#### **NEUROFIBROMATOSE DE VON RECKLINGHAUSEN ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA COLORRETAL: RELATO DE CASO**

DANIELA TIEMI SATO; LARA TAGLIARI KOYANAGI, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: a neurofibromatose, descrita inicialmente em 1882 por von recklinghausen, é uma doença genética caracterizada por uma anormalidade neuroectodérmica e por manifestações clínicas de envolvimento sistêmico e progressivo, que acometem principalmente a pele, o sistema nervoso, ossos, olhos e eventualmente outros órgãos, podendo apresentar uma grande diversidade de manifestações que variam de indivíduo para outro. A associação de neurofibromatose com neoplasia colorretal, apesar de descrita é uma possibilidade rara na literatura. Objetivo: relatar um caso de paciente com neurofibromatose de von recklinghausen com neoplasia de cólon. Relato do caso: ntt, homem, 70 anos, oriental de ascendência japonesa, procurou o serviço médico devido a queixa de hematoquezia e alteração do hábito intestinal associado a perda ponderal. Ao exame físico apresentava lesões ao longo do corpo com pedículos cutâneos e manchas em café-com-leite em dorso. O exame colonoscópico demonstrou lesão ulcerada vegetante em transição reto sigmoidiana de 3cm há 18cm da borda anal. O paciente foi submetido a biópsias das lesões de pele que confirmaram neurofibromatose, e, foi estadiado para neoplasia colorretal. E, aguarda cirurgia eletiva. Discussão: existe dois tipos de neurofibromatose (nf), a do tipo nf1 relacionada ao cromossoma 17 e o nf2 relacionado ao cromossoma 22. A nf é uma condição geralmente assintomática. O grande fato é que nos paciente portadores de nf1 apresentam grande risco de transformação maligna em neurosarcoma e possuem risco aumentado de desenvolverem outros tipos de tumores, devido a mutação do gene supressor de tumor nf1.

#### **ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO POR DIVERTICULITE DE MECKEL: RELATO DE CASO**

DANIELA TIEMI SATO; RAFAEL GAMA FERNANDES, DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA, PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: o divertículo de meckel (dm) resulta de uma obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico entre a 5ª e a 7ª semana de gestação. O dm é a anomalia congênita mais frequente do intestino delgado, com uma incidência entre 2% a 3%. A grande maioria dos dm são achados incidentais e são assintomáticos, todavia existe um risco de 5%-6% de virem a desenvolver alguma complicação ao longo da vida. Em um estudo com 776 doentes com divertículo de meckel, as complicações encontradas foram: hemorragia gastrointestinal (28%), invaginação (13%), obstrução (11%), perfuração (11%), estrangulamento (8%), diverticulite (6%), volvo (5%), hérnia de littré (2%) e neoplasia (1%). Objetivos: relatar um caso raro de diverticulite aguda e realizar uma revisão bibliográfica sobre este tema. Relato de caso: cnt, mulher, 86 anos, apresentando dor abdominal difusa com parada de eliminação de gases e fezes há 3 dias, com queda do estado geral, negava cirurgias anteriores, exame compatível com abdome agudo obstrutivo. Apresentava nos exames laboratoriais leucocitose e na tomografia de abdome sinais de abdome agudo obstrutivo devido a processo inflamatório em delgado. Paciente foi submetida a laparotomia com enterectomia de segmento de íleo apresentando diverticulite de meckel. A paciente evoluiu bem com alta no 5ºpo. Discussão: o dm é um divertículo verdadeiro, que se localiza no bordo antimesentérico do íleo e em 90% dos casos está nos seus 10 cm distais e cerca de 50% dos divertículos contém mucosa ectópica, na maioria dos casos é gástrica. O seu diagnóstico pré-operatório é difícil e excepcional, já que é uma patologia rara e que pode mimetizar outras causas de abdome agudo. Os dm sintomáticos devem ser submetidos a ressecção cirúrgica através de enterectomia segmentar ou diverticulectomia. Os assintomáticos encontrados incidentalmente ainda é um dilema que se mantém sem resposta. Conclusão: o dm é uma patologia rara com uma incidência de complicações baixa e variadas, o que pode simular outras patologias abdominais.

#### **RETALHO DE MÚSCULO GRÁCIL NA RECONSTRUÇÃO PERINEAL APÓS AMPUTAÇÃO ABDÔMINO PERINEAL DO RETO PELA TÉCNICA DE HOLMES**

BALSAMO F; PALMA RT; SABA GT; VALVERDE AL; WAISBERG J

*DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL E DO APARELHO DIGESTIVO- FUABC- HOSPITAL ESTADIAL MÁRIO COVASANTO ANDRÉ, SP*

Resumo: Introdução: a fase perineal da amputação abdômino perineal do reto convencional apresenta alto risco de perfura-

ção do espécime e este geralmente apresenta perda da borda distal do mesorreto e margem de ressecção circunferencial muito próxima aos grupamentos musculares esfínterianos. Entretanto esta fase pode ser realizada através de ressecção perineal posterior estendida com intuito de criar espécime cilíndrico e sem perdas. As feridas perineais decorrentes desta técnica são amplas e podem necessitar reconstruções mais elaboradas. Objetivo: relatar caso de reconstrução perineal através da confecção de retalho de músculo grácil após amputação abdômino perineal ampliada. Método: revisão sistemática de prontuário, relato do caso e revisão de literatura. Resultados: ibs, 50 anos, masculino, há 11 meses com dor anal às evacuações, hematoquezia, puxo, tenesmo e perda de 10 kg. O exame proctológico evidenciou lesão vegetante tocável de 2 a 7 cm da borda anal, endurecida, fixa, circunferencial e pérvia ao toque. Colonoscopia confirmou lesão e não identificou lesões sincrônicas e exame histopatológico confirmou tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Após exames de imagem o estadiamento clínico foi ct3n0m0. Paciente encaminhado à neoadjuvância com boa resposta clínica, mas sem alteração do estadiamento clínico pré tratamento. Indica a abordagem multidisciplinar com realização de amputação abdômino perineal do reto pela técnica de holmes com ressecção em bloco dos músculos elevadores do ânus, reto inferior e canal anal com reconstrução perineal através da confecção de retalho de músculo grácil preenchendo assim o defeito perineal de forma satisfatória. Paciente evoluiu sem intercorrências com alta hospitalar no décimo pós operatório, logo após a retirada do dreno perineal. A retirada de pontos ocorreu no vigésimo pós operatório e paciente atualmente com 3 anos de seguimento oncológico e sem intercorrências. A evolução tardia da cicatrização perineal igualmente satisfatória e sem qualquer consequência na performance do membro escolhido para o retalho. Conclusão: o retalho de músculo grácil é método factível na reconstrução perineal quando realizada a cirurgia de amputação abdômino perineal do reto com ressecção perineal posterior ampliada.

#### **PSEUDOMIXOMA PERITONEAL EM DOENTE PORTADOR DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DO CÓLON: RELATO DE CASO.**

LUANA BOSCHETTI ALMEIDA; DANILO TOSHIO KANNO, ROBERTA LAIS SANTOS MENDONÇA, MURILO ROCHA RODRIGUES, PAULA DAPHNE BRISIGUELLI ALMEIDA, RONALDO NONOSE, ENZO F R NASCIMENTO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, SÃO PAULO, BRASIL*

Resumo: O pseudomixoma peritoneal (pmp) é uma doença rara, caracterizada pela presença de coleções líquidas gelatinosas e implantes mucinosos na superfície peritoneal. A maioria dos casos encontra-se associada a neoplasias primitivas do tubo digestivo, particularmente do apêndice vermiforme, ou do ovário. Raramente o pmp pode surgir em decorrência de um adenocarcinoma primitivo do cólon. Objetivo: apresentar um caso de pmp, de grandes proporções, decorrente de um

adenocarcinoma mucinoso localizado no cólon direito, tratado com sucesso pela ressecção cirúrgica. Relato do caso: homem, 50 anos, foi encaminhado ao huf, com quadro de dor abdominal em cólica, localizada no hipogástrio e perda ponderal de 18 kg em 4 meses. Queixava-se de fraqueza intensa e fezes enegrecidas há 2 meses. Ao exame físico: reg, descorado++/+++ , pálido, taquicárdico, hipotenso, com desnutrição proteico-calórica grave. Palpava-se massa endurecida, localizada na fid, com aproximadamente 15 cm de diâmetro, fixa e indolor que ultrapassava a linha média do abdômen em direção a fie. Com hipótese de síndrome consumptiva, anemia por provável neoplasia do cólon direito foi submetido a TC do abdômen que revelou a presença de massa heterogênea com localizada no hipogástrio e fid associada a volumosa ascite septada que ocupava toda a cavidade abdominal. A colonoscopia foi realizada até a junção retossigmoideana, não progredindo a partir de então por compressão extrínseca que impedia a progressão do aparelho. Indicada laparotomia, encontrou-se aproximadamente 6 litros de secreção gelatinosa, septada, de coloração amarelada, que ocupava toda a cavidade abdominal estendendo-se para a pelve. Depois de esvaziada a secreção mucinosa, encontrou-se tumor localizado no cólon ascendente e ceco, com 16 cm de diâmetro, que não comprometia o apêndice vermiforme, mas infiltrava a parede do cólon sigmoide. Optou-se pela realização de colectomia total com linfadenectomia intercavo-aórtica, sepultamento do coto retal e ileostomia terminal. O exame anatomo- patológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma do cólon ascendente, pouco diferenciado, com grande diferenciação mucinosa, infiltrando a parede do cólon sigmoide e tecido peritoneal que possibilita o diagnóstico de pseudomixoma peritoneal. Não detectou-se metástase linfonodal em 12 linfonodos dissecados (pt4n0mx). O doente evoluiu bem, recebendo alta no 6º pós-operatório. No momento encontra-se em tratamento quimioterápico adjuvante (folfox), tendo recuperado 5 kg.

#### **ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO DE APÊNDICE/CÓLON DIREITO.**

MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO; CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ, BRUNO AMARAL MEDEIROS, SIDNEY PEARCE FURTADO, KARINNE AZIN PINHEIRO, JADER ROSAS CARVALHO, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO  
*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

Resumo: Introdução: a endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Acomete mulheres em idade fértil, causando dor e infertilidade. Estima-se prevalência da endometriose de 15% da população feminina. O diagnóstico é eminentemente clínico, por vezes tardio, por baixa suspeição ou não manifestar-se de maneira evidente nos exames rotineiros, como ultrassonografia transvaginal convencional. Ressonância nuclear magnética da pelve e ultrassom transvaginal com mapeamento para endometriose (com preparo de cólon) auxiliam no diagnóstico. Apesar de altas sensibilidade (98,1%) e especificidade

(100%) na detecção das lesões endometrióticas acometendo o retossigmóide, o mapeamento não detecta lesões de órgãos extra-pélvicos (apêndice, ceco, intestino delgado, diafragma, etc.). Pela literatura, 18% das portadoras de endometriose acometendo o retossigmóide podem apresentar acometimento do apêndice cecal e/ou do ceco. Método: análise retrospectiva de prontuários de pacientes operadas, entre agosto de 2012 e junho de 2014 (n = 142) por endometriose infiltrativa profunda com acometimento intestinal. Selecionamos os casos com envolvimento do apêndice e/ou ceco e descrevemos condutas, dados como tempo de internação e taxas de complicações entre outros. Resultados: das 142 pacientes, 16 (11,28%) apresentaram acometimento

Simultâneo do retossigmóide e cólon direito, sendo 8 (5,64%) acometendo apenas o apêndice e 8 (5,64%) acometendo também o ceco. Nas pacientes com acometimento apendicular, foi realizada apendicectomia videolaparoscópica com confecção de bolsa de tabaco. Das 8 pacientes com acometimento cecal, 4 apresentavam envolvimento da válvula íleo-cecal, sendo submetidas a colectomia direita videolaparoscópica. As demais pacientes foram submetidas a tiflectomia utilizando grameador linear laparoscópico. Não houve aumento do tempo de internação hospitalar nem qualquer tipo de complicação associada a esses procedimentos. Discussão: o acometimento do cólon direito na endometriose infiltrativa profunda não é raro, e esse diagnóstico é dado apenas no intra-operatório. O tratamento adequado é a remoção das lesões, dando ênfase a cirurgia mais radical (colectomia direita) no caso de acometimento da válvula íleo-cecal. Por estar sempre associado a outro procedimento de maior porte (retossigmoidectomia), o tratamento da endometriose do cólon direito não acarreta em aumento de tempo de internação.

**ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL - EXPERIÊNCIA E RESULTADOS DO NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ (NEC)**  
BRUNO AMARAL MEDEIROS; CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ, MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO, SIDNEY PEARCE FURTADO, JADER ROSAS CARVALHO, KARINNE AZIN PINHEIRO, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO  
*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

Resumo: Introdução: depósitos endometrióticos intestinais são achados em 6 a 30% das pacientes com endometriose infiltrativa profunda. O acometimento do reto leva à diminuição da qualidade de vida da mulher devido a dor progressiva, dispareunia e outros sintomas gastrointestinais. O exame físico e a avaliação dos sintomas específicos são as ferramentas básicas do diagnóstico. Exames de imagem, como ustv, são importantes para um maior conhecimento da dimensão da lesão. O nec é uma equipe multidisciplinar composto por ginecologistas, cirurgiões, enfermeira, instrumentadora, nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta, com o objetivo de oferecer às pacientes portadoras de endometriose o tratamento preconizado na literatura médica. Objetivo: avaliar os resultados

do tratamento da endometriose profunda com acometimento intestinal. Método: análise retrospectiva do prontuário de 142 pacientes operadas por via laparoscópica entre agosto de 2012 e junho de 2014. Foi avaliada idade, tamanho do nódulo intestinal à ustv, cirurgia realizada, taxa de conversão, complicações e tempo de internação. As pacientes assinaram termo de consentimento informado em consulta prévia à cirurgia. Resultados: a média de idade das pacientes foi de 31,3 (21 a 42) anos. Os nódulos intestinais mediram entre 1,0cm e 9,6cm. 17 pacientes (11,9%) foram submetidas a “shaving”. 5 pacientes (3,52%) foram submetidas a retossigmoidectomia linear. 49 pacientes (34,5%) foram submetidas a ressecção discóide, sendo em dois casos necessário o duplo grameamento devido ao tamanho do nódulo. 70 pacientes (49,3%) foram submetidas a retossigmoidectomia segmentar. Em 1 paciente (0,7%) não foi identificado nódulo intestinal no procedimento. A taxa de conversão foi de 2,11% (3 casos). 1 paciente (0,7%) apresentou perfuração retal durante shaving. 1 paciente (0,7%) apresentou deiscência de anastomose colorretal após retossigmoidectomia segmentar. A média de internação hospitalar foi de 2,26 dias (1 a 6 dias). Discussão: a média de idade das pacientes é compatível a literatura. O tamanho dos nódulos intestinais mostra que foram operadas pacientes com diferentes graus de acometimento da doença, sendo, em sua maioria nódulos de tamanho médio (entre 2 e 4cm). Os casos mais graves, com nódulos maiores, estão relacionados a cirurgias mais agressivas (ressecção segmentar) e maior tempo de internação hospitalar. As taxas de complicação e a média de internação hospitalar são compatíveis com a literatura.

#### **TÉCNICAS CIRÚRGICAS NO TRATAMENTO DAS LESÕES INTESTINAIS DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA**

BRUNO AMARAL MEDEIROS; CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ, MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO, SIDNEY PEARCE FURTADO, JADER ROSAS CARVALHO, KARINNE AZIN PINHEIRO, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, CINTHIA QUEIROZ LIMA  
*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

Resumo: Introdução: a endometriose é uma doença caracterizada pelo crescimento de tecido endometrial em áreas fora da cavidade uterina. A endometriose pode estar restrita a camada serosa ou infiltrativa. O envolvimento intestinal ocorre em 5 a 27% de mulheres com endometriose pélvica e, em 18% das pacientes, lesão de retossigmóide. Podem ser utilizadas, para o tratamento da endometriose infiltrativa profunda com acometimento do retossigmóide, 4 técnicas cirúrgicas: shaving, ressecção discóide (rd), retossigmoidectomia linear (rl) e retossigmoidectomia segmentar (rs). Caso haja lesão do apêndice ou ceco, podem ser realizadas apendicectomia, tiflectomia e/ou colectomia direita laparoscópicas. Shaving consiste na ressecção do tecido endometrial da face anterior do retossigmóide utilizando energia ou dissecação fria. Indicado em lesões não se aprofundam nas camadas da parede intestinal. Não envolve grameamento, mas tem maior taxa de recidiva. Rd

consiste na exérese de uma porção da parede anterior do retossigmoide, em forma de disco, contendo o nódulo endometriótico. Para tal é utilizado grameador circular. Indicada em nódulos medindo até 3cm. Técnica menos agressiva, restrita a lesão única duas, próximas (duplo grampeamento). A rl consiste no uso de grameador linear laparoscópico para retirada de espessura parcial do intestino acometido pela doença, sem comprometer a luz da alça operada. A rs consiste na exérese de porção do retossigmoide. Utiliza-se grameadores Linear e circular. É a técnica que apresenta menor taxa de recidiva, com maior tempo de internação hospitalar e maior risco de complicações. A apendicectomia por vídeo é utilizada no caso de acometimento do apêndice sem comprometer sua base. Utilizamos a técnica clássica, por vídeo, com sepultamento do coto. Lesões envolvendo o ceco, sem envolvimento da válvula íleo-cecal, requerem tiflectomia linear ou em cunha, com grameador linear laparoscópico. O apêndice também é retirado neste procedimento. Nos casos onde há envolvimento da válvula, a colectomia direita por videolaparoscopia é realizada, com anastomose mecânica extra-corpórea. Discussão: as técnicas para tratamento da endometriose profunda com acometimento intestinal são bem variadas em suas indicações e vantagens, devendo a equipe cirúrgica decidir a melhor conduta para o tratamento adequado de cada paciente, tendo em mente a radicalidade da cirurgia e o risco de complicações.

#### **ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL: TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA ABORDAGEM DAS LESÕES COLORRETAIS.**

CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ; BRUNO AMARAL MEDEIROS, MATHEUS TORRES LIMA ARAÚJO, SIDNEY PEARCE FURTADO, KARINNE AZIN PINHEIRO, CINTHIA QUEIROZ LIMA, PEDRO JORGE JOFILLY PINTO, NICOLY MARQUES DE CASTRO  
*NÚCLEO DE ENDOMETRIOSE DO CEARÁ*

Resumo: Introdução: a endometriose é caracterizada pela proliferação de tecido endometrial fora da cavidade uterina. A endometriose pode estar restrita a camada serosa ou infiltrada. Ocorre envolvimento intestinal em 5 a 27% de mulheres com endometriose pélvica, em 18% destas com lesão de retossigmoide. Podem ser utilizadas, para o tratamento da endometriose infiltrativa profunda com acometimento do retossigmoide, 4 técnicas cirúrgicas: shaving, ressecção discóide, retossigmoidectomia linear e retossigmoidectomia segmentar. Quando há acometimento do apêndice ou ceco, realiza-se apendicectomia, tiflectomia ou colectomia direita. Método: serão apresentadas as técnicas citadas, com indicações, material utilizados e aspectos técnicos. Resultados: o shaving consiste na ressecção do tecido endometrial da face anterior do retossigmoide utilizando-se energia ou dissecação fria. Indicado em doenças que não se aprofundam nas camadas da parede intestinal. Técnica menos agressiva, com alta taxa de recidiva. A ressecção discóide consiste na exérese de porção da parede anterior do retossigmoide, contendo o nódulo endometriótico, com o grameador circular. Indicado em nódulos medindo até 3cm. Não pode ser realiza-

da quando a alça encontra-se tortuosa ou com vários focos de lesão. A retossigmoidectomia linear consiste no uso de grameador linear laparoscópico para retirada de espessura parcial do intestino acometido pela doença. Preserva-se o diâmetro da luz da alça. A retossigmoidectomia segmentar consiste na ressecção de segmento do retossigmoide. Utiliza-se grameador linear e circular. Traz menor taxa de recidiva, porém com maior tempo de internação e maior taxa de complicações, devido à anastomose. A apendicectomia por vídeo é realizada caso haja lesão no apêndice cecal, com base viável. Acometido o ceco, sem envolvimento da válvula íleo-cecal, é realizada a tiflectomia (linear ou em cunha, preservando a válvula) com grameador linear laparoscópico. A lesão costuma envolver também a base do apêndice, ressecado em conjunto. Havendo envolvimento da válvula, a colectomia direita por videolaparoscopia é realizada, com anastomose extra-corpórea, com grameador linear convencional de 80mm. Discussão: as técnicas para tratamento da endometriose profunda com acometimento intestinal são variadas, cabendo à equipe cirúrgica decidir a melhor conduta para o tratamento adequado de cada paciente, tendo em mente a agressividade da cirurgia e o risco de complicações.

#### **ANÁLISE DA APOPTOSE E PROLIFERAÇÃO CELULAR NO TECIDO MESENTERIAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN**

CILENE BICCA DIAS; MARCIANE MILANSKI, MARIANA PORTOVEDO, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, ANDRESSA COOPE, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, LUCIANA RODRIGUES MEIRELLES, RAQUEL FRANCO LEAL

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, LABORATÓRIO DE SINALIZAÇÃO CELULAR, DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP).*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn (DC) é uma doença intestinal inflamatória crônica transmural com características muito peculiares como o espessamento do tecido adiposo mesentérico próximo à área intestinal afetada. As características histológicas e moleculares desse tecido, bem como o papel na fisiopatologia da dc ainda não é conhecido. Objetivo e método: avaliar apoptose na mucosa intestinal e tecido mesentérico na dc e em controles. Além disso, avaliar a taxa de proliferação dos adipócitos 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 determinação de apoptose, utilizou-se imunohistoquímica para bax e bcl-2, e imunofluorescência para caspase 3. A proliferação tecidual foi realizada por imunohistoquímica para ki67. 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 expressão de bax (proteína pro-apoptótica) no tecido



intestinal, principalmente, lâmina própria, na dc quando comparado aos controles ( $p < 0,05$ ). Com relação ao tecido mesen- terial, observou-se maior número de adipócitos positivos para bcl-2 (anti-apoptótica) e menor expressão de caspase-3, nos pacientes com dc ( $p < 0,05$ ), quando comparado aos respecti- vos controles. A coloração para ki67 no tecido mesen- terial não evidenciou proliferação dos adipócitos nos grupos estudados. Conclusão: houve diminuição da atividade apoptótica dos adi- pócitos do tecido mesen- terial dos pacientes com dc quando comparado aos controles, com ausência de proliferação. Estes achados podem sugerir a migração de adipócitos maduros pró- ximo à área intestinal afetada pela dc, desempenhando papel de manutenção do processo inflamatório local, uma vez que os adipócitos são capazes de liberar fatores pró-inflamatórios. Projeto financiado pela fapesp (fundação de amparo à pesqui- sa do Estado de São Paulo).

#### EFICÁCIA E SEGURANÇA NO USO DO ADALIMU- MABE PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN

RAQUEL FRANCO LEAL; NIELCE M. PAIVA, MARIA L. S. AYRIZONO, PRISCILA S. P. OLIVEIRA, LUCIA HELE- NA LOURENÇO TOMIATO, DÉBORA H. G. ROSSI, JOÃO J. FAGUNDES, CLÁUDIO S. R. COY

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP

Resumo: Introdução: o tratamento clínico da Doença de Crohn (DC) tem avançado muito com a introdução da terapia bioló- gica. Um dos principais desafios no manejo dessas drogas é a perda de resposta e a ocorrência de efeitos adversos. Objetivo: avaliar a eficácia e segurança do uso do adalimumabe no trata- mento da dc. Casuística e método: entre abril de 2008 e maio de 2014, 105 doentes do ambulatório de DII do gastrocentro-unicamp, foram submetidos a tratamento com adalimumabe e se mantêm em seguimento ambulatorial, sendo a média de idade atual de 39,5 (17–71) anos e 53,3% do sexo feminino. Previa- mente à administração da medicação fez-se triagem ambulatorial para infecções (teste cutâneo de exposição à tuberculose, radiografia de tórax, sorologias para hepatite b, c e hiv). O nú- mero de aplicações variou de 1 a 133, com média de 50,3, sendo o total de 5286 aplicações. Quarenta e nove pacientes estão em uso de adalimumabe há mais de 2 anos, e destes, 25 estão em uso ou utilizaram a droga por mais de 3 anos. Resultados: as in- dicações do adalimumabe com relação ao local de acometimen- to foram: dc perianal em 43 pacientes (40,9%); dc de cólon não- fistulizante em 31 (29,5%); dc de delgado não-fistulizante em 27 (25,7%); dc ileocecal em 5 (4,8%); dc de delgado fistulizante em 3 (2,9%); enteroartropatia em 14 (13,3%); e alto risco para recidiva da dc no pós-operatório em 12 (11,4%). Em 22 pacien- tes (21%) houve mais de um local acometido para a indicação do adalimumabe. Com relação ao uso de infliximabe prévio, 37 haviam utilizado, sendo que 19 haviam desenvolvido reação ad- versiva à droga, 17 apresentaram perda de resposta, mesmo com o escalonamento da dose, e um paciente com difícil acesso ve- noso para administração da droga. Durante o tratamento, 26 pa-

cientes desenvolveram reações adversas ou complicações: 3 in- fecções por herpes cutâneo, 4 reações cutâneas urticariformes, 3 reações psoriáticas, 4 eritema ou dor no local da aplicação, 10 quadros infecciosos (5 urinários e 5 respiratórios), 2 neoplasias. A suspensão foi necessária em 9 (8,6%) pacientes: 5 por perda de resposta, 2 por neoplasia e 2 por reação psoriática. Dos 105 pacientes, 59 estão completamente assintomáticos (56,2%), e os demais (43,8%) estão sintomáticos (evidência de atividade endoscópica e/ou radiológica da doença; de dc perianal em ati- vidade; sintomas articulares). Conclusão: o adalimumabe tem se mostrado medicamento seguro e sua eficácia a longo prazo está de acordo com o verificado na literatura.

#### INGENUITY PATHWAY ANALYSIS IDENTIFICA IL17 E IL1B COMO REGULADORES DO PROCESSO INFLAMA- TÓRIO EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN NÃO RESPONDEDORES A ANTI-TNFA.

RAQUEL FRANCO LEAL; NÚRIA PLANELL, JUAN J LO- ZANO, INGRID ORDÁS, ISABELLA DÓTTI, MARIA CAR- ME MASAMUNT, JULIÁN PANÉS, AZUCENA SALAS.

INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER, HOSPITAL CLÍNIC, BARCELONA

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 en- doscópica nesses pacientes. Entretanto, em longo-prazo, 40% podem não apresentam benefícios sustentados com o uso de anti-tnf $\alpha$ . Objetivo: realizar análise de vias transcricionais envolvidas com a não resposta ao anti-tnf $\alpha$  em biópsias intes- tinais de pacientes com dc. Casuística e Método: cinquenta e cinco pacientes com diagnóstico estabelecido de dc e 24 con- troles saudáveis foram incluídos. Os indivíduos foram agru- pados em duas coortes independentes, sendo uma destinada à análise de vias (ingenuity pathway analysis) e outra para a validação por meio de qpcr. Os dados clínicos e demográficos foram obtidos. Os pacientes com infecções concomitantes fo- ram excluídos. Atividade endoscópica foi definida como cdei  $> 5$  e atividade clínica como cdei  $> 150$ . As biópsias foram ob- tidas 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: cinquenta por cento das vias transcricionais envolvidas na manutenção do processo inflamatório nos pacientes não respondedores a anti-tnf $\alpha$  estiveram relacionadas a il17. Além do transcrito il17a, identificou-se il1b como regulador da inflamação nes- te grupo de pacientes. A validação desses genes por qpcr em uma coorte independente confirmou os resultados. Conclusão: a não resposta ao tratamento com anti-tnf $\alpha$  está associada à regulação da transcrição de um conjunto de genes, dentre eles, il1 $\beta$  e il17a, que possivelmente estão relacionados à ma- nutenção do processo inflamatório endoscópico neste grupo específico de pacientes. Estes achados são importantes para guiar novas terapêuticas nos pacientes que não respondem ao anti-tnf- $\alpha$ .

**EXPRESSÃO TRANSCRIPCIONAL DE IL6 EM PACIENTES NÃO RESPONDADORES A AZATIOPRINA DIFERE DAQUELES NÃO-RESPONDADORES A ANTI-TNFA.**

RAQUEL FRANCO LEAL; NÚRIA PLANELL, JUAN J LOZANO, INGRID ORDÁS, ISABELLA DOTTI, MARIA CARME MASAMUNT, JULIÁN PANÉS, AZUCENA SALAS.  
*INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER, HOSPITAL CLÍNIC, BARCELONA*

Resumo: Introdução: o tratamento medicamentoso na Doença de Crohn se fundamenta principalmente no uso de imunossuppressores e terapia anti-tnf $\alpha$ . No entanto, 40% desses pacientes podem não apresentar benefícios sustentados a longo prazo. Prévias análises por microarray identificaram il6 como o transcrito mais relevante, modulado pela terapêutica anti-tnf $\alpha$ , porém não relacionados à resposta a este medicamento. Objetivo: comparar a expressão de il6 em biópsias intestinais de pacientes com de em uso de anti-tnf- $\alpha$  com aqueles em uso de azatioprina, enfocando aqueles não respondedores a estas medicações. Casuística e método: trinta e sete pacientes com diagnóstico estabelecido de dc e 7 controles saudáveis foram incluídos. A determinação da expressão de il6 foi realizada por meio de qpcr. Utilizou-se a expressão transcripcional de il1b e s100a8 como parâmetro para confirmação da presença de processo inflamatório molecular. 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 cdaí > 150. Os pacientes com azatioprina estavam em uso há pelo menos 4 meses. 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: a expressões de il6, il1b e s100a8 estavam diminuídas nos respondedores à azatioprina utilizada de forma isolada, quando comparadas aos não respondedores a este medicamento, mantendo-se elevadas nos não respondedores. Este resultado diferiu no caso dos pacientes em uso de anti-tnf $\alpha$ , que apresentaram baixos níveis de il6 mesmo nos não respondedores a esta terapia. Conclusão: este grupo de genes, do qual il6 está incluído, foi pela primeira vez descrito na literatura, sugerindo que a sua modulação pode não ser suficiente o bastante para induzir remissão da doença nos não respondedores ao anti-tnf $\alpha$ . Esta característica é específica desta terapia biológica, não ocorrendo naqueles não respondedores à azatioprina.

**AVALIAÇÃO DO ESQUEMA DE IMUNIZAÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

NIELCE MARIA DE PAIVA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA, DÉBORA HELENA ROSSI, MICHEL GARDERE CAMARGO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, RAQUEL FRANCO LEAL  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*

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: 134 de um total de 558 pacientes em seguimento regular no ambulatório de DII foram entrevistados entre março de 2013 a março de 2014 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 134 pacientes, 55,9% são do sexo feminino e 44,1% masculino, sendo a faixa etária média de 49,5 (17-83) anos. 73,9% são portadores de Doença de Crohn, 22,4% retocolite ulcerativa e 3,7% colite indeterminada. Com relação ao tratamento: 38,0% utilizam azatioprina, 15,6% mesalazina, 5,2% sulfassalazina, 2,2% metotrexato, 26,9% adalimumabe, 28,3% infliximabe, 3,7% prednisona e 8,2% não utilizam medicação. Dos 134 pacientes, 68,6% apresentaram carteira de vacina e 31,4% não a possuía. Apenas 1 paciente foi orientado pelo médico da ubc com relação ao esquema vacinal recomendado por ter doença crônica e 48,6% pelo médico assistente do ambulatório de coloproctologia, os outros 50,7% não tinham recebido orientação sobre o item vacinação. Dos 134 pacientes, 31,4% estavam com a vacina dupla-adulto em dia conforme protocolo do pni, 60,4% não estavam com a vacina em dia e 8,2% não se lembravam de seu esquema vacinal. 48,5% nunca tinham tomado vacina da gripe inativada. 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-la antes do início deste tipo de terapêutica.

**PADRONIZAÇÃO TÉCNICA DA COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRA-CORPÓREA**

RODRIGO AMBAR PINTO; 5  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a colectomia direita laparoscópica é um procedimento técnica e oncológicamente seguro. Apesar de não ser a técnica padrão, a anastomose intra-corpórea é segura e exequível, com diversos benefícios em relação à extra-corpórea: menor incisão e melhor local para retirada da peça, menor infecção de ferida operatória e retorno mais precoce do trânsito

intestinal. Objetivo: apresentar vídeo de padronização técnica de colectomia direita laparoscópica com anastomose intra-corpórea relato de caso: paciente de 46 anos, feminina, sem sintomas gastrointestinais. Durante investigação de endometriose, realizou colonoscopia que mostrou em transverso proximal lesão vegetante, medindo 5cm, ocupando 1/3 da luz. Relatório anátomo- patológico revelou adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau. Conforme padronização do serviço, paciente em posição de Lloyd-davies, confecção do pneumoperitônio por agulha de veress em cicatriz umbilical e passagem de 5 trocarerres (11mm umbilical, 12mm hipocôndrio direito e demais de 5mm em fossas ilíacas direita e esquerda e hipocôndrio esquerdo). Realizada ligadura dos vasos íleo-cólicos, cólicos médios e dissecação do cólon direito de sentido medial para lateral, com liberação do ângulo hepático. Realizada secção do íleo terminal e do cólon transverso com echelon™ 60mm carga azul. Após preparo dos cotos, realizada anastomose intra-corpórea íleo-transverso látero-lateral mecânica iso-peristáltica com echelon™ 60mm carga azul. Realizado fechamento do orifício de entrada do grameador com sutura contínua em 2 planos com prolene™ 4-0 e fechamento da brecha mesentérica. Retirada da peça por incisão de pfannenstiel de 6cm. A paciente teve boa evolução pós-operatória, com início da dieta no 1º e alta no 4º dia pós-operatório. No seguimento ambulatorial em 30 dias, não apresentou complicações. Conclusão: a anastomose intra-corpórea pode ser realizada de forma segura e com bom resultado pós-operatório.

#### **COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRA- CORPÓREA E HERNIOPLASTIA INCISIONAL LOMBAR COM TELA INTRA-PERITONEAL**

RODRIGO AMBAR PINTO; 5

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a colectomia direita laparoscópica é procedimento padronizado para lesões neoplásicas do cólon direito. A anastomose intra-corpórea é bem estabelecida e segura, tendo benefício nos pacientes obesos, com retração mesentérica ou por razão estética. Além disso, a lesão pode apresentar-se em topografias não habituais, no caso em questão, no interior do saco herniário. Essas situações podem obrigar o cirurgião a buscar alternativas que tornam o procedimento diferenciado. Objetivo: apresentar vídeo de colectomia direita laparoscópica com anastomose intra-corpórea e hernioplastia incisional lombar em paciente com neoplasia de cólon direito no interior do saco herniário lombar. Caso: 64 anos, feminina, has, irc, pot há 28 anos de adrenalectomia direita aberta. Passou apresentar quadro de anemia, sem foco de sangramento. Hérnia incisional lombar direita ao exame físico. Realizou colonoscopia que mostrou em cólon ascendente lesão vegetante, friável, ocupando 50% da luz. A biopsia mostrou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. O estadiamento não revelou lesões à distância e cea de 9,8. Foi proposta colectomia direita laparoscópica com hernioplastia incisional com

uso d o início do procedimento o conteúdo do saco herniário foi liberado com facilidade. Seguiu-se conforme a sistematização do serviço, com ligadura dos vasos íleo-cólicos e liberação do colon direito de medial para lateral. Após liberação do cólon, realizada secção do íleo distal e colon transverso com echelon™ 60mm carga azul. Nesse momento a peça é acomodada acima do fígado para o preparo da anastomose. Realizada anastomose intra-peritoneal latero-lateral, iso-peristáltica. Realizada liberação parcial do peritônio parietal recobrir as costelas que delimitam o anel herniário. Locada tela sobre o defeito e utilizado o flap de peritônio para cobertura parcial da mesma, fixada com securesrtap™. Retirada da peça por incisão de pfannenstiel. Paciente evoluiu com itu e piora da função renal, controladas após tratamento antibiótico, recebendo alta no 13ºpo. O ap mostrou peça de 23cm de cólon e 5cm de íleo, com lesão de 6cm e margem distal de 5cm. Adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado com margens livres p3bpn0 (0/19). Conclusão: a hernioplastia incisional com tela intra-peritoneal pode ser realizada no mesmo tempo de uma colectomia direita laparoscópica de forma segura e com baixa morbidade peri-operatória.

#### **COMPARAÇÃO DA PROFUNDIDADE DE INVASÃO DE NEOPLASIAS DE RETO MÉDIO E DISTAL ENTRE ULTRASSONOGRAFIA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL E A COLONOSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO DE INAGENS**

RODRIGO AMBAR PINTO; 7

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a avaliação da profundidade de invasão das neoplasias precoces do reto das têm importância essencial na conduta terapêutica do paciente. O ultrassom endorretal (user 3D) pode promover uma avaliação precisa da invasão tumoral na parede retal. Recentemente a colonoscopia com magnificação de imagens e avaliação das criptas surgiu com a proposta de avaliar o grau de invasão de lesões pecoces na luz retal. Objetivo: comparar os achados da user 3D com os da colonoscopia com magnificação de imagem, quanto ao grau de invasão de neoplasias de reto médio e dista, tendo como padrão ouro o anatomopatológico. 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). A profundidade de invasão da lesão na parede retal (t) analisada durante o user 3D foi comparada ao resultado da colonoscopia com magnificação de imagens e padrão de criptas, sendo os resultados de ambos cegos entre si. Os resultados eram comparados ao anatomopatológico da peça cirúrgica obtida após o procedimento. Foram calculados a sensibilidade, especificidade, acurácia, valor preditivo positivo (vpp) e negativo (vpn) para a profundidade de invasão na parede do reto. Resultados: no período de 4 anos foram estudados 21 pacientes, sendo 11 (52,38%) do sexo feminino, com idade média de 60,28 anos. Ambos os exames diagnósticos foram realizados para todos os

pacientes. O user 3D identificou 80,95% dos pacientes como t0, 14,28% t1, 4,76% t2, ao passo que a colonoscopia verificou 85,71% de t0, 14,28% t1. Apenas em 4 exames (19,05%) os resultados não foram concordantes. A concordância entre a colonoscopia e a patologia foi de 80,95% e entre o user 3D e a patologia foi de 66,67%. A sensibilidade da colonoscopia foi de 60%, a especificidade de 100%, a acurácia de 90,47%, o vpp de 100% e vpn 88,88%. Para o user a sensibilidade foi de 40%, a especificidade de 87,5%, a acurácia de 76,19%, o vpp de 50% e o vpn de 82,35%. Conclusão: a colonoscopia de magnificação apresenta maior concordância com a patologia para a profundidade de invasão de neoplasias precoces do reto. Os resultados iniciais, no entanto, precisam ser comprovados com maior número de pacientes em estudos posteriores.

#### **CONCORDÂNCIA ENTRE ULTRASSONOGRRAFIA ENDORRETAL TRIDIMENSIONAL E ANATOMOPATOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA DE RETO MÉDIO E DISTAL NÃO SUBMETIDOS À NEOADJUVÂNCIA**

RODRIGO AMBAR PINTO; 7

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: o adequado estadiamento oncológico das neoplasias 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) pode promover uma avaliação precisa da invasão tumoral na parede retal e do acometimento linfonodal. Objetivo: correlacionar os achados da user 3D com 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 linfonodos (n) foram analisados durante o user 3D, sendo comparados com o anatomopatológico da peça cirúrgica obtida após o procedimento. Para correlação das variáveis qualitativas ordinais t e n, foi utilizado o índice de concordância gamma, que varia de -1 a 1 e valores próximos a 1 indicam melhor concordância entre duas variáveis. Foram calculados a sensibilidade, especificidade, acurácia, valor preditivo positivo (vpp) e negativo (vpn) para as variáveis em questão. Resultados: no período de 4 anos foram estudados 43 pacientes, sendo 26 (60,46%) do sexo feminino, com idade média de 63,79 anos, submetidos a ressecção transanal (25) e retossigmoidectomia (18). O user 3D foi realizado em todos os pacientes, sendo a profundidade de invasão dividida de t0 a t4. O user 3D identificou 47,62% dos pacientes como t0, 26,19% t1, 16,67% t2, 7,14 t3 e 2,38 t4, ao passo que o anatomopatológico verificou 53,66% de t0, 17,07% t1, 19,51% t2, 4,88% t3 e 4,88% t4. O fator gamma de t entre o user 3D e a patologia foi de 0,86 (ic95% 0,71-1). A sensibilidade de t foi

de 89,29%, a especificidade de 66,67%, a acurácia de 82,5%, o vpp de 86,21% e vpn 72,73%. Dos 18 pacientes submetidos à retossigmoidectomia a concordância de n foi 100%, porém com grandes variações estatísticas, chegando ic95% a 37,96% a 100%. 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. Quanto ao acometimento linfonodal, apesar de concordância adequada o baixo número de pacientes não permite conclusões concretas.

#### **COLECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ÍLEO-RETO ANASTOMOSE EM PACIENTE COM POLIPOSE COLÔNICA, NEOPLASIA DE SIGMOIDE E VÍCIO DE ROTAÇÃO INTESTINAL**

MURILO PONCE; 4

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: alterações anatômicas do cólon como um vício de rotação intestinal, podem gerar desafios ao cirurgião que tornam o procedimento diferenciado. Objetivo: apresentar vídeo de colectomia total laparoscópica em paciente com neoplasia de cólon esquerdo com vício de rotação intestinal. Caso: 58 anos, feminina, has, realiza colonoscopia que evidencia múltiplos pólipos ao longo do cólon, e lesão ulcero-infiltrativa, de 4cm, acometendo 50% da luz em sigmóide proximal, e reto sem pólipos. Realizada biópsias e tatuagem com nanquim. O ap mostrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. O estadiamento não mostrou lesões à distância. Nas imagens ficou evidenciado vício de rotação intestinal com alças delgadas localizadas no hemiabdomen direito e ceco no meso/hipogástrico. Foi proposta colectomia total laparoscópica com íleo-reto anastomose. Procedimento: pela dificuldade na abordagem medial habitual dos cólons, foi optado inicialmente abordagem lateral. Iniciou-se liberação lateral com mobilização do cólon esquerdo. A seguir abordou-se o cólon esquerdo e sigmóide medialmente com ligadura dos vasos mesentéricos inferiores. O cólon transverso foi abordado posteriormente por descolamento intercolo-epilóico e seguido da ligadura de artéria e veia cólica média. Em seguida, por via lateral, o cólon direito foi liberado e realizada ligadura dos vasos íleo-cólicos. Após mobilização total do cólon, foi utilizado echelon™ 60mm carga azul para secção do reto na altura do promontório. Retirada da peça por incisão de pfannenstiel, seguido de anastomose colorretal término-terminal intra-corpórea com cdh™ 29mm. Paciente evoluiu com íleo prolongado, resolvido com tratamento clínico, recebendo alta no 11º po. O ap mostrou peça de 95cm, com adenoma serrilhado com displasia de baixo grau em cólon ascendente, adenoma com displasia de baixo grau em cólon esquerdo e lesão de 2cm ulcero-infiltrativa em cólon descendente, com margem distal de 23cm. A microscopia revelou adenocarcinoma, sem acometimento linfonodal, pt3pn0 (0/13). Conclusão: apesar de desafiadora, a colectomia total laparoscópica pode ser realizada com segurança em pacientes com alterações anatômicas.

**LINFOMA MALT DE RETO - REGRESSÃO COMPLETA APÓS A QUIMIOTERAPIA R-CHOP: RELATO DE CASO**  
MATHEUS DE OLIVEIRA RANGEL; ENILTON MONTEIRO MACHADO; MARCOS JOSÉ QUINTANILHA RODRIGUES; ANNA PAULA WAKED; ANDRESSA COSTA PAES; VITOR RAMOS MUSSI NETO.

*HOSPITAL ESCOLA ÁLVARO ALVIM*

Resumo: Objetivo: Os linfomas do tecido linfóide associado à mucosa (malt) são linfomas não hodgkin de células b que podem aparecer em várias áreas extras nodais, ocorrendo mais freqüente no estômago. A apresentação, principalmente no reto é particularmente rara, tendo poucos relatos na literatura. Por causa da sua raridade, não há consenso sobre a melhor forma de tratamento. Esta é uma descrição de uma paciente com linfoma malt de reto e sua resposta ao tratamento quimioterápico r-chop (rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona). Método: estudo escrito na forma de relato de caso. Resultados: paciente do sexo feminino aos 55 anos com quadro de hematoquezia e tenesmo de início há 4 anos. Apresentava história de câncer de mama tratado cirurgicamente e com quimioterapia há 7 anos. Após investigação, foi diagnosticado linfoma malt de reto classificado como estágio II pela classificação de Ann Arbor. A paciente recebeu oito ciclos de quimioterapia do protocolo r-chop evoluindo com redução tumoral completa. Conclusão: tendo como ponto de partida o aspecto raro do linfoma malt primário de reto, e a ausência de consenso sobre o tratamento ideal, observou-se por meio do presente processo que o tratamento com quimioterapia com o protocolo r-chop oferece uma possibilidade de alcançar a remissão completa de forma eficaz e segura.

**PNEUMOPATIA ASSOCIADA À DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: RELATO DE CASO**

ENILTON MONTEIRO MACHADO; MARCOS JOSÉ QUINTANILHA RODRIGUES; MATHEUS DE OLIVEIRA RANGEL; ANNA PAULA WAKED; VITOR RAMOS MUSSI NETO; ANDRESSA COSTA PAES.

*HOSPITAL ESCOLA ÁLVARO ALVIM*

Resumo: Objetivo: Doença de Crohn e colite ulcerativa são condições inflamatórias caracterizadas por períodos de recaída sintomática e remissão. A causa da doença inflamatória do intestino é desconhecida, mas acredita-se ser causada por uma combinação de fatores ambientais, genéticos, imunológicos e em que uma resposta imunitária descontrolada dentro da mucosa intestinal causa a inflamação em indivíduos geneticamente predispostos. Este artigo descreve um caso de um paciente jovem do sexo masculino com colite ulcerativa apresentando uma manifestação extra-intestinal pulmonar rara e sua resposta aos imunobiológicos. Método: estudo escrito na forma de relato de caso. Resultados: Paciente do sexo masculino aos 22 anos, em tratamento para a colite ulcerativa há 2 anos queixando-se de dispnéia progressiva há 1 ano, inicialmente, acompanhada de tosse produtiva e febre intermitente e exacerbação associada à colite ulcerativa. Apresentou controle dos sintomas com mesalazina e prednisona, mas o quadro

pulmonar voltou quando o tratamento foi interrompido. Em seguida, o paciente foi submetido à tomografia computadorizada (TC) de tórax que mostrou vários micronódulos pulmonares com distribuição centrolobular (aspecto “brotamento árvore”) e sinais de bronquiopatia em atividade. O resultado da biópsia pulmonar guiada por TC mostrou lesão inflamatória das pequenas vias aéreas (bronquiolite crônica) compatível com pneumonia associada à doença inflamatória intestinal. Após cinco meses da introdução de adalimumab, suspensão da mesalazina e redução da corticoterapia, houve melhora progressiva dos sintomas respiratórios e os parâmetros da espirometria. Conclusão: este é um caso raro de manifestação extra-intestinal pulmonar associada a colite ulcerativa tratado com imunobiológico com melhora significativa dos sintomas confirmando a indicação desta droga em estágio avançado da doença inflamatória intestinal.

**CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE CECAL – RELATO DE CASO**

EDUARDO AUGUSTO LOPES; LARA BURLAMAQUI VERAS, LAÉRCIO ROBLES, ROGÉRIO FREITAS, HUGO HENRIQUES, ALEXANDER ROLIM, ÂNGELO CECCHINI, ISAAC NETO

*HOSPITAL SANTA MARCELINA*

Resumo: Introdução: mucocèle do apêndice é uma dilatação obstrutiva devido o acúmulo intraluminal de material mucóide. Incidência varia de 0,2 a 0,3% após apendicectomias, 0,2-0,5% dos tumores do trato gastrointestinal e 1% das neoplasias colorretais. Relato de caso: paciente feminina, 44 anos, com dor em fossa ilíaca direita há 7 dias. História familiar negativa para neoplasia. No exame físico apresentava dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita. Os exames complementares apresentaram leucocitose. Foi indicada laparotomia devido suspeita de apendicite aguda. No intraoperatório havia pequena quantidade de líquido livre e apêndice cecal aumentado. Não evidenciado material mucinoso na cavidade abdominal. Realizada apendicectomia pela técnica de oschner. Evoluiu sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. O anatomopatológico evidenciou cistoadenoma mucinoso com apendicite aguda purulenta e margem de implantação livre. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial. As mucocèles podem ser causadas por um dos processos: cistos de retenção, hiperplasia mucosa, cistoadenoma e cistoadenocarcinoma. Discussão: cistoadenomas são neoplasias benignas definidas como dilatações do apêndice preenchidas por material mucinoso. Os princípios da cirurgia incluem ressecção do apêndice e mesoapêndice, exames de coleta e citológicos do muco intraperitoneal e inspeção da base do apêndice. A hemicolectomia ou colectomia parcial direita, nos casos de margem positiva na base do apêndice ou linfonodos periapendiculares positivos. A complicação mais temida é o pseudomixoma peritoneal, em que partes difusas de um líquido gelatinoso estão associadas aos implantes mucinosos nas superfícies peritoneais e omento. Conclusão: a mucocèle do apêndice deve fazer parte do diagnóstico diferencial em quadro sugestivo de apendicite aguda e

é de fundamental relevância ter conhecimento das suas indicações e técnicas cirúrgicas para maior benefício do paciente e prevenir suas complicações.

#### **VOLVO DE CÓLON SIGMÓIDE NUM PACIENTE COM MEGACÓLON CHAGÁSICO: RELATO DE CASO**

LUANA DE MOURA BRITO CARDOSO; ANA LUISA DE ARÊA LEÃO ALVES, KLEBER COELHO DE MORAES RICCIARD, PAULO CELSO BRACKMANN JÚNIOR  
*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

Resumo: Introdução: o volvo é a torção do intestino sobre seu mesentério, sendo este a complicação mais grave do megacólon chagásico. Objetivo: o objetivo deste trabalho é relatar um caso de um paciente portador de doença de chagas que evoluiu com volvo de cólon sigmoide. Metodologia: coleta de dados da paciente através do prontuário informatizado, obtenção de imagens de tomografia computadorizada, revisão do tema em tratados de coloproctologia e de infectologia. Resultados: o paciente era constipado crônico e procurou atendimento médico na emergência com quadro clínico de dois dias de evolução de dor e distensão abdominal bem como parada de eliminação de gases e fezes. Na sua historia psicossocial morou por cerca de 13 anos em manaus/am em serviço militar onde fazia consumo frequente de açaí. Nega ter sido picado pelo triatomíneo. Teve volvo reduzido inicialmente através da introdução de retossigmoidoscópio rígido e sonda retal, porém recidivou e foi submetido a tratamento cirúrgico. Conclusões: a doença de chagas persiste como problema de saúde pública e o megacólon chagásico ainda é relativamente frequente no Brasil e já foi uma das doenças cirúrgicas mais comuns, é mais frequente nos homens e o pico de incidência esta entre 40 e 50 anos.

#### **NÃO-ROTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO**

LUANA DE MOURA BRITO CARDOSO; ANA LUISA DE ARÊA LEÃO ALVES, ANDRÉA DA COSTA VELOSO, DANIÉLA ALCÂNTARA DOS SANTOS  
*HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS*

Resumo: Introdução: a não-rotação intestinal é uma condição em que o intestino médio retorna a cavidade peritoneal sem que ocorra o processo de rotação e por consequência, todo o intestino delgado se localiza no lado direito do abdômen e, todo o cólon no lado esquerdo. Objetivo: o objetivo deste trabalho é relatar um caso de não rotação do intestino médio. Metodologia: coleta de dados da paciente através do prontuário informatizado, obtenção de imagens de tomografia computadorizada, revisão do tema em tratados e em revistas científicas. Resultados: a paciente em princípio seria submetida a ileocelectomia direita videolaparoscópica para tratamento cirúrgico de um blastoma de cólon ascendente. Entretanto, ao inventário laparoscópico houve dificuldade de identificar a anatomia típica de moldura do cólon. Optou-se então por conversão para cirurgia convencional e, ao inventário da cavidade foi possível identificar a não-rotação intestinal. Conclusões: o diagnóstico radiológico da não-rotação é difícil, logo, a propedêutica requer laparoscopia ou laparotomia exploradora para confirmar o diagnóstico.

#### **TRÊS ESTOMAS NA ERA DO REPARO PRIMÁRIO**

THAIS YUKA TAKAHASHI; 6  
*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO*

Resumo: A tendência no manejo das lesões colônicas penetrantes tem sido amplamente discutida nos últimos anos devido a morbidade e mortalidade tanto do seu tratamento quanto de suas complicações. As principais opções cirúrgicas incluem o reparo primário, com sutura simples ou ressecção com anastomose, ou confecção de colostomia. A primeira opção descrita tem a vantagem de ser realizada em tempo único, reduzindo os custos de hospitalização. Por outro lado, a possibilidade de deiscência anastomótica e sua mortalidade, tornam a colostomia uma alternativa atraente. Nesse artigo, mostramos o caso de um homem que sofreu trauma abdominal penetrante, sendo submetido a sucessivas intervenções cirúrgicas, chegando ao nosso serviço com três estomas para reconstrução de transito intestinal.

#### **RETOCELE POSTERIOR PÓS SACRECTOMIA**

THAIS YUKA TAKAHASHI; 6  
*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: retocele é uma projeção sacular anormal da parede retal, podendo ser anterior ou posterior. A forma anterior é comumente encontrada em mulheres, especialmente idosas e múltiparas. A forma posterior é rara, existindo apenas relatos de casos. Especula-se que sua etiologia esteja na disfunção dos músculos elevadores do ânus com consequente perda da sustentação da parede retal. Relato do caso: homem, 53 anos, com queixa de constipação há 10 meses, coincidente com ressecção sacral de s3, s4 e cóccix por cordoma sacrococcígeo. Queixava-se de abaulamento perineal posterior ao esforço evacuatório, devendo realizar apoio perineal manual para êxito no esvaziamento retal. Ao exame físico, observava-se cicatriz transversa na região sacral e abaulamento posterior à manobra de valsalva com descendo do perineal significativo. Na defecografia, notava-se hérnia sacrococcígea com retocele posterior e não houve esvaziamento do conteúdo retal. Indicado tratamento cirúrgico com colocação de tela de polipropileno pré sacral com acesso pela mesma incisão prévia. Apresentou disfunção vesical e erétil até o oitavo mês pós-operatório. Atualmente, após um ano, paciente melhorou padrão evacuatório sem necessidade de apoio perineal. Considerações finais: a correção da retocele posterior deve ser individualizada com base na doença de base, pois devido a sua raridade, não existe técnica cirúrgica definida para seu tratamento.

#### **TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO**

GUSTAVO BOTECA DE SOUZA; MACHADO VF, ZANNIN CV, CANTÃO CAB, FEITOSA MR,  
*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: os tumores estromais gastrointestinais (gist) são oriundos das células de cajal são tumores raros do

tubo digestivo, sendo mais comuns em adultos acima dos 40 anos. Podem estar presentes em qualquer local do trato digestivo, sendo mais encontrados no estomago. Cólon e reto respondem por menos de 5% dos casos. Dentre as neoplasias de reto, representam menos de 0,1% dentre todos os tipos histológicos relatados. Por definição, estes tumores são c-kit positivos. A classificação de malignidade dos gist depende de sua localização, tamanho e índice mitótico. A localização e o tamanho do gist de reto têm impacto no tipo de ressecção a ser realizada. Quando a ressecção cirúrgica não é possível, imatinibe é o tratamento de escolha. São relatados 3 casos. O primeiro, homem 55 anos, referindo esforço evacuatório e tenesmo. Toque retal e colonoscopia evidenciando lesão extrínseca a 3 cm da borda anal posterior à direita com 10 cm de extensão, rnm pelve confirmando localização pré-sacral, submetido à retossigmoidectomia abdominal (rsa) e exérese da massa. O segundo paciente, homem, 50 anos, queixando proctalgia e hematoquezia. Toque retal mostrando massa extrínseca a 3 cm da borda anal até 8 cm, posterior; submetido à rsa e à colostomia protetora. O terceiro caso trata-se de homem, 57 anos, relatando dificuldade evacuatória progressiva com tratamento prévio sem sucesso com imatinibe. Toque retal revelou lesão anterior extrínseca com 3 cm de extensão a 3 cm da borda anal. Feita ressecção transanal da lesão com sucesso. Conclusão: os gist de reto são tumores pouco comuns, apresentam quadro clínico variado e o tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica, que pode ser realizada via abdominal clássica ou transanal. O tratamento com imatinibe pode ser utilizado em casos selecionados.

#### **FÍSTULA NEOVAGINA-RETAL EM PACIENTE TRANSSEXUAL APÓS CIRURGIA DE ADEQUAÇÃO DE GENTÁLIA**

VANESSA FORESTO MACHADO; SOUZA GB, ZANNIN CV, RIBEIRO MF, CANTÃO CAB, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O

DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Resumo: A cirurgia de adequação genital é indicada no tratamento de disforia de gênero. Acredita-se que a incidência seja em torno de 1:60.000 e a “male-to- female” é quatro vezes mais comum do que o contrário. Uma das complicações mais traumáticas é o desenvolvimento de uma fistula entre o reto e a neovagina. Relato de caso: homem de 35 anos com história de disforia de gênero desde os 6 anos. Em 2004 foi submetido à cirurgia de adequação genital e desde então usa diariamente dilatador vaginal. Refere uma única relação sexual após a cirurgia. Há cerca de 6 meses, notou saída de fezes na ponta do dilatador e de gases pela neovagina. Exame físico: vagina estreita e pouco distensível, com orifício fistuloso de 0,5 cm no seu ápice (6 cm do introito vaginal) com presença de fezes. Toque retal: presença de orifício anterior de 0,5 cm, a 6,0 cm da borda anal. A ressonância magnética mostrou orifício fistuloso entre o reto e a neovagina. Realizada a correção da fistula

com avanço mucoso no reto e fechamento primário da parede vaginal. Paciente não apresentou mais queixas de saída de gás pela neovagina. Um mês após a cirurgia houve cicatrização completa. Paciente não teve relação sexual nem fez uso do dilatador. Discussão: comum a todas as técnicas de cirurgia de adequação genital é a vaginoplastia, que é a criação de uma cavidade no períneo entre o reto e a próstata. A etiologia da maioria das fistulas ainda é obscura. Muitas vezes, já durante a cirurgia é visualizada uma lesão no reto que é reparada primariamente, porém a maioria das fistulas resulta do mau uso do dilatador vaginal. É discutível que um reto íntegro é dificilmente perfurado por um dilatador rombo que está sendo manipulado pelo próprio paciente. Por isso, acredita-se que tais fistulas sejam secundárias à isquemia da parede do reto após o procedimento cirúrgico. Durante a vaginoplastia, pode haver estiramento de ramos arteriais o que resulta em uma área de isquemia na parede anterior do reto, que pode perfurar durante a manipulação do dilatador. Aproximadamente 50% das fistulas se fecham espontaneamente e 50% necessitam de nova cirurgia para correção. Em casos difíceis, a reversão da cirurgia pode ser necessária. É descrita a necessidade de colostomia em alguns casos. Conclusão: os autores discutiram esse caso pelo fato dessa cirurgia ser pouco freqüente no nosso país e o tratamento das complicações podem chegar ao proctologista para resolução.

#### **CÂNCER METASTÁTICO ABDOMINAL DE SÍTIO PRIMÁRIO OCULTO. RELATO DE CASO**

ENRICO SFOGGIA; SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, MOTTA BZ, CANTÃO ABC, ROCHA JJR, FÉRES O  
DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Resumo: Introdução: a neoplasia de sítio primário oculto (cpo) é definida pelo diagnóstico anatomopatológico de câncer metastático no qual a anamnese, exame físico, exames de imagem e até cirurgia são incapazes de determinar o foco primário da neoplasia. No decorrer da investigação, 25% dos casos permanecem indeterminados, mesmo após a biópsia da lesão. De acordo com dados da fundação oncocentro do estado de são paulo, de 2000 a 2004, o cpo corresponde a 7,3% dos casos de câncer em mulheres e 6,2% em homens. A investigação do sítio primário dessas lesões deve seguir anamnese e exame físico, exames laboratoriais e de imagem, e biópsia das lesões. Testes imunohistoquímicos têm auxiliado no diagnóstico. Relato de caso: homem de 59 anos procurou atendimento hospitalar por fraqueza e mal estar. Negava alteração de hábito intestinal ou sangramentos. Apresentou emagrecimento recente importante, sem antecedentes de tabagismo ou etilismo e sem comorbidades associadas. Apresentava história de neoplasia gastrointestinal na família. Estava pálido e com anemia que necessitou transfusão de concentrado de hemácias. À consulta em nosso serviço, apresentava massa palpável, móvel, de aproximadamente 15 cm de diâmetro em mesogástrio, ainda pálido e anêmico e foi internado para compensação clínica e

investigação complementar. A tomografia abdominal revelou massa em topografia de cólon transversal com acometimento circunferencial, sem sinais de doença metastática à distância. O exame colonoscópico não mostrou lesão tumoral em cólon transversal, sendo encontrado apenas um pólipó que foi ressecado. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Indicado laparotomia exploradora, onde foi achado massa tumoral envolvendo mesentério, alças de intestino delgado e cólon transversal. Realizou-se ressecção em bloco da peça e duas anastomoses, êntero-entérica e colo-cólica, ambas látero-laterais e com duplo grampeamento. Na avaliação macroscópica da peça cirúrgica foi visto que o tumor não tinha acometimento da mucosa do cólon e do intestino delgado. O exame anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma metastático, sem definição de sítio primário, mesmo após imuno-histoquímica. Na revisão complementar da patologia, havia indícios de neoplasia de linhagem epitelial, sugerindo adenocarcinoma do trato gastrointestinal. Conclusão: os autores alertam quanto ao procedimento cirúrgico de ressecção de lesões tumorais, independente da confirmação do sítio primário pelo patologista.

#### **ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA À INSTILAÇÃO ENDOLUMINAL DE FORMALDEÍDO DURANTE ENTEROCLISMA. RELATO DE CASO**

CHRISTIANO VARELLA ZANIN; SOUZA GB, MACHADO VF, MOTTA BZ, CANTÃO CAB, SFOGGIA E, ROCHA JJR, FÉRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução. A estenose colônica pode ser secundária a várias condições: ressecção e anastomose, diverticulite, colite, isquemia, tumores e radioterapia. A formalina 4% é utilizada em casos selecionados de retite actínica hemorrágica. Em concentrações maiores pode ser nocivo causando lesão da mucosa, isquemia e perfuração do cólon na fase aguda ou cicatrização com estenose na fase tardia. Relato de caso. Mulher de 48 anos com constipação intestinal crônica foi submetida à lavagem intestinal e houve erro da equipe de enfermagem que instilou formaldeído ao invés de solução glicerinada em outro serviço. Evoluiu com abdome agudo perfurativo e necessidade de laparotomia exploradora onde se encontrou necrose e perfuração do ceco. Realizado ileotiflectomia com ileostomia terminal e sepultamento de cólon transversal. Foi encaminhada ao nosso serviço para reconstituição do trânsito intestinal. Ao exame proctológico apresentava estenose a 8 cm da borda anal, confirmado pelo enema-opaco e colonoscopia. Na tentativa de reconstrução do trânsito intestinal identificou-se estenose completa do cólon remanescente, sendo realizado colectomia total, mantendo-se a ileostomia terminal. O coto de reto remanescente era fibrosado. O estudo anatomopatológico identificou segmentos de intestino grosso com estenose luminal por fibrose cicatricial de mucosa e submucosa e colite crônica erosiva e inespecífica (estenose colônica secundária a injúria química). Discussão. A constipação intestinal

é uma afecção comum. Muitos pacientes acabam necessitando de procedimentos invasivos (enteroclisma, esvaziamento de fecaloma). Neste caso, o uso inadvertido de formaldeído durante enteroclisma levou a complicações, com piora significativa na qualidade de vida. Não encontramos na literatura outros relatos de estenose colônica causada por instilação endoluminal com formaldeído. Injúrias térmicas do trato gastrointestinal são raras, mas há relato de instilação de água quente por colostomia causando queimadura da mucosa e estenose subsequente. Conclusão: salientamos a necessidade de maiores cuidados no armazenamento e identificação de substâncias perigosas nas unidades de saúde e formação técnica adequada dos agentes de saúde para a realização destes procedimentos.

#### **ENDOMETRIOSE COLÔNICA SIMULANDO NEOPLASIA OBSTRUTIVA DO SIGMÓIDE**

BRUNO ZENE MOTTA; SFOGGIA E, FEITOSA MR, MACHADO VF, SOUZA GB, ZANNIN CV, ROCHA JJR, FÉRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a endometriose é uma doença que pode se manifestar de formas variadas e em diferentes órgãos. Há descrição de acometimento do tubo digestivo em até 50% dos casos sendo a região colorretal a mais prevalente. Menos de 10% necessitarão de ressecção intestinal. Os autores apresentam um caso que se manifestou como abdome agudo obstrutivo, com exames e avaliação intra-operatória sugestivos de neoplasia obstrutiva do sigmóide. A análise histopatológica da peça cirúrgica evidenciou endometriose estenosante. Relato de caso: mulher, 40 anos, com história de 7 dias de dor abdominal difusa, náuseas, vômitos, parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico taquicárdica, normotensa, abdome com grande distensão, timpânico e sem peritonismo. Toque retal sem anormalidades. A tomografia computadorizada mostrou massa obstrutiva em fossa ilíaca esquerda com grande dilatação do cólon. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora com achado de massa estenosante de sigmóide, com dilatação importante e isquemia parcial do ceco, sem perfuração. Realizada colectomia subtotal com fechamento do coto retal e ileostomia terminal. O anátomo-patológico evidenciou endometriose com obstrução completa do sigmóide. Discussão: a endometriose atinge mulheres no período fértil, entre 30 e 40 anos. Geralmente, acomete trompas, ovários e peritônio adjacente podendo se estender para o sistema digestivo, urinário, osteomuscular entre outros. A tríade clássica da endometriose (dismenorréia, dispáreunia e infertilidade) muitas vezes não está presente no acometimento intestinal e sintomas como hematoquezia, dor abdominal e alteração do hábito intestinal podem surgir, principalmente quando há acometimento da mucosa. A colonoscopia e o enema opaco podem ajudar no diagnóstico quando existe acometimento de mucosa ou compressão extrínseca. A ressonância magnética é o exame de imagem mais utilizado para o diagnóstico. Não



existe tratamento uniforme para a endometriose colorretal; as opções medicamentosa e cirúrgica utilizadas a depender do quadro clínico e perfil do paciente. Conclusão: quando a doença se apresenta com abdome agudo obstrutivo a intervenção cirúrgica de urgência se torna mandatória, sendo que, na maior parte dos casos, o diagnóstico final de endometriose só será confirmado na análise histopatológica da lesão, haja vista a sintomatologia inespecífica e semelhança macroscópica com neoplasias.

#### **ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA À INSTILAÇÃO ENDOLUMINAL DE FORMALDEÍDO DURANTE ENTEROCLISMA. RELATO DE CASO**

CASSIO ALFRED B CANTÃO; SOUZA GB, MACHADO VF, ZANNIN CV, SFOGGIA E, MOTTA BZ, ROCHA JJR, FÊRES O.

*DIVISÃO DE COLOPROCTOLOGIA DO DEPTO. DE CIRURGIA E ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: os tumores neuroendócrinos de intestino delgado (tnid) são raros, com incidência que varia de 0,32 a 1,12 /100000. Necropsias mostram que estes valores são mais altos, se apresentando principalmente nos estádios mais iniciais (1.22/100). O prognóstico é melhor que em outras neoplasias e depende principalmente do estadiamento tnm e do sistema de gradação pelo índice de ki-67. Metástases são encontradas em 30% dos casos. Os locais mais acometidos são fígado, pulmão e ossos, respectivamente. O tratamento cirúrgico é prioritário, mesmo em casos avançados, pois diminui a chance de complicações locais, como obstrução e isquemia, e aumenta a sobrevida. O tratamento adjuvante é indicado em casos de doença disseminada, sendo possível o uso de radioterapia, quimioterapia e interferon alfa. Os derivados de somatostatina também têm destacada importância, sendo octreotida e o lanreotida, os mais usados. Caso: homem, 48 anos, queixa de cervicálgia há 3 anos, evolui com parestesia e diminuição de força motora em membros, ascendente e progressiva há 5 meses. Em investigação realizou rnm de coluna cervical, com achado de massa e fratura patológica em c5. Realizada corpectomia da mesma, com descompressão cervical e artrodese. O anatomopatológico evidenciou carcinoma neuroendócrino metastático, sugerindo foco primário em trato gastrointestinal. Níveis urinários de 5-hiaa de 1130 (normal até 14). A colonoscopia evidenciou lesão vegetante em íleo distal, próximo à válvula, que era um carcinoma neuroendócrino de padrão Intermediário. Foi submetido à ileotiflectomia com achado de lesão polipoide de 1,5 cm de diâmetro em íleo terminal. O anátomo-patológico evidenciou carcinoma neuroendócrino bem diferenciado, t4n1m1, ki67/mib1 positivo em 3% das células (g2). Em seguimento, nega queixas neurológicas, apenas cervicálgia esporádica. Octreoscan mostrou lesões metastáticas em fígado, pulmão e em linfonodos torácicos. Tratamento atual com octreotida. Discussão e conclusão: o tnid é uma entidade de difícil diagnóstico e que na maioria dos casos é descoberto tardiamente, principalmente devido à sua baixa

incidência, o que leva a um baixo grau de suspeição, e à sua sintomatologia escassa e multiforme. No entanto, assim que feito o diagnóstico, devem ser feitos todos os esforços para o início rápido da terapêutica, com o intuito do controle da sintomatologia, visando uma melhora na qualidade de vida, a prevenção de complicações e o aumento da sobrevida.

#### **RETOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA COM TELA DE POLIPROPILENO DE BAIXA DENSIDADE PROTEGIDA (PHYSIOMESH®) - RELATO DE CASO**

NATÁLIA DE CASTRO VICENTE; ALESSANDRA CINTRA AMARAL, VICTOR CARDILLO NETO, LEONARDO MACHADO DE CASTRO, RICARDO GARCIA JUNIO, GABRIELA SANTOS, PAULO CESAR CASTRO, CESAR DE PAIVA BARROS

*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA*

Resumo: A procidência ou prolapso total é uma protrusão de todas as camadas do reto através do orifício anal. É mais frequente em mulheres com mais de 60 anos, tendo como principal causa hipotonia esfínteriana, porém nos adultos o prolapso também pode ocorrer devido a um esforço intenso para evacuar. O tratamento da procidência retal é cirúrgico, podendo ser por via perineal ou via abdominal. A escolha do procedimento a ser utilizado é discutível, já que nenhuma técnica é completamente eficaz. A abordagem abdominal é preferível para pacientes jovens saudáveis, pois estes toleram melhor o risco anestésico cirúrgico. Devido a menor taxa de recidiva essas técnicas têm sido preferidas em detrimento das perineais. M.C. 23 anos, sexo masculino, com história de prolapso retal há 10 anos. Nega comorbidades. Foi submetido a múltiplas cirurgias para a correção de prolapso retal. No exame proctológico apresentava orifício anal entreaberto; na inspeção dinâmica apresentava exteriorização de todas as camadas do reto e ao toque retal esfínter hipotônico, pérvio para mais que uma polpa digital. Realizado preparo intestinal retrógrado. Paciente submetido a sacropromontofixação laparoscópica com colocação de tela de polipropileno de baixa densidade protegida (physiomesh®) em “v”. A tela foi fixada na parede anterior do reto dissecado, tracionado, e as pontas fixadas no promontório com securestrap, após tração do mesmo. Paciente evoluiu bem no pós operatório, obtendo alta hospitalar após 48h do procedimento cirúrgico. No momento, 3 meses após a cirurgia, paciente nega nova recidiva do prolapso.

#### **ANÁLISE ENDOSCÓPICA DAS LESÕES SERRILHADAS COLORRETAIS**

PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA; RITA BARBOSA DE CARVALHO, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES, MICHEL GARDERE CAMARGO, RAQUEL FRANCO LEAL, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY

*FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)*  
Resumo: Introdução: em 2010, a world health organization definiu a nova classificação das lesões serrilhadas, responsá-

veis por até 30% das neoplasias colorretais. São oriundas da via de metilação cimp+, com transformação carcinomatosa mais precoce. Consideradas de difícil identificação endoscópica, necessitam de patologista experiente para seu correto diagnóstico e classificação. Estes aspectos tornam relevantes o estudo das lesões serrilhadas colorretais. Objetivo: caracterizar os achados endoscópicos dos adenomas serrilhados (sésil e tradicional) em série consecutiva de colonoscopias. Material e métodos: análise retrospectiva de colonoscopias realizadas no serviço de endoscopia digestiva do gastrocentro - UNICAMP, no período compreendido entre janeiro de 2005 a junho de 2014. Os seguintes parâmetros foram avaliados: indicação do exame, localização, tamanho e aspectos morfológicos (classificação de paris). Resultados: identificou-se a presença de 45 adenomas serrilhados em 43 pacientes, sendo 55,8% do sexo feminino e média de idade de 60,7 (33 – 85) anos. A indicações predominantes da colonoscopia foram antecedente de pólipos (27,9%) e antecedente pessoal de neoplasia colorretal (18,6%). A localização mais comum foi no cólon direito (44,4%), seguida do reto (26,6%), sendo 24 (53,3%) adenomas serrilhados tradicionais e 21 (46,7%) adenomas serrilhados sesséis. Quanto aos aspectos morfológicos, 32 (71,1%) eram do tipo is, nove do tipo iia, e quatro tipo ip. Com relação ao tamanho, 19 (42,2%) apresentavam entre 05 e 10mm, 16 (35,5%) entre 0 e 05mm, 02 sem avaliação do tamanho e as demais com tamanho superior a 10 mm. Dezoito pacientes (41,8%) apresentavam lesões sincrônicas com diagnósticos histológicos distintos conclusão: as características morfológicas das lesões e domínio no cólon direito dificultam a identificação endoscópica. Assim para melhorar a acurácia diagnóstica, deve-se estimular o emprego de cromoscopia, assim como considerar o antecedente de neoplasia colorretal como fator de risco para a presença de lesões serrilhadas.

#### **RESSECÇÃO MULTIVISCERAL PÉLVICA EM PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL E DE CANAL ANAL. ANÁLISE DA CASUÍSTICA.**

LÍLIAN VITAL PINHEIRO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, RAQUEL FRANCO LEAL, DÉBORA HELENA GONÇALVES ROSSI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, NATÁLIA VIEIRA PRANZETTI, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP

Resumo: Introdução: a ressecção completa é um dos fatores prognósticos mais importantes nas neoplasias colorretais e de canal anal. Nas lesões distais é frequente a invasão locoregional e torna-se necessária a ressecção em monobloco de estruturas adjacentes, ou eventualmente, de exenteração pélvica total. Porém, estes procedimentos são menos empregados em função de dificuldade técnica e elevada morbimortalidade. Objetivo: avaliar os resultados da ressecção multivisceral pélvica em portadores de câncer colorretal e de canal anal. Casuística e métodos: análise retrospectiva das indicações, procedimentos associados, morbidade e resultados oncológicos.

Resultados: entre 1999 e 2014, a ressecção múltipla de órgãos pélvicos foi realizada em 26 pacientes, sendo 15 (57,7%) do sexo masculino, e média de idade de 54 anos. As cirurgias foram para tumor primário em 19 (73,1%), sendo 16 adenocarcinomas e 3 carcinomas epidermóides, e recidiva nos outros 7 (26,9%). As cirurgias realizadas foram: amputação abdominoperineal do reto (ou retossigmoidectomia ou colectomia parcial) + cistoprostatectomia em 8, amputação abdominoperineal (ou retossigmoidectomia) + cistectomia + ressecção de genitália feminina em 5, colectomia total + cistoprostatectomia em 3, amputação abdominoperineal do reto + cistectomia em 2, retossigmoidectomia (ou colectomia parcial) e cistectomia parcial em 2 e ressecção da recidiva tumoral juntamente com bexiga e próstata (nos homens) e genitália feminina (nas mulheres) em 6. No intra-operatório, 2 doentes apresentaram hemorragias sacrais maciças, necessitando de tamponamento com compressas, retiradas após 48 e 72 horas. No pós-operatório imediato, as principais complicações cirúrgicas foram: fistula entérica, infecção da ferida operatória, abscesso pélvico, deiscência de sutura do períneo, fistula urinária, evisceração, infecção da ferida operatória e obstrução arterial aguda. Mortalidade foi observada em 5 (19,2%) doentes. No acompanhamento tardio, ocorreram outros 8 óbitos, sendo 5 por doença disseminada e outros 3, de causas não relacionadas. Do restante, 8 perderam acompanhamento e 5 encontram-se bem e livres de doença, com seguimento médio de 43,5 meses. Conclusão: a ressecção multivisceral pélvica é acompanhada de considerável morbimortalidade, mas esta cirurgia pode apresentar um bom controle local da doença e sobrevida aceitável, justificando sua realização em pacientes selecionados.

#### **O USO DE MARCADORES BIOLÓGICOS PERSONALIZADOS PARA AVALIAÇÃO DE RESPOSTA TUMORAL E DETERMINAÇÃO DO TRATAMENTO FINAL EM PACIENTES COM CÂNCER DO RETO SUBMETIDOS A RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE. RODRIGO O PEREZ; CARPINETTI, PAOLA; HABR-GAMA, ANGELITA; DONNARD, ELISA; KOYAMA, FERNANDA; BETTONI, FABIANA; GALANTE, PEDRO; CAMARGO, ANAMARIA**

INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER

Resumo: Introdução: a radioquimioterapia (RCT) neoadjuvante pode levar a uma regressão tumoral completa em parte dos pacientes. Porém, a avaliação desta resposta pode ser difícil devido às limitações dos achados do exame clínico e das avaliações radiológicas. A identificação de marcadores biológicos preditores da resposta tumoral poderia auxiliar na seleção de pacientes candidatos a tratamentos alternativos à ressecção cirúrgica após uma aparente resposta clínica completa. Dnas circulantes que carregam alterações genéticas específicas podem ser encontrados no soro dos pacientes e já foram utilizados para monitorar a dinâmica tumoral. Avanços recentes nas técnicas de sequenciamento permitiram identificar alterações ge-

néticas individuais nos tumores de forma rápida e econômica. Interações cromossômicas específicas podem então ser usadas como biomarcadores personalizados para monitorar a resposta ao tratamento, com isso evitando o problema de não haver uma alteração genética universal nos tumores sólidos. Métodos: biópsias prévias ao tratamento com RCT neoadjuvante foram colhidas prospectivamente de pacientes com adenocarcinoma do reto distal (ct2-4n0-2m0). O dna foi extraído após a confirmação de que havia uma porcentagem superior a 80% de células neoplásicas. Sequenciamento genético completo foi realizado com objetivo de identificar rearranjos cromossômicos específicos ao tumor (tscr). Amostras de sangue/soro dos pacientes foram colhidas antes e após a RCT, até a avaliação da resposta tumoral e decisão terapêutica. Resultados: os rearranjos cromossômicos específicos do tumor (tscr) foram selecionados de 5 pacientes com câncer do reto e validados pelo sequenciamento sanger. Tscr foram detectados em todas as amostras de sangue/soro prévias ao tratamento. As amostras pós neoadjuvância de pacientes com resposta clínica ou patológica completa foram negativas para tscr. Já as amostras após o tratamento de pacientes com resposta incompleta mostraram presença dos tscr. Conclusão: a monitorização dos tscr pode ajudar a identificar células neoplásicas residuais após o tratamento neoadjuvante para o câncer do reto distal e a selecionar pacientes que seriam candidatos ideais para estratégias de tratamento alternativas.

#### **EXCISÃO LOCAL TRANSANAL (TEM) PARA CÂNCER DO RETO DISTAL E RESPOSTA INCOMPLETA À RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE: O ESTÁGIO INICIAL IMPORTA?**

RODRIGO O PEREZ; ANGELITA HABR-GAMA; GUILHERME P SÃO JULIÃO; IGOR PROSCURSHIM; AUGUSTO Q COELHO; MARLENY N FIGUEIREDO; LAURA M FERNANDEZ; JOAQUIM GAMA-RODRIGUES  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA*

Resumo: Introdução: a excisão local pode oferecer uma possibilidade de preservação de órgão no manejo de pacientes selecionados após RCT neoadjuvante. Os resultados oncológicos desta estratégia estão associados com o risco de metástase linfonodal. Logo, além do estágio t após a neoadjuvância, o estágio inicial tem o potencial de influenciar os resultados desta estratégia de tratamento. Objetivo: comparar os resultados patológicos e oncológicos de pacientes após RCT e resposta clínica incompleta que foram operados por tem, de acordo com o estágio inicial. Material e métodos: uma análise retrospectiva a partir de dados prospectivos foi realizada. Quarenta e seis pacientes com câncer do reto distal ct2-4n0-2m0 foram submetidos a RCT neoadjuvante com 5-fu. A avaliação da resposta clínica foi realizada com ao menos 8 semanas após o fim da RCT. Os pacientes com resposta completa não foram operados imediatamente. Pacientes com resposta incompleta foram submetidos a tratamento cirúrgico. Os pacientes com tumores residuais pequenos ( $\leq 3$ cm; yct1-2n0m0) foram sub-

metidos a ressecção endoscópica transanal (tem). Estes pacientes foram comparados de acordo com o estágio inicial. Resultados: 15 pacientes (32%) tinham estágio inicial t2n0. O estágio yt final era ypt0 em 3 (20%) pacientes, ypt2 em 9 (60%) e ypt3 em 1 (7%) paciente. Não houve diferença do estágio ypt final em relação a pacientes com estágio inicial ct3-4 ou cn+ submetidos a RCT seguida de tem ( $p=0.38$ ). Recorrência local foi observada em 1 paciente com estágio inicial ct2n0 (7%) e em 7 pacientes (23%) com estágios II e III ( $p=0.18$ ). Limitações: este estudo tem como limitações um número limitado de pacientes e de ser um estudo retrospectivo e não randomizado. Conclusão: pacientes com estágio inicial ct2n0 que não desenvolvem resposta completa à RCT neoadjuvante (yct0-2n0;  $\leq 3$ cm) geralmente apresentam características patológicas desfavoráveis pra ressecção local por tem (ypt2 ou 3 em 66%). Quando há resposta clínica incompleta após RCT, os pacientes com estágio inicial ct2n0 têm resultados patológicos e oncológicos semelhantes a pacientes com estágio inicial II e III e, provavelmente, não são candidatos ideais para excisão local.

#### **QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDAÇÃO DURANTE RADIOQUIMIOTERAPIA (RCT) LEVA À DIMINUIÇÃO SUSTENTADA DO METABOLISMO TUMORAL QUANDO COMPARADA AO REGIME CONVENCIONAL**

ANGELITA HABR-GAMA; RODRIGO O PEREZ; GUILHERME P SÃO JULIÃO; IGOR PROSCURSHIM; LAURA FERNANDEZ; MARLENY N FIGUEIREDO; JOAQUIM GAMA-RODRIGUES; CARLOS A BUCHPIGUEL  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER; FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: Introdução: a RCT neoadjuvante pode levar a uma importante regressão tumoral em pacientes com câncer do reto. Regimes de RCT com quimioterapia de consolidação podem levar a maiores taxas de regressão tumoral completa. O objetivo deste estudo foi avaliar a atividade metabólica tumoral após dois tipos de tratamento neoadjuvante com RCT usando pet/ct sequencial em dois intervalos após o fim da neoadjuvância. Material e métodos: pacientes com câncer do reto ct2-4n0-2m0 tratados com RCT convencional (54gy e 2 ciclos de quimioterapia com 5-fu) ou RCT estendida (54gy e 6 ciclos de qt com 5-fu) foram avaliados com pet/ct sequencial no início do tratamento e 6 e 12 semanas após o fim da radioterapia. Resultados: 99 pacientes submetidos a RCT convencional foram comparados a 12 pacientes submetidos a RCT com qt de consolidação. Pacientes tratados com terapia de consolidação tiveram maiores taxas de resposta clínica e patológica (66% vs. 23%;  $p<0.001$ ). A variação de suvmax entre o exame inicial e após 6 semanas do fim da rt foi mais evidente em pacientes submetidos à RCT estendida com qt de consolidação quando comparada com o RCT convencional (88% vs. 63%;  $p<0.001$ ), além da variação de suv max inicial e após 12 semanas do fim da rt (90% vs. 57%;  $p<0.001$ ). Não houve diferença no suv max entre 6 e

12 semanas nos dois tipos de RCT. Um aumento no suvmax entre 6 e 12 semanas foi observado em 51% dos pacientes submetidos ao regime convencional e em apenas 18% dos pacientes com o regime de consolidação de RCT ( $p=0.04$ ). Conclusão: a maior parte da redução do metabolismo tumoral após RCT neoadjuvante ocorre nas primeiras 6 semanas após o fim da rt. Em pacientes submetidos a RCT estendida, a diminuição desse metabolismo é maior nas primeiras 6 semanas e sustentada até 12 semanas após a rt. A avaliação da resposta tumoral pode ser adiada de forma segura em pacientes submetidos à terapia de consolidação.

#### **RESPOSTA TUMORAL À RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM PACIENTES COM CÂNCER DO RETO: O QUE QUEREMOS PREVER? ESTAMOS PERTO DE UMA ASSINATURA GÊNICA CLÍNICAMENTE ÚTIL?**

RODRIGO O PEREZ; CAMILA LOPES-RAMOS; FERNANDA C. KOYAMA ; ANGELITA HABR-GAMA; RAPHAEL B. PARMIGIANI; PEDRO A. F. GALANTE; MARLENY N. FIGUEIREDO; ANAMARIA A. CAMARGO  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

Resumo: Introdução: a radioquimioterapia (RCT) neoadjuvante pode levar à regressão tumoral completa em pacientes com câncer do reto. Predizer esta resposta poderia permitir selecionar pacientes que iriam se beneficiar da neoadjuvância e poupá-los de uma proctectomia radical desnecessária. Objetivo: o objetivo deste estudo foi identificar uma assinatura de expressão gênica capaz de prever a resposta patológica completa à RCT neoadjuvante. Material e métodos: este foi um estudo retrospectivo a partir de dados coletados prospectivamente. Vinte e cinco pacientes com adenocarcinoma do reto  $ct2-4n0-2m0$  até 7cm da margem anal e submetidos à RCT neoadjuvante com 5-fu foram incluídos. Biópsias prévias ao tratamento foram coletadas prospectivamente, seguidas de confirmação histológica de presença de Células cancerígenas em mais de 80% do material e extração do rna. Os pacientes foram comparados de acordo com a resposta à RCT. A análise de expressão gênica foi realizada utilizando-se rna-seq. O valor preditivo dessas assinaturas foi validado em outro grupo de amostras que incluía pacientes com resposta clínica completa. Também foram utilizadas assinaturas previamente descritas como preditoras de resposta completa à RCT em nosso estudo. Resultados: foram identificados 27 genes expressados de forma diferente entre pacientes com resposta completa e resposta incompleta. Assinaturas gênicas preditivas usando grupos dentre estes 27 genes tiveram acurácia máxima de 81.8%. Apesar disto, as assinaturas com maior sensibilidade mostraram baixa especificidade e vice-versa, quando utilizadas em um grupo diferente de pacientes. Assinaturas previamente descritas, utilizadas em nossa coorte, também tiveram baixo valor preditivo. Conclusão: genes expressados de maneira diferente entre pacientes com resposta completa e incompleta não predizem acuradamente a pcr e não se mostraram clinicamente úteis para guiar a intervenção cirúrgica.

#### **ANASTOMOSE ILEOANAL LAPAROSCÓPICA PARA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: CIRURGIA EM 2 OU 3 TEMPOS? ESTUDO COMPARATIVO EM 150 PACIENTES CONSECUTIVOS.**

MARLENY NOVAES FIGUEIREDO; LEON MAGGIORI, XAVIER TRÉTON, MARIANNE FERRON, YORAM BOU-HNIK, YVES PANIS

*HOSPITAL BEAUJON - CLICHY/FRANÇA*

Resumo: A escolha entre realizar uma anastomose ileoanal com bolsa ileal em 2 ou 3 tempos nos casos de doença inflamatória intestinal (DII) pode depender das condições intra-operatórias, mas também da preferência do cirurgião, o qual muitas vezes opta pelo procedimento em 3 tempos por considerar mais “seguro”. O objetivo deste estudo foi comparar os resultados operatórios entre as duas estratégias cirúrgicas. Material e métodos: entre 2001 e 2003 todos os pacientes submetidos à anastomose ileoanal com bolsa ileal por via laparoscópica para doença inflamatória intestinal foram incluídos (nos casos de cirurgia em 3 tempos a colectomia subtotal foi feita por via laparoscópica). Uma análise retrospectiva a partir de base de dados mantida prospectivamente foi realizada. Os resultados foram comparados de forma cumulativa nos pacientes operados em 3 tempos (colectomia subtotal + proctectomia com bolsa ileal) em relação ao pacientes operados em 2 tempos (proctocolectomia com bolsa ileal). Resultados: 149 pacientes foram incluídos: cirurgia em 2 tempos (gr a,  $n = 69$ ) e em 3 tempos (gr. B,  $n = 80$ ). Pacientes do grupo a eram mais velhos ( $46 \pm 14$  anos) que do grupo b ( $39 \pm 15$  anos),  $p=0,002$ . No gr. B havia mais pacientes diagnosticados com Doença de Crohn (DC) (16% vs gr a 3%,  $p = 0,007$ ) e no gr a, mais pacientes com retocolite ulcerativa (rcu), 91% vs 77%,  $p = 0,022$ ; não houve diferença quanto à colite indeterminada ( $p = 0,593$ ). Não houve diferenças em relação ao sexo, índice de massa corporal ou comorbidades. A taxa de conversão foi semelhante (1,4% vs 5%,  $p = 0,23$ ), bem como a morbidade pós-operatória global (46% vs 48%,  $p = 0,772$ ), clavier-dindo 3 ou 4 (13% vs 17%,  $p = 0,453$ ), taxa de reoperação (6% vs 8%,  $p = 0,679$ ) e taxa de fistula ou abscesso (13% vs 17%,  $p = 0,453$ ). O tempo operatório acumulado foi menor no gr a (média de  $303 \pm 84$  minutos vs  $436 \pm 97$  minutos,  $p < 0,001$ ), bem como o tempo de internação acumulado (média de  $12 \pm 6$  dias vs  $18 \pm 7$  dias,  $p < 0,001$ ). Conclusão: a morbidade pós-operatória parece ser semelhante entre os dois tipos de estratégias cirúrgicas para o tratamento da DII com bolsa ileal por via laparoscópica. Este dado, além de um período de hospitalização acumulado mais curto, pode justificar uma redução nas indicações para uma abordagem em 3 estágios, talvez deixando-a apenas para os casos de colite aguda grave ou pacientes com uso de esteróides por tempo prolongado, uma vez que esta estratégia não parece ser necessariamente mais “segura”.

#### **TEMPO DE INTERVALO ENTRE PROCTECTOMIA POR CÂNCER E FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA E SUA RELAÇÃO COM A QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE: UM ESTUDO COM 259 PACIENTES CONSECUTIVOS.**

MARLENY NOVAES FIGUEIREDO; LEON MAGGIORI,  
MARIANN FERRON, YVES PANIS  
*HOSPITAL BEAUJON - CLICHY/FRANÇA*

Resumo: Introdução: não há consenso a respeito do tempo adequado entre a proctectomia com excisão total do mesorreto e o fechamento de ileostomia de proteção, especialmente em pacientes submetidos à quimioterapia adjuvante. O objetivo deste estudo foi analisar o efeito deste intervalo sobre a morbidade e resultados operatórios. Material e métodos: de janeiro de 2008 a julho de 2013, todos pacientes submetidos à proctectomia com excisão do mesorreto por via laparoscópica foram avaliados, excluídos os casos com procedimentos associados durante o fechamento de ileostomia. As informações foram colhidas retrospectivamente de uma base de dados mantida de forma prospectiva. Os pacientes foram divididos em 3 grupos, de acordo com o tempo entre os procedimentos: menos do que 60 dias (grupo a), entre 61 e 90 dias (grupo b) e mais do que 91 dias (grupo c). Uma análise comparativa foi realizada entre os grupos. Resultados: 259 pacientes (146 homens – 56,4%) com idade média de 60±11 anos foram incluídos, com tempo médio para fechamento de ileostomia de 92±58 dias, e foram divididos nos grupos a (n= 65), b (n=115) e c (n=79). Mais pacientes tiveram seu fechamento de ileostomia durante quimioterapia adjuvante nos grupos b (36%) e c (30%) do que no grupo a (11%); p=0.001. O grupo c teve uma maior taxa de fistula anastomótica (6% vs gr a 1,5% e gr b 0%; p=0.014), tempo de hospitalização mais prolongado (média 6,4 dias vs gr a 5,7 dias e gr b 5,9 dias; p=0.021) e mais hérnias detectadas no momento do fechamento do estoma (26% vs gr a 6% e gr b 12%; p=0.002). Por outro lado, a morbidade operatória (global e severa) e a taxa de complicações de ferida operatória (hematoma e infecção) não apresentaram diferenças entre os grupos. Conclusão: este estudo sugere que o intervalo entre a ressecção anterior baixa do reto e o fechamento de ileostomia de proteção pode ser o mais breve possível, sem efeitos deletérios para o paciente, como maiores taxas de fistulas. Na verdade, este menor tempo de espera pode diminuir a morbidade associada ao estoma em si. Além disso, não há prejuízos em relação aos resultados cirúrgicos ou maior morbidade quando a ileostomia é fechada durante a quimioterapia adjuvante.

#### **PREDIZENDO A REGRESSÃO TUMORAL COMPLETA DO CÂNCER DO RETO APÓS RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE PELA EXPRESSÃO DE MICRORNA MIR-21-5P**

RODRIGO O PEREZ; RAMOS, CAMILA; PARMIGIANI,  
RAPHAEL; HABR- GAMA, ANGELITA; BETTONI, FABIANA; KOYAMA, FERNANDA; FIGUEIREDO, MARLENY; CAMARGO, ANAMARIA

*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA; INSTITUTO LUDWIG DE PESQUISA CONTRA O CÂNCER*

Resumo: Introdução: a radioquimioterapia (RCT) neoadjuvante pode levar a uma regressão tumoral completa em uma parte dos pacientes com câncer do reto. Já foi sugerido que a excisão total do mesorreto (etm) poderia ser evitada nestes

pacientes. Atualmente a seleção destes pacientes é baseada em achados clínicos e radiológicos imprecisos. Marcadores tumorais moleculares capazes de prever a resposta completa à RCT poderiam permitir uma melhor seleção dos pacientes candidatos a esta estratégia. O objetivo deste trabalho foi identificar micrnas expressados de maneira diferente entre tumores do reto que desenvolveram resposta completa ou incompleta ao tratamento neoadjuvante. Métodos: biópsias antes do tratamento com RCT neoadjuvante foram colhidas prospectivamente de pacientes com adenocarcinoma do reto. A reavaliação da resposta tumoral ao tratamento foi feita após, no mínimo, 8 semanas do fim da RCT. Pacientes com resposta clínica completa não foram submetidos à cirurgia imediatamente. Pacientes com resposta incompleta foram submetidos à cirurgia. Pacientes com resposta incompleta foram comparados com pacientes que mantiveram a resposta clínica completa (mais de 18 meses de seguimento) ou com resposta patológica completa. Pacientes com resposta clínica completa inicialmente e que apresentaram recorrência da doença foram considerados como um novo grupo para análise. Resultados: um grupo inicial, para treinamento, de 27 pacientes identificou 4 micrnas expressados de forma diferente que poderiam distinguir entre os pacientes com resposta completa e incompleta. A validação destes 4 mrnas em um grupo independente de 12 pacientes confirmou a expressão do mir-21-5p como um preditor de resposta. A sensibilidade e especificidade deste marcador para prever resposta completa à RCT foram de 78% e 88%, respectivamente. Além disso, sua expressão mostrou um padrão compatível com resposta incompleta nos 4 pacientes que apresentaram recorrência após resposta clínica completa inicial. Conclusão: a expressão do mir-21-5p pode ser um potencial marcador biológico capaz de prever a resposta tumoral à RCT neoadjuvante. Esta expressão pode ajudar na seleção de pacientes com resposta clínica completa que serão candidatos a estratégias de tratamento alternativas à cirurgia para o câncer do reto.

#### **RELATO DE CASO: HEMANGIOMA COLORRETAL**

GABRIELA N. SANTANA FARDIN; ADRIANA F. SENNA,  
ROSSINI CIPRIANO GAMA, GIOVANNI JOSÉ Z. LOUREIRO,  
LUCIANO P. NOGUEIRA DA GAMA, FLÁVIA LEMOS MOURA RIBEIRO

*VITÓRIA APART HOSPITAL - SERRA, ES*

Resumo: Introdução: o hemangioma colorretal é uma neoplasia benigna rara, cuja manifestação clínica é sangramento retal indolor, que ocorre geralmente entre os 5 e 25 anos, com diagnóstico feito frequentemente na idade adulta. Faz parte do diagnóstico diferencial das causas de hemorragia digestiva baixa, sendo confundido, na maioria das vezes, com entidades mais comuns, como hemorróidas e doença inflamatória intestinal. Existem apenas 75 relatos descritos na literatura, e o retardo do diagnóstico ocorre devido ao desconhecimento da doença, com taxas de mortalidade alcançando 40 a 50% na presença de sangramento importante. Objetivo: apresentar um relato de caso de hemangioma carvenoso. Relato de caso:

paciente lsc, 43 anos, anemia e sangramento retal, desde os 10 anos, de forma intermitente e não dolorosa, anemia severa, hemoglobina 3,8, enterorragia indolor, vertigem e astenia. Ao exame físico, apresentava-se descorada (++++/4+), eupnéica, sem lesões muco-cutâneas. Colonoscopia: extensa lesão vascular do tipo hemangioma cavernoso de reto e sigmóide, aspecto misto: em samambaia e polipoide. Abdome indolor à palpação e sem visceromegalias, sendo proposto a retossigmoidectomia com anastomose coloanal e ileostomia de proteção, tendo o exame histopatológico confirmando o diagnóstico. Conclusão: embora a apresentação clínica do hemangioma colorretal seja típica, com sangramento retal indolor desde a infância, o diagnóstico frequentemente é tardio. Em geral, pacientes portadores de hemangiomas são submetidos a intervenções cirúrgicas desnecessárias por doenças diagnosticadas incorretamente, como hemorróidas e doenças inflamatórias. Seu diagnóstico é suspeitado na colonoscopia e o tratamento é a ressecção do órgão comprometido é o padrão ouro, oferecendo controle permanente dos sintomas, sendo indicada quando a intensidade dos sintomas a justifica.

#### **ENTEROCOLITE NEUTROPÊNICA POR USO DE CAPECITABINA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA: RELATO DE CASO**

ADRIANA FREIRE SENA; ROSSINI CIPRIANO GAMA, GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO, LUCIANO PINTO NOGUEIRA DA GAMA, GABRIELA NOLASCO SANTANA FARDIM, LEONARDO REUTER MOTA GAMA, FLAVIA LEMOS MOURA RIBEIRO, THIAGO DE ALMEIDA FLAUZINO

*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO VITÓRIA APART HOSPITAL, VITÓRIA - ES*

Resumo: Introdução: a enterocolite neutropênica (EN) é uma apresentação grave da enterocolite necrotizante, em que ocorre quebra da integridade da mucosa intestinal em pacientes neutropênicos, após o uso de quimioterapia com propriedades citotóxicas, entre elas, a capecitabina. A patogênese da EN não foi completamente compreendida, e, provavelmente, resulta da combinação de fatores como a lesão de mucosa intestinal por drogas citotóxicas, neutropenia e imunodepressão. A infecção por flora polimicrobiana leva a necrose da parede do trato gastrointestinal, principalmente no ceco, possivelmente devido a sua maior distensibilidade e menor vascularização, quando comparado aos outros segmentos do cólon. A EN foi originalmente descrita em crianças submetidas a quimioterapia para tratamento de doenças hematológicas, e a sua real incidência ainda é desconhecida. Quando resultante do uso da capecitabina, a incidência de em é menor do que 5%. Objetivo: relatar um caso de EN com perfuração colônica durante o uso adjuvante de capecitabina em paciente portadora de neoplasia de mama com metástase pulmonar. Relato de caso: tmc, 57 anos, casada, mastectomia prévia à esquerda por neoplasia de mama com metástase pulmonar. Foi submetida a tratamento adjuvante com capecitabina e evoluiu com neutropenia febril, diarreia e dor abdominal importante, distensão

e redução do ruído hidroaéreo. A tomografia de abdômen evidenciou importante espessamento parietal difuso dos cólons com gás fora de alças. Foi levada a laparotomia de urgência com realização de colectomia total, sepultamento de coto retal e ileostomia terminal. Análise histopatológica evidenciou diverticulite aguda perfurada em sigmóide microperfurações ao longo da parede do cólon, necrose do mesocólon associada a trombose vascular multifocal, e carcinoma mamário metastático para um de 13 linfonodos dissecados. Paciente recebeu alta hospitalar e foi encaminhada ao oncologista. Conclusão: embora pouco frequente, a EN pós uso de capecitabina deve ser considerada em pacientes com neutropenia febril e dor abdominal devido a alta morbimortalidade do quadro. Pacientes sem evidência de perfuração ou sangramento severo devem receber suporte clínico e antibióticoterapia de amplo espectro, mas em casos complicados, a laparotomia exploradora com remoção completa dos tecidos necrosados é imperativa.

#### **ESTUDO DA INCIDÊNCIA E SINTOMATOLOGIA DA RETOCELE EM PACIENTES SUBMETIDAS A RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; MARLUS TAVARES GERBER; HECTOR SBARAINI FONTES; DAYANE RAQUEL DE PAULA; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER; RENATO ARAÚJO BONARDI; MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: o termo retocele define uma herniação da parede anterior do reto sobre a parede posterior da vagina. Geralmente as portadoras são assintomáticas, porém a retocele pode contribuir para dificuldade evacuatória. Objetivo: avaliar e comparar com a literatura os seguintes dados sobre um grupo de pacientes do hc-ufpr: 1) incidência da retocele; 2) prevalência dos sintomas mais típicos nas portadoras; 3) relação da entidade com idade, paridade e via de parto. Material e método: todas as pacientes submetidas a retossigmoidoscopia rígida no serviço de endoscopia do hc-ufpr no período entre setembro de 2013 e maio de 2014 foram testadas quanto à presença de retocele no momento do exame e questionadas quanto a: 1) presença de constipação; 2) sintomas de evacuação obstruída; 3) paridade. A retocele foi graduada em leve, moderada ou grave, segundo a classificação de baden e walker. Após exclusão de 9 pacientes, os dados das 148 pacientes restantes foram avaliados e comparados à literatura. Resultados: a incidência de retocele no grupo estudado foi de 83,1%; porém, entre todas as pacientes com essa condição, apenas 8,9% relataram sintomas de evacuação obstruída. Entre as nulíparas, 90% apresentavam algum grau de retocele ao exame, enquanto entre as grandes múltíparas (5 ou mais partos normais prévios) a incidência global foi de 77%. Porém, se consideradas apenas as retoceles maiores, a ocorrência nas nulíparas foi de 17,5% e nas grandes múltíparas, 38,5%. Conclusão: a incidência da retocele na população geral é difícil de ser estimada, já que na maioria dos casos é assintomática e

não leva a paciente a buscar atendimento médico; entretanto, os dados da literatura variam entre 30-93%. Apesar de a idade e a multiparidade serem fatores de risco conhecidos, no nosso grupo não houve aumento significativo da incidência com a idade. A paridade se confirmou como fator de risco para retoceles maiores, mas não para as pequenas e assintomáticas. A maior deficiência desse trabalho foi o uso da classificação de baden e walker para quantificação da retocele, já que é bastante subjetiva em comparação ao sistema de quantificação de prolapso de órgãos pélvicos (pop-q), atualmente preconizada pela sociedade internacional de continência. O uso da classificação de baden e walker possivelmente superestimou a incidência da retocele no presente estudo.

#### **PROTETOR DE FERIDA OPERATÓRIA CASEIRO EM CIRURGIA LAPAROSCÓPICA COLORRETAL**

MAURÍCIO LIMA DA FONTOURA; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, AFONSO MALLMANN, DANIELA C. KOPPE, LAURA MOSCHETTI, ROBERTO BERTEAUX ROBALDO, LUCIANO P. CARVALHO, THALIÚ A. LEÃO  
*HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PORTO ALEGRE*

Resumo: Introdução: a infecção de ferida operatória é um problema frequente em cirurgia colorretal, inclusive em videolaparoscopia. O uso de protetores de ferida é atualmente recomendado, mostrando diminuição nas taxas de infecção e mantendo os princípios oncológicos. Contudo, os principais modelos atualmente comercializados não estão amplamente disponíveis. Objetivo: expor um modelo de dispositivo para proteção de parede abdominal para uso de videocirurgia colorretal. Métodos: antes do início do procedimento cirúrgico, confecciona-se o dispositivo composto por dois segmentos de tubo de látex de aspiração e uma mão de luva. Realiza-se a incisão para retirada da peça cirúrgica, onde o dispositivo é introduzido. Após retirada da peça, o dispositivo é ocluído com o acomplamento de outra mão de luva de látex, e o pneumoperitônio é refeito, permitindo a confecção de anastomose de forma intracorpórea. Resultados: o dispositivo de proteção de parede abdominal é de fácil confecção e baixo custo, podendo ser utilizada de cirurgia colorretal videolaparoscópica. Colocado na ferida operatória, a protege do contato direto com a peça cirúrgica e a mantém aberta. Além disso, permite a oclusão da abertura podendo-se rapidamente retomar o pneumoperitônio. Contudo, apresenta limitação no tamanho e resistência. Conclusão: o modelo de dispositivo de parede abdominal pode ser utilizado em cirurgia colorretal videolaparoscópica, apresentando fácil confecção, baixo custo e permite a rápida retomada do pneumoperitônio. Contudo, apresenta limitação no tamanho e resistência, além de necessitar de estudos de maior porte para avaliação de resultados.

#### **RECONSTRUÇÃO DE FERIDA PERINEAL COM RETALHO MIOCUTÂNEO ABDOMINAL APÓS RESSECÇÃO ABDOMINOPERINEAL**

FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEI-

RO JARDIM, ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AOUAR, MÔNICA MOURTHÉ DE ALVIM ANDRADE, ELOAH GAMBOGI LIMA, DANIEL AMARAL ZANETTI  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Caso clínico: mlbf, sexo feminino, 81 anos, natural de belo horizonte, diagnóstico de câncer de reto baixo em 1991. Tratada com neoadjuvância (rt + qt), retossigmoidectomia e qt adjuvante. Em 1993, realizado histerectomia por câncer de colo uterino. Evoluiu com dermatite perianal crônica por radiação - dor e desconforto local importante e incontinência para líquidos. Em 2012, desenvolveu lesões sobre área de dermatite - biopsiadas. Ap: carcinoma de células escamosas. Submetida a ressecção abdominoperineal convencional (rap) seguida de reconstrução perineal com retalho miocutâneo do reto abdominal (rra). Técnica cirúrgica (rotação do retalho): empregou-se um rra irrigado pela artéria epigástrica inferior profunda. A largura do retalho rodado baseou-se no tamanho do defeito perineal e na possibilidade de fechamento do defeito na parede abdominal. O retalho foi liberado em toda a sua espessura até identificação do pedículo vascular contendo os vasos epigástricos inferiores profundos ao nível da linha arqueada, lateralmente ao músculo. A fixação do músculo reto na sínfise púbica foi realizada para prevenção da torção do pedículo. Após incisão no peritônio inferior, o retalho foi rodado 270° até a região perineal. A fixação do retalho foi feita com pontos subcutâneos e pontos separados na pele com nylon. Discussão: cirurgiões colorretais frequentemente operam pacientes submetidos à quimiorradiação prévia. Apesar da queda nas taxas de recidiva proporcionada pela neoadjuvância, ocorre importante aumento da morbidade em relação à ferida perineal após rap. A transferência de tecido não irradiado e vascularizado resulta em melhor cicatrização da ferida e em redução do número de complicações. Isso ocorre devido ao aumento de fluxo sanguíneo para o local carreando oxigênio e leucócitos saudáveis. Segundo dados da literatura, a necrose do retalho ocorre em menos de 5% dos pacientes. Complicações relacionadas à parede abdominal, como hérnia incisional, ocorrem em 19% dos pacientes. Conclusão: a obtenção de margens livre é de suma importância no prognóstico do tratamento cirúrgico para cce de ânus. Assim a terapia cirúrgica agressiva é necessária. A rotação de rra é um técnica segura, associada à baixa taxa de complicações, tornando-se uma importante ferramenta para reconstrução de feridas perineais complexas ao permitir extensas ressecções em áreas previamente irradiadas.

#### **CÂNCER COMPLICANDO A DOENÇA DE CROHN PERIANAL**

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; ILSON GERALDO DA SILVA, SINARA MÔNICA OLIVEIRA LEITE, FLÁVIA FONTES FARIA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ELOAH GAMBOGI LIMA, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR., DANIEL AMARAL ZANETTI  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: carcinoma anal é raro, 1 a 2% dos tumores malignos do tgi, mas representa aprox. 14% nos pacientes com Doença de Crohn (DC). Os tipos mais comuns são adenocarcinoma e carcinoma de células escamosas. A causa do câncer anal na dc perianal é desconhecida, mas acredita-se que seja resultado do processo inflamatório crônico. Relato de casos: 1. Dfpp, 36anos, feminino, diagnóstico de dc em 2004. Submetida a ressecção ileocólica em 2006. Iniciou com doença perianal em dez/12 sendo tratada com drenagens, antibióticos, corticoides, azatioprina e mesalazina com evolução desfavorável. Prescrito infliximabe em ago/13. Manteve doença perianal grave. Rm (dez/13): comprometimento do reto baixo, fistulas complexas perianais sem abscesso e espessamento importante das paredes. Ap: carcinoma mucinoso de células em anel de sinete invasor. Encaminhada para qt e rt. 2. Mcfd, 44anos, feminino, diagnóstico de dc em nov/11. Não aderiu ao tratamento. Retornou em jan/13 com doença perianal grave. Iniciado infliximabe e realizado procedimentos cirúrgicos (drenagens de fistulas + retossigmoidectomia a Hartmann). Manteve sangramento e dor perineal. Rm (jan/14): lesão retal invadindo vagina e parede posterior uterina. Ap: carcinoma escamocelular invasor bem diferenciado. Qt e rt com melhora acentuada. 3. Jrvm, 56anos, masculino, diagnóstico de dc aos 19 anos. Submetido a 07 cirurgias (abdominal e anal) até 2013. Tratamento com azatioprina e antibióticos. Doença perianal com fistulas complexas e estenose de canal anal. Em mar/14 retornou com detecção à rts de lesão vegetante em canal anal - biopsiado. Rnm (abril/14): fistula grosseira complexa, suspeita de neoplasia. Ap: adenocarcinoma mucinoso. Encaminhado para rt. Discussão: fistulas perianais são encontradas em 20 a 25% dos pacientes com dc limitadas ao íleo e 60% quando o reto é envolvido. A presença de carcinoma anal em dc está associada com fistula perianal de longa data e é incomum. Uma teoria seria o processo inflamatório e a regeneração constante das mucosas em fistulas crônicas levando a degeneração maligna. Outra hipótese é a imunossupressão de longa data como mecanismo para a carcinogênese. Um ponto relevante é o atraso no diagnóstico, sendo os sinais e sintomas atribuídos à doença inflamatória, e os tumores detectados localmente avançados. Conclusão: apesar da malignidade de fistulas perianais crônicas associadas com a dc ser rara, uma alta suspeição deve ser mantida e vigilância periódica realizada.

#### **HÉRNIA PERINEAL PRIMÁRIA: RELATO DE CASO**

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR, ELOAH GAMBOGI LIMA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, DANIEL AMARAL ZANETTI, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ILSO GERALDO DA SILVA  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: hérnia perineal é uma protrusão de vísceras intra-abdominais através de um defeito no assoalho pélvico, sendo uma condição muito rara. Podem ser classificadas em primárias (congenita ou adquirida) e secundárias - após rap, exenteração pélvica e prostatectomia perineal.

Relato de caso: h.g., sexo masculino, 74 anos, história de abaulamento em nádega e há 05 anos com aumento de tamanho progressivo e de acordo com a pressão abdominal, desconforto para sentar e dificuldade para defecar. Rnm com defecografia (fev/14): sinais de solução de continuidade na musculatura elevadora do ânus, indicando a possibilidade de ruptura, com protrusão/herniação de grande segmento retal para a fossa isquioanal e, já visibilizada nas imagens em repouso. O processo evacuatório foi insatisfatório devido ao preenchimento do segmento herniado acima citado por grande quantidade de fezes e pela obstrução condicionada pelo mesmo a saída das fezes. Encaminhado para correção cirúrgica com resultado satisfatório. Discussão: o desenvolvimento espontâneo de uma hérnia perineal é um evento bastante incomum. Ocorrem mais comumente entre 40 e 60 anos e são cinco vezes mais comuns em mulheres, devido a maior amplitude da pelve e às alterações da gravidez. Outros fatores são a obesidade, ascite e infecção pélvica recorrente. Os sinais e sintomas são relacionados a uma massa no perineo ou nádega, que podem causar algum desconforto e alteração de tamanho. Ocasionalmente, dificuldade para urinar e defecar são os principais sintomas. Além do exame físico, enema baritado, particularmente com filmes pós-esvaziamento, pode confirmar a presença da hérnia. Tc, rnm ou defecografia são utilizados em casos difíceis. Quando sintomática, a reparação cirúrgica é justificada e pode ser realizada por vias abdominal, perineal, abdominoperineal combinadas, ou abordagens laparoscópicas. Em casos raros, uma reparação primária pode ser realizada, apesar de na maioria dos casos, a reparação requerer um enxerto sintético. Conclusão: hérnias do assoalho pélvico são extremamente incomuns e podem representar um desafio diagnóstico ao médico. Acreditamos que para hérnias perineais primárias não complicadas reparação laparoscópica é tecnicamente viável, e associado a uma recuperação rápida e complicações mínimas.

#### **ATLAS DE CASOS DE TUMORES DE BUSCHKE LÖWEINSTEIN OPERADOS PELOS MEMBROS DO GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, BRUNA VIEIRA, ELOAH GAMBOGI LIMA, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: o tumor de buschke löweinstein (tbl), uma variante rara de condiloma acuminado, foi descrito primeiramente por buschke (1896) e, posteriormente, por löwenstein (1925). O tumor apresenta crescimento lento com alta destruição dos tecidos circundantes e baixo potencial metastático, com o acometimento da região anogenital. É mais comumente localizado na glândula do pênis, entretanto, pode ser encontrado em toda a mucosa anogenital, incluindo a vulva, vagina, reto, escroto e até bexiga. O tbl relaciona-se a infecções pelos vírus hpv-6 e hpv-11 em que há supressão



da transcrição e degradação acelerada da proteína p53. Pode ainda se relacionar a exposição prolongada por agentes químicos, inflamações crônicas locais ou higienização deficiente. O tratamento cirúrgico - de excisão do tumor - é o mais utilizado e, quando não tratado, o tbl pode ser altamente destrutivo, estendendo-se para órgãos pélvicos e estruturas ósseas. Objetivos: demonstrar, por meio de imagens, diferentes formas de acometimento pelo tumor de buschke löweinstein, bem como suas evoluções pós-operatórias. Materiais e métodos: foram coletadas fotos de pacientes em seu pré e pós-operatório e, posteriormente, as fotos foram organizadas em formato de Atlas. Discussão: a apresentação das imagens em formato de atlas permitirá uma visão ampla e comparativa de diferentes apresentações do tumor de buschke löweinstein. Conclusões: vários fatores são envolvidos na escolha do melhor método de tratamento do tumor. A ressecção cirúrgica precoce impede o avanço da destruição dos tecidos vizinhos ao local acometido, assim, é importante definir se ocorreu a transformação maligna do tumor para a determinação do melhor método cirúrgico.

#### **GANGRENA DE FOURNIER – ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CASO AVANÇADO**

ELOAH GAMBOGI LIMA; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, HERALDO NEVES VALLE JUNIOR, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, ILSO GERALDO DA SILVA

*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: a fasciíte necrotizante perineal (síndrome de fournier) é infecção grave dos tecidos moles, geralmente polimicrobiana, associada a procedimentos urológicos, proctológicos ou ginecológicos, e patologias imunossupressoras como diabetes melito, alcoolismo, desnutrição grave, corticoterapia, entre outros. O diagnóstico é clínico, mas exames de imagem podem ser úteis na determinação da extensão do processo necrótico. O tratamento consiste principalmente de desbridamento cirúrgico agressivo precoce, por vezes derivação do trânsito fecal e/ou urinário, combinações de antibióticos de amplo espectro e oxigenoterapia hiperbárica. Se o processo progride, é necessário reoperações sequenciais. Relato de caso: paciente, 80 anos, sexo masculino, internado no cti por com sepse de origem indeterminada. Has, dmnid, em uso de atenolol, anlodipino, glibenclamida. Tratado como pnm comunitária por três dias. Solicitada interconsulta com coloproctologia que diagnosticou gangrena de fournier. Realizado tratamento cirúrgico e antibioticoterapia com excelente resultado. Discussão: gangrena de fournier é uma entidade que pode ser letal e é favorecida por vários fatores debilitantes. Por causa de seu mau prognóstico, o diagnóstico precoce e uma intervenção multidisciplinar agressiva e apropriada são essenciais para a recuperação adequada. O atraso no diagnóstico e tratamento dessas infecções aumenta muito a taxa de mortalidade.

#### **LINFOMA PERIANAL**

MARCELO DE FILIPPIS; DANIEL DE CARVALHO DAMIN, CLAUDIO TARTA, PAULO DE CARVALHO CONTU, TIAGO LEAL GHEZZI

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

Resumo: Introdução: doenças malignas da margem anal e pele perianal são incomuns, sendo responsáveis por 2% a 3% de todas as malignidades anorretais. a infiltração leucêmica e linfomatososa pode raramente acometer a região. a excisão cirúrgica é considerada o tratamento mais adequado para as lesões de pele perianal. Relato de caso: paciente masculino, 59 anos, heterossexual com queixa de massa em região perianal há dois meses associado a secreção local e dor anal. à inspeção apresentava quatro orifícios perianais dispostos linearmente em região lateral esquerda. à palpação da região inguinal identificava-se linfonodo à esquerda, móvel e elástico. Realizou-se, na sequencia, uma colonoscopia que foi normal. Foi então indicado a ressecção de lesão por suspeita fistula ou hidradenite. No ato cirúrgico constatou-se que a massa era infiltrativa e se estendia até a base do escroto, sendo realizada ressecção parcial desta lesão. A evolução pós-operatória foi satisfatória. O exame anátomo patológico revelou o diagnóstico de linfoma não hodgkin de alto grau histológico. O subsequente perfil imuno-histoquímico corroborou com o diagnóstico (reação ki67 de 99%) de linfoma não hodgkin difuso de grandes células, imunofenótipo b, tipo plasmablastico. A sorologia para HIV foi negativa. a tomografia de abdômen e pelve evidenciou adenomegalias junto aos vasos ilíacos à esquerda e na região inguinal ipsilateral, sendo a maior de 2,8x 1,7cm. Encaminhado à oncologia, iniciou tratamento quimioterápico com reposta completa ao término do mesmo. Discussão: o linfoma difuso de grandes células é o tipo mais comum, chegando até 31% de incidência entre os linfomas. localizações incomuns como reto ou ânus geralmente estão associados com aids. Mesmo que o tratamento do linfoma não hodgkin passe por quimioterapia, a excisão de grandes lesões deve ser considerada para controle de sintomas. O linfoma perianal é uma doença rara e pouco relatada na literatura. os poucos casos relatados geralmente envolvem pacientes homossexuais e HIV positivo. Conclusão: as malignidades da região perianal são incomuns e frequentemente podem ser confundidas com patologias benignas. a hipótese de linfoma deve ser levantada especialmente em indivíduos imunocomprometidos e com massas atípicas na região perianal; entretanto, o estado imunológico do paciente não exclui a possibilidade de tal patologia, que exige abordagem terapêutica diferenciada das neoplasias mais frequentes na prática clínica.

#### **FÍSTULA COLOVESICAL APÓS MIGRAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

MARCELO DE FILIPPIS; DANIEL DE CARVALHO DAMIN, CLAUDIO TARTA, PAULO DE CARVALHO CONTU, TIAGO LEAL GHEZZI

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

Resumo: Introdução: a fistula colovesical é uma complicação incomum em pacientes do sexo feminino devido à presença do

corpo uterino como fator de proteção. a causa mais comum é a diverticulite, sendo a pneumatúria o sintoma mais frequente. A tomografia de abdômen total é o exame mais acurado que pode confirmar a comunicação entre os órgãos. Relato de caso: paciente feminina, 53 anos, tabagista, encaminhada do ambulatório de urologia por queixa de pneumatúria e hematuria. os sintomas haviam iniciado há pelo menos um ano. a paciente negava alteração do hábito intestinal. Apresentava história prévia de colocação de diu e gravidez subsequente ao procedimento. Não apresentava alterações ao exame físico. A tomografia previamente realizada sugeria processo neoplásico na bexiga. Durante a investigação realizou cistoscopia e nova avaliação tomográfica. O exame cistoscópico identificou depressão de 1cm no domus vesical a qual foi biopsiada. O exame anátomo-patológico demonstrou cistite glandular. O novo exame tomográfico do abdomen evidenciou trajeto fistuloso comunicando o cólon sigmoide com a parede anterior da bexiga, assim como, corpo estranho na parede vesical. A colonoscopia identificou apenas óstios diverticulares no cólon sigmoide. Logo, foi indicada sigmoidectomia com cistectomia parcial para correção da Fístula. O procedimento ocorreu sem intercorrências. O exame anátomo-patológico identificou lesão crônica supurativa e fistulada em mucosa urotelial estendendo-se até a parede do cólon e ulcerando a mucosa deste segmento (fístula vesico-colônica). Já o corpo estranho foi identificado como um dispositivo intrauterino (diu). Discussão: o tratamento da fistula colovesical geralmente é cirúrgico, sendo necessária a ressecção da área envolvida. O diu foi definido como fator causal da fistula já que, mesmo com a presença de divertículos, a paciente não apresentava história prévia compatível com algum episódio de diverticulite. O mecanismo de migração do dispositivo intra-uterino não é conhecido; porém, há vários relatos na literatura e a sintomatologia é variável. Conclusão: a fistula colovesical tem como principal causa a diverticulite. A investigação endoscópica e radiológica é imprescindível para definição de causas e extensão do comprometimento local; entretanto, a investigação da história pregressa da paciente, neste caso o relato da gravidez subsequente à colocação de diu, colabora para o diagnóstico de uma causa incomum para a patologia investigada.

#### **AVALIAÇÃO DO PERFIL, QUEIXA E HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA DE PACIENTE SUBMETIDOS À MANOMETRIA ANORRETAL.**

KARINE SABRINA BONAMIGO; MARLISE MELLO CERATO, VALÉRIO CELSO MADRUGA DE GARCIA, RUY TAKASHI KOSHIMIZU, RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL, DAIANE SONZA VIDART  
*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES*

Resumo: Introdução: a manometria anorretal (ma) consiste em avaliar as pressões da musculatura esfinteriana anal, reflexos, sensibilidade e capacidade retal. Tem relevância para o diagnóstico e planejamento terapêutico de diversas patologias anorretais. Objetivo: avaliar o perfil dos pacientes submetidos à ma

e as queixas que motivaram a sua solicitação. Métodos: revisão de questionários aplicados a pacientes submetidos à ma em laboratório de motilidade digestiva no período de 2 anos. Resultados: foram revisados 296 Questionários, 252 pacientes eram do sexo feminino e a idade média foi 61,56 anos ( $\pm 15,11$ ). O motivo da solicitação do exame foi incontinência fecal (if) em 69,83%, Constipação e bloqueio evacuatório 13,89%, pré-operatório de cirurgia orificial em 6,10%, fissura anal 4,74%, dor anorretal ou pélvica 3,05%, procidência retal 1,69%, alteração ao exame físico e pré-operatório de reconstrução de trânsito intestino 0,33% cada. O período médio de duração dos sintomas antes do exame foi de 49,94 meses ( $\pm 88,26$ ), com número médio de evacuações por semana de 11,7 ( $\pm 11,52$ ) nos incontinentes, 4,38 ( $\pm 3,33$ ) nos contipados e 8,35 ( $\pm 5,51$ ) nos demais. Nos pacientes com if a queixa foi soiling em 51,94%, urgência evacuatória em 25,24% e acidentes em 39,32% e a pontuação média na escala de wexner de 7,62 ( $\pm 4,67$ ). Do total 42,37% relacionavam sua queixa com limitação em suas atividades e, nos incontinentes 49,25% necessitava de uso de forro perineal. Nas mulheres que realizaram o exame por if 131 tiveram duas ou mais gestações e 18 uma gestação, sendo que 87,24% dos nascimentos ocorreram por via vaginal, destes 66,15% instrumentados ou com episiotomia. Nas demais, 45 tiveram duas ou mais gestações e 9 uma gestação, sendo que 74,07% dos nascimentos ocorreram via vaginal e 52,5% destes instrumentados ou episiotomia. Cirurgias perineais foram informadas em 80 pacientes e cirurgias/radioterapia pélvicas em 54 pacientes. Os pacientes constipados apresentavam menor número de evacuações semanais em relação aos outros pacientes. Doenças neurológicas, reumatológicas, de tireóide e diabete mellitus estavam presentes em 75 casos. Conclusão: dos pacientes submetidos à ma a if foi a queixa mais comum, seguida por constipação e bloqueio evacuatório. Pacientes constipados evacuavam menos em relação aos demais e o percentual de partos vaginais e instrumentados ou com episiotomia foi maior nos pacientes com if. A média de tempo de sintomas para o início da investigação foi maior que 3 anos.

#### **PROTOCOLO MULTIMODAL DE RECUPERAÇÃO RÁPIDA EM PROCEDIMENTOS COLORRETAIS EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA**

MARLISE MELLO CERATO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, NILO LUIZ CERATO, RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA, KARINE SABRINA BONAMIGO, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL, DAIANE SONZA VIDART  
*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES*

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 eletivas em serviço de coloproctologia. Métodos:

revisão de prontuários de internação hospitalar dos pacientes submetidos a cirurgias colorretais eletivas durante o desenvolvimento e implantação de protocolo de recuperação rápida. No período de julho de 2012 a junho de 2014, 87 pacientes preencheram os critérios de inclusão. Resultados: dos 87 procedimentos colorretais abdominais, a média de idade dos pacientes foi de 68,54 anos ( $\pm 13,02$ ), 53 do sexo feminino e 34 do sexo masculino. Destes, 61 tinham comorbidades associadas. Todos realizaram avaliação anestésica e fisioterapêutica, 52 nutrológica e 22 acompanhamento psicológico. Apresentaram neoplasia de cólon 81 pacientes, 18 de reto ou canal anal e 20 pacientes por doença benigna. Foram realizados 25 (28,73%) procedimentos por videolaparoscopia (vlp) e 62 (71,26%) por via aberta. Foi realizada drenagem da cavidade abdominal em 21 pacientes, com tempo de permanência do dreno, em média, de 4,95 dias. Oito pacientes apresentaram complicações transoperatórias, 6 por sangramento, 1 por lesão intestinal e 1 Lesão de baço. O tempo médio de internação nos procedimentos abertos foi de 5,4 dias e nas cirurgias vlp 4,26 dias, nos pacientes sem complicações. A abreviação de jejum foi realizada em 72 casos (82,75%). A dieta foi ofertada no po imediato ou no 1ºpo, em 75 pacientes (86,20%) e foi bem tolerada em 78,66% dos casos. Durante a internação 21 apresentaram complicações pós-operatórias (18 submetidos a cirurgia aberta e 3 a vlp), sendo, das abertas, 1 fístula, 1 sangramento, 3 sepses, 6 deiscências, 7 íleos prolongados e, das vídeos, 3 deiscências. 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.

#### **PERFIL DOS PARTICIPANTES DE CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER COLORRETAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (RS)**

MARLISE MELLO CERATO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU, DANIEL DE CARVALHO DAMIN, ADRIANO STAUBUS, CLEBER ALLEM NUNES, DANIEL AZAMBUJA, BRUNA BORBA VAILATI, ORNELLA SARI CASSOL

*ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DE COLOPROCTOLOGIA 2014/15*

Resumo: Introdução: a incidência e a mortalidade por câncer colorretal (CCR) vêm apresentando uma tendência crescente. O CCR é a 2ª causa de morte, por neoplasia. No Brasil as maiores incidências são na região sudeste e sul. No rs é o 3º tipo mais comum em homens (após próstata e pulmão) e o 2º em mulheres (após mama). Em porto alegre, é o 2º mais incidente em ambos os sexos. Estudos recentes mostram que até 80% dos pacientes encontram-se em estadio avançado ao diagnóstico e que a realização de colonoscopia reduz de forma significativa a incidência do CCR, sendo que a cada 1% de adenoma detectado, reduzimos em 3% a chance de CCR. A sobrevida média em cinco anos é de 55% nos países desenvolvidos e 40% nos países em desenvolvimento. Objetivo: definir o perfil dos participantes na campanha de prevenção

do CCR, na cidade de porto alegre. Método: foi realizada em shopping, em maio de 2014, durante 4 dias, a exposição de um modelo inflável representando o intestino grosso com vídeos educativos e ilustrações das doenças do intestino. No final da visita as dúvidas eram esclarecidas por coloproctologistas. Foi aplicado questionário aos participantes com preenchimento de dados pessoais, realização de colonoscopia, historia pessoal e familiar de neoplasia. Resultado: participaram 3500 pessoas, sendo que 1835 preencheram o questionário. A idade média foi de 37,04 ( $\pm 16,38$ ) anos, 59,89% mulheres e 40,11% homens. Em relação ao grau de escolaridade, 11% tinham ensino fundamental, 29,26% médio, 52,75% superior e 3,59% pós-graduação. Eram da área da saúde 12,58%, 14,27% estudantes e os demais de profissões variadas. Havia realizado colonoscopia 18,85%, 47,01% considerando somente os com mais de 50 anos. Tinham história pessoal de neoplasia 106 (5,77%), sendo que 54 (50,94%) haviam realizado colonoscopia. Tinham história familiar 623 (33,95%), destes, 140 (22,47%) haviam realizado colonoscopia, destes 115(18,45%) tinham mais de 40 anos. Conclusão: a alta incidência do CCR e a diferença nos resultados do tratamento e prognóstico de acordo com o estágio da doença justificam os esforços de diagnóstico precoce e de rastreamento em população de alta incidência do CCR. A campanha levou a uma maior conscientização das pessoas atingidas em relação a importância da prevenção e do diagnóstico precoce. São necessários esforços e campanhas anuais para alcançarmos um grande percentual da população e tentarmos mudar a realidade do CCR no nosso meio.

#### **PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL PELA PESQUISA IMUNO-QUÍMICA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

MARCELO RODRIGUES BORBA; LUIZ MARUTA, MARIA CECILIA R.T. BROCHADO, MARCOS S.V. BARROS, JORGE HENRIQUE REINA NETO, ESTEVAM MADARAS, RODRIGO MONTENEGRO LOURENÇÃO, ALINE A. BIRAL  
*DIVISÃO DE CLÍNICA CIRÚGICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO*

Resumo: O câncer colorretal é o mais frequente tumor do aparelho digestivo tanto no homem quanto na mulher. A pesquisa de sangue oculto é um método importante e de baixo custo na prevenção em grandes populações. Para estudar a psf por imuno-química em um grupo fechado como os membros da universidade de são paulo, os autores estão realizando este estudo. Os resultados iniciais do período de dezembro de 2013 à junho de 2014 são: A- total de exames fobt efetuados: 1577; B- total de fobt positivos: 75 (4,41%) (b/a)=75/1577; C- total de positivos para cancer nas colonoscopias realizadas: 4 (0,25%) (c/a)=4/1577; D- colonoscopias realizadas em fobt+: 47; doenças benignas ou exame normal: 19(40,42%) (19/47) adenomas (baixo grau ou serrilhado): 24(51,02%) (24/47) cancer: 4 (8,51%) (4/47) câncer intramucoso ou adenoms de alto grau de atipia: 2 (tratados por via endoscópica); Câncer invasivos: 2 (tratados por sigmoidectomia). Pacientes fobt + aguardando realização de colonoscopia 28.

## **DIAGNÓSTICO TARDIO DA DOENÇA DE CROHN EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

DANIEL AMARAL ZANETTI; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, ELOAH GAMBOGI LIMA, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES, ALEXANDRE MARTINS DA COSTA EL-AUOAR, DIEGO VIEIRA SAMPAIO, GERALDO MAGE-LA GOMES DA CRUZ

*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: Introdução: as doenças inflamatórias intestinais (DII) apresentam manifestações extraintestinais em 30% dos pacientes, sendo a mais comum a artrite enteropática. A artrite enteropática pode ser classificada como artrite periférica que afeta múltiplas pequenas articulações e artrite axial na forma de espondilite anquilosante (espondiloartropatia). A maioria dos pacientes com espondiloartropatia não apresenta sintomas ou sinais de inflamação intestinal. Lesões inflamatórias no intestino, no entanto, tem sido identificadas em 60% dos pacientes com espondiloartropatia, mesmo na ausência de sinal ou sintoma intestinal. Material e método: paciente sexo masculino, 68 anos, com diagnóstico de espondilite anquilosante há 12 anos em acompanhamento em um serviço de Reumatologia desde o diagnóstico. Realizou colonoscopia preventiva há 2 anos que mostrou colite difusa moderada, estenose de canal anal e pólipos colônicos. Foi avaliado por diversas clínicas sem qualquer suspeita diagnóstica de Doença de Crohn. Há um ano iniciou com quadro de proctalgia e nodulação perianal com drenagem de pus, foi encaminhado ao proctologista que iniciou o tratamento medicamentoso para abscesso perianal com antimicrobiano. Paciente ainda sem diagnóstico deu entrada ao serviço de coloproctologia da Santa Casa com lesões perineais graves, como múltiplas fistulas e fissuras, tanto no períneo anterior quanto no posterior. Foi enfim diagnosticada a Doença de Crohn. A abordagem medicamentosa foi com 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. Conclusão: a alta prevalência de DII em pacientes com diagnóstico espondiloartropatia faz com que essa associação deva ser considerada durante o acompanhamento clínico do paciente evitando se o diagnóstico tardio da doença. Exames complementares como a colonoscopia devem ser realizados como vigilância das manifestações macroscópicas e microscópicas da DII mesmo na ausência de sintomas intestinais. O atraso diagnóstico pode trazer consequências graves com resultados catastróficos ao paciente. O tratamento combinado clínico-cirúrgico com agente biológico e o acompanhamento multidisciplinar são mandatórios para melhores resultados.

## **PNEUMORETROPÉRITÔNIO, PNEUMOMEDIASTINO E ENFISEMA SUBCUTÂNEO APÓS DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÃO DE CRESCIMENTO LATERAL(LST) RETAL**

ELOAH GAMBOGI LIMA; ROBERTA GRAZIELLE SOUZA LOPES, NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM, FERNAN-

DO JOSÉ CAMPOS LAVALL JÚNIOR, DANIEL AMARAL ZANETTI, MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER, DIEGO VIEIRA SAMPAIO, LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA

*SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE*

Resumo: A dissecação endoscópica da submucosa (esd) já é procedimento consagrado no tratamento do câncer gástrico e esofageano em suas fases precoces. As lesões colorretais, inicialmente abordadas por mucosectomia, em bloco ou em fragmentos, são foco atual para a abordagem submucosa, principalmente para tumores de crescimento lateral superficial a partir de 20mm de diâmetro. A experiência de centros japoneses, referências em endoscopia terapêutica, demonstram redução no índice de recidiva da doença com esta abordagem e, segundo critérios histopatológicos específicos, podem evitar uma colectomia em alguns casos de neoplasia maligna. Relato de caso: trata-se de paciente de 50 anos, submetida a dissecação endoscópica da submucosa de lesão de crescimento lateral, com 50 mm, localizada no reto, a 8 cm da margem anal. O Procedimento foi realizado sem maiores intercorrências, apenas dois pontos de afastamento da muscular, sem perfuração grosseira, fechados com clipe. Entretanto a paciente evoluiu com escape aéreo para diversas cavidades e foi tratada sem intervenção adicional, apenas manejo clínico. Conclusão: é de fundamental importância conhecer a técnica da esd e suas complicações uma vez que, mesmo repleta de benefícios em relação a cirurgia, ela pode ter desfechos graves.

## **HAMARTOMA CÍSTICO RETRORRETAL (CISTO DO INTESTINO POSTERIOR): RELATO DE CASO**

MARLUS TAVARES GERBER; DAYANE RAQUEL DE PAULA, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, LUCIANO OLTRAMANI SPONCHIADO, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: o espaço retrorretal se situa entre o mesorreto e o sacro; tumores nessa localização são raros. A real incidência é desconhecida, estima-se um caso a cada 40.000-63.000 pacientes. Os tumores retrorretais são classificados em congênitos (variante mais prevalente), neurogênicos, inflamatórios, ósseos e outros. Os hamartomas císticos são classificados entre os tumores congênitos e derivam de remanescentes hamartomatosos precursores do sistema digestório. Objetivo: relatar um caso de paciente com tumor retrorretal. Relato do caso: m.f.c., 54 anos, feminina, previamente hígida, com abaulamento na região sacral, associado à dor e dificuldade para evacuar, desde outubro de 2012. Realizou tomografia computadorizada (TC) na cidade de origem, que evidenciou formação hipodensa de contornos lobulados no espaço retrorretal, medindo 6,9 x 5,9cm, sugerindo cisto dermóide. Procurou atendimento, onde a lesão foi drenada, com saída de conteúdo purulento e exame anatomopatológico (ap) com hemácias, fibrina e restos celulares, compatível com con-

teúdo de cisto inespecífico. Apresentou melhora dos sintomas locais, com retorno dos mesmos em agosto de 2013. Nova TC demonstrou lesão hipodensa com áreas císticas de dimensões semelhantes ao exame anterior. Encaminhada ao ambulatório de coloproctologia, no qual foi optado por ressecção cirúrgica por acesso posterior transcoccígeo. O exame ap da lesão revelou harmatoma cístico retrorretal (“tailgut cyst”). Evolução pós-operatória sem intercorrências, com continência fecal preservada, sem sinais de recidiva até o momento. Conclusão: o diagnóstico dos tumores retrorretais é incidental em 50% dos casos, uma vez que os sintomas são variados (constipação, incontinência fecal e urinária, disfunção sexual e mais comumente dor), muitas vezes vagos e relacionados ao efeito de massa da lesão. Cistos com infecção secundária podem mimetizar abscesso anorretal. Embora tumores retrorretais possam se desenvolver em qualquer idade, são mais comuns em mulheres entre 40 e 60 anos. Devido ao risco de transformação maligna dessa entidade, a ressecção cirúrgica é mandatória, mesmo nas lesões de aspecto radiológico benigno. As lesões no nível do reto alto devem ser abordadas por via abdominal; já quando abaixo da terceira vértebra sacral, o acesso deve ser posterior (transacral ou transcoccígeo).

#### **SÍNDROME DO INTESTINO CURTO EM PACIENTE COM SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE**

MARLUS TAVARES GERBER; HÉCTOR SBARAINI FONTES, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: a síndrome do anticorpo antifosfolípide (saf) é a principal causa de trombofilia adquirida em adultos. Sua apresentação clínica é variável, porém o mais freqüente é a apresentação como trombose venosa profunda, embolia pulmonar ou acidente vascular cerebral isquêmico. Objetivo: relatar caso de saf com apresentação atípica e evolução para síndrome do intestino curto (sic). Relato do caso: sfr, 45 anos, feminina, previamente hígida, encaminhada com quadro de dor abdominal tipo cólica com início nos últimos seis meses que persistiu após realização de laparotomia exploradora (le) com colecistectomia em outro serviço. Durante internação para investigação, apresentou piora clínica evoluindo com sinais de oclusão intestinal, sendo então submetida à nova le com achado de múltiplas aderências firmes, sem plano de clivagem com realização de enterectomia de aproximadamente 100 cm e colectomia esquerda até o terço médio do cólon transverso. Exame anatomopatológico (ap) evidenciou úlceras com aspecto de pedra de calçamento e ileíte crônica em atividade neutrofilica, sugerindo o diagnóstico de Doença de Crohn (DC). Recebeu alta assintomática com tratamento imunossupressor. Após um mês, paciente retornou com piora da dor abdominal e pneumoperitônio, sendo submetida à nova le que evidenciou isquemia de áreas de delgado e cólon, com perfuração na alça ileal, optando-se pela realização de nova

enterectomia de aproximadamente 110 cm de extensão e confecção de peritonostomia. Durante reabordagem foi realizada ileocelectomia direita e enterectomia de outros segmentos inviáveis. Paciente evoluiu com sic (restando apenas 40 cm do jejuno, cólon sigmóide e reto) e recebeu alta hospitalar, mantendo nutrição parenteral total (npt) semanal com ganho de peso gradual. Durante esse período foi realizada investigação que descartou dc e confirmou o diagnóstico de saf. Conclusão: saf é na maioria dos casos, uma patologia com episódios de trombose e abortamento de repetição, sendo controlada precocemente com anticoagulação e controle do tempo de atividade da protrombina, reservada a recorrência em pacientes não anticoagulados. No caso relatado, o diagnóstico foi tardio e a paciente apresentou sucessivas complicações com necessidade de enterectomia extensa e colectomia, evoluindo com sic e dependência de npt.

#### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DOENÇA DE CROHN E LINFOGRANULOMA VENÉREO: RELATO DE CASO**

MARLUS TAVARES GERBER; HÉCTOR SBARAINI FONTES, VANESSA NASCIMENTO KOZAK, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: pacientes com achados endoscópicos de proctite e sintomas gastrointestinais muitas vezes são tratados como portadores de doença inflamatória intestinal (DII), já que as demais doenças envolvidas no diagnóstico diferencial são, em geral, menos comuns na prática médica. O diagnóstico diferencial entre DII e outras causas de proctite nem sempre é uma tarefa fácil. Objetivo: relatar um caso de Doença de Crohn (DC) em paciente tratada durante 14 anos como portadora de linfogranuloma venéreo (lv). Relato do caso: lps, 40 anos, feminina, com história de dor abdominal com início em 1997, associada à constipação. Realizou colonoscopia na ocasião, que sugeriu diagnóstico de retocolite ulcerativa e iniciou tratamento com sulfasalazina. Paciente apresentava também fistulas perineais e vulvares intermitentes, desde 1990, sendo submetida à fistulectomia em 1999 – o diagnóstico anatomopatológico (ap) sugeriu diagnóstico de lv. Realizou vários ciclos de antibióticos, sem melhora das fistulas e dos sintomas gastrointestinais. Em 2000, devido a quadros de suboclusão por estenose do reto, foi realizada amputação abdominoperineal do reto, com ap compatível com a proposição clínica de lv, tendo melhora dos sintomas intestinais. Encaminhada ao ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, onde foi submetida a vulvectomias por fistulas em 2007, 2008 e 2012. Em 2013, foi encaminhada ao ambulatório da coloproctologia devido ao retorno dos episódios de suboclusão intestinal. Realizou ressonância magnética do abdome e pelve, que evidenciou distensão das alças ileais com sinais de obstrução parcial

próxima a válvula ileocecal. Optado por laparotomia exploradora, na qual se observou espessamento da parede cecal e do íleo terminal, sendo realizada ileocectomia direita, com ap compatível com dc. Realizada revisão das lâminas da amputação do reto, com achados histológicos comuns a dc e lv. Atualmente, paciente faz seguimento e tratamento com imunossupressor para dc e se mantém assintomática. Conclusão: os achados histológicos de dc e lv podem se assemelhar, desta forma, é imprescindível a correlação com dados epidemiológicos, clínicos e colonoscópicos para o diagnóstico definitivo. No caso relatado a confirmação diagnóstica só foi possível 14 anos após o primeiro procedimento cirúrgico e após diversas intervenções sem melhora do quadro.

#### **SUBOCLUSÃO POR FITOBEZOAR EM PACIENTE COM ESTENOSE COLÔNICA SECUNDÁRIA A DOENÇA DIVERTICULAR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; HÉCTOR SBARAINI FONTES, DAYANE RAQUEL DE PAULA, MARLUS TAVARES GERBER, ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, RENATO ARAÚJO BONARDI, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: a doença diverticular do cólon é muito frequente e sua prevalência aumenta com a idade. As complicações mais comuns são a inflamação aguda e o sangramento. Outra complicação possível é o espessamento parietal como resultado do processo de diverticulite recorrente ou inflamação crônica, podendo levar a quadros de obstrução intestinal ou dor abdominal crônica. Objetivo: relatar um caso de paciente com doença diverticular que evoluiu com suboclusão e dor abdominal crônica, sendo necessária intervenção cirúrgica para tratamento e diagnóstico. Relato do caso: at, 56 anos, masculino, vem encaminhado ao ambulatório de coloproctologia com queixa de dor abdominal e emagrecimento de início há seis meses. No período apresentou perda ponderal de aproximadamente 30 kg associada à alteração de hábito intestinal, alternando longos períodos de constipação com episódios de diarreia. Na investigação realizou tomografia computadorizada de abdome e pelve que evidenciou divertículos colônicos na flexura esplênica e cólon descendente com densificação dos planos de gordura ao redor, além de espessamento parietal com redução da luz do cólon descendente de 7 cm de extensão e dilatação das alças proximais. A colonoscopia demonstrou área de estenose no cólon descendente, transponível ao aparelho, com fito bezoar à montante que não permitiu a progressão do aparelho. A sorologia para doença de chagas foi positiva. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora para esclarecimento do quadro e exclusão de neoplasia, com achado intraoperatório de estenose do terço médio do cólon descendente por espessamento transmural e dilatação proximal, optando-se pela realização de colectomia esquerda ampliada com colostomia terminal. O exame anatomopatológico foi compatível

com doença diverticular complicada sem sinais de neoplasia, tampouco destruição dos plexos nervosos sugestiva de colopatía chagásica. Conclusão: a doença diverticular do cólon é uma afecção comum e pode, em alguns casos, evoluir com fibrose e espessamento parietal, com conseqüente oclusão ou suboclusão intestinal, como no caso relatado. Não existe associação direta entre doença de chagas e divertículos colônicos, porém a constipação gerada pela primeira doença pode estar envolvida na patogênese dos divertículos.

#### **CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (CEC) PERIANAL PÓS TRATAMENTO COM RADIOQUIMIOTERAPIA EXCLUSIVA PARA CEC VULVAR**

VANESSA NASCIMENTO KOZAK; HÉCTOR SBARAINI FONTES, MARLUS TAVARES GERBER, ANTÔNIO SÉRGIO BRENNER, ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN, RENATO ARAÚJO BONARDI, EDUARDO SCHUNEMANN JÚNIOR, MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ*

Resumo: Introdução: os tumores vulvares são o quarto câncer ginecológico mais comum, sendo o carcinoma de células escamosas (cec) a variante histológica mais frequente. Nesses tumores o tratamento é predominantemente cirúrgico, porém em alguns casos pode-se optar pela realização de quimioterapia (qt) e radioterapia (rt). Objetivo: relatar um caso de cec vulvar tratado clinicamente que evoluiu com neoplasia perianal. Relato do caso: rpl, 35 anos, feminina, foi encaminhada ao pronto atendimento da ginecologia em janeiro de 2013, na 28ª semana de gestação, com diagnóstico de bartholinite. A drenagem revelou conteúdo violáceo friável e o exame anatomopatológico (ap) foi compatível com cec de padrão verrucoso, invasivo e ulcerado. A gestação foi interrompida na 37ª semana através de cesariana por obstrução do canal de parto. Paciente foi submetida à qt associada a 30 sessões de rt, entre março e agosto de 2013. Após este ciclo foi reavaliada, não sendo indicado tratamento cirúrgico devido à resposta clínica completa, com realização de mais três ciclos de qt. No seguimento, em março de 2014, paciente foi encaminhada à coloproctologia, com ressonância magnética que evidenciou alteração do sinal no segmento distal do canal anal com comprometimento da margem anterior do esfíncter anal interno. Ao exame, apresentava nódulo de cerca de 2 cm, avermelhado, friável, bosselado, com orifício drenando secreção purulenta adjacente a lesão. O septo retovaginal era endurecido da linha pectínea até 4 cm da margem anal. Realizada biópsia da lesão, com diagnóstico de cec "in situ" com áreas de microinvasão. Após discussão conjunta com equipe da oncologia, foi submetida à cirurgia de miles com colpectomia distal posterior, cujo diagnóstico ap foi de cec invasivo moderadamente diferenciado, ulcero-infiltrativo. Conclusão: o cec vulvar é um tumor de tratamento eminentemente cirúrgico. O tratamento clínico com rt e qt podem ser considerados, porém com resultados variáveis. No caso apresentado a paciente apresentou boa resposta ao tratamen-

to inicial, entretanto evoluiu com surgimento de neoplasia perianal, sendo optado por conduta agressiva com potencial curativo. Como a primeira lesão tratada não comprometia a região perianal, pode-se tratar de novo sítio primário, visto que ambas as doenças se relacionam com a infecção pelo papiloma vírus humano (hpv).

#### **SARCOMA RETRORRETAL: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; RAFAEL FERNANDES GAMA; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA; JULIANO RIBEIRO NASCIMENTO; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: a verdadeira prevalência dos tumores retrorretais é desconhecida pois muitos casos são assintomáticos. A maioria dos estudos mostra a incidência de um caso para cada 40000-60000 internações. Existem poucas publicações sobre o tema sendo a maior da clínica Mayo com 120 casos. A classificação mais comumente utilizada é dividida em cinco grupos: tumores congênitos, tumores ósseos, lesões inflamatórias, tumores neurogênicos e miscelânea. Os tumores congênitos são os mais comuns representando 55%-70%, seguidos dos cordomas, as miscelâneas apresentam-se entre 10-25% de todas as lesões pré-sacrais. Objetivo: relatar um caso de sarcoma retrorretal. Relato de caso: mcb, 50 anos, mulher, branca, procedente de atibaia/sp, procurou o serviço médico com queixa de tenesmo há 5 meses, com perda ponderal de 15%, associado de dor sacral progressiva com irradiação para membros inferiores bilateralmente. Apresentando disúria com necessidade de sondagem vesical de demora. Ao exame: apresentava-se emagrecida, no exame proctológico apresentava massa tocável há 6cm da borda anal que era oriunda da região posterior que rechaçava o reto e a vagina anteriormente. O exame tomográfico e na ressonância nuclear magnética apresentavam massa pré-sacral, extrínseca a luz do reto de grande volume. Com hipótese de tumor retrorretal a paciente foi submetida a laparotomia exploradora que identificou uma massa tumoral em mesorreto posterior. A paciente foi submetida a exenteração pélvica posterior. A paciente evoluiu bem com alta no 10ºpo devido a pneumonia nosocomial. O resultado anátomo patológico concluiu tratar-se de sarcoma retrorretal. Discussão: tumores retrorretais são mais comuns em mulheres entre 40-60 anos, especialmente lesões císticas. A malignidade é mais comum em homens do que em mulheres devido ao atraso no diagnóstico. Em adultos o sintoma mais comum é a dor, seguido de alteração do hábito intestinal ou urinário. A literatura mostra que no momento do diagnóstico 95-97% dos pacientes já apresentam massa palpável. O diagnóstico é feito através de exame de imagem tomográfico ou de preferência a ressonância magnética. O tratamento é cirúrgico e o prognóstico dependerá do tipo histológico do tumor.

#### **PERFIL DOS PACIENTES COM NEOPLASIA COLORRETAL ANTES DOS 40 ANOS DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HUSF**

DANILO TOSHIO KANNO; LARA TAGLIARI KOYANAGI; PAULA DAPHNE BRISIGUELI BORGES DE ALMEIDA; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: o câncer colorretal é a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil e vem aumentando nos últimos anos, ocorrendo predominantemente em idosos, sendo incomum em menores de 40 anos, correspondendo entre 2,1 a 14,6% dos casos. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico varia entre 2 meses e 10 meses. Relato de experiência: estudados 34 pacientes no período entre 2000 e 2014 com idades entre 22 e 40 anos com neoplasia colorretal. Apresentavam-se em 17 mulheres e 17 homens, com idade média de 34,11 anos. Localização do tumor: 8% cólon proximal (cólon direito: 2, cólon transverso: 1), 35,29% cólon distal (6 casos de cólon descendente, 6 cólon sigmoide), e, 55% reto (reto alto: 6, reto médio: 2, reto baixo: 8, reto não definido: 3). O tipo histológico do tumor apresentou-se: 18,91% de adenocarcinoma bem diferenciado (7 casos), 58,88 adenocarcinoma moderadamente diferenciado (20 casos), 5,8% adenocarcinoma pouco diferenciado (2 casos), 17,64% adenocarcinoma sem grau de diferenciação (6 casos), e, carcinoma indiferenciado (1 caso). As cirurgias realizadas foram: ressecção endoscópica (1 caso), amputação abdominoperineal do reto (7 casos), retossigmoidectomia anterior (14 casos), colectomia esquerda (7 casos), colectomia direita (2 casos), colectomia total (1 caso), exenteração pélvica (1 caso), e, um caso inoperável. O estadiamento pela classificação de Dukes foi a seguinte: 14,7% dukes a (5), 23,52 dukes b (8), 47,05% dukes c (16), 8,82% Dukes d (3), 5,88% indefinidos (2). Quanto a terapia oncológica; 20,58% dos pacientes foram submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante, e, 23,52% foram submetidos a quimioterapia adjuvante. A sobrevida global pós-operatória se deu em função da neoplasia, que foi identificada em 9 pacientes. Recidiva em 1 ano (2 casos), 2 anos (2 casos), 3 anos (3 casos), 4 anos (4 casos), e, 5 anos (1 caso). Óbitos durante a internação foi devido a infecção que representaram 5,88% dos casos (2 casos). Discussão: nossa experiência evidencia que a grande maioria dos casos de neoplasia colorretal antes dos 40 anos apresenta uma predominância no cólon distal e principalmente reto. Destaca-se que os casos de recidiva pélvica correlacionaram-se predominantemente em casos de reto e sigmoide, e, que os casos de menor sobrevida foram as neoplasias de reto baixo, dados que corroboram com a literatura mundial.

#### **FIXAÇÃO LAPAROSCÓPICA NA SÍNDROME DO CECO MÓVEL**

CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DANILO TOSHIO KANNO; ROGÉRIO TADEU PALMA, VIVIAN SATI OBA BOURROUL, ROBERTA LAÍS DOS SANTOS

MENDONÇA; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

Resumo: Pgv, mulher, branca, 27 anos, nulípara com queixa de dor crônica abdominal em fossa ilíaca de forte intensidade do tipo cólica há 8 meses. Não apresentava patologias prévias. Antecedente cirúrgico de apendicectomia convencional e laparoscopia anterior para investigação de endometriose. Paciente foi submetida a laparoscopia diagnóstica na qual se identificou mobilidade do ceco, sendo este identificado sob o leito hepático, com sinais de torção. Foi realizada fixação do cólon direito a parede abdominal. Paciente evoluiu bem com melhora do quadro, e, está em acompanhamento ambulatorial há seis meses sem queixas. Discute-se neste caso quanto a síndrome do ceco móvel, será ela mito ou realidade?

#### **EXPERIÊNCIA DE ESTOMAS INTESTINAIS NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HUSF: TÉCNICAS E COMPLICAÇÕES**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELA TIEMI SATO; JÚLIO AUGUSTO PADOVANI; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO*

Resumo: Introdução: a confecção adequada de uma ostomia, manejo cuidadoso e fechamento com técnica precisa é fundamental para o tratamento de doenças específicas e para a vida social do paciente. Objetivos: revisar na literatura a indicação de ostomias intestinais, cuidados pré, pós-operatórios e principais complicações, e, compará-los a experiência no serviço de coloproctologia do husf. Material e métodos: pesquisa na literatura médica, utilizando a base de dados medline e lilacs, englobando artigos entre 2000 e 2014, sem restrição para idiomas específicos. Foram revisados os prontuários de 90 pacientes no período entre 2001 e 2014 que resultaram na confecção e fechamento de ostomas intestinais. Resultado: a idade média dos pacientes foi de 51,74. Foram identificadas como causas da confecção da ostomia: 63% de quadros obstrutivos (98% deste por neoplasia), 18% inflamatórios, e, 21% traumas. A dermatite periestomal foi a complicação precoce mais comum, com incidência em até 77% dos pacientes. A isquemia, associada a necrose da ostomia foi a principal causa de revisão precoce do estoma. Como complicação tardia, encontramos a hérnia paracolostômica em 14% a 30% dos doentes, diretamente relacionada ao tamanho do orifício da aponeurose sob o estoma (>3 cm). O prolapso tem uma distribuição de 7-22% quando observado exclusivamente em ileostomias, com pico de incidência destas complicações ocorrendo após de 5 anos de segmento. A correção de hérnias paraestomais sem utilização de próteses apresenta recorrência de até 60%, o uso de técnica protética diminui esta incidência a 33%. O reparo laparoscópico é uma técnica mais rápida e com menor incidência pós-operatória de hérnia incisional. Existe evidência de melhores resultados na confecção de ileostomia em alça, temporária, quando comparada a colostomia empregando a

mesma técnica. A opção de colostomia terminal, quando definitiva, também mostrou menores complicações em longo prazo. A orientação pré-operatória, demarcação prévia do local da ostomia e preparo psicológico e social do paciente antes do procedimento leva a queda de complicações pós-operatória. Conclusão: a confecção de colostomias e ileostomias apresenta ainda em nossos dias índices de morbidade significativos. Estudos reportam um taxa de complicação variável entre 21 a 70%. A discrepância nesta incidência é reflexo da falta de revisão sistemática sobre a vulnerabilidade destes pacientes e comunicação intermitente entre grupos de estudo.

#### **TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA PROCTOPATIA ACTÍNICA HEMORRÁGICA COM PLASMA DE ARGÔNIO: EXPERIÊNCIA DO GASTROCENTRO/UNICAMP.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.  
*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/DMD/FCM/UNICAMP*

Resumo: Introdução: a proctopatia actínica é uma complicação da radioterapia para o tratamento de neoplasias malignas pélvicas. O sangramento da proctopatia 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 proctopatia actínica hemorrágica. Pacientes e Métodos: de fevereiro de 2008 a maio de 2014, foi realizado estudo prospectivo que incluiu 81 pacientes portadores de proctopatia actínica, sendo 38 homens e 43 mulheres. A idade média dos pacientes foi de 60,82 anos completos (variando entre 37 e 85). Quanto à neoplasia de base, todos os homens eram portadores de câncer de próstata. Por sua vez, 26 mulheres eram portadoras de câncer de colo uterino, 14 de neoplasia de endométrio e 3 de câncer de bexiga. Todos os pacientes apresentavam sangramento intermitente ou diário, sendo que 21 deles haviam necessitado de transfusões sanguíneas. O início dos sintomas ocorreu, em média, após 16,56 meses de radioterapia (variando entre 6 e 50 meses). A dose radioterápica prévia foi média de 76,15gy (variando entre 60 e 87,2). Foi utilizada a classificação endoscópica de chi (graus 0 a 3), sendo que 24 pacientes eram portadores de retite actínica grau 1, 26 pacientes de grau 2, e 31 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 cinco deles foi necessária a complementação com aplicação tópica de formalina. Uma média de 2,47 sessões foi necessária para o alívio de sintomas, variando de 1 a 5. Após o término do tratamento, 35 pacientes não apresentaram mais sangramento, enquanto 46 mantiveram ocasionais ou raros sangramentos. Nenhum paciente necessitou de transfusões sanguíneas adicionais após o tratamento. Para três pacientes, foi necessário tratamento cirúrgico: duas retossigmoidectomias e uma ileostomia em alça devido a estenose sintomática de sigmóide, prévias ao



tratamento endoscópico. O tempo de seguimento médio foi de 37,37 meses (variando entre 3 e 63). O procedimento foi bem tolerado pelos pacientes, sem complicações significativas. Conclusão: A aplicação endoscópica de plasma de argônio para o tratamento da proctopatia actínica hemorrágica é um método seguro, bem-tolerado e eficaz.

#### **HETEROTOPIA PANCREÁTICA NO ÍLEO CAUSANDO INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; MIKI MOCHIZUKI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, LARISSA BERBERT ARIAS, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/DMAD/FCM/UNICAMP*

Resumo: Introdução: a heterotopia pancreática (hp) é uma anomalia do desenvolvimento, sendo definida como tecido pancreático em locais ectópicos sem contiguidade com o pâncreas principal. Sua ocorrência é rara e tem incidência de 0,2% das cirurgias do trato gastrointestinal alto. A hp ocorre principalmente em estômago, duodeno e jejuno proximal. A hp ileal como causa de intussuscepção intestinal é extremamente rara. Após revisão da literatura, encontramos apenas 7 casos descritos de hp como causa de intussuscepção intestinal. Objetivo: relatar um caso de hp do íleo causando intussuscepção intestinal. Relato de caso: paciente do sexo masculino de 16 anos de idade foi encaminhado ao nosso ambulatório com dor abdominal crônica e episódios de suboclusão intestinal há 2 anos. Previamente submetido a duas videolaparoscopias não-terapêuticas por quadro de abdome agudo por obstrução. Até esse momento, estava sendo tratado como portador de Doença de Crohn e de intolerância à lactose, em uso oral de mesalazina 2g/dia e restrição de lactose, referindo melhora parcial dos sintomas. Em nosso serviço, foi solicitada enterorressonância do intestino delgado, que detectou lesão polipóide pediculada de 8cm no íleo distal. Em seguida, foi submetido a enteroscopia retrógrada do intestino delgado por técnica de duplo-balão, que revelou a cerca de 150cm da válvula ileocecal, uma lesão submucosa de aspecto polipóide e consistência amolecida, medindo 8cm, sendo realizada demarcação com tinta nankin. Realizada ressecção videolaparoscópica do segmento ileal a 120cm da válvula ileocecal contendo a lesão, com anastomose íleo-ileal mecânica e isoperistáltica. Não foi observado divertículo de meckel. Não houve intercorrências no período pós-operatório. O anátomo-patológico constatou que o segmento intestinal tinha alterações vasculares compatíveis com intussuscepção e a lesão continha tecido pancreático maduro, com ácinos e ductos. Discussão: hp é o resultado da separação de tecido pancreático durante o desenvolvimento embrionário, sendo uma causa rara de intussuscepção intestinal. A maioria dos casos de hp ileal como causa de intussuscepção intestinal é descrita com a concomitância de divertículo de meckel, o que supostamente aumentaria o potencial de invaginação intestinal. Conclusão: a hp do íleo sem divertículo de meckel causando intussuscepção intestinal relatada por nós é extremamente rara.

#### **INFLUÊNCIA DA LAVAGEM PERITONEAL COM BUPIVACAÍNA NA MORTALIDADE E NA CICATRIZAÇÃO DE ANASTOMOSE CÓLICA CONFECCIONADA EM VIGÊNCIA DE PERITONITE FECAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; WU FENG CHUNG, HUEI DIANA LEE, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/DMAD/FCM/UNICAMP*

Resumo: Introdução: A ocorrência de deiscência de anastomose intestinal está associada com aumento do tempo de internação, morbimortalidade, necessidade de reoperações, custos de assistência médico-hospitalar e sofrimento do paciente. O conhecimento dos mecanismos envolvidos na cicatrização de tecidos permite o cirurgião interferir no reparo de tecidos, prevenindo e prevendo complicações. Objetivos: nosso objetivo foi avaliar os efeitos da lavagem peritoneal com bupivacaína na mortalidade e na cicatrização da anastomose em cólon descendente de ratos, em vigência de peritonite fecal ou não. Metodologia: foram utilizados 40 ratos machos wistar, pesando entre 300-350g, distribuídos aleatoriamente em quatro grupos de dez animais cada. Foi realizada laparotomia e anastomose em cólon descendente seis horas após injeção intraperitoneal de solução fisiológica (sf) ou de fezes autólogas. Grupo 1: sem peritonite e lavagem com 3ml de sf; grupo 2: sem peritonite e lavagem com 8 mg/kg de bupivacaína a 0,5% (0,5ml) adicionado a 2,5ml de sf; grupo 3: peritonite e lavagem com 3ml de sf; grupo 4: peritonite e lavagem com 8 mg/kg de bupivacaína a 0,5% (0,5ml) adicionado a 2,5ml de sf. Os animais que evoluíram para óbito foram submetidos a necropsia. A eutanásia e o teste biomecânico de energia total de ruptura (etr) foram realizados no quinto dia de pós-operatório dos animais sobreviventes. Resultados: o grupo 4 apresentou maior sobrevivência quando comparado ao grupo 3, sem significância estatística. O grupo 3 apresentou valores de etr menores que os dos outros grupos, com significância estatística. Conclusões: A peritonite fecal aumentou a mortalidade e influenciou negativamente a anastomose em cólon descendente de ratos, diminuindo sua resistência intrínseca. A lavagem peritoneal com bupivacaína aumentou a resistência anastomótica em vigência de peritonite fecal.

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

MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO, DÉBORA HELENA DOS GONÇALVES E ROSSI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/DMAD/FCM/UNICAMP*

Resumo: Introdução: A cápsula endoscópica surgiu há cerca

de dez 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 achados 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 2014, foram analisados 104 exames de cápsula endoscópica para avaliação do intestino delgado no gastrocentro/unicamp. Foram utilizadas cápsulas pillcam sb2 (given imaging®) e mirocac (intramedic®). Resultados: dos pacientes, 35 eram homens e 69 eram mulheres. A idade média dos pacientes foi de 51,32 anos completos (variando entre 19 e 83). As principais indicações para o exame foram: investigação de sangramento digestivo (52 exames), dor abdominal (18 exames), diarreia crônica (17 exames), poliposes intestinais (7 exames), doença celíaca (5 exames), doenças inflamatórias intestinais (5 exames). Apenas um paciente necessitou de colocação endoscópica da cápsula. O tempo médio de permanência da cápsula no estômago foi de 37,52 minutos (variando entre 5 e 233). Por sua vez, o tempo de exame no intestino delgado foi de 275,4 minutos (variando entre 113 e 494). Os principais achados foram: lesões vasculares (59 pacientes), erosões (33 pacientes), linfangectasias/pólipos (18 pacientes), Doença de Crohn (20 pacientes), enteropatia hipertensiva (7 pacientes), enteropatia por ainh (2 pacientes), doença celíaca (2 pacientes), neoplasia (2 pacientes). O exame realizou diagnóstico significativo e/ou mudou a conduta em 34 casos (30% do total). Em relação a complicações, houve três casos de retenção assintomática. 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.

#### **LESÕES COLORRETAIS E DE INTESTINO DELGADO INDUZIDAS POR ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-HORMONAIS: RELATO DE CASO.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA, UMBERTO MORELLI, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/DMAD/FCM/UNICAMP*

Resumo: Introdução: os anti-inflamatórios não-hormonais (ainh's) são uma das classes de drogas mais utilizadas no mundo. A enteropatia induzida por ainh's é comum e na maioria dos casos assintomática. Entretanto, podem ocorrer anemia ferropriva, sangramento digestivo maciço, estenoses e perfuração intestinal. Relato de caso: paciente do sexo feminino de 58 anos de idade há 2 anos evoluindo com dor abdominal e diarreia crônicas, e há um ano com perda ponderal de 10kg e anemia ferropriva refratária à reposição oral de sulfato ferroso. Há 3 anos era usuária crônica de ainh's para o tratamento de osteoartrose de membros inferiores e de hérnias de disco da

coluna vertebral. Os exames laboratoriais iniciais foram: hb 8,8g/dl, ht 26,7%, vcm 72 (µ3), hcm 23 (pg), albumina 2,8g/dl. Realizou endoscopia digestiva alta normal. A colonoscopia mostrou duas úlceras circunferenciais no ceco, além de enantema e erosões no reto médio e superior. As biópsias da colonoscopia não indicavam doenças inflamatórias intestinais ou infecção. Realizada enteroscopia do intestino delgado por cápsula endoscópica que evidenciou numerosas lesões jejunais e ileais circunferenciais associadas à perda do padrão mucoso habitual, sendo algumas com aspecto cicatricial ("lesão do diafragma") e outras com atividade inflamatória e sangramento ativo. A maioria dessas lesões geravam estenose do lúmen intestinal, dificultando mas não impedindo a passagem da cápsula. Com o diagnóstico de enteropatia por ainh's, introduziram-se antidepressivos e analgésicos opiáceos, com suspensão dos ainh's. Após 6 meses, houve remissão completa dos sintomas e normalização dos índices hematimétricos e de albumina. Discussão: com o maior uso das enteroscopias do intestino delgado, seja por cápsula endoscópica ou assistidas por aparelhos, a enteropatia induzida por ainh's adquiriu relevância clínica. Até o momento, não foram desenvolvidos métodos eficientes para prevenção ou tratamento da enteropatia induzida por ainh's, já tendo sido realizados estudos com metronidazol, sulfassalazina, misoprostol, inibidores da ciclooxigenase-2, lactoferrina humana e proteína de peixe hidrolisada. Dessa forma, o método mais simples para o tratamento dessa condição é a interrupção dos ainh's. Conclusões: a indicação criteriosa dos ainh's e o seguimento cuidadoso dos pacientes são necessários para evitar a enteropatia induzida por ainh's.

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

MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO, JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS, JOÃO JOSÉ FAGUNDES, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ, RAQUEL FRANCO LEAL, CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY.

*GRUPO DE COLOPROCTOLOGIA/DMAD/FCM/UNICAMP*

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 maio de 2014, foram analisados 140 procedimentos de enteroscopia do intestino delgado com técnica de duplo-balão no HC/UNICAMP. Resultados: Em relação aos pacientes, 49 eram homens

e 91 eram mulheres. A idade média dos pacientes foi de 43,49 anos completos (variando entre 16 e 89). As indicações para o exame foram: investigação de sangramento digestivo obscuro (49 exames), pesquisa de microbiota intestinal (40 exames), poliposes intestinais (39 exames), doenças inflamatórias intestinais (6 exames), dor abdominal (5 exames) e doença celíaca (1 caso). O tempo médio de exame foi de 74,3 minutos (variando entre 33 e 137). A extensão média de intestino delgado percorrido pela via anterógrada foi de 230cm (variando entre 60 e 360), e pela via retrógrada 120 (variando entre 30 e 260). Os principais achados foram: lesões vasculares (21 pacientes), pólipos (22 pacientes) e erosões (17 pacientes). O exame realizou diagnóstico significativo e/ou mudou a conduta em 35 casos (25% do total). Em relação a complicações, houve dois casos de sangramento pós-polipectomia, que foram controlados endoscopicamente e dois três casos de íleo adinâmico após tratamento clínico. Conclusão: a enteroscopia do intestino delgado com técnica de duplo-balão, em nossa casuística, apresentou-se factível e com baixo índice de complicações.

#### **ACOMETIMENTO LINFONODAL POR ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, ROSÂNGELA DELIZA, LUIZ GUILHERME CAMARGO SALVATTI, PATRÍCIA PRANDO CARDIA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: Introdução: a endometriose é definida como a presença de tecido semelhante ao endométrio de forma heterotópica com resposta às ações cíclicas hormonais. É considerada profunda quando de acometimento de pelo menos 5 mm de profundidade. O envolvimento intestinal não é raro sendo o sigmóide, o apêndice cecal e o reto as regiões mais frequentemente comprometidas. Os sintomas geralmente são inespecíficos e habitualmente o comprometimento exclui a camada mucosa. Como complicações pode evoluir com quadros de obstrução ou sangramento intestinal. O acometimento linfonodal é raro e representa achado ocasional nos exames histopatológicos das espécimes pós-ressecção. Objetivo: analisar os achados histopatológicos das espécimes das cirurgias de endometriose profunda com acometimento intestinal enfatizando a avaliação linfonodal. Método: apresenta-se a casuística de cirurgias para tratamento da endometriose profunda com acometimento intestinal visando avaliar nas espécimes cirúrgicas a presença do acometimento linfonodal. Resultado: foram diagnosticados em 2 doentes a presença de linfonodos retroperitoneais com acometimento pela endometriose. Em ambos os casos foram realizadas ressecções extensas intestinais em monobloco com segmento ginecológico buscando a ressecção completa das manifestações da doença. A endometriose profunda foi comprovada pela histopatologia. Não houve correlação com achados radiológicos ou laparoscópicos prévios. Conclusão: considerando a possibilidade de disseminação linfonodal na endometriose

profunda, embora incomum, bem como a dificuldade para seu diagnóstico prévio, conclui-se a necessidade de análise histopatológica completa com vistas ao diagnóstico preciso visando a busca do controle e cura da enfermidade.

#### **ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA METÁSTASE CEREBRAL DO CÂNCER COLORRETAL**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: Introdução: os principais objetivos do tratamento do câncer colorretal são a cura, o controle da recidiva local e a manutenção da qualidade de vida. Nesta busca, os aspectos técnicos e terapêuticos interdisciplinares representam importância real. Apesar dos avanços terapêuticos, a sua mortalidade global continua expressiva. Isto se deve, sobretudo, ao fato de praticamente metade dos pacientes já apresentarem metástases, ainda que não evidentes, por ocasião do tratamento cirúrgico. O seguimento pós-operatório objetiva a detecção precoce da recidiva o que permite a instituição de novo tratamento visando melhorar o prognóstico e a qualidade de vida do doente. O cérebro pode ser sede de lesões metastáticas secundárias a neoplasias malignas. Entre as mais raras encontram-se as derivadas do câncer colorretal. Objetivo: analisar os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da metástase cerebral do câncer colorretal. Método: apresentam-se os quadros de dois portadores do câncer colorretal com manifestação de metástases cerebrais. Os diagnósticos foram feitos em um deles concomitante com o diagnóstico da lesão primária, e o outro durante o seguimento. Em ambos as manifestações clínicas neurológicas contribuíram para a suspeita diagnóstica. No doente onde o diagnóstico foi feito concomitante com a lesão primária a evolução rápida devido à gravidade da disseminação não permitiu qualquer tipo de terapia, evoluindo a óbito precocemente. Em outro enfermo onde o diagnóstico foi feito durante o seguimento, a conduta cirúrgica especializada transcorreu de forma favorável com remissão dos sintomas neurológicos. Resultado: o carcinoma metastático ao cérebro derivado do câncer colorretal é incomum, e geralmente associado à doença instalada em outro local. Este diagnóstico tem sido possível graças ao aumento da sobrevida promovida pelas terapêuticas atuais. A presença e a persistência de sintomas neurológicos levam a suspeição diagnóstica apresentando maior acurácia através dos exames de imagem. A terapêutica é multidisciplinar variando de corticoterapia, radioterapia e ressecção cirúrgica. Deve ser adequada ao contexto geral, levando-se em consideração fatores relevante como performance status, sobrevida e os reais benefícios desejados. Conclusão: conclui-se que a terapêutica especializada neurológica pode ser indicada para remover lesões metastáticas, visto as inestimáveis contribuições para a melhoria da qualidade de vida mesmo na impossibilidade da cura.

### **ABORDAGEM CIRÚRGICA NAS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA DE CROHN**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, RITA BARBOSA DE CARVALHO, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: Introdução: a indicação cirúrgica da Doença de Crohn esta sugerida principalmente com a presença de suas de suas complicações e intimamente relacionada com o aumento do tempo de seguimento. Este é proporcionado também pelos avanços das terapias medicamentosas, que visam à melhora da qualidade de vida, a preservação de funções orgânicas, bem como manter a remissão pelo máximo de tempo possível. Entre as complicações que ainda representam indicações cirúrgicas mais comuns encontram-se os abscessos, as estenoses, as fistulas, os sangramentos, as perfurações e a degeneração neoplásica. Estas requerem com frequência terapias precisas atendendo a necessidade do seu controle imediato e na busca de sua resolução definitiva, sempre da forma mais conservadora possível. Objetivo: analisar os resultados das indicações terapêuticas cirúrgicas da Doença de Crohn na vigência de suas complicações durante o período de terapia medicamentosa específica. Método: apresenta-se a casuística de doentes portadores de Doença de Crohn em seguimento durante tratamento medicamentoso que desenvolveram complicações relacionadas à enfermidade. Ocorreram abscessos em quatro doentes, estenoses em três, degeneração neoplásica em dois, fistula cutânea em dois, e perfuração em um. Os portadores de abscessos e estenoses receberam terapias não cirúrgicas prévias à indicação cirúrgica. Aqueles que apresentaram fistulas e degeneração neoplásica foram encaminhados para tratamento cirúrgico programado. O doente com perfuração em peritônio livre foi prontamente operado. As terapias cirúrgicas foram adequadas à localização da doença bem como à complicação manifestada. A evolução foi considerada satisfatória com exceção de um enfermo que necessitou de reoperação por intercorrência pós-operatória. Resultado: o tratamento cirúrgico das complicações da Doença de Crohn apresenta particularidades decorrentes das possibilidades de localização e manifestações da enfermidade. As terapias de preservação são sempre mais sugeridas e a variável cirurgião representa ponto de equilíbrio entre a agressividade da doença e da terapia visando à obtenção de melhores resultados. Conclusão: conclui-se que as terapias equilibradas, combinadas e menos agressivas são recomendadas sempre que possível estão associadas a resultados satisfatórios.

### **ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DO CÂNCER COLO-RETAL ASSOCIADO À DOENÇA DE CROHN**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, LIX ALFRE-

DO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PAULO EDUARDO PIZÃO, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn é caracterizada por um processo inflamatório crônico que pode atingir todo o aparelho digestório com localização mais freqüente no intestino delgado e no segmento colo-retal. Tem como característica clínica a longa evolução dos sintomas, sendo difícil de estabelecer o início exato da doença. Pode não apresentar quadro clínico patognomônico, porém, frequentemente é caracterizada por diarreia, emagrecimento, cólicas abdominais e sangramento evacuatório. Alternância do hábito intestinal e quadros suboclusivos podem aparecer no início ou posteriormente como conseqüência de uma diminuição do lúmen intestinal por estenose inflamatória ou cicatricial. Por outro lado a neoplasia colo-retal tem características clínicas semelhantes dependendo do segmento acometido. Por requisitarem terapêuticas específicas diferentes necessitam do diagnóstico diferencial e precoce. Objetivo: apresentar os quadros de doentes portadores de Doença de Crohn associado à neoplasia colo-retal, visando analisar os aspectos clínicos e diagnósticos da enfermidade, bem como as terapêuticas empregadas. Método: apresenta-se a associação destas enfermidades em dois doentes sendo um de localização cólica esquerda e outro retal. Ambos possuem diagnósticos confirmados de enfermidade de crohn em acompanhamento e recebendo terapêuticas específicas durante período prolongado. Apresentaram achado do câncer colo-retal diagnosticado através de exame colonoscópico, com estadiamento sem disseminação metastática. Foram submetidos a tratamento cirúrgico específico com boa evolução. Não apresentaram indicações para terapias adjuvantes, sendo inseridos em planejamento para seguimento. Resultado: a ausência de sintomas diferenciais das enfermidades, torna a colonoscopia essencial para o diagnóstico preciso. Não só a região acometida pela doença inflamatória, mas todo o trato gastrointestinal deve ser examinado periodicamente, independente da presença de sintomas, visto a necessidade do diagnóstico precoce e da possibilidade de ocorrência desta concomitância também relacionada à agressão inflamatório de longa duração. Conclusão: considerando a possibilidade dessa associação e a semelhança do quadro clínico em ambas as circunstâncias, conclui-se a importância do exame endoscópico colo-retal de forma rotineira e periódica visando contribuir para o diagnóstico precoce e melhor prognóstico.

### **ANÁLISE DOS RESULTADOS DA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INTESTINAL**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MA- NOEL DOS SANTOS BRAGHETO, CARLOS TADAYUKI OSHIKATA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: A endometriose é definida como a presença de tecido semelhante ao endométrio externo a cavidade uterina. De etiologia incerta e sem limite de disseminação, pode comprometer vários órgãos, entre eles, o intestino. Este é normalmente acometido pela endometriose profunda infiltrativa, forma que penetra cinco mm ou mais abaixo da superfície peritoneal. É considerada uma doença progressiva que não regride espontaneamente e tende a se agravar com o tempo. Manifesta-se com a dor pélvica associada a alterações do hábito intestinal e eventuais sangramentos, sempre relacionados com o ciclo hormonal. Estes são motivados pela fibrose reativa na superfície serosa da parede intestinal, produzindo deformidades e aderências, decorrentes dos implantes de endometriose nodulares e que se desenvolvem a partir de agrupamentos de lesões puntiformes. A baixa eficácia do tratamento medicamentoso recomenda o tratamento cirúrgico. A indicação cirúrgica deve ser baseada no quadro clínico da paciente e tem como objetivo principal melhorar da qualidade de vida. O planejamento cirúrgico envolve variáveis como o tamanho, número de lesões, camadas da parede intestinal comprometidas, circunferência da alça envolvida e a distância da margem anal. Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos a endometriose continua sendo uma doença pouco entendida e de evolução incerta. Objetivo: analisar os resultados do tratamento cirúrgico de doentes portadores de endometriose intestinal. Método: apresenta-se a casuística de 22 portadoras de endometriose profunda intestinal submetidas a tratamento cirúrgico combinado com procedimentos ginecológicos. A maioria foi submetida à ressecção intestinal em monobloco com segmentos ginecológicos. Apenas um doente apresentou complicação cirúrgica caracterizada por abscesso pélvico drenado espontaneamente por via vaginal. Não houve necessidade de reoperações em nenhuma paciente. Resultado: o tratamento da endometriose intestinal profunda é eminentemente cirúrgico e esta relacionado com as manifestações sintomáticas apresentadas bem como com o agravamento dos mesmos. Quando bem indicado e executado por equipe multidisciplinar pode oferecer resultados satisfatórios com baixa morbidade. Conclusão: conclui-se a importância do conhecimento fisiopatológico da endometriose, de suas manifestações clínicas, bem como seu diagnóstico preciso, visando à execução de procedimento cirúrgico como opção boa e segura para o controle e cura da enfermidade.

#### **RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COMBINADA A TERAPIA IMUNOSSUPRESSORA**

RICARDO CARRELO DA COSTA; VICTOR HUGO DA VEIGA JARDIM, RAFAEL RODRIGUES SPÍNOLA, MARIA LYGIA MINNEY TEIXEIRA, ADEMAR GARCIA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT*

Resumo: Introdução: a Doença de Crohn é um processo inflamatório crônico de etiologia ainda desconhecida, não curável por tratamento clínico ou cirúrgico e que acomete o trato gastrointestinal de forma uni ou multifocal, de intensidade variável e transmural. Objetivo: relato de caso clínico atendido

no hospital universitário júlio muller - ufmt. Métodos: estudo descritivo com base em coleta de dados em prontuário médico. Foi realizado termo de consentimento informado. Relato de caso: paciente de sexo feminino, 48 anos, deu entrada no ambulatório do hospital universitário júlio muller há 14 anos com quadro de dor abdominal localizada em fossa ilíaca esquerda associada a diarreia mucossanguinolenta em vários episódios associada a meteorismo intestinal. Referiu que os sintomas duravam há 02 (dois) meses naquela época e perda ponderal. Foram definidas como hipóteses diagnósticas a doença inflamatória intestinal, neoplasia e gastroenterocolite. Foram solicitados exames gerais e colonoscopia, na qual a última revelou retocolite à esclarecer com colite crônica granulomatosa no exame histopatológico, sendo sugestiva de Doença de Crohn e descartando malignidade na amostra. A paciente recebeu tratamento com sulfassalazina e prednisona durante a internação, recebendo alta por boa evolução e com seguimento ambulatorial. Após 04 anos com remissão da doença a paciente retorna com quadro obstrutivo, onde foi evidenciado subestenose do canal anal com proctite, além de perda ponderal significativa e manifestações extra-intestinais (artralgia e uveíte), sendo revertidos com dilatação anal, corticoterapia e início de terapia imunossupressora com infliximabe. Em 2010 retorna com novo quadro obstrutivo no qual o enema opaco evidenciava estenose em cólon transversal distal e sigmóide, sendo realizada colectomia parcial e ileostomia protetora, cirurgia feita com anastomose término-terminal entre transversal proximal e reto alto em dois planos. Em novembro de 2013 foi realizada a reconstrução de trânsito intestinal com fechamento da ileostomia. Segue em uso de infliximabe e azatioprina com boa evolução clínica além de acompanhamento com suporte nutricional. Conclusão: o objetivo do tratamento clínico da Doença de Crohn é produzir a remissão da doença. O tratamento cirúrgico deve ser reservado, sobretudo, na presença de complicações.

#### **DONOVANOSE PERIANAL: RELATO DE CASO**

RICARDO CARRELO DA COSTA; MARCOS VITOR NUNES LINDOTE, MARIA LYGIA MINNEY TEIXEIRA, RAFAEL RODRIGUES SPÍNOLA, ADEMAR GARCIA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT*

Resumo: Introdução: a donovanose é uma doença crônica progressiva que acomete preferencialmente as regiões inguinais, genitais e perianais. O agente etiológico é o *calymmatobacterium granulomatis*. É relacionada à transmissão sexual. A lesão inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. As lesões podem ser múltiplas, sendo freqüente a configuração das lesões em forma de “espelho”. O diagnóstico é feito através da análise histopatológica através da biópsia da lesão. O tratamento é feito com antimicrobianos, sendo que a mais utilizada é a doxiciclina. O critério de cura é clínico e se baseia no desaparecimento das lesões conforme o acompanhamento clínico. Objetivo: descrição de caso clínico de paciente admitido no hospital universitário jú-

lio muller - universidade federal de mato grosso. Métodos: estudo descritivo baseado em coleta de dados de prontuário médico. Foi realizado termo de consentimento informado. Relato de caso: homem, 74 anos, história de lesão perianal há 1 ano e 3 meses, iniciou com vesícula única, pequena, que evoluiu com drenagem espontânea hialina, tornando-se ulcerada e dolorosa, progressivamente aumentando de tamanho com novas lesões próximas a original. Relata emagrecimento de 6kg, perda de sangue ao defecar, parceira sexual única, negando coito anal, tuberculose, passado de doença sexualmente transmissíveis e sintomas de doença inflamatória intestinal. O exame físico proctológico mostra-se à inspeção a presença de lesão ulcerada em borda anal, bordas elevadas, espelhada, com lesões satélites sendo a maior com diâmetro aproximado em 5cm e ainda tendo outras 3 lesões com 1,5cm de diâmetro. Toque retal: lesão acometendo porção posterior do canal anal, sem outras alterações. Dentre as hipóteses diagnósticas consideramos tuberculose perianal, Doença de Crohn, lues, neoplasia e donovanose. Foram realizadas pesquisas diretas, raspado e duas biópsias com múltiplos fragmentos da lesão que vieram com significado indeterminado e excluindo neoplasia, lues e tuberculose peri-anal. A videocolonoscopia foi normal. Por exclusão de outros diagnósticos decide-se tratar o paciente com ciprofloxacino por diagnóstico de donovanose, com resposta significativa. Conclusão: o tratamento de úlceras perianais ainda é um grande desafio para o diagnóstico. A donovanose, quando diagnosticada deve ser tratada com antimicrobianos e com seguimento ambulatorial.

#### **HEPATITE FULMINANTE COM NECESSIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA REFRATÁRIA EM USO DE INFLIXIMABE**

ROGERIO SERAFIM PARRA; ENRICO SFOGGIA, CHRISTIANO ZANNIN, GUSTAVO BOTEGA, VANESSA FORESTO MACHADO, JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA, OMAR FÉRES

*DIVISÃO DE PROCTOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO, UNIVERSIDADE DE SAO PAULO*

Resumo: Escrever e enviar em breve

#### **INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE NECES-SITANDO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA EM USO DE INFLIXIMABE**

VANESSA FORESTO MACHADO; 4

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO-USP*

Resumo: Introdução: já foi comprovado que a terapia anti  $\text{tnf-}\alpha$  é eficaz e segura no tratamento da doença inflamatória intestinal (DII). O infliximabe (ifx) está indicado para o tratamento de retocolite ulcerativa (rcu) com atividade moderada a grave refratária, e/ou para pacientes que não podem receber o tratamento convencional por serem intolerantes ao mesmo.

Relato de caso: paciente de 38 anos com diagnóstico de rcu há 10 anos, refratária ao tratamento clínico com mesalazina e sulfassalazina, necessitando pulsos intermitentes de corticoide. Foi iniciado ifx após pesquisa de infecções e coleta de exames laboratoriais. Após 6 aplicações, paciente retornou ao ambulatório; estava assintomática, porém com alteração das enzimas hepáticas com predomínio de  $\text{alt/ast}$  (325/408). O ifx foi suspenso. Foi então novamente realizado o rastreamento de infecções e pesquisa de auto- anticorpos que foram negativos. Colangiressonância mostrou sinais de hepatite aguda, sem dilatação de vias biliares. Discussão: durante a investigação, a paciente evoluiu com queda do estado geral e icterícia, sendo indicado internação hospitalar. Após uma semana, apresentou piora progressiva da função hepática, culminando em encefalopatia grau iii. Configurada a insuficiência hepática fulminante, a paciente foi incluída na lista do transplante hepático. Dois dias após, paciente foi submetida ao transplante e iniciado imunossupressão com tacrolimus. O histopatológico do explante evidenciou extensas áreas de necrose. O estudo *accent* mostrou que cerca de 42% dos pacientes que receberam o ifx, apresentaram aumento dos níveis de transaminases, porém não houve manifestações hepáticas graves. Após o início da comercialização, o fda relatou 31 casos clinicamente expressivos de hepatotoxicidade pela droga. Porém, havia outras causas potenciais de dano hepático. O ifx pode causar falência hepática por três mecanismos: hepatite auto-imune (mais comum), lesão hepática colestática e ação direta da droga. Conclusão: pacientes com DII estão sujeitos a desenvolver uma gama de doenças hepatobiliares pela própria doença ou pelo uso de medicamentos. O diagnóstico de lesão induzida pelo anti  $\text{tnf}$  é um desafio, e deve-se levar em conta o quadro clínico e a temporalidade. Esta complicação é rara e alerta os médicos a dosar de maneira regular as provas de função hepática, a fim de realizar o diagnóstico e tratamento precoces.

#### **TRABALHO - TESTE**

RICARDO AUGUSTO; RICARDO, EVANDRO, LUSELISA AEC EVENTOS

Resumo: Premiação: Será conferido prêmio de melhor trabalho nas categorias melhor tema livre, melhor vídeo livre e melhor pôster. O prêmio será composto por diploma, valor em dinheiro e será resultado de julgamento dos trabalhos pela comissão de avaliação e trabalhos do congresso. Normas para apresentação para temas livres e vídeos livres o tempo de apresentação é improrrogável. O apresentador do trabalho deverá estar inscrito no evento. O trabalho estará concorrendo ao prêmio de melhor trabalho do evento. O tempo de apresentação deverá ser de 7 (sete) minutos. Serão reservados 3 (três) minutos para discussão após a apresentaçãonormas para apresentação. De pôsteres.

#### **POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR EM PACIENTE DE 59 ANOS: MANIFESTAÇÕES TARDIAS E ASSOCIAÇÃO COM TUMOR CARCINOIDE.**

ARTHUR LOPES DE OLIVEIRA; ISABEL FERREIRA SA-

ENGER, STEYCE LORENA PERES GARCIA, VALERIA CARDOSO PINTO, DANIELE FRANCO E COUTO  
*HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, DISTRITO FEDERAL*

Resumo: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante causada por mutações germinativas do gene *apc*. Os portadores dessa doença desenvolvem múltiplos pólipos adenomatosos colorretais que evoluem invariavelmente para câncer colorretal, predominantemente antes dos 40 anos. A paciente amlp, 59 anos, foi atendida no hospital regional do gama em novembro de 2013 com queixas de alternância do hábito intestinal, hematoquezia, dor abdominal difusa, hiporexia, vômitos ocasionais e perda de 12kg em quatro meses. Tinha antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e era tabagista de longa data. Relatava que cinco de doze irmãos tinham falecido por doenças intestinais e uma filha tinha sido submetida a proctocolectomia restauradora com confecção de bolsa ileal para tratamento de PAF. A paciente foi submetida a colonoscopia que revelava múltiplos pólipos adenomatosos, em numero superior a 100, a endoscopia digestiva alta que também revelava lesões polipoides adenomatosas em antro gástrico e a TC de abdome total que exibia nódulos sólidos em adrenais bilateralmente de origem indeterminada. A paciente foi submetida a proctocolectomia restauradora com confecção de bolsa ileal e anastomose íleo-anal em abril de 2014. A peça cirúrgica exibia mais de 1000 pólipos adenomatosos com atipias de baixo grau apenas e tumor carcinoide em apêndice cecal. Embora a imensa maioria dos pacientes com PAF desenvolvam câncer colorretal antes dos 40 anos, a paciente em questão foi operada aos 59 anos sem evidencias de adenocarcinoma colorretal. O achado de tumor carcinoide em apêndice cecal foi considerado um achado não relacionado a PAF.

#### **INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

LUCIANA PAGANINI PIAZZOLLA; EDUARDO BOTE LHO SILVA MAUAD, LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, ANTÔNIO CARLOS NÓBREGA DOS SANTOS, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA  
*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

Resumo: Introdução: a mediana de idade dos pacientes à época do diagnóstico do câncer colorretal é de 70 anos. Com o aumento da expectativa de vida, é importante estudar a apresentação clínica do câncer colorretal nos idosos. O objetivo deste estudo é avaliar a influência da idade na apresentação clínica e no estadiamento patológico do câncer colorretal. Método: foram revisados os registros de 309 pacientes com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma colorretal tratados no hospital universitário de Brasília (hub) entre janeiro de 2006 e dezembro de 2012 foram revisados. Os pacientes foram categorizados, segundo idade, em dois grupos: 50-64 anos e  $\geq 65$  anos. Noventa e três pacientes (30,1%) foram ex-

cluídos, seja por apresentarem idade abaixo de 50 anos, por serem operados de urgência, por serem assintomáticos e diagnosticados em programas de rastreamento ou por terem tumores sincrônicos. Para os 216 pacientes remanescentes, foram obtidas as variáveis epidemiológicas, os dados demográficos, os fatores de risco para câncer colorretal, e os sintomas clínicos: sangramento intestinal, alteração de hábito intestinal, dor abdominal e perda ponderal. A duração desses sintomas (em meses), desde a primeira manifestação clínica referida pelo paciente até o diagnóstico final de câncer colorretal, também foi obtida nos prontuários. As comparações das variáveis quantitativas foram realizadas com o teste t de student para aquelas que apresentaram distribuição normal em ambos os grupos etários ou o teste não paramétrico de mann-whitney, para aquelas sem distribuição gaussiana. As variáveis qualitativas foram sumarizadas como números absolutos e percentagens e foram comparadas usando o teste de  $\chi^2$  ou teste exato de fisher. Resultados: com exceção da idade, as características epidemiológicas e os dados demográficos tiveram distribuição semelhante nos dois grupos. Pacientes idosos e jovens tiveram taxas de sangramento intestinal semelhantes (72 vs. 67%,  $p = 0.4389$ ), alteração de hábito intestinal (72 vs. 68%,  $p = 0.5375$ ), e perda de peso (55 vs. 53%,  $p = 0.6979$ ). O grupo de pacientes idosos teve menor frequência de dor abdominal (53 vs. 68%,  $p = 0.0028$ ). O intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi similar nos dois grupos  $10,52 \pm 9,49$  vs.  $9,28 \pm 7,8$  ( $p > 0,05$ ). Conclusão: pacientes idosos e não idosos tiveram intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico semelhantes, mas os idosos tiveram menor frequência de dor abdominal.

#### **ESTUDO COMPARATIVO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA E ANATOMOPATOLÓGICA DO CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES JOVENS E NÃO JOVENS** JOÃO BATISTA DE SOUSA; MORATO MG, ALMEIDA RM *HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA*

Resumo: Introdução: a incidência de câncer colorretal tem aumentado entre os jovens com menos de 40 anos e mantido estável nos pacientes não jovens. Postula-se que nos jovens o câncer colorretal apresenta-se mais agressivo e em estágio mais avançado. Objetivo: comparar a apresentação clínica e anatomopatológica do câncer colorretal de pacientes jovens e não jovens. método: estudo do tipo observacional, por revisão em base de dados do serviço de coloproctologia do hospital universitário de Brasília e de prontuários médicos. Foram incluídos pacientes submetidos à ressecção do tumor primário entre 1999 a 2010 categorizados em dois grupos jovens – idade  $\leq 40$  anos e não jovens – idade  $> 65$  anos. Na apresentação clínica foram considerados o sangramento intestinal, alteração dos hábitos intestinais, dor abdominal e perda ponderal. A apresentação anatomopatológica foi avaliada considerando os estádios da classificação tnm. Resultados: a casuística total foi de 215 com média de idade de  $57,09 \pm 15,65$  anos. O grupo jovem ficou constituído por 40 pacientes com média de idade  $33,53 \pm 5,13$  e o grupo não jovem por 175 pacientes com

média de idade 62,48±11,77 anos. Não houve diferenças estatisticamente significantes na apresentação clínica, na duração dos sintomas e os sinais e os estágios da classificação tnm foi semelhantes nos dois grupos. Conclusão: no presente estudo, a apresentação clínica do câncer colorretal em pacientes jovens foi semelhante a de pacientes com idade acima de 40 anos.

#### **INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NO ESTADIAMENTO PATOLÓGICO DO CÂNCER COLORRETAL**

LUCIANA PAGANINI PIAZZOLLA; LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, GEÓRGIA BARROS DE LIMA, FERNANDA NUNES DE CASTRO, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA

*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

Resumo: Introdução: a progressão da idade pode interferir no diagnóstico de câncer colorretal, uma vez que pessoas mais idosas tem apresentação clínica mais branda, como menor frequência e intensidade de dor abdominal. O objetivo deste estudo é avaliar a influência da idade no estadiamento patológico do câncer colorretal. Método: os registros de 216 pacientes com o diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma, colorretal tratados no Hospital Universitário De Brasília (hub) de janeiro/2006 e dezembro/2012 foram revisados. Os pacientes foram categorizados, segundo idade, em dois grupos: 50-64 anos e ≥65 anos. Foram obtidas seguintes informações: variáveis epidemiológicas, dados demográficos, fatores de risco para câncer colorretal os dados anatomopatológicos. Utilizou-se estadiamento patológico tumor- nódulo - metástase (ptnm) e classificou-se os pacientes com doença em estágios I, II, III ou IV. As comparações das variáveis entre os grupos foram realizadas com o teste t de student, teste não paramétrico de mann-whitney, teste de x2 ou teste exato de fisher. Empregou-se um modelo de análise multivariada com regressão de poisson com variância robusta, bem como razões de prevalência com intervalo de 95%, para se analisar a intensidade da associação entre cada variável independente e os estágios patológicos t3 e t4 ou os estágios patológicos final III e iv. O nível de significância foi fixado em p-valor < 0,05. Resultados: com exceção da idade, as características epidemiológicas e os dados demográficos tiveram distribuição semelhante nos dois grupos. A ocorrência de estágios III e iv foi de 54% no grupo idoso e 55% no jovem. O grupo idoso teve 26% de estágio I e o grupo jovem 19%. Na análise multivariada, as razões de prevalência bruta e ajustada para a idade e outras variáveis não tiveram associação com os estágios patológicos t3 e t4. Essas mesmas variáveis não tiveram associação com os estágios patológicos finais mais avançados III e iv. A frequência de estágios patológicos mais avançados foi semelhante em pacientes abaixo e acima de 65 anos, e, após o ajuste em modelo multivariado, essa distribuição não sofreu influência de nenhuma outra variável. Conclusão: pacientes idosos e não idosos tiveram estágios patológicos do adenocarcinoma colorretal semelhantes.

#### **ESTUDO DAS TAXAS DE INTERNAÇÕES HOSPITAIS POR CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES JOVENS NO BRASIL**

EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD; LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA

*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

Resumo: Introdução: em 2014 no Brasil são estimados 15 070 novos casos de câncer colorretal (CCR) em homens e 17 530 em mulheres. Nos países desenvolvidos a mediana de idade dos pacientes à época do diagnóstico do câncer colorretal é de 70 anos. Aproximadamente 90% dos pacientes diagnosticados têm mais de 55 anos, o que justifica o início do rastreamento na população a partir de 50 anos. A incidência do câncer colorretal vem se mantendo estável nos últimos 25 anos em pacientes acima de 50 anos, mas vem aumentando em pacientes com idade inferior a 50 anos. Em 2004 foi realizada uma revisão a respeito dos estudos que abordam pacientes com idade abaixo de 40 anos e os autores constataram que, dentre todos os pacientes com câncer colorretal, a percentagem média ajustada foi de 6% variando de 0,4% a 35,6% para os pacientes com menos de 40 anos. O objetivo deste trabalho é estudar as taxas de internação hospitalar no Brasil de pacientes jovens para tratamento de câncer colorretal. Método: a taxa de internação por CCR foi obtida dos dados de internações disponibilizados no sistema de informações hospitalares do SUS. Foram estudadas as taxas de internação hospitalar por 10 anos consecutivos de 2004 a 2013. Foram considerados pacientes jovens os com idade de 15 a 49 anos e idosos os com idade de 50 anos ou mais. Resultados: no período estudado, foram registradas 390.966 internações por CCR em pacientes acima de 15 anos de idade. Sendo 195.443 (49,99%) pacientes do sexo masculino e 195.523 (50,01%) do sexo feminino (p>0,05). O número de internações por pacientes jovens (entre 15 e 49 anos) no período estudado foi 123.810 (31,66%). Dentre estas, 62.633 (50,59%) foram por pacientes do sexo masculino e 61.177 (49,41%) por pacientes do sexo feminino (p>0,05). Quanto à distribuição por região, o número de internações é maior na Região Sul (41,51/100 mil), seguida das regiões sudeste (24,75/100 mil) e centro-oeste (19,80/100 mil). No Brasil a média de internações no período estudado foi de 21,56/100 mil habitantes. Conclusão: considerando que o câncer colorretal tem baixa incidência em pessoas abaixo dos 50 anos de idade, as taxas de internação hospitalar em pacientes jovens é alta e sem diferenças significantes entre homens e mulheres.

#### **INFLUÊNCIA DO ENVELHECIMENTO NA DISTRIBUIÇÃO ANATÔMICA DO CÂNCER COLORRETAL**

LUÍS FERNANDO AMARANTE FERNANDES; EDUARDO BOTELHO SILVA MAUAD, LUCIANA PAGANINI PIAZZOLA, ROMULO MEDEIROS DE ALMEIDA, GEÓRGIA BARROS DE LIMA, FERNANDA NUNES DE CASTRO, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA, JOÃO BATISTA DE SOUSA



*FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA*

Resumo: Introdução: há estudos que avaliam a distribuição do CCR em pacientes com idade superior ou inferior a 50 anos o objetivo deste trabalho é estudar se há diferenças quanto à localização do tumor em pacientes idosos e não idosos. Método: 216 registros de pacientes acima de 50 anos de idade e com o diagnóstico de adenocarcinoma de cólon ou reto foram revisados. A população estudada foi dividida em dois grupos de acordo com a idade à época do diagnóstico: 50 a 64 anos (não idosos); e 65 ou mais anos (idosos). Os dois grupos foram comparados quanto à localização do tumor. Os tumores foram considerados localizados no reto; no cólon esquerdo (quando no sigmoide, cólon descendente e flexura esplênica); e no cólon direito (quando no cólon transversal, ascendente e ceco). As variáveis foram sumarizadas como números absolutos e percentagens e foram comparadas usando o teste de qui-quadrado. O nível de significância foi fixado em  $p < 0,05$ . Resultados: os tumores localizados no reto foram os mais frequentes, sendo 106 (49%) casos, sendo 45 casos em pacientes do grupo não idosos e 61 casos no grupo idoso ( $p = 0,1133$ ). Os não idosos tiveram 40 caso no cólon esquerdo e os idosos 31 casos ( $p = 0,0663$ ). A distribuição também foi semelhante no Cólon direito – 22 casos no grupo jovem e no grupo idoso ( $p = 0,968$ ). Conclusão: neste grupo de pacientes a idade não interferiu na distribuição do CCR no intestino grosso.

**ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NA ENDOMETRIOSE INTESTINAL PROFUNDA**

SILVIO AUGUSTO CIQUINI; EDUARDO VIDILLI ALVES PEREIRA, ANA CRISTINA DO NASCIMENTO ALVES, VIVIAN APARECIDA POSSO ROSA, ARISTIDES MANOEL DOS SANTOS BRAGHETO, CARLOS TADAYUKI OSHIKATA, PATRÍCIA PRANDO CARDIA, LIX ALFREDO DOS REIS OLIVEIRA, ROSÂNGELA DELIZA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUC-CAMPINAS*

Resumo: Introdução: a terapêutica cirúrgica representa a melhor opção para o tratamento da endometriose profunda intestinal principalmente em doentes sintomáticas e que não responderam ao tratamento medicamentoso. As vias urinárias e o trato intestinal, quando acometidos, representam os sítios que mais influenciam no planejamento cirúrgico. Este é influenciado diretamente pelo diagnóstico preciso que por sua vez depende de uma boa anamnese com exame físico especializado ginecológico e proctológico, exames laboratoriais e de imagem. Apesar de o exame laparoscópico continuar a ser opção de escolha ginecológica para avaliação e diagnóstico da endometriose, métodos menos invasivos por imagem devem ser usados para estabelecer localização, tamanho e infiltração das lesões endometrióticas. Estas informações contribuem para o planejamento cirúrgico com participação interdisciplinar. Objetivo: analisar os métodos diagnósticos empregados no diagnóstico da endometriose intestinal profunda e a sua influência no planejamento cirúrgico. Método: apresenta-se

a casuística de 22 doentes submetidas a tratamento cirúrgico com diagnóstico de endometriose profunda intestinal. Toda a casuística foi submetida previamente a anamnese com exame ginecológico e proctológico completo. As avaliações por imagem utilizaram sempre a ultrassonografia, abdominal e transvaginal, além da ressonância magnética com protocolo específico. A colonoscopia foi realizada também em todas as enfermas e adequada com aparelhos de fino calibre, quando necessário, com vista a torná-las sempre completas. Exames gerais foram sempre executados visando o controle clínico geral. Resultado: o quadro clínico da endometriose intestinal profunda pode variar de acordo com os locais acometidos e ser de difícil diagnóstico diferencial de várias enfermidades intestinais e pélvicas. A ultrassonografia abdominal e transvaginal consegue oferecer dados quanto à localização, tamanho e infiltração das lesões, representando método acessível, porém examinador dependente. Sua maior dificuldade é determinar a distância entre a lesão e a margem anal, e a exata profundidade da lesão na parede intestinal. A tomografia computadorizada com múltiplos detectores mostra toda a espessura da parede, mas, ao contrário da ressonância magnética, não tem boa acurácia para distinguir tecidos de moles, apresentando dificuldade em diferenciar e delimitar os órgãos pélvicos das lesões. A ressonância completa a avaliação da ultrassonográfica, especialmente em casos mais complexos e mais extensos. A colonoscopia deve ser realizada para afastar doenças intestinais concomitantes e avaliar a extensão e profundidade da doença. Quando do não acometimento mucoso encontra-se sinais indiretos como compressões ou retrações. Conclusão: conclui-se que o diagnóstico e estadiamento preciso da enfermidade permite a elaboração de planejamento terapêutico interdisciplinar, mas principalmente de forma conjunta com a doente na busca dos melhores resultados e anseios desejados.

**CIRURGIA DO CÂNCER DE RETO APÓS 8 SEMANAS DO TÉRMINO DA TERAPIA NEOADJUVANTE**

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; MARLLUS BRAGA SOARES, JULIA RESENDE SCHILNZ, RICARDO VEZANI BATISTA, DAURITA DARCI DE PAIVA, RAFAEL DAHER, LUIZ FERNADO FRAGA, PAULO CÉSAR CASTRO, FRANCISCO LOPES-PONTES  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ*

Resumo: Introdução: o tratamento do câncer de reto tem como opção a terapia neoadjuvante com radioterapia e quimioterapia nos casos localizados no terço médio e distal apresentando estágio clínico II e III. A atual recomendação indica tratamento cirúrgico após 6 a 8 semanas do término da neoadjuvância. Entretanto, existe uma tendência nos últimos anos de prolongar esse intervalo para até 12 semanas no sentido de aumentar os índices de “downstaging” e resposta patológica completa. Portanto, o objetivo desse estudo foi avaliar os resultados dos pacientes submetidos a terapia neoadjuvante operados após 8 semanas. Métodos: o estudo foi retrospectivo, descritivo, incluindo os pacientes consecutivos operados com diagnóstico de adenocarcinoma de reto, submetidos a terapia neoadju-

vante no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), entre 2010 e 2013. O estágio clínico pré tratamento foi realizado utilizando ressonância magnética (rm) com protocolo específico para estadiamento locorregional de câncer de reto. As variáveis coletadas incluíram: dados demográficos, localização do tumor, características histopatológicas, estadiamento tumoral, protocolo de neoadjuvância, estadiamento clínico e patológico, intervalo entre cirurgia e término da neoadjuvância, “downstaging”, “downsizing”, resposta patológica completa, morbidade e mortalidade. Resultados: no período analisado, foram tratados 61 pacientes com câncer de reto no hupe. Foram incluídos, 24 pacientes submetidos a neoadjuvância que realizaram rm para estadiamento clínico locorregional com idade mediana de 63 (54-80) anos, e 62% eram homens. O intervalo mediano entre o término da neoadjuvância e a cirurgia foi de 12 (9-20) meses. A taxa de ressecção abdominal-perineal foi de 16%. A taxa de pacientes que apresentaram “downstaging” foi de 68% e a resposta patológica completa ocorreu em 4 (17%) pacientes. O “downsizing” ocorreu em todos os pacientes (100%). As complicações posoperatórias foram: 4 pacientes com abscesso intra-abdominal, 3 pacientes com deiscência de anastomose, 1 paciente com pneumonia, 1 paciente com hemorragia pósoperatória e 1 paciente com evisceração. Não ocorreram casos de mortalidade peri-operatória. Conclusão: o intervalo entre cirurgia e término da neoadjuvância maior que 8 semanas parece ser seguro com resultados aceitáveis. Outros estudos comparativos e controlados devem ser realizados para melhor definir o intervalo ideal.

#### COMPLICAÇÕES PÓSOPERATÓRIAS NOS PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN EM USO DE ANTICORPOS ANTI-TNF ALFA

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; ANNIBAL COELHO AMORIM JR., ANDRÉ DA LUZ MOREIRA, ANA TERESA PUGAS CARVALHO, FLAVIO ABBY, BARBARA ESBERARD, FRANCISCO LOPES-PAULO

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ.*

Resumo: Introdução: o risco de complicação cirúrgica na Doença de Crohn é significativo e tem sido associado em estudos prévios ao uso de corticóide, desnutrição, presença de sepse abdominal e tabagismo. Nos últimos anos, as drogas anti-tnf alfa tem sido usadas com frequência no tratamento da Doença de Crohn, porém a segurança de seu uso nos pacientes submetidos a cirurgia ainda é controverso. Portanto, o objetivo desse estudo foi avaliar o uso da terapia biológica e sua associação com complicações sépticas no período pós-operatório. Métodos: o estudo foi retrospectivo, incluindo os pacientes consecutivos operados com diagnóstico de Doença de Crohn no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), entre 2010 e 2013. As variáveis coletadas incluíram: dados demográficos, classificação de montreal, medicação em uso, albumina pré-operatória, doença perianal, tabagismo, cirurgias prévias, tipo de cirurgia e anastomose, tempo de internação, morbidade e mortalidade. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos: grupo I (com anti-tnf) e grupo II (sem anti-tnf). Re-

sultados: foram incluídos 73 pacientes, (38 grupo I e 35 grupo II), 60% eram mulheres e a idade mediana foi de 39 (20-61) anos. O fenótipo mais comum foi o fistulizante em 60% dos pacientes e a cirurgia mais comum foi a ileocectomia (77%). Um estoma foi realizado em 40% dos pacientes. Vinte e sete pacientes estavam em uso de infliximabe e 11 em uso de adalimumabe. Os resultados entre os dois grupos foram semelhantes, exceto pela duração da doença (10 vs. 16 anos;  $p=0.03$ ) e via laparoscópica (34% vs. 57%;  $p=0.04$ ). As complicações sépticas e morbimortalidade foram semelhantes nos dois grupos. Conclusão: esse estudo sugere que operar na vigência do tratamento com anti-tnf alfa é seguro e pode não haver necessidade de suspender a medicação no pré-operatório.

#### ILEOCECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; KARIN LOHMANN HAMADA, MARLLUS BRAGA SOARES, ANDRÉ DA LUZ MOREIRA, ANA TERESA PUGAS CARVALHO, FLAVIO ABBY, BARBARA ESBERARD, PAULO CESAR CASTRO JR., FRANCISCO LOPES-PAULO

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UERJ*

Resumo: Introdução: estudos prévios tem demonstrado que o uso da laparoscopia na Doença de Crohn ileocólica é segura e eficaz na doença estenosante. Entretanto, há pouca evidência do emprego da laparoscopia na doença fistulizante abdominal. Portanto, o objetivo desse estudo é comparar as vias convencional e laparoscópica na ileocectomia por Doença de Crohn, incluindo os pacientes com doença fistulizante abdominal. Métodos: o estudo foi retrospectivo, incluindo os pacientes consecutivos operados com diagnóstico de Doença de Crohn no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), entre 2010 e 2013. As variáveis coletadas incluíram: dados demográficos, classificação de montreal, medicação em uso, albumina pré-operatória, doença perianal, tabagismo, cirurgias prévias, tipo de cirurgia e anastomose, tempo de internação, morbidade e mortalidade. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos: grupo I (convencional) e grupo II (laparoscópico). Resultados: foram incluídos 56 pacientes (26 grupo I e 30 grupo II), 63% eram mulheres e a idade mediana foi de 39 (20-67) anos. Apenas 1 paciente no grupo II foi convertido para cirurgia convencional. O fenótipo mais comum foi o fistulizante abdominal em 64% dos pacientes. A terapia biológica estava sendo administrada em 52% dos pacientes e 32% necessitaram de estoma. A presença de doença fistulizante abdominal estava presente em 18 (69%) pacientes no grupo I e 18 (60%) pacientes no grupo II. Os resultados entre os dois grupos foram semelhantes, exceto pela presença de cirurgias abdominais prévias (58% grupo I vs. 20% grupo ii,  $p<0.01$ ), formação de estoma (50% grupo I vs. 17% grupo ii,  $p=0,01$ ) e tempo mediano de internação pós-operatória (10 dias grupo I vs. 5,5 dias grupo ii,  $p<0.01$ ). As complicações sépticas e morbimortalidade foram semelhantes nos dois grupos. Conclusão: esse estudo sugere que a via laparoscópica seja segura e eficaz sempre que possível tecnicamente, mesmo na presença de doença fistulizante abdominal.

### **PREPARO INADEQUADO PARA COLONOSCOPIA: QUAIS AS CAUSAS?**

LUIZ FELIPE DE CAMPOS-LOBATO; LEILA DENISE COSTA CAVALCANTE, CAMILA OLIVEIRA BARBOSA, FLÁVIA BERFORD GONÇALVES DE OLIVEIRA, EDSON MACHADO LUSTOSA, JOÃO BATISTA DE SOUSA, MARIA BIANCA LACERDA CORTE, PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA

*INSTITUTO CUIDAR*

Resumo: Introdução: não raramente pacientes necessitam repetir colonoscopias devido à inadequabilidade do preparo intestinal, gerando desperdício de recursos financeiros, físicos e humanos, além de aumentar a morbidade inerente ao procedimento. Objetivo: identificar fatores de risco associados a um preparo de cólon inadequado em pacientes submetidos à colonoscopia em um serviço de saúde privado. Métodos: uma base de dado de colonoscopia de um serviço de saúde privado foi pesquisada para pacientes examinados entre janeiro e julho de 2014. Pacientes foram divididos em dois grupos: com preparo inadequado/ruim vs sem preparo inadequado/ruim. Os grupos foram comparados em relação aos dados demográficos, tipo e percentual de ingestão do preparo e presença de doença diverticular. Uma análise multivariada foi realizada para identificar fatores de risco para preparo ruim/inadequado. Valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo. Resultados: a pesquisa da base de dados retornou 290 pacientes. Destes, 147 (51%) eram do sexo feminino, a mediana da idade foi 54 anos e do imc 25 kg/m<sup>2</sup>. O grupo de pacientes com preparo inadequado/ruim apresentava uma proporção significativamente maior de constipados (44% vs 8%  $p < 0.001$ ) e de uso de preparo com solução de lactulose (54% vs 19%  $p < 0.001$ ). Na análise multivariada a constipação intestinal (or 6 ic95% 2,3 – 15,9) e o preparo com lactulose (or 3,9 Ic 95% 1,6,3 – 9,8) foram significativamente associados a um preparo inadequado/ruim. Conclusão: coloproctologistas devem estar atentos à maior probabilidade de preparo inadequado em pacientes constipados e que usaram lactulose.

### **MAPEAMENTO DE LAUDOS MÉDICOS DE EXAMES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA UTILIZANDO O PROCESSO DE MAPEAMENTO DE LAUDOS MÉDICOS POR ONTOLOGIAS AUTOMATIZADO POR MEIO DE UM SISTEMA COMPUTACIONAL COLABORATIVO**

JEFFERSON TALES OLIVA<sup>1,2</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1,2,3</sup>, RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>, JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>, RICHARDSON FLORIANI VOLTOLINI<sup>1</sup>, FENG CHUNG WU<sup>1</sup>

*LABORATÓRIO DE BIOINFORMÁTICA (LABI) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE), FOZ DO IGUAÇU (PR), BRASIL.; 2 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE SISTEMAS DINÂMICOS E ENERGÉTICOS (PGESDE); 3 DEPARTAMENTO DE CIRURGIA (D.M.A.D.), SERVIÇO*

Resumo: Introdução: o laudo médico textual consiste em uma ferramenta essencial para qualquer especialidade médica, pois possibilita a descrição de achados e a manutenção do histórico

do paciente, podendo ser também utilizados para estudos de doenças e identificação de padrões relevantes. No entanto, é necessário ter seus dados mapeados para planilhas eletrônicas, podendo ser uma tarefa custosa e sujeita a erros de mapeamento. Para auxiliar nessa tarefa foi desenvolvido o processo de mapeamento de laudos médicos por ontologias (pmlmo) para prover apoio à transformação automática de laudos textuais para um formato estruturado. Isso permitiria também a aplicação do processo de mineração de dados. O pmlmo foi automatizado e otimizado por meio de um sistema computacional colaborativo (scc). Objetivo: analisar a eficiência do pmlmo por meio da aplicação do scc a um conjunto de laudos artificiais de endoscopia digestiva alta (eda). Materiais e métodos: as funcionalidades do scc foram disponibilizadas em dois cenários (c1 e c2), um para cada fase do pmlmo. O c1 contém funcionalidades para gerenciamento e extração de padrões de laudos, construção de arquivos de padronização e definição da ontologia e da base de dados (bd). No c2, os laudos selecionados anteriormente são pré-processados e em seguida, a ontologia é usada para mapear a informação presente nesses laudos para a bd. Foi considerado um conjunto de 100 laudos artificiais de eda. Resultados: os c1 e c2 foram aplicados por meio do scc ao conjunto de laudos artificiais permitindo a extração de padrões, a definição da bd representando as informações consideradas relevantes e a elaboração da ontologia para o mapeamento desses dados. As informações contidas nos laudos foram transcritas com uma taxa de mapeamento de 100,00% e um custo de tempo de 6 horas e 50 minutos para o mapeamento pelo scc contra 5 horas e 34 minutos para o mapeamento manual. No entanto, o custo de tempo para o pmlmo automatizado mantém-se praticamente constante após os 100 primeiros laudos, enquanto o tempo para o mapeamento manual cresce de modo linear. Conclusão: o uso do scc para o processamento do conjunto de 100 laudos obteve resultados considerados satisfatórios, corroborando com os experimentos realizados em trabalhos anteriores. Em uma projeção do custo de tempo para mapeamento de laudos, observou-se que a partir de 260 laudos, o custo do pmlmo automatizado torna muito menor que o necessário para realizar o mapeamento manual de laudos.

### **TRANSMISSÃO E ACOMPANHAMENTO DE EXAMES DE COLONOSCOPIA EM TEMPO REAL PELA INTERNET**

RENATO BOBSIN MACHADO<sup>1</sup>; HUEI DIANA LEE<sup>1,2,3</sup>, CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY<sup>3</sup>, JOÃO JOSÉ FAGUNDES<sup>3</sup>, MOACIR FONTEQUE JUNIOR<sup>1,2</sup>, RAQUEL FRANCO LEAL<sup>3</sup>, MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO<sup>3</sup>, FENG CHUNG WU<sup>1,3</sup>

*LABORATÓRIO DE BIOINFORMÁTICA (LABI) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE), FOZ DO IGUAÇU (PR), BRASIL., 2 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE SISTEMAS DINÂMICOS E ENERGÉTICOS (PGESDE), 3 DEPARTAMENTO DE CIRURGIA (D.M.A.D.), SERVIÇO*

Resumo: Introdução: a área computacional aplicada à medicina tem contribuído para aumentar a eficiência no armazenamento, na transmissão e na análise de dados referentes aos pacientes e na precisão do diagnóstico. No entanto ainda não existem soluções disponíveis para a interação e a discussão, entre especialistas, durante a realização de procedimentos médicos. Objetivo: desenvolvimento e avaliação experimental de um método computacional para o acompanhamento, em tempo real, de procedimentos endoscópicos pela internet. Materiais e métodos: fase 1: definição dos requisitos por meio de reuniões com especialistas da área médica: acompanhamento de vídeos de exames endoscópicos em tempo real e interação entre especialistas por meio de vídeo, áudio, mensagens texto e captura de imagens relativas aos procedimentos médicos. Fase 2: construção do sistema aplicando-se as linguagens de programação java e flex, banco de dados mysql e o servidor de streamings red5. Fase 3: avaliação de desempenho do método transmitindo-se 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; o segundo (cliente)

recebia o vídeo por meio de um link da rnp de 1 gbps. Os experimentos foram realizados, com duração de 30 minutos cada, durante os 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 método pode ser aplicado para qualquer procedimento médico que envolva transmissão de vídeo e pode ter importantes contribuições para o aperfeiçoamento e educação continuada de profissionais da área da saúde. Obteve-se qps médio de 23,91 e desvio padrão (dp) de 0,64 no emissor; qps médio de 21,07 e dp de 2,52 no cliente, determinando a existência de diferença de desempenho estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ). Entretanto, os vídeos foram recebidos a taxas que não prejudicam a percepção de continuidade e manteve-se a qualidade máxima das imagens transmitidas, o que é primordial para a discussão dos exames pelos especialistas. conclusão: o método proposto é inédito e pode ser utilizado para o acompanhamento remoto de exames endoscópicos, contribuindo para melhorar a precisão na realização de diagnósticos e para a educação continuada de profissionais da área de saúde. Palavras-chave: telemedicina, videocolonoscopia, educação continuada.