

ISSN 2237-9363

JOURNAL OF

# Coloproctology

Setembro - 2015 - Vol. 35 - Supl. Nº 1

TEMAS LIVRES, PÔSTERES E VÍDEOS  
DO 64º CONGRESSO  
BRASILEIRO DE COLOPROCTOLOGIA



Journal of the Brazilian Society of Coloproctology



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 Swaybrcker (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>	Ronaldo Coelho Salles (RJ)
<b>ELECTED PRESIDENT</b>	Fabio Guilherme Caserta M. Campos (SP)
<b>VICE-PRESIDENT</b>	Maria Cristina Sartor (PR)
<b>GENERAL SECRETARY</b>	Eduardo de Paula Vieira (RJ)
<b>FIRST SECRETARY</b>	Luis Claudio Pandini (SP)
<b>SECOND SECRETARY</b>	Olival de Oliveira Júnior (PR)
<b>FIRST TREASURE</b>	Luiz Fernando Lomelino Soares (RJ)
<b>SECOND TREASURE</b>	Diógenes Guilherme Castro Alvarenga (RJ)

**CONSULTING COUNCIL**

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)  
Paulo Gonçalves de Oliveira (DF)

**SCIENTIFIC COMMITTEE**

Ignácio Osório Mallmann (RS)  
Afonso Henrique da Silva e Souza Junior (SP)  
Miguel Arcanjo Gialluisi da Silva Sá (RJ)

**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**

Edna Delabio Ferraz (RJ)  
Rômulo Medeiros de Almeida (DF)  
Rudimar Issler Meurer (RS)  
José Ricardo Hildebrandt Coutinho (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)  
Eduardo Cortez Vassallo (RJ)  
Luciana Paes Peixoto Netto (RJ)  
Rodrigo Oliva Perez (SP)  
José Alfredo dos Reis Junior (SP)  
Carlos Ramon Silveira Mendes (BA)

**TEACHING AND MEDICAL RESIDENCY COMMITTEE**

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)  
Silvana Marques e Silva (DF)  
Flávio Roberto Santos e Silva (MA)  
Carlos Augusto Real Martinez (SP)  
Andréa Povedano (RJ)  
Thaísa Barbosa da Silva (MG)

**SBCP DELEGATES AT ALACP**

**TITULAR**

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

**ALTERNATES**

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

**64º CONGRESSO BRASILEIRO  
DE COLOPROCTOLOGIA**

**04 a 07 de setembro de 2015  
Windsor Barra Hotel - Rio de Janeiro**

*Temas Livres, Pôsteres e Vídeos*

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

**VÍDEOS LIVRES**

- VL001 - CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DO PROLAPSO PÉLVICO MULTICOMPARTIMENTAL (POPS) EM GRANDE MULTÍPARA IDOSA – RELATO DE CASO**  
JULIANA PORTELLA FONTANA; FABIO ALVES SOARES; AQUILES LEITE VIANA; ALEXANDRE GHELLER; MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO; LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES; TÂNIA ROSA PEIREIRA DA MATA; PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE  
*HOSPITAL DE BASE, LAGO SUL, DF, BRASIL.*
- VL002 - RETOPROMONTOFIXAÇÃO E HISTEROPEXIA ASSOCIADA NO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA PROCIDÊNCIA DE RETO EM PACIENTE COM DESCENSO PERINEAL.**  
ELOAH GAMBOGI LIMA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; DANIEL AMARAL ZANETTI; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; RAISSA AMELIA SILVA REIS; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER  
*SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- VL003 - RESSECÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE DUCTO ONFALOMESENTÉRICO PERSISTENTE E TOTALMENTE PERMEÁVEL EM UM ADULTO SINTOMÁTICO**  
CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; MARINA ANDRADE MACEDO PACETTI MIRANDA; MATEUS REPOLÊS LOURENÇO; ANTÔNIO ANDERSON FERNANDES FREIRE; SOLANGE NATALIA SEIBERT; FRANCISCO GARCIA PARRA; ALDENIS ALBANEZE BORIM  
*FAMERP, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- VL004 - RESSECÇÃO DISCOIDE ANTERIOR DO RETO POR ENDOMETRIOSE INVASIVA**  
BRUNO ZENNE MOTTA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES; JOSE VITOR CABRAL ZANARDI; ROGERIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

- VL005 - RETOPEXIA ANTERIOR Y POSTERIOR POR PROLAPSO RETAL COMPLETO**  
ALEJANDRO DANIEL MOREIRA GRECCO; GONZALO ZAPATA; MARIA EUGNEIA DE FAVERI  
*HOSPITAL DE CLINICAS DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA.*
- VL006 - VOLUMOSA HÉRNIA PARACOLOSTÔMICA - CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA**  
ALESSANDRA CINTRA AMARAL; LEONARDO MACHADO DE CASTRO; FLÁVIA CAPPELLI ALVES; GABRIELA SANTOS SILVA; KERLEY KELLER; CESAR PAIVA BARROS  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- VL007 - DICAS E TRUQUES PARA CIRURGIA COLORRETAL LAPAROSCÓPICA**  
LEONARDO MACHADO DE CASTRO; ATILA HADAD CRELIER  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- VL008 - VIDEOCIRURGIA NA MUCOCELE VOLUMOSA DE APÊNDICE**  
RUBENS VALARINI; ALVARO STRADIOTTO STECKERT; BRUNO SABAYOSHI LARA SHIMIZO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- VL009 - CORREÇÃO DE HERNIA PERINEAL VIA LAPAROSCÓPICA**  
MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; GUSTAVO BOTEGA SOUZA; EUVALDO JORGE SILVA FILHO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*
- VL010 - ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA PERINEAL – RELATO DE CASO**  
RICARDO MORENO; SHIRLEY LUMI NISHITSUKA; MAURICIO AGUIAR REIS; FELIPE AUGUSTO YAMAUTI FERREIRA; SERGIO HENRIQUE COUTO HORTA; MAURICIO CAMPANELLI COSTAS; MARCUS PAULO LEMOS LEMES; PROF. DR. JAQUES WAISBERG  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.*
- VL011 - LIBERAÇÃO DA FLEXURA ESQUERDA DO CÓLON LAPAROSCÓPICA SEM TESOURA DE ENERGIA**  
DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; JULIANO NORONHA RIBEIRO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HUSF, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL012 - RETOSSIGMOIDECTOMIA TOTALMENTE ROBÓTICA NO TRATAMENTO DO ADENOCARCINOMA DE RETO ALTO**  
CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; GUILHERME CUTAIT COTTI; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL013 - HERNIOPLASTIA PERINEAL LAPAROSCÓPICA APÓS AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL ABERTA PARA NEOPLASIA DE RETO**  
ANNA CAROLINA BATISTA DANTAS; GUILHERME CUTAIT COTTI; RICARDO ABDALLA; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; SERGIO CARLOS NAHAS  
*FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL014 - ASSOCIAÇÃO ENTRE STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS, ENDOCARDITE E O DIAGNÓSTICO DO CANCER COLORRETAL VIA COLONOSCOPIA EM ASSINTOMÁTICO**  
NATALIA BARROS PINHEIRO; RAUL CUTAIT; DANILO DAUD; RAFAEL DE CASTRO SANTANA AROUCA; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER; FELIPE ATTI AKL; ROGER LEME DA SILVA FARIAS  
*HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- VL015 - TRATAMENTO DE METASTASES HEPATICAS SINCRONICAS COM CANCER COLORRETAL**  
DANILO DAUD1; NATALIA BARROS PINHEIRO1; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER1; RAFAEL DE CASTRO SANTANA AROUCA1; FELIPE ATTI AKL1; RAUL CUTAIT1; GABRIELA RIBEIRO RICCIARDI2  
*1.HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL MANDAQUI, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL016 - RETOSSIGMOIDECTOMIA COM ANASTOMOSE COLOANAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA NO TUMOR DE RETO DISTAL**  
DRA. VIVIAN SATI OBA BOURROUL1; DR. FABIO PIOVEZAN FONTE2; DR. GUILHERME MUNIZ BOURROUL2; DR. THIAGO BASSANEZE2; DR. HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR2; PROF. DR. RENE CREPALDI FILHO3; PROF. DR. ROGERIO TADEU PALMA1; PROF. DR. JAQUES WAISBERG1  
*1.FMABC/IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.FMABC, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.FMABC/UNINOVE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL017 - OPERAÇÃO MINIMAMENTE INVASIVA TRANSANAL PARA EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO (ETM) ATRAVÉS DE ACESSO TRANSANAL (TAETM) COM USO DA ROBÓTICA E DE OPERAÇÕES ENDOSCÓPICAS TRANSANAIS (TEO) COMBINADAS: PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO**  
CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES1; MARCUS VALADÃO2; MEYLINE ANDRADE LIMA1; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA1; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA1; RODRIGO ARAUJO2  
*1.HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- VL018 - RESSECÇÃO VIA TAMIS DE PÓLIPO DIFÍCIL DE RETO INFERIOR**  
ALEJANDRO DANIEL MOREIRA GRECCO; GONZALO ZAPATA; MARIA EUGENIA DE FAVERI  
*HOSPITAL DE CLINICAS DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA.*
- VL019 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; DANIEL DE CASTILHO  
*HUSF, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL020 - COLECTOMIA DIREITA POR VLP COM ANASTOMOSE INTRACORPÓREA**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR; JOAQUIM SIMÕES NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA; IVNA HOLANDA VIANA  
*CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- VL021 - LAPAROSCOPIC EXTENDED RIGHT COLECTOMY WITH INTRA CORPOREAL ANASTOMOSIS**  
SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; RODRIGO AMBAR PINTO; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; SERGIO EDUARDO ARAUJO; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL022 - O USO DA NAVEGAÇÃO NA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA COLORRETAL: UMA NOVA FERRAMENTA DE IMAGEM EM TEMPO CIRÚRGICO REAL**  
LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; GUSTAVO BOTEGA SOUZA; EUVALDO JORGE SILVA FILHO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*
- VL023 - EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO POR CIRURGIA ROBÓTICA NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE RETO APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE**  
CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; GUILHERME CUTAIT COTTI; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- VL024 - TEO/TEM EM TUMOR RECIDIVADO RETAL APÓS CIRURGIA DE HARTMANN**  
UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>1</sup>; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>2</sup>; GUSTAVO KURACHI<sup>2</sup>; HELIN MINORU MATSUMOTO<sup>2</sup>; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO<sup>2</sup>; VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE<sup>3</sup>; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA<sup>1</sup>; TOMAZ MASSAYUKI TANAKA<sup>1</sup>  
*1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL025 - ANASTOMOSE INTRACORPÓREA EM PACIENTE SUBMETIDO A COLECTOMIA DIREITA EXTENDIDA POR NEOPLASIA DE CÓLON TRANSVERSO AVANÇADA**  
CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA; LUSMAR VERAS RODRIGUES; SHELIA MARIA MURAD REGADAS; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA; ADRYANO GONÇALVES MARQUES; SAULO SANTIAGO ALMEIDA; MANOEL ÍTALO PIMENTEL SANTOS LOPES; FRANCISCO WENDEL DE SOUSA ARRUDA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- VL026 - COLECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DE PACIENTE COM SÍNDROME DE LYNCH E CÂNCER COLÔNICO**  
MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; ANDRE FONSECA DUARTE; VINÍCIUS LACERDA RIBEIRO; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL027 - COLECTOMIA E HEPATECTOMIA SEGMENTARES LAPAROSCÓPICAS NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE CÓLON DIREITO METASTÁTICO**  
FÁBIO GUILHERME CAMPOS<sup>1</sup>; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO<sup>2</sup>; JAIME PIROLA KRUGER<sup>1</sup>; RODRIGO DUMARCO<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL028 - OPERAÇÃO TRANSANAL ENDOSCÓPICA COM**  
JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; ROGERIO SERAFIM PARRA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; BRUNO ZENNE MOTTA; ENRICO SFOGGIA; OMAR FERES  
*FM RIBEIRÃO PRETO USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- VL029 - RETOSSIGMOIDECTOMIA COM EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO VÍDEO LAPAROSCÓPICA E RESSECÇÃO INTERESFINCTERIANA COM ANASTOMOSE COLO ANAL MANUAL PARA TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE RETO BAIXO**  
DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; RODRIGO AMBAR PINTO; MARCELO RODRIGUES BORBA; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; MURILO PONCE  
*FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL030 - EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO TRANSANAL COM AUXÍLIO DO SILS PORT (TAMIS-ETM) PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA DE RETO MÉDIO – RELATO DE CASO**  
JULIANA PORTELLA FONTANA; FABIO ALVES SOARES; AQUILES LEITE VIANA; ALEXANDRE GHELLER; MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO; TÂNIA ROSA PEREIRA DA MATA; PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE  
*HOSPITAL DE BASE, LAGO SUL, DF, BRASIL.*
- VL031 - RETOCOLECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM A UTILIZAÇÃO DE PLATAFORMA DE ACESSO ÚNICO (GEL POINT) TRANSANAL ( EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO -TATME )**  
PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE; ALEXANDRE GHELLER; FRANCIARA LETHICEA MORAES DA CUNHA; TÂNIA ROSA PEREIRA DA MATA; JULIANA PORTELLA FONTANA; FABIO ALVES SOARES; MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO; MARIA BIANCA DE LACERDA FERNANDES CÔRTE  
*HOSPITAL DE BASE, BRASILIA, DF, BRASIL.*
- VL032 - AMPUTAÇÃO ABDOMINO-PERINEAL DE RETO COM ROTAÇÃO DE RETALHO DE MÚSCULO RETO ABDOMINAL POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**  
RODRIGO GOMES DA SILVA; ADRIANA CHEREM ALVES; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; ANTONIO LACERDA FILHO; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; BERNARDO HANAN; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

- VL033 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO SINUS PILONIDAL (E. P. SI.T.) VÍDEO**  
VANESSA MEDEIROS LOUREIRO  
*HOSPITAL PRONCOR GERAL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.*
- VL034 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO CISTO PILONIDAL (E.P.SI.T.): UMA ABORDAGEM MINIMAMENTE INVASIVA**  
CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA; EDUARDO COSTA COBAS; MEYLINE ANDRADE LIMA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- VL035 - VAAFT E LASER (FILAC) NO TRATAMENTO DE FISTULA ANAL**  
CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA; EDUARDO COSTA COBAS; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- VL036 - CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA TRANSANAL (TAMIS) PARA RESSECÇÃO DE LESÃO POR ESPRAIAMENTO LATERAL DE RETO INFERIOR – RELATO DE CASO**  
JULIANA PORTELLA FONTANA; FABIO ALVES SOARES; AQUILES LEITE VIANA; ALEXANDRE GHELLER; MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO; LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES; TÂNIA ROSA PEREIRA DA MATA; PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE  
*HOSPITAL DE BASE, LAGO SUL, DF, BRASIL.*
- VL037 - SISTEMATIZAÇÃO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA NA DC PERIANAL**  
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*H. HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL038 - COLITE FULMINANTE EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN - TRATAMENTO CIRÚRGICO POR LAPAROSCOPIA**  
MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; THAÍS PEREIRA; ANDRE FONSECA DUARTE; RODRIGO AMBAR PINTO; SERGIO EDUARDO ARAUJO; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL039 - PROCTOCOLECTOMIA COM BOLSA ILEAL LAPAROSCÓPICA PARA RETOCOLITE REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CLÍNICO**  
MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; THAÍS PEREIRA; ANDRE FONSECA DUARTE; RODRIGO AMBAR PINTO; SERGIO EDUARDO ARAUJO; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- VL040 - VIDEOCIRURGIA NA DOENÇA DIVERTICULAR COMPLICADA**  
RUBENS VALARINI; ALVARO STRADIOTTO STECKERT; BRUNO SABAYOSHI LARA SHIMIZO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL.*

## TEMAS LIVRES

- TL001 - RESGATE DAS RECIDIVAS LOCAIS DAS NEOPLASIAS DE RETO TRATADAS COM QUIMIORADIOTERAPIA NEOADJUVANTE E RESSECÇÃO LOCAL**  
RODRIGO OLIVA PEREZ; ANGELITA HABR GAMA; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; BRUNA BORBA VALATI; JOAQUIM GAMA RODRIGUES; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL002 - “COLOSTOMIA PERINEAL”: ALTERNATIVA PARA PRESERVAÇÃO ESFINCTERIANA EM TUMORES DE RETO BAIXO**  
BELISA GOMES MÜLLER; PAULO DE CARVALHO CONTU; DANIEL DE CARVALHO DAMIN; TIAGO LEAL GHEZZI; CLÁUDIO TARTA; FERNANDO LUIZ ZANCHET JUNIOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*



- TL003 - PAPEL DA SOLUÇÃO REVELADORA DE LINFONODOS NO AUMENTO DO NÚMERO DE LINFONODOS OBTIDOS EM ESPÉCIMES CIRÚRGICOS DE CÂNCER COLORRETAL**  
RODRIGO GOMES DA SILVA; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO; MONICA DEMAS ALVARES CABRAL; STANLEY DE ALMEIDA ARAUJO; SORAYA RODRIGUES ALMEIDA SANCHES; GABRIEL BRAZ GARCIA; LEONARDO MACIEL FONSECA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- TL004 - BIOCÓMPOSTO COM AÇÃO ANTINEOANGIOGÊNICA SOBRE O ADENOCARCINOMA DE CÓLON**  
DANIEL DE CASTILHO; GUILHERME DI CAMILLO ORFALI; ANA CAROLINA BOMBARDI DUARTE; VIVIAN BONADIO; NATÁLIA PERES MARTINEZ; DENISE GONÇALVES PRIOLLI  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- TL005 - RESULTADOS FUNCIONAIS APÓS O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE RETO EM 127 PACIENTES OPERADOS**  
RODRIGO GOMES DA SILVA; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; LAIS NUNES DANGLA; JULIA ALVARENGA PETROCCHI; ANTONIO LACERDA FILHO; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- TL006 - O VALOR DO PET-CT NO SEGUIMENTO ONCOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL**  
LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI; ANDREA PECCI; NATHALIA LINS PONTES VIEIRA; KARINA DAGRE MAGRI; PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELARIA; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; MARCOS HENRIQUE DE ANDRADE ZANONI; CHIA BIN FANG  
*SANTA CASA - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL007 - EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO VIA TRANSANAL (TA-TME) – ASPECTOS TÉCNICOS**  
GUSTAVO BECKER PEREIRA1; LOUISE DE ARAÚJO VIEIRA1; FELIPE DE SOUZA BARROS CORREA2; RODRIGO BECKER PEREIRA2; BRUNO LORENZO SCOLARO2; ISABELA CRISTINA COELHO DA CUNHA3; FANGIO FERRARI4; JULIANO DE PAULA LOBLEIN2  
*1.UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ/UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ, SC, BRASIL; 2.UNIVALI, BALNEÁRIO CAMBORIU, SC, BRASIL; 3.HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ, SC, BRASIL*
- TL008 - FATORES ASSOCIADOS A ESTOMIA DEFINITIVA EM PACIENTES SUBMETIDOS A RESSECÇÃO ANTERIOR DO RETO PARA CÂNCER RETAL**  
RODRIGO GOMES DA SILVA; LEONARDO MACIEL FONSECA; ADRIANA CHEREM ALVES; BERNARDO HANAN; ANTONIO LACERDA FILHO; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- TL009 - TAMIS COM EXCISÃO PARCIAL DO MESORRETO E FECHAMENTO PRIMÁRIO DA FERIDA RETAL USANDO VLOC**  
PAULO FREDERICO OLIVEIRA COSTA1; EDUARDO FONSECA1; ALEXANDRE LOPES DE CARVALHO2  
*1.HOSPITAL PORTUGUÊS, LAURO DE FREITAS, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGÊS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- TL010 - OBSTRUÇÃO DO COLO DIREITO POR FITOBEZOAR**  
SAMELA OLIVEIRA SANTOS1; CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS2  
*1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL; 2.HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.*
- TL011 - RESULTADOS DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL UNICAMP 2014**  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; LILA LEA CRUVINEL; TAMARA MARIA NIERI; ROGERIO TERRA DO ESPIRITO SANTO; NILTON MANOEL DOMINGOS JUNIOR; ANA LUCIA CARLETTI DE MORAES; DRAUSIO JEFERSON DE MORAES; MICHEL GARDERE CAMARGO  
*FCM-UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

- TL012 - EXPERIÊNCIA INICIAL NA AVALIAÇÃO DE TUMOR RETAL PÓS NEOADJUVÂNCIA COM ULTRASSONO-  
NOGRAFIA 3D ENDOANAL**  
EDUARDO DE PAULA VIEIRA; ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; ROSANE LOUZADA MACHADO; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO; CAROLINA VIEIRA DE FARIA; JULYANNA CRUZ FRANÇA; CHRISTIANO MANHÃES DE CARVALHO  
*HU UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL013 - IMPACTO DAS DIFERENTES ESTRATÉGIAS DE PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃO NA FUNÇÃO ANOR-  
RETAL EM PACIENTES COM NEOPLASIA DE RETO DISTAL APÓS QUIMIORADIOTERAPIA NEO-  
ADJUVANTE**  
PATRÍCIO BERNARDO LYNN; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; RODRIGO OLIVA PEREZ; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; ANGELITA HABR GAMA; BRUNA BORBA VAILATI; JOAQUIM GAMA RODRIGUES; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL014 - PROGNÓSTICO APÓS RESSECÇÃO ABDOMINO-PERINEAL A MILES PARA CARCINOMA ESCAMO-  
SO PERSISTENTE, RECORRENTE PRECOCE OU TARDIO DO ÂNUS: LIÇÕES APRENDIDAS APÓS FA-  
LHA DO TRATAMENTO QUIMIORADIOTERÁPICO**  
NATALIA PARISI SEVERINO; LESTER ROSEN; SAVERIO COIRO; MARIANA BERHO; STEVEN WEXNER  
*CLEVELAND CLINIC FLORIDA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL015 - CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À RETOSSIGMOIDECTOMIA ABERTA E VIDEO-  
LAPAROSCÓPICO POR CÂNCER COLORRETAL EM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL.**  
GUSTAVO LISBÔA DE BRAGA; THIAGO LUCIANO PASSARIN  
*HOSPITAL NOSSA SENHORA DA POMPÉIA, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL.*
- TL016 - MATURAÇÃO PROGRAMADA EM ANASTOMOSES COLORRETAIS BAIXAS E COLOANAIS**  
RUBENS HENRIQUE OLEQUES FERNANDES; RONALDO MATTIA; VALERIA UELLNER SILVA  
*HOSPITAL POMPEIA CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL.*
- TL017 - CIRURGIA LAPAROSCÓPICA PARA ADENOCARCINOMA COLORRETAL E A BUSCA POR RESULTA-  
DO ONCOLÓGICO PRECOCE SATISFATÓRIO: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DURANTE A CURVA  
DE APRENDIZADO.**  
GUSTAVO LISBÔA DE BRAGA; THIAGO LUCIANO PASSARIN; ALESSANDRA MARTINELLI  
*HOSPITAL NOSSA SENHORA DA POMPÉIA, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL.*
- TL018 - PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL PELA PESQUISA IMUNO-QUÍMICA DE SANGUE OCULTO  
NAS FEZES NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RESULTADOS INICIAIS**  
MARCELO RODRIGUES BORBA; LUIS MASAO MARUTA; JOSE PINHATA OTOCH; JORGE HENRIQUE REINA NETO; MARCOS SANTOS VIEIRA BARROS; RODRIGO MONTENEGRO LOURENÇÃO; EDMAR TAFNER; JOSE GUILHERME NOGUEIRA SILVA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL019 - NEOPLASIAS DO TRATO DIGESTIVO SUPERIOR EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA  
FAMILIAR: PREVALÊNCIA, ASPECTOS ENDOSCÓPICOS E TRATAMENTO**  
FÁBIO GUILHERME CAMPOS<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ<sup>2</sup>; ADRIANA VAZ SAFATLE-RIBEIRO<sup>1</sup>; MARIANNY SULBARAN<sup>1</sup>; MURILO ROCHA RODRIGUES<sup>2</sup>; SERGIO CARLOS NAHAS<sup>1</sup>; IVAN CECCONELLO<sup>1</sup>  
*1. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- TL020 - CONTRIBUIÇÃO DO ULTRASSOM 3D ENDOANAL NA AVALIAÇÃO DA LESÃO NEOPLÁSICA DE RETO**  
CHRISTIANO MANHÃES DE CARVALHO; EDUARDO DE PAULA VIEIRA; ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; ROSANE LOUZADA MACHADO; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO; CAROLINA VIEIRA DE FARIA; JULYANNA CRUZ FRANÇA  
*HU UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

- TL021 - TUMOR ESTENOSANTE DE RETO INTRANSPONÍVEL À COLONOSCOPIA: É SEGURO FAZER TRATAMENTO NEOADJUVANTE?**  
FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; LUCAS RODRIGUES BOARINI; BRUNA FERNANDES DOS SANTOS; PIETRO DADALTO OLIVEIRA; ODILON VICTOR PORTO DENARDIN; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL022 - A COLORAÇÃO COM AZUL DE METILENO MELHORA A IDENTIFICAÇÃO DO LIMITE MUCOSO DURANTE RESSECÇÃO DE PÓLIPOS RETAIS VIA TAMIS.**  
ALEJANDRO DANIEL MOREIRA GRECCO; GONZALO ZAPATA; MARIA EUGENIA DE FAVERI  
*HOSPITAL DE CLINICAS DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA.*
- TL023 - PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE UMA SÉRIE DE CASOS OPERADOS POR CÂNCER DE CÓLON EM HOSPITAL TERCIÁRIO**  
MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; ENRICO SFOGGIA; BRUNO ZENNE MOTTA; RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- TL024 - OPERAÇÃO TRANSANAL ENDOSCÓPICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER RETAL PÓS NEOADJUVÂNCIA**  
JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; BRUNO ZENNE MOTTA; ROGERIO SERAFIM PARRA; LUIZ RENATO RICCI CAMPERONI; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- TL025 - PROGNOSTIC FACTORS AFTER MULTIVISCERAL EN BLOC RESECTIONS FOR COLORECTAL CANCER: RESULTS OF A SINGLE CANCER INSTITUTE**  
SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; GUILHERME CUTAIT COTTI; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; RODRIGO AMBAR PINTO; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL026 - PROGNOSTIC FACTORS OF SURGICALLY-TREATED PATIENTS WITH CANCER OF THE RIGHT COLON: A TEN YEARS' EXPERIENCE**  
SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; RODRIGO AMBAR PINTO; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL027 - RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL FOR COMPLETE CLINICAL RESPONSE IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER AFTER NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY: OBSERVATION VERSUS SURGICAL RESECTION**  
SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; GUILHERME CUTAIT COTTI; RODRIGO AZAMBUJA; PAULO HOFF; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL028 - ESVAZIAMENTO PÉLVICO LATERAL NO CÂNCER DE RETO: ANÁLISE DA CASUÍSTICA**  
MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; LILIAN VITAL PINHEIRO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; RAQUEL FRANCO LEAL; JOAO JOSE FAGUNDES; PRISCILLA DE SENNE PORTEL OLIVEIRA; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL029 - RESSECÇÃO ENDOANAL CONVENCIONAL: ANÁLISE DA CASUÍSTICA**  
MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; LILIAN VITAL PINHEIRO; RAQUEL FRANCO LEAL; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; THATIANA GUERRIERI; JOAO JOSE FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

- TL030 - EXPERIÊNCIA INICIAL COM RESSECÇÃO LOCAL DE TUMORES RETAIS POR TEO (TRANSANAL ENDOSCOPIC OPERATION)**  
FELIPE FERREIRA DA MOTA<sup>1</sup>; FABIO LOPES DE QUEIROZ<sup>2</sup>; PAULO ROCHA FRANÇA NETO<sup>2</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>2</sup>; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA<sup>2</sup>; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA<sup>2</sup>; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES<sup>1</sup>; MARIA EMILIA CARVALHO DE CARVALHO<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.CLÍNICA DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- TL031 - ESCOLHA EMERGENCIAL DE TRATAMENTO DE PACIENTE COM TUMOR DE RETO BAIXO**  
MARUSKA DIB IAMUT; JÚLIA REZENTE SCHLINZ; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR; MARLLUS BRAGA SOARES; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA; FRANCISCO LOPES PAULO  
*UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL032 - TERAPIA NEOADJUVANTE E CIRURGIA NO ADENOCARCINOMA RETAL. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES COM RESPOSTA PARCIAL E RESPOSTA COMPLETA**  
VITOR AUGUSTO DE ANDRADE; LILIAN VITAL PINHEIRO; RAQUEL FRANCO LEAL; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOAO JOSE FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL033 - POSTOPERATIVE TEM COMPLICATIONS FOR THE TREATMENT OF RECTAL NEOPLASIA ARE FREQUENT BUT MILD. RISK FACTORS AND TIME BEHAVIOR STUDY**  
CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; SERGIO CARLOS NAHAS; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; RODRIGO AMBAR PINTO; EDUARDO KENZO MORY; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL034 - QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS DA CIRURGIA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE CÓLON EM OCTOGENÁRIOS?**  
LEONARDO DE CASTRO DURÃES; LUCA STOCCHI; MEAGAN COSTEDIO; DAVID DIETZ; EMRE GORGUN; MATTHEW F KALADY; HERMANN KESSLER; FEZA H REMZI  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION, CLEVELAND, ESTADOS UNIDOS.*
- TL035 - RETOSSIGMOIDECTOMIA TRANSANAL: EXPERIENCIA INICIAL**  
ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; GUSTAVO BOTEGA SOUZA; EUVALDO JORGE SILVA FILHO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*
- TL036 - AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS APÓS FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA DE PROTEÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS A RESSECÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL**  
DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ANNA CAROLINA BATISTA DANTAS; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL037 - OBESIDADE- FATOR DE RISCO PARA O CANCER COLORRETAL**  
LUCIA CÂMARA OLIVEIRA; FLAVIA ALVARENGA NETTO  
*SERVIÇO DE FISILOGIA ANORRETAL DORIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL038 - RESULTADOS ONCOLÓGICOS E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE RETO SEM RESPOSTA A RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE**  
LEONARDO DE CASTRO DURÃES; LUCA STOCCHI; DAVID DIETZ; IAN LAVERY; RISH PAI; MATTHEW F KALADY  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION, ESTRANGEIRO, ESTADOS UNIDOS.*

- TL039 - EXPERIÊNCIA INICIAL DE CIRURGIA ROBÓTICA COLORRETAL EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**  
ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; GUSTAVO BOTEGA SOUZA; EUVALDO JORGE SILVA FILHO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*
- TL040 - EFEITO ANTITUMORAL DOS FLAVONOIDES RUTINA E ISOQUERCETINA SOBRE O CÂNCER COLORRETAL**  
DANIEL DE CASTILHO; GUILHERME DI CAMILLO ORFALI; VIVIEN BONADIO; ANA CAROLINA BOMBARDI DUARTE; NATÁLIA PERES MARTINEZ; DENISE GONÇALVES PRIOLLI  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- TL041 - GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF THE RECTUM TREATED WITH NEOADJUVANT THERAPY FOLLOWED BY TRANSANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY**  
CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; SERGIO CARLOS NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARGUES; RAFAEL SCHMERLING; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; GUILHERME CUTAIT COTTI; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL042 - ACESSO EXTRA-ELEVADOR NA AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO – IMPACTO DA TÉCNICA CIRÚRGICA NA QUALIDADE DO ESPÉCIME CIRÚRGICO RESSECADO**  
ANGELITA HABR GAMA1; RODRIGO OLIVA PEREZ1; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO1; BRUNA BORBA VAILATI1; EDGARD ALEMAN LOAIZA1; LUIZ FELIPE CAMPOS LOBATO2; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO1; JOAQUIM GAMA RODRIGUES1  
*1.INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- TL043 - TERAPIA BIOLÓGICA NÃO INFLUENCIA AS TAXAS DE COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS E CLÍNICAS PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIAS ELETIVAS DE RESSECÇÃO INTESTINAL NA DOENÇA DE CROHN**  
PAULO GUSTAVO KOTZE1; MANSUR SAAB1; BARBARA SAAB1; MARCIA OLANDOSKI1; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY2  
*1.PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL044 - HIPOVITAMINOSE D EM PACIENTES PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN EM UMA CIDADE DO OESTE PAULISTA.**  
PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; JOAO GOMES NETINHO; GENI SATOMI CUNRATH; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; RODRIGO PADILLA; ALISSON TEIXEIRA SILVA MARTINS; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- TL045 - ASSOCIAÇÃO ENTRE VITAMINA D SÉRICA E MARCADORES DE ATIVIDADE DE DOENÇA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN EM UMA CIDADE DO OESTE PAULISTA.**  
PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; JOAO GOMES NETINHO; GENI SATOMI CUNRATH; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; RODRIGO PADILLA; ALISSON TEIXEIRA SILVA MARTINS; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- TL046 - ANÁLISE DOS PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA EM USO DE BIOLÓGICOS: EXISTE MELHORA DOS SINTOMAS?**  
ANNA CAROLINA FRANCO1; ÁGATA VALENTINA SHIMIZU FRUTUOSO1; RENAN VICENTE SOHN1; KARINNE SOARES ISAAC1; BRUNA PATROCÍNIO DOS SANTOS SILVA1; WILSON VILELA MEDEIROS FILHO1; JACQUELINE JESSICA DE MARCHI TONHÁ2; MARDEM MACHADO DE SOUZA1  
*1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER, CUIABA, MT, BRASIL; 2.HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO, CUIABA, MT, BRASIL.*

- TL047 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS PERFIS SOCIAL, CLÍNICO, ENDOSCÓPICO E TERAPÊUTICO DOS PACIENTES COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS NO ESTADO DO MATO GROSSO – BRASIL.**  
ANNA CAROLINA FRANCO1; AYMÊ CHAVES NOGUEIRA2; ÁGATA VALENTINA SHIMIZU FRUTUOSO1; RENAN VICENTE SOHN1; SAMUEL DA SILVA BARRETO1; NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA3; JACQUELINE JESSICA DE MARCHI TONHÁ4; MARDEM MACHADO DE SOUZA1  
*1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER, CUIABA, MT, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DE CUIABÁ, CUIABA, MT, BRASIL; 3.HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO, CUIABA, MT, BRASIL.*
- TL048 - ANÁLISE DOS PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN EM USO DE BIOLÓGICOS: EXISTE MELHORA DOS SINTOMAS?**  
RENAN VICENTE SOHN1; ANNA CAROLINA FRANCO1; ÁGATA VALENTINA SHIMIZU FRUTUOSO1; KARRINNE SOARES ISAAC1; BRUNA PATROCÍNIO DOS SANTOS SILVA1; WILSON VILELA MEDEIROS FILHO1; JACQUELINE JESSICA DE MARCHI TONHÁ2; MARDEM MACHADO DE SOUZA1  
*1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER, CUIABA, MT, BRASIL; 2.HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO, CUIABA, MT, BRASIL.*
- TL049 - MORTALIDADE EM PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL SUBMETIDOS À TRATAMENTO CIRÚRGICO – RESULTADOS**  
RENATO VISMARA ROPELATO; ERON FABIO MIRANDA; ILARIO FROEHNER JUNIOR; PAULO GUSTAVO KOTZE PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.
- TL050 - O USO PRÉ-OPERATÓRIO DO ADALIMUMABE NÃO INFLUENCIA AS TAXAS DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS APÓS RESSECÇÕES INTESTINAIS NA DOENÇA DE CROHN.**  
BARBARA SAAB1; PAULO GUSTAVO KOTZE1; MANSUR SAAB1; MARCIA OLANDOSKI1; CLÁUDIO SAD-DY RODRIGUES COY2  
*1.PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL051 - PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE COLECTOMIA NA DII: O QUE OCORRE COM O RETO EXCLUSO?**  
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; BRUNA FERNANDES DOS SANTOS; JULIANA TEIXEIRA MACHADO; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL052 - HÁ ESPAÇO PARA AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO NA DOENÇA DE CROHN NA ERA DOS BIOLÓGICOS?**  
LUCAS RODRIGUES BOARINI; IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA; MARCELO RODRIGUES BOARINI; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL053 - CAUSAS DE ÓBITO EM PACIENTES COM DII – EXPERIÊNCIA EM CENTRO DE REFERÊNCIA**  
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; JULIANA TEIXEIRA MACHADO; BRUNA FERNANDES DOS SANTOS; RENATA BANDINI VIEIRA; NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL054 - QUAL É A IMPORTÂNCIA DA CIRURGIA NA DC PERIANAL?**  
NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA; LUCAS RODRIGUES BOARINI; JULIANA TEIXEIRA MACHADO; RENATA BANDINI VIEIRA; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA; IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL055 - EFICIÊNCIA E SEGURANÇA DO USO DE BIOLÓGICOS A MÉDIO PRAZO NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN**  
HENRIQUE GONÇALVES; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOFFRE REZENDE FILHO; KARLA COSTA FERREIRA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; PAULA CRISTINA DE ALMEIDA LEITE  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*

- TL056 - DOENÇA DE CROHN PENETRANTE PARA O MÚSCULO PSOAS: SÉRIE DE CASOS**  
ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; ANDRE DA LUZ MOREIRA; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; MARUSKA DIB IAMUT; ANA TERESA PUGAS CARVALHO; BARBARA CATHALÁ ESBERARD; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR  
*UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL057 - QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS DE AUMENTAR A INCISÃO CIRÚRGICA NA CIRURGIA LAPAROSCÓPI-CA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN?**  
LEONARDO DE CASTRO DURÃES; LUCA STOCCHI; MATTHEO ROTTOLI; MEAGAN COSTEDIO; EMRE GORGUN; HERMANN KESSLER  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION, CLEVELAND, ESTADOS UNIDOS.*
- TL058 - O EFEITO DA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA ADJUVANTE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN REFRAATÁRIA**  
LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; OMAR FERES FILHO; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; ENRICO SFOGGIA; ROGERIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- TL059 - AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS DE INCRETINAS (GLP-1 E GLP-2) NA DOENÇA DE CROHN**  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; ANTONIO RAMOS CALIXTO; ANA CAROLINA VASQUES; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; BRUNO GELONEZE; JOSE CARLOS PAEJA; DANIELA OLIVEIRA MAGRO  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL060 - ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS COM A INTERRUÇÃO DA TERAPIA COMBINADA NA DOENÇA DE CROHN**  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; JULIANA MAZZUIA GUIMARAES; DANIELA OLIVEIRA MAGRO; MICHEL GARDERE CAMARGO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; JOAO JOSE FAGUNDES; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL061 - AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ANTI-INFLAMATÓRIA DO EXTRATO OLEOSO DE CURCUMA LONGA (CURCUMINA) NO TRATAMENTO DA COLITE DE EXCLUSÃO: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS**  
DANIELA TIEMI SATO1; CALED JAUDAT KADRI1; FÁBIO GUILHERME CAMPOS2; MURILO ROCHA RODRIGUES1; CELENE BENEDITI BRAGION1; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA1; JOSÉ AIRES PE-REIRA1; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ1  
1.USF, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.HC FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.
- TL062 - DO MORBID OBESE PATIENTS HAVE MORE CLINICAL AND MANOMETRIC PELVIC FLOOR ABNORMALITIES IN COMPARISON TO NON OBESE PATIENTS? RESULTS OF A CASE MATCHED STUDY.**  
ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; SERGIO CARLOS NAHAS; RODRIGO AMBAR PINTO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAN MARQUES; MARCO AURELIO SANTO; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL063 - ESTUDO DA CORRELAÇÃO DOS ACHADOS DA MANOMETRIA ANORRETAL E ULTRASSONOGRÁFIA ENDOANAL 3D EM PACIENTES PORTADORES DE INCONTINÊNCIA ANAL**  
LUIZ GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; UMBERTO MORELLI; CLAUDIA LUCIANA FRATTA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSE FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*FCM-UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL064 - ESFINCTEROPLASTIA ANAL PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL EM HOSPITAL DE ENSINO: CASUÍSTICA DE 10 ANOS**  
RODRIGO AMBAR PINTO; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; IVAN CECCONELLO; SERGIO CARLOS NAHAS  
*HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

- TL065 - CORREÇÃO CIRÚRGICA DA PROCIDÊNCIA RETAL POR RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL: RESULTADOS DOS ÚLTIMOS 13 ANOS**  
RODRIGO AMBAR PINTO; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; IVAN CECCONELLO; SERGIO CARLOS NAHAS  
*HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL066 - ASSOCIAÇÃO DAS ELETROMANOMETRIAS AO TESTE SIMPLIFICADO DE EXPULSÃO DO BALÃO EM PACIENTES COM QUEIXA DE CONSTIPAÇÃO DISQUÉZICAS.**  
FRANCIARA LETHICEA MORAES DA CUNHA; FABIO ALVES SOARES; SILVANA MARQUES E SILVA; CYNTHIA ABDALLA CRUZ; SERGIO LUIZ CRUZ CUNHA; ALEXANDRE GHELLER; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; JULIANA PORTELLA FONTANA  
*HBDF, LAGO NORTE, DF, BRASIL.*
- TL067 - UTILIDADE DA MANOMETRIA EM PACIENTES OBESOS COM INCONTINÊNCIA FECAL.**  
DORYANE MARIA DOS REIS LIMA<sup>1</sup>; GUSTAVO KURACHII<sup>1</sup>; VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE<sup>2</sup>; CARLOS ALBERTO DE CARVALHO<sup>3</sup>; MAURO WILLEMANN BONATTO<sup>4</sup>; TOMAZ MASSAYUKI TANAKA<sup>4</sup>; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA<sup>4</sup>; UNIVALDO ETSUO SAGAE<sup>4</sup>  
*1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.*
- TL068 - ARE THE RESULTS OF MAGNIFYING CHROMOENDOSCOPY EVALUATION OF EXTRA PERITONEAL RECTAL TUMORS COMPARABLE TO ENDORECTAL TRIDIMENSIONAL ULTRASOUND? RESULTS BASED ON THE PATHOLOGIC COMPARISON**  
RODRIGO AMBAR PINTO; FABIO KAWAGUTI; SERGIO CARLOS NAHAS; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL069 - EFFICACY OF TRIDIMENSIONAL ENDORECTAL ULTRASOUND IN COMPARISON TO HISTOPATHOLOGY FOR EVALUATION EXTRA PERITONEAL RECTAL NEOPLASMS**  
RODRIGO AMBAR PINTO; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL070 - EXISTE CORRELAÇÃO ENTRE O PROLAPSO DE PAREDE VAGINAL POSTERIOR E OS DISTÚRBIOS DA EVACUAÇÃO E DA CONTINÊNCIA FECAL?**  
CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA<sup>1</sup>; KATHIANE LUSTOSA AUGUSTO<sup>2</sup>; STHELA MARIA MURAD REGADAS<sup>1</sup>; LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA BEZERRA<sup>2</sup>; JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO<sup>2</sup>; CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS<sup>2</sup>; MANOEL ÍTALO PIMENTEL SANTOS LOPES<sup>1</sup>; FRANCISCO WENDEL DE SOUSA ARRUDA<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- TL071 - ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA E TÉCNICA DE DUPLO-BALÃO: CASUÍSTICA DO GASTROCENTRO/UNICAMP.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*



- TL072 - ACHADOS COLONOSCÓPICOS EM PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO CRÔNICA SEM HISTÓRIA FAMILIAR DE NEOPLASIA COLORRETAL**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; NIKOLAY COELHO DA MOTA; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA; BRENDON DA SILVA SANTANA; FABIOLA NASSAR SOUSA FRAZÃO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO  
*UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*
- TL073 - ANÁLISE DOS BENEFÍCIOS DA RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL EM PACIENTES COM SUSPEITA DE NEOPLASIA COLORRETAL EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO.**  
THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; PAULO VITOR LIMA SOARES; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MARCIO PEREIRA CRUZ; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; MARCOS CLARÊNCIO  
*HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- TL074 - ANALISE DE ACHADOS DE EXAMES DE COLONOSCOPIA EM PACIENTES MENORES QUE 50 ANOS EM UM SERVIÇO DE REFERENCIA EM ENDOSCOPIA DO ESTADO DA BAHIA**  
LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; PAULO VITOR LIMA SOARES; THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; RAFAEL FERRAS SANTANA; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; MARCOS CLARÊNCIO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- TL075 - ESTUDO PROSPECTIVO DOS FATORES PREDITORES DO TEMPO DE INTUBAÇÃO CECAL NO BIÓTIPO BRASILEIRO. ANÁLISE DE 138 CASOS.**  
OTAVIO NUNES SIA1; MARINA FONTES GONTIJO2  
*1.CLINICA ENDOSOM, PATROCINIO, MG, BRASIL; 2.FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS - FGV, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL076 - ANALISE RETROSPECTIVA DE COLONOSCOPIAS REALIZADAS EM PACIENTES MAIORES DE 50 ANOS EM SERVIÇO TERCIÁRIO.**  
THIAGO FARIA MAGALHAES; PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; RAFAEL FERRAS SANTANA; MARCIO PEREIRA CRUZ; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO  
*HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- TL077 - DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA (ESD) PARA NEOPLASIA COLORRETAL PRECOCE: EXPERIÊNCIA DO GASTROCENTRO/UNICAMP.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS; NÉLSON TOMIO MIYAJIMA; LARISSA BERBERT ARIAS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- TL078 - AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE COLONOSCOPIA DE UM HOSPITAL PRIVADO COM RESIDENCIA EM COLOPROCTOLOGIA.**  
MARLISE MELO CERATO; ORNELLA SARI CASSOL; RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA; KARINE SABRINA BONAMIGO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU; BRUNA BORBA VAILATI; DAIANE SONZA VIDART; NILO CERATO  
*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- TL079 - AVALIAÇÃO DE ÍNDICES DE QUALIDADE EM COLONOSCOPIA EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DE HOSPITAL TERCIÁRIO PRIVADO.**  
RAFAEL CASTILHO PINTO; MARCELA KRUG SEABRA; HELOISA GUEDES MUSSNICH  
*HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- TL080 - A IMPORTÂNCIA DA RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL EM PACIENTES JOVENS COM HEMATOQUEZIA**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; NIKOLAY COELHO DA MOTA; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR; BRUNO BARRETO FIGUEREDO SOARES; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO  
*UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*

- TL081 - ACHADOS COLONOSCÓPICOS DE PACIENTES COM HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA EM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO**  
PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; MARCIO PEREIRA CRUZ; MARCOS CLARÊNCIO; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- TL082 - A COLONOGRRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SOLUCIONA O PROBLEMA DA COLONOSCOPIA INCOMPLETA?**  
DARIO ARIEL TIFERES<sup>1</sup>; BRUNA BORBA VAILATI<sup>2</sup>; RODRIGO OLIVA PEREZ<sup>2</sup>; ANGELA H CAIADO<sup>1</sup>; ANGELITA HABR GAMA<sup>2</sup>; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO<sup>2</sup>; MARIA LAURA MORICI<sup>2</sup>; CHARBEL HALIM CHATER<sup>2</sup>  
*1.FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL083 - QUAL O NÚMERO MÍNIMO PARA APRENDER A FAZER COLONOSCOPIA?**  
THAIS YUKA TAKAHASHI; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; CHIA BIN FANG; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; KARINA DAGRE MAGRI; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO  
*SANTA CASA DE MISERICORDIA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL084 - ANOPLASTIA V-Y POST CIRUGÍA RADICAL DE LESIONES CIRCUNFERENCIALES EXTENSAS POR HPV EN PACIENTES HIV POSITIVOS.**  
LAURA SVIDLER LOPEZ; RITA LILIANA PASTORE; GABRIELA SIDRA; GISELA JIMENA PRESENCIA; CECILIA MAYO; VALERIA FINK; SILVINA FIGURELLI  
*HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ, BUENOS AIRES, ARGENTINA.*
- TL085 - CITOLOGIA DO CANAL ANAL: HÁ NECESSIDADE DA 2ª AMOSTRA?**  
ALINE POZZEBON GONCALVES; SIDNEY ROBERTO NADAL; LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL; CARMEN RUTH MANZIONE; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE  
*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL086 - ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LOS GENOTIPOS DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO EN LA POBLACIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS ANALES Y CÁNCER ANAL ESCAMOSO.**  
GISELA JIMENA PRESENCIA<sup>1</sup>; RITA LILIANA PASTORE<sup>1</sup>; JOAQUÍN V. GONZÁLEZ<sup>2</sup>; LAURA SVIDLER LOPEZ<sup>1</sup>; MARÍA VICTORIA GALPERÍN<sup>1</sup>; GABRIELA SIDRA<sup>1</sup>; MARÍA ANGÉLICA ORELLANA<sup>1</sup>; MARÍA ALEJANDRA PICCONI<sup>2</sup>  
*1.HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ, BUENOS AIRES, ARGENTINA; 2.SERVICIO VIRUS ONCOGÉNICOS, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS- ANLIS, BUENOS AIRES, ARGENTINA.*
- TL087 - MANEJO DE PACIENTES COM ILEOSTOMIAS RECÉM-CONFECCIONADAS: É POSSÍVEL QUE UM PROTOCOLO ESPECÍFICO REDUZA A TAXA DE READMISSÃO HOSPITALAR?**  
SAVERIO COIRO<sup>1</sup>; NATALIA PARISI SEVERINO<sup>1</sup>; JULIE ANN VAN KOUGHNETT<sup>1</sup>; STEVEN WEXNER<sup>1</sup>; FABRIZIO CONSORTI<sup>2</sup>; GIOVANNA DA SILVA<sup>1</sup>  
*1.CLEVELAND CLINIC FLORIDA, WESTON, ESTADOS UNIDOS; 2.SAPIENZA UNIVERSITY OF ROME, ROME, ITALIA.*
- TL088 - ANÁLISE DE 15 ANOS DE CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA NO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS DE SÃO PAULO**  
MARCELO RODRIGUES BORBA; SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; RODRIGO AMBAR PINTO; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; MURILO PONCE; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO  
*HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL089 - INFLUENCIA DOS ADESIVOS TECIDUAIS DE FIBRINA ( EVICEL ) E DE CIANOACRILATO ( OMNEX ) SOBRE A ÁREA DE LINHA DE SUTURA MANUAL DE COLON DE PORCO - ESTUDO EXPERIMENTAL EX-VIVO**  
ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; MARCUS CARVALHO; CAROLINE VON ABEL  
*FACULDADE MEDICINA JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

- TL090 - ESTUDO PROSPECTIVO DA CASUÍSTICA DO ATENDIMENTO DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO EM SALVADOR.**  
THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MARCOS AURELIO MARTINS TRAVESSA; PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; RAFAEL FERRAS SANTANA; MARCIO PEREIRA CRUZ  
*HOSPITAL SANTA ISABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- TL091 - CIRURGIA CITORREDUTORA COMPLETA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EM PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMATOSE PERITONEAL EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO.**  
NATALIA REGINA MISSON<sup>1</sup>; FABIO LOPES DE QUEIROZI<sup>1</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>2</sup>; PAULO ROCHA FRANÇA NETO<sup>1</sup>; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA<sup>1</sup>; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA<sup>1</sup>; ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES<sup>1</sup>; THALLES VALENTE LISBOA<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- TL092 - FASCIÍTE NECROTIZANTE APÓS RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO**  
LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; PAULO VITOR LIMA SOARES; SIMONE DIAMANTINO VIANA; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; THIAGO FARIA MAGALHAES; MARCIO PEREIRA CRUZ; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- TL093 - FECHAMENTO DA PELE EM BOLSA APÓS RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL: RESULTADOS INICIAIS**  
ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES; NIKOLAY COELHO DA MOTA; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO; BRUNO BARRETO FIGUEiredo SOARES; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR  
*HUUFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*
- TL094 - ANÁLISE DOS PACIENTES PORTADORES DE MEGACÓLON CHAGÁSSICO SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO**  
NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; LEONEL REIS LOUSA; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; PAULA CRISTINA DE ALMEIDA LEITE; KARLA COSTA FERREIRA; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.*
- TL095 - INFLUÊNCIA DA APLICAÇÃO DE CLISTERES CONTENDO EXTRATO OLEOSO DE CURCUMA LONGA (CURCUMINA) NO CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA B-CATENINA NO EPITÉLIO CÓLICO SEM TRÂNSITO INTESTINAL**  
CELENE BENEDITI BRAGION<sup>1</sup>; CALED JAOU DAT KADRI<sup>1</sup>; FÁBIO GUILHERME CAMPOS<sup>2</sup>; DANIELA TIEMI SATO<sup>1</sup>; MURILO ROCHA RODRIGUES<sup>1</sup>; PAULA DE FREITAS RIBEIRO<sup>1</sup>; JOSÉ AIRES PEREIRA<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ<sup>1</sup>  
*1.UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- TL096 - CONTRIBUIÇÃO DO ULTRASSOM ENDOANAL 3D NA AVALIAÇÃO DA FÍSTULA ANAL**  
JULYANNA CRUZ FRANÇA; JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO; CAROLINA VIEIRA DE FARIA; CHRISTIANO MANHÃES DE CARVALHO; ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; EDNA DELABIO FERRAZ; ROSANE LOUZADA MACHADO; EDUARDO DE PAULA VIEIRA  
*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- TL097 - O ULTRASSOM ANORRETAL TRIDIMENSIONAL É ÚTIL NA AVALIAÇÃO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FISTULA ANAL PELA TÉCNICA DO LIFT (LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO)**  
STHELA MARIA MURAD REGADAS<sup>1</sup>; LARA BURLAMAQUI VERAS<sup>2</sup>; ÉRICO DE CARVALHO HOLANDA<sup>2</sup>; ALEXANDRE MEDEIROS DO CARMO<sup>2</sup>; BENJAMIN RAMOS DE ANDRADE JÚNIOR<sup>2</sup>; ADJRA DA SILVA VILARINHO<sup>2</sup>; LÍVIA BORGES OLINDA BATISTA<sup>2</sup>; HELIÚ BEZERRA DUARTE SUDÁRIO<sup>2</sup>  
*1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

- TL098 - CIRURGIA DE ALTEMEIER PARA CORREÇÃO DE PROCIDÊNCIA RETAL: ANÁLISE DA CASUÍSTICA**  
LILIAN VITAL PINHEIRO; RAQUEL FRANCO LEAL; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; MICHEL GARDERE CAMARGO; JOAO JOSE FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO  
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.
- TL099 - TRATAMENTO DE FÍSTULA ANAL VÍDEO-ASSISTIDA: EXPERIENCIA INICIAL EM UM SERVIÇO**  
LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; PAULO VITOR LIMA SOARES; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; EDUARDO COSTA COBAS; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- TL100 - AVALIAÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA ANAL COM LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT): ESTUDO MULTICÊNTRICO**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES<sup>1</sup>; STHELA MARIA MURAD REGADAS<sup>2</sup>; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO<sup>2</sup>; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR<sup>1</sup>; CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA<sup>2</sup>; ADJRA DA SILVA VILARINHO<sup>2</sup>; BRUNO BARRETO FIGUEREDO SOARES<sup>1</sup>  
*1.UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2.UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

## PÔSTERES

- PT001 - SURGICAL MANAGEMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME**  
JULIO CESAR MONTEIRO DOS SANTOS JR.  
*HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO, GUARATINGUETA, SP, BRASIL.*
- PT002 - FÍSTULA ANAL DE ETIOLOGIA TUBERCULOSA - RELATO DE CASO**  
JAYNA MARTINS MARTINS NENO ROSA; JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; RENATA ROCHA BARBI; JORGE BENJAMIN FAYAD; ISADORA MENDONÇA BOTELHO DE SOUZA; JOAQUIM TIAGO CARDOSO LELES DE JESUS  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT003 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E NEOPLASIAS. O QUE FAZER: CIRURGIA OU IMUNOSSUPRESSÃO?**  
DRA. VIVIAN SATI OBA BOURROUL<sup>1</sup>; DR. FERNANDO BRAY BERALDO<sup>2</sup>; DRA. CASSIANA ALVES DA SILVA<sup>2</sup>; PROF. DR. NAGAMASSA YAMAGUCHI<sup>2</sup>; PROF. DR. JOSE CARLOS AGUIAR BONADIA<sup>2</sup>  
*1.FMABC/IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT004 - DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE SUBMUCOSA E MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: MÉTODOS COMPLEMENTARES E NÃO RIVAIS**  
ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ELOAH GAMBOGI LIMA; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; RAISSA AMELIA SILVA REIS; ILSON GERALDO DA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT005 - TROMBOSE DO SEIO CAVERNOSO E DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**  
KARLA COSTA FERREIRA; PAULO PHELIPE BARBOSA MONTEIRO; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; LEONEL REIS LOUSA; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; PAULA CRISTINA DE ALMEIDA LEITE; RANIERE RODRIGUES ISAAC; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*

- PT006 - FISTULA ENTEROCUTÂNEA APÓS APENDICECTOMIA INCIDENTAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN ILEOCECAL**  
MARUSKA DIB IAMUT; ANDRE DA LUZ MOREIRA; ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; ANA TERESA PUGAS CARVALHO; BARBARA CATHALÁ ESBERARD; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR  
*UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT007 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA RETOVAGINAL NA DOENÇA DE CROHN COM RETALHO DE MARTIUS MODIFICADO: RELATO DE CASO.**  
LEONARDO WANDERLEY SOUTINHO; FELIPE MAIA VIEIRA; HENRRIQUE SETTI BARROSO; MARJORIE COSTA ARGOLLO; RENATO ARIONI LUPINACCI; SARHAN SYDNEY SAAD  
*UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT008 - SANGRAMENTO PÓS-POLIPECTOMIA**  
ARTHUR HENRIQUE DA SILVA1; BRUNO LORENZO SCOLARO1; FANGIO FERRARI1; GIANNA LUISSA COELHO1; FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI1; GUSTAVO BECKER PEREIRA1; RODRIGO BECKER PEREIRA2; JULIANO DE PAULA LOBLEIN1  
*1.UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL.*
- PT009 - ABORDAGEM CIRÚRGICA COMBINADA (VIA TRANSANAL E TRANSVAGINAL) NO TRATAMENTO DA RETOCELE**  
EULER DE MEDEIROS AZARO FILHO; THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA; LINA MARIA GOES DE CODES; ALINE LANDIM MANO; FLAVIA DE CASTRO RIBEIRO FIDELIS; ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ; MAYARA MARAUX BRAGA  
*HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT010 - O USO DO PLUG DE COLÁGENO EM FÍSTULA INTERESFINCTERIANA.**  
PAULO FREDERICO OLIVEIRA COSTA1; EDUARDO FONSECA1; ALEXANDRE LOPES DE CARVALHO2  
*1.HOSPITAL PORTUGUÊS, LAURO DE FREITAS, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGÊS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT011 - REAÇÕES ADVERSAS À AZATIOPRINA – RELATO DE TRÊS CASOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO PARA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**  
FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI1; BRUNO LORENZO SCOLARO1; JULIANO DE PAULA LOBLEIN1; GIANNA LUISSA COELHO1; GUSTAVO BECKER PEREIRA1; FANGIO FERRARI1; RODRIGO BECKER PEREIRA2; ARTHUR HENRIQUE DA SILVA1  
*1.UNIVALI, ITAJAI, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAI, SC, BRASIL.*
- PT012 - TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDARIA PELO SISTEMA HEMORPEX**  
ANESSA MEDEIROS LOUREIRO  
*HOSPITAL PRONCOR GERAL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.*
- PT013 - EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL PARA TRATAMENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN DE DELGADO: RELATO DE CASO**  
NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; LEONEL REIS LOUSA; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; MONICA MEIRELES COSTA; ANA BITTENCOURT DETANICO; HENRIQUE GONÇALVES; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.*
- PT014 - FÍSTULA ÍLEO-PSOAS-CUTÂNEA ESPONTÂNEA NA DOENÇA DE CROHN**  
ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; ANDRE DA LUZ MOREIRA; MARUSKA DIB IAMUT; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; ANA TERESA PUGAS CARVALHO; BARBARA CATHALÁ ESBERARD; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR  
*UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

- PT015 - DOLICOMEGACÓLON SECUNDÁRIO A ESTENOSE DIVERTICULAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**  
THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; MAYARA MARAUX BRAGA; ALINE LANDIM MANO; LINA MARIA GOES DE CODES; ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ; FLAVIA DE CASTRO RIBEIRO FIDELIS; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA; EULER DE MEDEIROS AZARO FILHO  
*HOSPITAL SAO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT016 - COLONOSCOPIAS REALIZADAS NO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO: ANÁLISE CONSECUTIVADE 2000 CASOS**  
JOSE HUMBERTO BAETA FROES; LORENA WILLERS COUTINHO; PAULA MENDONÇA TAGLIETTI; THIAGO AGOSTINI BRAGA; THIAGO IBIAPINA ALVES  
*HSPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT017 - SEPSE COMO COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL GUIADA POR DOPPLER: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO**  
MAYARA MARAUX BRAGA; EULER DE MEDEIROS AZARO FILHO; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA; LINA MARIA GOES DE CODES; ALINE LANDIM MANO; FLAVIA DE CASTRO RIBEIRO FIDELIS; ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ; THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES  
*HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT018 - TROMBOSE MESENTÉRICA E PORTAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DA DOENÇA DE CROHN**  
MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; DANIEL PAULINO SANTANA; SILVIO GUEDES DE ASSIS MARTINELLI; MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS; FELIPE FERNANDES MACEDO; SAMUEL SOSTENES SANTOS; RODOLFO DE MORAIS ARAUJO; ANA CAROLINA FERREIRA BRANT COSTA  
*HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT019 - DISFUNÇÃO HEPÁTICA POR ANTI-TNF: RELATO DE CASO**  
PIETRO DADALTO OLIVEIRA; IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; RENATA BANDINI VIEIRA; GALDINO JOSÉ SITIONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT020 - RELATO DE CASO – HEMANGIOMA RETAL**  
NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; RAISSA AMELIA SILVA REIS; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; ELOAH GAMBOGI LIMA; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT021 - DOENÇA DE CROHN EM DELGADO: DIFICULDADE DIAGNÓSTICA E MANIFESTAÇÃO EXTRA INTESTINAL.**  
DR. FABIO PIOVEZAN FONTE; DR. GUILHERME MUNIZ BOURROUL; DR. HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; DR. THIAGO BASSANEZE; DRA. VIVIAN SATI OBA BOURROUL; PROF. DR. RENE CREPALDI FILHO; PROF. DR. ROGERIO TADEU PALMA; PROF. DR. JAQUES WAISBERG  
*FMABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.*
- PT022 - NEUROFIBROMA SOLITÁRIO DO CÓLON SIMULANDO LESÃO POLIPOIDE – RELATO DE CASO**  
GIANNA LUISSA COELHO; ARTHUR HENRIQUE DA SILVA; FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI; RODRIGO BECKER PEREIRA; GUSTAVO BECKER PEREIRA; BRUNO LORENZO SCOLARO; FANGIO FERRARI; JULIANO DE PAULA LOBLEIN  
*UNIVALI, ITAJAÍ, SC, BRASIL.*
- PT023 - USTEKINUMABE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN REFRACTÁRIA AO ANTI TNF**  
ROGERIO SERAFIM PARRA; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; BRUNO ZENNE MOTTA; ENRICO SFOGGIA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

- PT024 - LESÕES PRECOSES DE RETO: UM DESAFIO PARA OS MÉTODOS PROPEDÊUTICOS E TECNOLOGIAS ASSOCIADAS**  
MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; SAMUEL SOSTENES SANTOS; PETERSON MARTINS NEVES; MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS; DAVID DE LANNA; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; RODOLFO DE MORAIS ARAUJO; CAMILA GOMES DE SOUZA  
*HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, BRASIL.*
- PT025 - CORRELACIONAR PATOLOGIAS ANORRETAIS COM O SINTOMA DE DOR ANAL NAS MANOMETRIAS ANORRETAIS**  
JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; THIAGO FARIA MAGALHAES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; PAULO VITOR LIMA SOARES; RAFAEL FERRAS SANTANA; LIANE VANESSA ZACHARIAS SANTOS GOES; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT026 - SINDROME DE FOURNIER: RELATO DE CASO TECNICA TRIANGULAR**  
ULISSES CARDOSO MARQUES; REGINALDO RODRIGUES DO PRADO; MEIBEL MELO E SILVA; PAULA ROBERTA ISMAIL SILVA  
*HOSPITAL SÃO FRANCISCO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT027 - TUMOR CARCINOIDE RETAL: RELATO DE CASO**  
OLANE MARQUEZ DE OLIVEIRA; PAULO HENRIQUE PISI; RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA; FELIPE BARUFALDI; JOSIANE HARUMI CIHODA LOPES; VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES  
*SANTA CASA RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT028 - INFARTO ESPLÊNICO APÓS MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA DO CÓLON : RELATO DE CASO.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; UMBERTO MORELLI; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT029 - LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA COLOVESICAL PÓS-DIVERTICULITE**  
MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; THAÍS PEREIRA; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; RODRIGO AMBAR PINTO; SERGIO EDUARDO ARAUJO; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT030 - CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CANAL ANAL EM PORTADOR DE RETOCOLITE ULCERATIVA: UM DESAFIO NO MANEJO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**  
PATRICIA ZACHARIAS; JAIME FONTANELLI FREITAS; JULIANA GONCALVES ROCHA; ERON FABIO MIRANDA; PAULO GUSTAVO KOTZE  
*PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PT031 - CAPNOGRAFIA VOLUMÉTRICA: MÉTODO NÃO-INVASIVO, SEGURO E EFICAZ NA AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA DE PACIENTES SUBMETIDOS À COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA COM INSUFLAÇÃO DE AR COMPRIMIDO E GÁS CARBÔNICO**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; MARCOS MELLO MOREIRA; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS; UMBERTO MORELLI; RAQUEL FRANCO LEAL; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT032 - HÉRNIA LOMBAR DE GRYNFELT COMPLICADA: RELATO DE CASO**  
RENATO MASON RODRIGUES DA CUNHA; TÁCITO LEANDRO BORGES DE BESSA; JUAN THOMAZ GABRIEL DE SOUZA RAMOS; EDUARDO RODRIGUES CHAGAS SILVEIRA; GABRIELLY BERTOLDI SILVA; LANA GABRIELA DE SOUSA SILVA; JULIANA DE OLIVEIRA SALGE; GLENIO FERNANDES MORAES  
*UNIUBE, UBERABA, MG, BRASIL.*

- PT033 - COLONOSCOPIA AMBULATORIAL DIAGNÓSTICA COM DIÓXIDO DE CARBONO: USO DE UM NOVO SISTEMA DE INSUFLAÇÃO DE BAIXO FLUXO**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; MARCOS MELLO MOREIRA; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS; PRISCILLA DE SENNE PORTEL OLIVEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT034 - TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEOASSISTIDO DA FÍSTULA ANORRETAL (VAAFT) : RESULTADOS PRELIMINARES DA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA NO ESTADO DO MARANHÃO**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES<sup>1</sup>; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES<sup>2</sup>; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO<sup>1</sup>; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES<sup>1</sup>; NIKOLAY COELHO DA MOTA<sup>1</sup>; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR<sup>1</sup>; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA<sup>1</sup>; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO<sup>1</sup>  
*1.UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2.HOSPITAL SAO ROBERTO, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT035 - COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA EM PACIENTES ABAIXO DE 50 ANOS: AVALIAÇÃO DE INDICAÇÕES E DOS RESULTADOS**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; NIKOLAY COELHO DA MOTA; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA; BRENDON DA SILVA SANTANA; FABÍOLA NASSAR SOUSA FRAZÃO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO  
*UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*
- PT036 - USO DA DIETA POLIMÉRICA COM TNF-B NA REMISSÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA DE CROHN**  
ENRICO SFOGGIA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; RAFAEL COSTA JOMAH; LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT037 - CIRURGIA DE DUHAMEL: ABORDAGEM POR VIDEOLAPAROSCOPIA**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR; JOAQUIM SIMÕES NETO; IVNA HOLANDA VIANA  
*CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT038 - PROLAPSO DE BOLSA ILEAL - RELATO DE CASO**  
ALINE POZZEBON GONCALVES; MAGALY GEMIO TEIXEIRA; JULIANA FORMENTI ZANCO; TAUANA FERREIRA GONÇALVES; LORENA REUTER MOTTA GAMA  
*HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT039 - O TOQUE RETAL É UM BOM MÉTODO PARA AVALIAÇÃO DAS PRESSÕES ANAIS?**  
NATHALIA LINS PONTES VIEIRA; LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI; ANDREA PECCI; WALTER RODRIGO MIYAMOTO; KARINA DAGRE MAGRI; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELARIA; CHIA BIN FANG  
*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT040 - RETOCELE - TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PPH**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMÕES NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA; IVNA HOLANDA VIANA  
*CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT041 - LESÃO DE DIEULAFOY DE RETO - RELATO DE CASO**  
RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO; MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS; FABER HENRIQUE CACCIA; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA; FABIO LOPES DE QUEIROZ; RAQUEL MARTINS CABRAL  
*IPSEMG/HGIP, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*



**PT042 - LIPOMA DE CÓLON - RELATO DE CASO**

RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO; MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS; ALEXANDRE MIRANDA SILVEIRA; GUSTAVO AMBROSI EVANGELISTA; LUIZ FERNANDO ABRAHÃO REIS; RAQUEL MARTINS CABRAL  
*IPSEMG/HGIP, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**PT043 - TUMOR NEUROENDÓCRINO DE ÍLEO TERMINAL - RELATO DE CASO**

RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO; MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS; ALEXANDRE MIRANDA SILVEIRA; GUSTAVO AMBROSI EVANGELISTA; LUIZ FERNANDO ABRAHÃO REIS; RAQUEL MARTINS CABRAL  
*IPSEMG/HGIP, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**PT044 - TUMOR NEUROENDÓCRINO DE APÊNDICE CECAL - RELATO DE CASO**

RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO; SINARA MÔNICA DE OLIVEIRA LEITE; RAQUEL MARTINS CABRAL; MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS  
*IPSEMG/HGIP, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**PT045 - PREVALÊNCIA DE QUEIXAS ASSOCIADAS A PROBLEMAS NA VIA DE SAÍDA ENTRE PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL RECRUTADOS EM AMBULATÓRIO DE COLOPROCTOLOGIA DE HOSPITAL TERCIÁRIO.**

LAURA BRANDÃO BARROS; IVAN TRAMUJAS DA COSTA E SILVA; FELICIDAD SANTOS GIMENEZ; GABRIELA SANTIAGO EUFRASIO; MARCOS VINICIUS DA SILVA AGUIAR; IURI MATIAS OLIVEIRA SCHREINER  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.*

**PT046 - CROHN PERIANAL GRAVE: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; DANIEL DE CASTILHO; JULIANO NORONHA RIBEIRO  
*HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**PT047 - SERVIÇOS DE PROCTOLOGIA PÚBLICO E PRIVADO NO ESTADO DO TOCANTINS: UM ESTUDO COMPARATIVO**

VIVIANE TIEMI KENMOTI<sup>1</sup>; ANA CAROLINA OLIVEIRA<sup>2</sup>; LETÍCIA DO VALE REIS<sup>2</sup>; LARISSA PRISCILLA ALMEIDA OLIVEIRA<sup>3</sup>; GABRIELLA CAROLINE MACEDO DOS SANTOS<sup>4</sup>; MICHEL ALEXANDER ARAÚJO GARCEZ<sup>4</sup>; WESLLEN MOURA PIRES<sup>4</sup>  
*1.GASTROPALMAS, PALMAS, TO, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - UFT, PALMAS, TO, BRASIL; 3.FACULDADE DE PALMAS - FAPAL, PALMAS, TO, BRASIL; 4.INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - ITPAC, PORTO NACIONAL, TO, BRASIL.*

**PT048 - GRACILIS MUSCLE INTERPOSITION FOR THE MANAGEMENT OF RECTO URETHRAL FISTULA CONSEQUENT TO RADIOTHERAPY**

SERGIO CARLOS NAHAS; MIGUEL SROUGI; FABIO BUSNARDO; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; RODRIGO AMBAR PINTO; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**PT049 - DIVERTICULITE JEJUNAL COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO**

CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ENRICO SFOGGIA; BRUNO ZENNE MOTTA; MAURICIO GODINHO; SANDRO SCARPELINI; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

**PT050 - ABSCESSO PERIANAL: ANÁLISE DESCRITIVA DE CASOS ATENDIDOS.**

JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

- PT051 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE EXAMES ELETIVOS DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA REALIZADAS PELO SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE COLOPROCTOLOGIA.**  
JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT052 - CASO RARO DE PÓLIPO FIBROEPITELIAL GIGANTE DE CANAL ANAL**  
JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT053 - DIVERTÍCULO DE CECO COMPLICADO COM DIVERTICULOSTOMIA E PROLAPSO DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; DANIEL DE CASTILHO  
*HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT054 - TRATAMENTO CLÍNICO DA INCONTINÊNCIA ANAL**  
ANA LUCIA CORONEL; CARLOS ZASLAWSKY; MARCIA TERESINHA JURACH  
*SANTA CASA- PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- PT055 - FÍSTULAS PERIANAIS: EXPERIÊNCIA EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DE HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE**  
MARLISE MELO CERATO; ORNELLA SARI CASSOL; NILO CERATO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU; RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA; KARINE SABRINA BONAMIGO; BRUNA BORBA VAILATI; DAIANE SONZA VIDART  
*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- PT056 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA POR MALFORMAÇÃO VASCULAR EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**  
CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; YURI MACIEL CARVALHO; JOSE VALERIO STEFANELLO II; FLAVIO RENATO SENEFONTE  
*HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.*
- PT057 - CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS EM PACIENTE COM RCUI (PANCOLITE)**  
FELIPE FERREIRA DA MOTA1; ANTONIO LACERDA FILHO1; GABRIEL CARVALHO LACERDA2; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA1; FABIO LOPES DE QUEIROZI; ALEXANDRE FONSECA DE CASTRO1  
*1.HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT058 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE ANAL PÓS HEMORROIDECTOMIA POR RETALHO CUTÂNEO TIPO “HOUSE”.**  
ANA CAROLINE FERNANDES FONTINELE; DR. GUILHERME MUNIZ BOURROUL; DR. HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; DR. THIAGO BASSANEZE; DRA. VIVIAN SATI OBA BOURROUL; PROF. DR. ROGERIO TADEU PALMA; PROF. DR. JAQUES WAISBERG; PROF. DR. RENE CREPALDI FILHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.*
- PT059 - PSEUDOLIPOMATOSE DE COLON- RELATO DE 3 CASOS**  
LEONARDO HUBER TAUIL1; ALFREDO RICARDO TAUIL2; FERNANDO ZARONI SEWAYBRICKER1; MARCELO RAPOSO CAMARA1; RODRIGO REGO LINS1; RODRIGO FELIPPE RAMOS2; THAMIRES HUBER TAUIL3; MARIANA DIAS CAMPOS1  
*1.HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.UFF, NITEROI, RJ, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

- PT060 - ATUALIZAÇÃO DE DADOS - MACROLIGADURA ELÁSTICA ALTA**  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR; IVNA HOLANDA VIANA; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA  
*CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT061 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA TRANSESFINCTERIANA COM PLUG DE COLÁGENO**  
FELIPE FERREIRA DA MOTA; ANTONIO LACERDA FILHO; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA; FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA  
*HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT062 - ESTENOSE ANAL TRATADA COM HOUSE FLAP**  
ANTONIO EDNARDO DE SOUZA; NADJA KAMILA SRO SANTOS  
*HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU, IGUATU, CE, BRASIL.*
- PT063 - PÓLIPO CLOACOGÊNICO: UMA CAUSA RARA DE HEMATOQUEZIA**  
ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ELOAH GAMBOGI LIMA; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; RAISSA AMELIA SILVA REIS; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; ILSO GERALDO DA SILVA  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT064 - DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG DO ADULTO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**  
RODRIGO GOMES DA SILVA; BERNARDO HANAN; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT065 - TROMBOSE VENOSA PORTOMESENTÉRICA PÓS PROCTOCOLECTOMIA COM BOLSA ILEOANAL LAPAROSCÓPICA NA RETOCOLITE ULCERATIVA**  
MARUSKA DIB IAMUT; ANDRÉ DA LUZ MOREIRA; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA  
*UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT066 - SANGRAMENTO DE ANASTOMOSE COLORRETAL: RELATO DE CASO**  
JOSIANE HARUMI CIHODA LOPES; PAULO HENRIQUE PISI; RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA; VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES; OLANE MARQUEZ DE OLIVEIRA; FELIPE BARUFALDI  
*SANTA CASA RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT067 - BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS FUNCIONAIS DO ASSOALHO PÉLVICO POSTERIOR – FATORES ASSOCIADOS AOS RESULTADOS?**  
CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA<sup>1</sup>; STHELA MARIA MURAD REGADAS<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO<sup>2</sup>; ADJRA DA SILVA VILARINHO<sup>2</sup>; SAULO SANTIAGO ALMEIDA<sup>1</sup>; LÍVIA BORGES OLINDA BATISTA<sup>2</sup>  
*1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*
- PT068 - ADENOCARCINOMA DE RETO COM MÚLTIPLAS METÁSTASES CUTÂNEAS**  
KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; RAISSA AMELIA SILVA REIS; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; ELOAH GAMBOGI LIMA; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; ILSO GERALDO DA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT069 - USO DA DILATAÇÃO ANAL PROGRESSIVA PARA O TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO SECUNDÁRIA À CONTRAÇÃO PARADOXAL DO M. PUBORRETAL (ANISMUS): DADOS PRELIMINARES**  
UMBERTO MORELLI; CLAUDIA LUCIANA FRATTA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOSE JOAO FAGUNDES; MICHEL GARDERE CARMAGO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

- PT070 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO AMBULATÓRIO DE DST DO HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE**  
PAULA BARROSO ARAUJO; PAULA RODRIGUES GUIMARAES; RAQUEL ESPINDOLA MACHADO; MONIQUE COUTO MATOS; NUALA MAIA DA FONSECA; MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS; ANTONIO CARLOS MIRANDA; DINA MARTINS RODRIGUES DE SOUZA  
*HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT071 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ACHADOS ENDOSCÓPICOS REALIZADOS NO HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ ENTRE JANEIRO E JUNHO DE 2015**  
ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; FLAVIA FELIX AZEVEDO; TAMARA DURCI MENDES; ARY AUGUSTO DE CASTRO MACEDO; CAROLINE GOMES DE ALMEIDA ROCHA; SHEILA MARIA VAZ MORENO; PAULO EDUARDO LUCISANO BIN  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*
- PT072 - COLECTOMIA TOTAL E ILEORRETOANASTOMOSE LÁTERO-TERMINAL EM PACIENTE COM INÉRCIA CÓLICA: RELATO DE CASO**  
BRUNA FERREIRA BERNERT; RAFAELA DE ARAUJO MOLteni; RINA MEGUMI MASHIBA; MARLUS TAVARES GERBER; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PT073 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO PARA CÍSTO PILONIDAL (EPSIT): EXPERIÊNCIA PIONEIRA NO SERVIÇO DE SALVADOR - BAHIA**  
JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; RAFAEL FERRAS SANTANA; THIAGO FARIA MAGALHAES; EDUARDO COSTA COBAS; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA; MEYLINE ANDRADE LIMA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT074 - DESARTERIALIZAÇÃO E HEMORROIDOPEXIA NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA - EXPERIÊNCIA INICIAL.**  
JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA<sup>1</sup>; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES<sup>2</sup>; CINTHIA MAGALHÃES ULHOA<sup>1</sup>; CHISTIANE DIVA CAMPOS VENEROSO<sup>1</sup>; DIEGO FELIPE SILVA<sup>1</sup>; FREDERICO MOREIRA CARDOSO AYRES<sup>1</sup>; RAMON COELHO CAETANO<sup>1</sup>; VITOR PEREIRA AQUINO<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL THEREZINHA DE JESUS, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT075 - TRANSPOSIÇÃO DO TRAJETO FISTULOSO DE FÍSTULAS ANAIS NA DOENÇA DE CROHN**  
RAFAELA DE ARAUJO MOLteni; MARLUS TAVARES GERBER; VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; MARIA CRISTINA SARTOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PT076 - ESTENOSES DO INTESTINO DELGADO NA DOENÇA DE CROHN: DILATAÇÃO COM ESFERAS DE VIDRO**  
RAFAELA DE ARAUJO MOLteni; FABIANE DA SILVA RIGUEIRA; MARLUS TAVARES GERBER; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; MARIA CRISTINA SARTOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PT077 - LACERAÇÃO DE ESFINCTER ANAL: RELATO DE TRÊS CASOS**  
LINO LUIS SANCHES LARANGEIRA; LIGIA GARCIA SANTOS; POLIANA WADA POYANCO; RAFAELA CLAUDINA SILVA; VANESSA SCREPANTE FORTE; VICTOR HUGO PIZZAIA; KAREN PARRON FERNANDES  
*PUC, LONDRINA, PR, BRASIL.*
- PT078 - USO DE FLEXI SEAL COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO PARA COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA DE RETOSSIGMOIDECTOMIA VIA PERINEAL: RELATO DE CASO**  
JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; MARCIO PEREIRA CRUZ; RAFAEL FERRAS SANTANA; SIMONE DIAMANTINO VIANA; MARCUS VINICIUS CASTRO OLIVEIRA; THIAGO FARIA MAGALHAES; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

- PT079 - ABDOME AGUDO PERFURATIVO SECUNDÁRIO A MEGACOLON TÓXICO DEVIDO A RETOCOLITE ULCERATIVA - RELATO DE CASO**  
TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; EDER MASSUCATO; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; JEDAIAS ALMEIDA ROSA JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI, SP, BRASIL.*
- PT080 - TUMOR NEUROENDÓCRINO DE CANAL ANAL**  
ISADORA MENDONÇA BOTELHO DE SOUZA; JORGE BENJAMIN FAYAD; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; JAYNA MARTINS MARTINS NENO ROSA; JOAQUIM TIAGO CARDOSO LELES DE JESUS; CHRISTIAN SPALLA LEPESTEUR  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT081 - ADENOCARCINOMA DO CECO EM PORTADOR DE SÍNDROME DE BLOOM**  
LILIAN VITAL PINHEIRO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; BRENO SANTOS AMARAL; MICHEL GARDERE CAMARGO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT082 - GIST DE RETO – EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
BELISA GOMES MÜLLER; DANIEL DE CARVALHO DAMIN; PAULO DE CARVALHO CONTU; CLÁUDIO TARTA; TIAGO LEAL GHEZZI; FERNANDO LUIZ ZANCHET JUNIOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*
- PT083 - ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA DE ABDÔMEN AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A INTUSSUSCEPÇÃO POR ADENOCARCINOMA EM RETOSSIGMÓIDE**  
PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; RAFAEL FERRAS SANTANA; MEYLINE ANDRADE LIMA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL SANTA ISABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT084 - CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS (CCE) LOCALMENTE AVANÇADOS EM MARGEM ANAL ORIUNDOS DE HIDRADENITE SUPURATIVA – SÉRIE DE TRÊS CASOS CONDUZIDOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO**  
RODRIGO GOMES DA SILVA; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS; GABRIEL BRAZ GARCIA; FRANCISCO NOLASCO DE CARVALHO NETO  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT085 - ADENOMAS RESIDUAIS EM RESPOSTA COMPLETA À QUIMIOTERAPIA NA NEOPLASIA DE RETO: RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO MICRO CIRÚRGICO TRANSANAL (TEM)**  
ANGELITA HABR GAMA; RODRIGO OLIVA PEREZ; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; JOAQUIM GAMA RODRIGUES; BRUNA BORBA VAILATI; JACYARA PEREIRA ALVES; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT086 - NEOPLASIA DE APENDICE CECAL - RELATO DE CASO**  
TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; DANIEL SCHMIDT PEREZ; RAFAELA MOSNA ADAMI; VITOR FEITEN BECK  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI, SP, BRASIL.*
- PT087 - TUMOR COLORRETAL INCIDENTAL EM INVESTIGAÇÃO DO CÓLON PRÉ-FECHAMENTO DE ESTOMA PÓS-TRAUMÁTICO EM JOVEM**  
ANDREA PECCI; NATHALIA LINS PONTES VIEIRA; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; KARINA DAGRE MAGRI; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELARIA; JORGE ORTIZ; CHIA BIN FANG  
*SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

- PT088 - RELATO DE CASO - CIRURGIA MULTIVISCERAL NO CÂNCER COLORRETAL**  
EDUARDO LARCHERT GUIMARÃES; JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; ERTON RIVO BANCHER; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT089 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE CÂNCER DO RETO EXTRAPERITONEAL**  
VALQUÍRIA DA SILVA BENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; LAURA CREDIDIO; LILIAN VITAL PINHEIRO; MICHEL GARDERE CAMARGO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT090 - INTUSSUSCEPÇÃO DE TUMOR EM SIGMÓIDE MIMETIZANDO TUMOR RETAL COM RESPOSTA COMPLETA A TERAPIA NEOADJUVANTE**  
RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA; JOAO GOMES NETINHO; FRANCISCO DE ASSIS GOLÇALVES FILHO; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; RODRIGO PADILLA; ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT091 - RÁPIDO CRESCIMENTO INTRALUMINAL DE UM CÂNCER RETAL: RELATO DE CASO.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; JULIA CUTOVOI GIRARDI; PRISCILLA DE SENNE PORTEL OLIVEIRA; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT092 - FÍSTULA RETOVESTIBULAR, DIAGNÓSTICO EM PACIENTE ADULTA SEM COMPLICAÇÕES: RELATO DE CASO.**  
RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ<sup>1</sup>; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS<sup>1</sup>; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR<sup>1</sup>; RODRIGO PADILLA<sup>1</sup>; ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS<sup>1</sup>; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; FRANCISCO DE ASSIS GOLÇALVES FILHO<sup>2</sup>; JOAO GOMES NETINHO<sup>3</sup>  
*1.RESIDENTE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.PROFESSOR DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.CHEFE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT093 - TRATAMENTO VÍDEO-ASSISTIDO DE FÍSTULA ANORRETAL (VAAFT) VÍDEO**  
VANESSA MEDEIROS LOUREIRO  
*HOSPITAL PRONCOR GERAL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.*
- PT094 - METÁSTASES HEPÁTICAS COLORRETAIS, COM RESPOSTA COMPLETA APÓS QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE**  
RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ<sup>1</sup>; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS<sup>1</sup>; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR<sup>1</sup>; RODRIGO PADILLA<sup>1</sup>; ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS<sup>1</sup>; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; MARCELO MAIA CAIXETTA DE MELO<sup>2</sup>; JOAO GOMES NETINHO<sup>3</sup>  
*1.RESIDENTE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.PROFESSOR DA DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.CHEFE DA DISCIPLINA DE PROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT095 - ESTATÍSTICAS DE ADENOCARCINOMA COLORRETAL EM UMA CIDADE DE APROXIMADAMENTE 100.000 HABITANTES**  
ARTHUR CASOLARI ARAUJO MANSUR DAVID<sup>1</sup>; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA<sup>1</sup>; LUIZ HENRIQUE BONARDI<sup>1</sup>; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA<sup>1</sup>; LEILA DE MENDONÇA FERREIRA<sup>2</sup>; TIA-GO PAULINO VILELA<sup>1</sup>; YAN CACHONI SENI<sup>1</sup>; RODRIGO TOGNON ROSSI<sup>1</sup>  
*1.ASCMO, OURINHOS, SP, BRASIL; 2.UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.*

- PT096 - CARCINOMA BASOCELULAR ANORRETAL: RELATO DE CASO**  
JULIANA DE OLIVEIRA SALGE; GABRIELLY BERTOLDI SILVA; MARIA VITÓRIA MATTAR MARTELETO;  
LANA GABRIELA DE SOUSA SILVA; TÁCITO LEANDRO BORGES DE BESSA; JUAN THOMAZ GABRIEL DE  
SOUZA RAMOS; RENATO MASON RODRIGUES DA CUNHA; GLENIO FERNANDES MORAES  
*UNIUBE, UBERABA, MG, BRASIL.*
- PT097 - ADENOCARCINOMA DE CÓLON ASSOCIADO À SCHWANNOMA GÁSTRICO SINCRÔNICO**  
JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA; RAISSA FORTUNA CAVALIERE; CINTHIA MAGALHÃES ULHOA; LUI-  
SA PIRES COSTA; JOSE AUGUSTO DUARTE NETO; LÚCIO HENRIQUE ROMÃO DOS SANTOS JUNIOR;  
DIEGO FELIPE SILVA; PAULA VALENTE SILVA  
*HOSPITAL THEREZINHA DE JESUS, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.*
- PT098 - CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE VULVA E ÂNUS METACRÔNICOS: RELATO DE CASO**  
ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER;  
ELOAH GAMBOGI LIMA; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; RAISSA AMELIA SILVA REIS; KIZY MILLENE  
FERREIRA DA COSTA LAGE; ILSO GERALDO DA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT099 - RESPOSTA SATISFATÓRIA APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANCIA, FRENTE A CÂNCER RETAL LOCALMENTE INVASIVO POSSIBILITANDO CIRURGIA COM INTENÇÃO DE CURA.**  
ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS<sup>1</sup>; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ<sup>1</sup>; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS<sup>1</sup>; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR<sup>1</sup>; RODRIGO PADILLA<sup>1</sup>; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; LUIZ SERGIO RONCHI<sup>2</sup>; JOAO GOMES NETINHO<sup>3</sup>  
*1.RESIDENTE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.PROFESSOR DA DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.CHEFE DO SERVIÇO DO COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT100 - CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL ATENDIMENTOS EM UM HOSPITAL ESCOLA DA REGIÃO NOROESTE PAULISTA**  
ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS<sup>1</sup>; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ<sup>1</sup>; LAURA FERREIRA MARTINEZ<sup>2</sup>; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; LIZANDRA AKINA CORRÊA<sup>2</sup>; ROBERTA CRISTINA JARDIM GALLUZZI<sup>2</sup>; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR<sup>1</sup>; JOAO GOMES NETINHO<sup>3</sup>  
*1.RESIDENTE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.ESTUDANDE DO 5º ANO DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.CHEFE DA DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT101 - AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM CÂNCER DO RETO MÉDIO E DISTAL INSTITUÍDO NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**  
MARLUS TAVARES GERBER; VANESSA NASCIMENTO KOZAK; DAYANE RAQUEL DE PAULA; RAFAELA DE ARAUJO MOLteni; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HC UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PT102 - CARCINOMA MUCOSSECRETOR DE CANAL ANAL SIMULANDO DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE - RELATO DE CASO**  
ROBERTA NASCIMENTO CYPRESTE; LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; SANDRA PEDROSO DE MORAIS; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; GUSTAVO SEVÁ PEREIRA; RICARDO BOLZAM NASCIMENTO  
*HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT103 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE LYNCH NUM HOSPITAL ONCOLÓGICO UNIVERSITÁRIO**  
GUILHERME CUTAIT COTTI; ANA CAROLINA CHAVES; RODRIGO SANTA CRUZ GUINDALINI; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; SERGIO CARLOS NAHAS  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

- PT104 - PREVALÊNCIA DO CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES ATENDIDOS EM HOSPITAL PÚBLICO DE SALVADOR, COM IDADE INFERIOR A 40 ANOS**  
INDIRA SERRA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA; THIAGO FARRIA MAGALHAES; MARCUS VINICIUS CASTRO OLIVEIRA  
*HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT105 - LEIOMIOMA PERIANAL PRIMÁRIO SINCRÔNICO: RELATO DE CASO**  
CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; DANILO TOSHIO KANNO; RONALDO NONOSE; MURILO ROCHA RODRIGUES; JOSÉ AIRES PEREIRA  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PT106 - MUCORMICOSE CÓLICA UMA CAUSA EXCEPCIONAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA FULMINANTE**  
CELENE BENEDITI BRAGION; MARIO ELIAS NETO; DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PT107 - INTUSSUSEPÇÃO POR TUMOR NEUROENDÓCRINO DE ÍLEO DISTAL: RELATO DE CASO**  
DANIEL JOSE SZOR; EDUARDO KENZO MORY; BRUNA DE CAMARGO NIGRO; ROBERTO NIGRO  
*HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT108 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR NUM HOSPITAL ONCOLÓGICO UNIVERSITÁRIO**  
MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ANA CAROLINA CHAVES; RODRIGO SANTA CRUZ GUINDALINI; GUILHERME CUTAIT COTTI; SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT109 - LEIOMIOSSARCOMA DO COLON - RELATO DE CASO**  
LORENA WILLERS COUTINHO; JOSE HUMBERTO BAETA FROES; PAULA MENDONÇA TAGLIETTI; THIAGO AGOSTINI BRAGA; THIAGO IBIAPINA ALVES  
*HSPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT110 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL EM PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL HEREDITÁRIO NÃO POLIPOSE (HNPCC): RELATO DE CASO**  
FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; FERNANDA ELIAS F. RABELO; ANDREIA SILVA FERREIRA; LUIZ FERNANDO MARTINS E SILVA; RANIA ANDRADE LIMA  
*UFSJ, DIVINOPOLIS, MG, BRASIL.*
- PT111 - LINFADENECTOMIA PÉLVICA ESTENDIDA NO CÂNCER RETAL: RELATO DE CASO.**  
MAURICIO AGUIAR REIS; SHIRLEY LUMI NISHITSUKA; CAROLINA OGAWA MATSUBAYASHI; ABNER JORGE JACOME BARROZO; DR. HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; DR. THIAGO BASSANEZE; PROF. DR. ROGERIO TADEU PALMA; PROF. DR. JAQUES WAISBERG  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.*
- PT112 - CASO RARO DE TUMOR SINCRÔNICO: ADENOCARCINOMA DE COLON E LEIOMIOSSARCOMA DE RETROPERITÔNIO**  
JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*



- PT113 - ADENOCARCINOMA DE RETOSSIGMÓIDE COM METÁSTASE PRIMÁRIA PARA FÍSTULA PERIANAL.**  
JANAINA WERCKA; ALAN DOUGLAS DE LIMA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT114 - ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SUPERIOR A 1000NG/ML EM CASO DE CÂNCER RETAL SEM METASTASE A DISTANCIA**  
JANAINA WERCKA; DAVID SILVEIRA VILLAS BOAS; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT115 - RECIDIVA TARDIA DE NEOPLASIA DE SIGMOIDE PARA PAREDE ABDOMINAL – RELATO DE CASO**  
CICERO DIEGO SOARES DOS SANTOS; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; JANAINA WERCKA; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT116 - PROLAPSO DE TUMOR DE SIGMÓIDE – RELATO DE CASO**  
FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; FERNANDA ELIAS F. RABELO; ANDREIA SILVA FERREIRA; LUIZ FERNANDO MARTINS E SILVA; RANIA ANDRADE LIMA  
*UFSJ, DIVINOPOLIS, MG, BRASIL.*
- PT117 - AMPUTAÇÃO DE RETO EXTRA-ELEVADORES COM PROSTATECTOMIA PARCIAL COM TEMPO PERINEAL EM PRONA: RELATO DE CASO**  
MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES1; VITOR ARCE CARHCART FERREIRA1; LILLY ANA AICHINGER1; MURILO DE ALMEIDA LUZ1; IVAN NEUTZLING LUDTKE1; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO2; RODRIGO ARAUJO3; MARLEY RIBEIRO FEITOSA2  
*1.HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 3.INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT118 - DOENÇA DE PAGET ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA MUCINOSO PERIANAL : RELATO DE CASO**  
RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ1; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS1; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR1; RODRIGO PADILLA1; ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS1; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA1; GENI SATOMI CUNRATH2; JOAO GOMES NETINHO3  
*1.RESIDENTE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.CHEFE SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.CHEFE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT119 - DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE TUMOR DE ABRIKOSSOFF COLÔNICO**  
LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI1; CAROLINE HAYDN CREDIDIO2; CAROLINA HIRATSUKA2; MARCOS FELIPE CAMPIOLO2; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA2; KARINA DAGRE MAGRI2; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE2; CHIA BIN FANG3  
*1.SANTA CASA - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.SANTA CASA SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.SANTA CASA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT120 - PROGNOSTIC FACTORS OF LEFT COLECTOMY SURGERY FOR COLON CANCER AT ACADEMIC MEDICAL CENTERS. A TEN YEARS' EXPERIENCE**  
SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; RODRIGO AMBAR PINTO; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; AFONSO HENRIQUE SILVA SOUSA JUNIOR; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

- PT121 - ANASTOMOSE RETARDADA UMA OPÇÃO PARA NÃO CONFECÇÃO DE ESTOMA**  
LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; GUSTAVO BOTEGA SOUZA; EUVALDO JORGE SILVA FILHO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*
- PT122 - CÂNCER SINCRÔNICO COLORRETAL – RELATO DE CASO**  
GABRIELA RIBEIRO RICCIARDI1; MANLIO BASILIO SPERANZINI1; MAURICIO ANDRADE AZEVEDO1; ROSANA PETILLO1; ERASMO ASSUMPTÃO NETO2; NATALIA BARROS PINHEIRO3; LARISSA SEREJO MARINHO1; ADILSON AKIHIDE AISAKA1  
*1.HOSPITAL MANDAQUI, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT123 - TUMOR CARCINÓIDE DE APÊNDICE ASSOCIADO A ADENOCARCINOMA DE SIGMÓIDE : RELATO DE CASO**  
LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI1; ANDREA PECCI2; KARINA DAGRE MAGRI2; NATHALIA LINS PONTES VIEIRA2; WALTER RODRIGO MIYAMOTO2; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE2; CHIA BIN FANG2  
*1.SANTA CASA - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.SANTA CASA SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT124 - OBSTRUÇÃO POR CÂNCER DE CÓLON: EXISTE DIFERENÇA QUANTO AO SEXO?**  
LETICIA BRIGOLINI; HUMBERTO MARTEN TEIXEIRA; LUCIANE BONELLA; EDUARDO DE SOUZA ANDRADE; PRISCILA FILOMENA RODRIGUES PALMA  
*HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIUMA, SC, BRASIL.*
- PT125 - AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA QUANTIDADE DE LINFONODOS RESSECADOS ENTRE AS CIRURGIAS ELETIVAS E NÃO ELETIVAS PARA O TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA COLORRETAL**  
LETICIA BRIGOLINI; EDUARDO DE SOUZA ANDRADE; HUMBERTO MARTEN TEIXEIRA; LUCIANE BONELLA; PRISCILA FILOMENA RODRIGUES PALMA  
*HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIUMA, SC, BRASIL.*
- PT126 - CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CANAL ANAL: CASUISTICA DA REGIONAL DE LONDRINA-PR**  
LINO LUIS SANCHES LARANGEIRA; DAMIANNE REIS BERTONSELLO  
*PUC, LONDRINA, PR, BRASIL.*
- PT127 - SARCOMA SINOVIAL MONOFÁSICO DO CÓLON: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**  
MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES; JULIANA LIMA TOLEDO; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; RAFAEL COSTA JOMAH; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ROGERIO SERAFIM PARRA; OMAR FERES; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT128 - DIAGNOSTICO INCIDENTAL DE TUMOR DE ABRIKOSSOFF**  
LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI; ANDREA PECCI; KARINA DAGRE MAGRI; NATHALIA LINS PONTES VIEIRA; WALTER RODRIGO MIYAMOTO; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELARIA; CHIA BIN FANG  
*SANTA CASA - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT129 - ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA NA MUCOCELE DE APÊNDICE CECAL**  
GIANCARLO CIONGOLI1; JOSÉ CIONGOLI2; CLAUDIO AUGUSTO CIONGOLI2; BEATRIZ ALVES DINAMARCO3; MARIO PEREZ GIMENEZ2; MARINA CARLA GIMENEZ4; WALTER AYRES JUNIOR2; MARCELLA CONZ RODRIGUES2  
*1.FACERES, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.REDE DOR SÃO LUIZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.PUC, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.UNICID, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT130 - NEUROFIBROMATOSE ASSOCIADA A NEOPLASIA COLORRETAL:**  
DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CIRO CARNEIRO MEDEIROS  
*HUSE, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

- PT131 - LINFOMA DE RETO: DIAGNOSTICO E TRATAMENTO, RELATO DE CASOS**  
FELIPE LEITE DE FIGUEIREDO; ANTONIO CARLOS ECKHARDT JUNIOR; BRUNO GOMES DUARTE;  
ALOYSIO JOSE ALMENDRA JUNIOR; GUSTAVO MELO DA SILVA; MILENA PORTAVALES; PAULA TAMAN-  
QUEIRA SALLES; CINTHIA SOARES SOUZA  
*HOSPITAL CENTRAL DA AERONAUTICA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT132 - SCHWANNOMA DE CÔLON NO SEGUIMENTO DO TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DO RETO:  
RELATO DE CASO**  
RAFAELA DE ARAUJO MOLteni; ANNA LUIZA DRIESSEN; MARLUS TAVARES GERBER; KASSIA MAH-  
FOUZ; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; PATRICIA ZADOROSNEI REBUTINI; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR;  
MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PT133 - ANÁLISE DO POLIMORFISMO DO GENE TP53 E A SUSCETIBILIDADE AO CÂNCER COLORRETAL**  
LINO LUIS SANCHES LARANGEIRA1; IRINA SELLAK PULS1; THAIS NATALIA ALMEIDA1; KAREN PARRON FER-  
NANDES1; REGINA POLI FREDERICO2; NAJA NABUT -1; ANSELMO NUNES DUARTE3; JORGE MALI JUNIOR3  
*1.PUC, LONDRINA, PR, BRASIL; 2.UNOPAR, LONDRINA, PR, BRASIL; 3.ICL, LONDRINA, PR, BRASIL.*
- PT134 - CIRURGIA CITORREDUTORA ASSOCIADA A QUIMIOTERAPIA HIPERTERMICA INTRAPERITONE-  
AL NO TRATAMENTO DA CARCINOMATOSE PERITONEAL ORIGINÁRIA DE TUMOR DE RETO**  
ALICE VARGAS DE AQUINO OLIVEIRA; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA; FABIO LOPES DE QUEIROZ;  
MARIANA CAMPOS PALMA; NATALIA REGINA MISSON; AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JU-  
NIOR; ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES; THALLES VALENTE LISBOA  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT135 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE RETO COM ROBÔ: EXPERIÊNCIA INICIAL**  
GUILHERME CUTAIT COTTI; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MAR-  
QUES; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ULYSSES RIBEIRO  
JUNIOR; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT136 - PRÓTESES ENDOSCÓPICAS (STENTS) NA OBSTRUÇÃO COLORRETAL MALIGNA - APRESENTAÇÃO  
DE DOIS CASOS CLÍNICOS**  
ALICE VARGAS DE AQUINO OLIVEIRA1; FABIO LOPES DE QUEIROZ1; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA1;  
PAULO ROCHA FRANÇA NETO1; ANTONIO LACERDA FILHO2; MARIANA CAMPOS PALMA1; AUGUSTO  
FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR1; THALLES VALENTE LISBOA1  
*1.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E CURSO  
DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À CIRURGIA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT137 - TUMOR ESTROMAL DE RETO: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA;  
CIRO CARNEIRO MEDEIROS; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS  
AUGUSTO REAL MARTINEZ; DANIEL DE CASTILHO  
*HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT138 - MELANOMA ANORECTAL: REPORTE DE CASO.**  
JOSE VICTOR RODRIGUEZ MENDOZA1; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ2; MAURICIO ERNESTO  
SANTAMARIA3  
*1.HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL, SAN SALVADOR, EL SALVADOR; 2.INSTITUTO SALVADOREÑO SEGURO  
SOCIAL, SAN SALVADOR, EL SALVADOR; 3.HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, LA LIBERTAD, EL SALVADOR.*
- PT139 - ADENOCARCINOMA DE CÔLON TRANSVERSO COM TUMOR ESTROMAL EM DELGADO EM PA-  
CIENTE COM 40 ANOS: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA;  
RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO;  
CIRO CARNEIRO MEDEIROS; DANIEL DE CASTILHO  
*HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

- PT140 - METÁSTASE OVARIANA DE LESÃO PRIMÁRIA DE CÓLON (TUMOR DE KRUKENBERG) - RELATO DE CASO**  
TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; SHEILA MARIA VAZ MORENO; FLAVIA FELIX AZEVEDO; PAULO EDUARDO LUCISANO BIN; VITOR FEITEN BECK  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI, SP, BRASIL.*
- PT141 - AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO E DA QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM ESTOMA INTESTINAL**  
GERALDO MAGELA SALOME1; SERGIO AGUINALDO DE ALMEIDA2; MAIUME ROANA FERREIRA DE CARVALHO2; BRUNO MENDES MENDES2; DIEQUISON RITE DA CUNHA2; MARCELO RENATO MASSAHUD JUNIOR2  
*1.HOSPITAL SAPOIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, MINAS, SP, BRASIL.*
- PT142 - IMAGEM CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM ESTOMA INTESTINAL**  
GERALDO MAGELA SALOME1; SERGIO AGUINALDO DE ALMEIDA2; MAIUME ROANA FERREIRA DE CARVALHO1; BRUNO MENDES MENDES1; DIEQUISON RITE DA CUNHA1; MARCELO RENATO MASSAHUD JUNIOR1  
*1.UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL SAPOIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT143 - I – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “A FUNDAÇÃO DA SBP”**  
GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.
- PT144 - II – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “OS 35 PRESIDENTES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PROCTOLOGIA - SBP”.**  
GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT145 - III – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “OS 35 PRESIDENTES DA SBCP”**  
GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT146 - IV – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “OS CONGRESSOS DA SBP E DA SBCP”.**  
GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT147 - V – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “DA “REVISTA BRASILEIRA DE PROCTOLOGIA” AO “JOURNAL OF COLOPROCTOLOGY – JCOL”**  
GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT148 - VI – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “FATOS QUE MARCARAM A SBP / SBCP”**  
GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT149 - VII – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “COMO A SBP MUDOU DE NOME – SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA”**  
GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

- PT150 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, INCIDÊNCIA E DESFECHO DOS PACIENTES COM FÍSTULA ABDOMINAL PÓS- OPERATÓRIA.**  
JANAINA WERCKA1; ORLI FRANZON1; PATRICIA PAOLA CAGOL1; GIOVANI FIGUEIREDO LOCKS1; ANDRE PARIZI MELO2  
*1.HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSE HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSE, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE HOMERO DE MIRANDA GOMES, SAO JOSE, SC, BRASIL.*
- PT151 - SARCOMA DE PARTES MOLES NA REGIAO PELVICA EM PACIENTE DO SEXO MASCULINO**  
NATALIA BARROS PINHEIRO; RAUL CUTAIT; DANILO DAUD; RAFAEL DE CASTRO SANTANA AROUCA; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER; FELIPE ATTI AKL; ROGER LEME DA SILVA FARIAS  
*HOSPITAL SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT152 - LOCUS DE CONTROLE EM SAÚDE: ESPIRITUALIDADE E ESPERANÇA DE CURA NOS INDIVÍDUOS COM ESTOMA INTESTINAL NA CIDADE DE POUSO ALEGRE**  
GERALDO MAGELA SALOME; CAMILA BARBOSA MARQUES; CARMELITA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA; DIEQUISON RITE DA CUNHA  
*UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT153 - MORBIMORTALIDADE ASSOCIADA ÀS CIRURGIAS DE RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL EM PACIENTES OSTOMIZADOS**  
DENISE GRAFFITTI D'AVILA1; FABRICIO DE SOUZA BITENCOURT1; GIANCARLO BÚRIGO2  
*1.HOSPITAL SÃO JOSÉ CRICIÚMA, CRICIUMA, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL UNIMED CRICIÚMA, CRICIÚMA, SC, BRASIL.*
- PT154 - INCIDÊNCIA DE PROCIDÊNCIA RETAL NO AMBULATÓRIO DE COLOPROCTOLOGIA EM HOSPITAL PÚBLICO DE SALVADOR**  
INDIRA SERRA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; MARCUS VINICIUS CASTRO OLIVEIRA; ADIL JOSÉ DUARTE FILHO; MARCIO PEREIRA CRUZ  
*HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT155 - POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR – DESCRIÇÃO DE UMA FAMÍLIA COM MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS INCOMUNS**  
BRUNO ZENNE MOTTA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; ENRICO SFOGGIA; ROGERIO SERAFIM PARRA; RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA; OMAR FERES; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT156 - RELATO DE CASO: HÉRNIA DE AMYAND**  
ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; TAMARA DURCI MENDES; DANIEL ESPERANDIM CEPEDA; THAIS MIGUEL DO MONTE LAMEIRO; FABIO RODRIGO JORGINO; THAYS BUENO DE CARVALHO; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*
- PT157 - ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: COMPLICAÇÃO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL EM ADULTO**  
TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; DANIEL ESPERANDIM CEPEDA; THAIS MIGUEL DO MONTE LAMEIRO; DENNIS BAIRD DAVISON ROBERTONI; FABIO SHIGUERU KANNO; LEANDRO OLIVEIRA MARTIN; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*
- PT158 - RELATO DE CASO – VICIO DE ROTAÇÃO INTESTINAL TOTAL**  
FABIO RODRIGO JORGINO; TAMARA DURCI MENDES; DANIEL ESPERANDIM CEPEDA; THAIS MIGUEL DO MONTE LAMEIRO; THAYS BUENO DE CARVALHO; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

- PT159 - CITORREDUÇÃO COMO TRATAMENTO DE TUMOR DESMOIDE IRRESSECÁVEL EM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR**  
ANDREA PECCI; LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI; WALTER RODRIGO MIYAMOTO; NATHALIA LINS PONTES VIEIRA; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; KARINA DAGRE MAGRI; FERNANDA BELLOTI FORMIGA; CHIA BIN FANG  
*SANTA CASA MISERICORDIA SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT160 - TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA Pelve ASSOCIADO A ENDOMETRIOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; LARISSA BERBERT ARIAS; JULIA CUTOVOI GIRARDI; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT161 - INTERPOSIÇÃO SINTOMÁTICA DE CÓLON NO HEMIDIAFRAGMA ESQUERDO: RELATO DE CASO.**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA; UMBERTO MORELLI; PRISCILLA DE SENNE PORTEL OLIVEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT162 - LIPOSSARCOMA RETRORRETAL: RELATO DE CASO**  
CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; MURILO ROCHA RODRIGUES; RONALDO NONOSE; JULIANO NORONHA RIBEIRO; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*
- PT163 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA APLICAÇÃO DE ENEMAS CONTENDO EXTRATO OLEOSO DE CURCUMA LONGA (CURCUMINA) NO CONTEÚDO TECIDUAL DE OCLUDINA NA MUCOSA CÓLICA DESPROVIDA DE TRÂNSITO FECAL.**  
CALED JAODAT KADRI1; CELENE BENEDITI BRAGION1; FÁBIO GUILHERME CAMPOS2; MURILO ROCHA RODRIGUES1; DANIELA TIEMI SATO1; PAULA DE FREITAS RIBEIRO1; JOSÉ AIRES PEREIRA1; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ1  
*1.UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT164 - INTUSSUSCEPÇÃO EM ADULTOS: RELATO DE CASO**  
ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; TAMARA DURCI MENDES; SHEILA MARIA VAZ MORENO; THAIS MIGUEL DO MONTE LAMEIRO; MICHELE CRISTINA HAMAUE; LUIGI CARLO DA SILVA COSTA; JOSE EDUARDO MALDONADO JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*
- PT165 - PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE: RELATO DE DOIS CASOS**  
CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOÃO ANTÔNIO FERIANI NUNES; SERGIO LUIS APARECIDO BRIENZE; MARCO ANTÔNIO RIBEIRO FILHO; ISAAC DE FARIA SOARES RODRIGUES; MONIZE ANDREA CAVASSANI; JESSICA SANMIGUEL  
*FAMERP, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT166 - RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL COM DUODENO-TRANSVERSO ANASTOMOSE E SHUNT COLÔNICO EM PACIENTE COM SÍNDROME DO INTESTINO CURTO**  
ENRICO SFOGGIA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; BRUNO ZENNE MOTTA; RAFAEL COSTA JOMAH; ROGERIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT167 - INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCÓLICA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO**  
CELENE BENEDITI BRAGION; PAULA DE FREITAS RIBEIRO; DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

- PT168 - DOR ABDOMINAL CRÔNICA SECUNDÁRIA A CISTO MESENTÉRICO (LINFANGIOMA) - RELATO DE CASO**  
TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; RAFAELA MOSNA ADAMI; FLAVIA TRINO MORAES; PAULA TAVARES GUIMARAES; JOSE EDUARDO MALDONADO JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI, SP, BRASIL.*
- PT169 - UM NOVO PINO DE SUSTENTAÇÃO PARA COLOSTOMIAS EM ALÇA**  
CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; THIAGO RODRIGUES DA CUNHA STOIANOV; ENRICO SFOGGIA; BRUNO ZENNE MOTTA; ROGERIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT170 - ADENOMA TUBULOVILOSO COMO CAUSA DE APENDICITE AGUDA**  
JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT171 - COLECTOMIA DIREITA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA - CASUÍSTICA DE 24 CASOS**  
LEONARDO MACHADO DE CASTRO; ATILA HADAD CRELIER; CESAR PAIVA BARROS; ALESSANDRA CINTRA AMARAL; FLÁVIA CAPPELLI ALVES; GABRIELA SANTOS SILVA; KERLEY KELLER  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT172 - SÍNDROME DE CHILADITI: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**  
TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; DANIEL ESPERANDIM CEPEDA; THAYS BUENO DE CARVALHO; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; THAIS MIGUEL DO MONTE LAMEIRO; SHEILA MARIA VAZ MORENO; CAROLINA LYDER NORONHA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*
- PT173 - RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL COM HERNIOPLASTIA INCIONAL E ABDOMINOPLASTIA: RELATO DE CASO**  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; NIKOLAY COELHO DA MOTA; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA; WASTON GONÇALVES VIEIRA; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO  
*UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*
- PT174 - INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A GIST: RELATO DE CASO**  
ILANA POLEGATTO<sup>1</sup>; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR<sup>2</sup>; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR<sup>2</sup>; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA<sup>2</sup>; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA<sup>2</sup>; JOAQUIM SIMÕES NETO<sup>2</sup>; JOSÉ ALFREDO REIS NETO<sup>2</sup>; IVNA HOLANDA VIANA<sup>2</sup>  
*1.PUCC, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2.CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT175 - RELATO DE CASO - SUBOCLUSÃO INTESTINAL POR ESCLERODERMIA**  
LUIS FELIPE LOPEZ; JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOAQUIM SIMÕES NETO; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR; IVNA HOLANDA VIANA; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA  
*CLÍNICA REIS NETO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT176 - JEJUNOSTOMIA DESCOMPRESSIVA NO TRATAMENTO DA PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL IDIOPÁTICA CRÔNICA**  
JULIANA LIMA TOLEDO; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; RAFAEL COSTA JOMAH; LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; ROGERIO SERAFIM PARRA; OMAR FERES; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

**PT177 - PNEUMATOSE INTESTINAL EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO**

RAFAEL COSTA JOMAH; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; LEILA RODRIGUEZ MARTINS; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; ROGERIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

**PT178 - MELANOMA PRIMÁRIO DE DELGADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

LEILA RODRIGUEZ MARTINS; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; RAFAEL COSTA JOMAH; LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; PAULO HENRIQUE PISI; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

**PT179 - PERFURAÇÃO COMO COMPLICAÇÃO DE LINFOMA INTESTINAL: RELATO DE CASO**

FELICIDAD SANTOS GIMENEZ; CAROLINE LIMA DE OLIVEIRA; PATRICIA CARVALHO MACHADO AGUIAR; HUGO SANMARONY CARDOSO; JOÃO JOSE CORREIA BERGAMASCO; RUBEM ALVES DA SILVA NETO; LUANA GIMENEZ FREIRE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.

**PT180 - CIRURGIAS COLOPROCTOLOGICAS TOTALMENTE LAPAROSCÓPICAS COM EXTRAÇÃO DO ESPÉCIME POR ORIFÍCIOS NATURAIS (NOSE)**

THALLES VALENTE LISBOA; FABIO LOPES DE QUEIROZ; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA; PAULO ROCHA FRANÇA NETO; NATALIA REGINA MISSON; ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES; MARIANA CAMPOS PALMA; AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR  
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**PT181 - CARCINOMA SÓLIDO PERINEAL RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

ALICE VARGAS DE AQUINO OLIVEIRA; MARIANA CAMPOS PALMA; AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR; FABIO LOPES DE QUEIROZ; PAULO ROCHA FRANÇA NETO; THALLES VALENTE LISBOA; NATALIA REGINA MISSON; ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES  
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**PT182 - TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS EM ABDOME - RELATO DE CASO**

RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO; RAQUEL MARTINS CABRAL; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA; FABIO LOPES DE QUEIROZ; IGOR NOLASCO SEGHE TO  
IPSEMG/HGIP, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**PT183 - PERFIL CIRÚRGICO EM DOENÇAS ORIFÍCIAIS DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (HUPE)-UERJ**

MARUSKA DIB IAMUT; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR; ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA; JÚLIA REZENDE SCHLINZ; FRANCISCO LOPES PAULO; KARIN GUTERRES LOHMANN HAMADA  
UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**PT184 - LIPOMA EM CÓLON TRANSVERSO CAUSANDO INTUSSUSCEPÇÃO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**

NATALIA REGINA MISSON<sup>1</sup>; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA<sup>1</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>2</sup>; FABIO LOPES DE QUEIROZ<sup>1</sup>; ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES<sup>1</sup>; THALLES VALENTE LISBOA<sup>1</sup>; MARIANA CAMPOS PALMA<sup>1</sup>; AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR<sup>1</sup>  
1.HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**PT185 - LINFOMA NÃO HODGKIN DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO**

ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; JANAINA WERCKA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.



- PT186 - CORRELACIONAR ULTRASSONOGRRAFIA PARA PESQUISA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM O TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE PACIENTES COM ENDOMETRIOSE INTESTINAL.**  
JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; THIAGO FARIA MAGALHAES; PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; MARCIO PEREIRA CRUZ; RAFAEL FERRAS SANTANA; MARCOS AURELIO MARTINS TRAVESSA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT187 - RESSECÇÃO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL POR VIA LAPAROSCÓPICA**  
FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; ROBERTO LUCAS DE SENA AVELAR<sup>2</sup>; CAMILA AMARGOS BIZZOTO AMORIM<sup>2</sup>; FERNANDA ELIAS F. RABELO<sup>1</sup>  
*1.UFSJ, DIVINOPOLIS, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS, DIVINÓPOLIS, MG, BRASIL.*
- PT188 - SÍNDROME DE OGILVIE NO PÓS-OPERATÓRIO DE FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA: RELATO DE CASO**  
RAFAELA DE ARAUJO MOLteni; ANA NEVES; MARLUS TAVARES GERBER; MARIA CRISTINA SARTOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*
- PT189 - HISTOPLASMOSE INTESTINAL – RELATO DE CASO**  
RODRIGO GOMES DA SILVA; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; ADRIANA CHEREM ALVES; ANTONIO LACERDA FILHO; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; GABRIEL BRAZ GARCIA; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT190 - INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL NO ADULTO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE MINAS GERAIS.**  
RODRIGO GOMES DA SILVA; BERNARDO HANAN; ANTONIO LACERDA FILHO; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; GABRIEL BRAZ GARCIA; ADRIANA CHEREM ALVES; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT191 - CASUÍSTICA DE CIRURGIAS COLORRETAIS VIDEOLAPAROSCÓPICAS REALIZADAS POR RESIDENTES EM HOSPITAL TERCIÁRIO**  
PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; RAFAEL FERRAS SANTANA; MARCUS VINICIUS CASTRO OLIVEIRA; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*
- PT192 - DOENÇA DE PAGET: UM RELATO DE CASO**  
PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE; FRANCIARA LETHICEA MORAES DA CUNHA; TÂNIA ROSA PEREIRA DA MATA; JULIANA PORTELLA FONTANA; ALEXANDRE GHELLER; FABIO ALVES SOARES; AQUILES LEITE VIANA; MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO  
*HOSPITAL DE BASE, BRASÍLIA, DF, BRASIL.*
- PT193 - APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA DE BAIXO CUSTO: ANALISE COMPARATIVA DE RESULTADOS**  
EDUARDO KENZO MORY; DANIEL JOSE SZOR; BRUNA DE CAMARGO NIGRO; ROBERTO NIGRO  
*HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT194 - VOLVO DE CECO, RELATO DE UM CASO**  
TIAGO PAULINO VILELA; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; ARTHUR CASOLARI ARAUJO MANSUR DAVID; LUIZ HENRIQUE BONARDI; RODRIGO TOGNON ROSSI; PHELPE GREGORIO COBIANCHI LEANDRO; EDSON SEN; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA  
*SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS, SP, BRASIL.*

**PT195 - RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE CISTO PERITONEAL: RELATO DE CASO.**

RAFAELA DE ARAUJO MOLTENI; MARLUS TAVARES GERBER; RODRIGO FERREIRA BERNARDI; GUILHERME CZELUSNIAK DE OLIVEIRA; MARIA CRISTINA SARTOR; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*

**PT196 - ADENOMA SERRILHADO GIGANTE DE SIGMÓIDE: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; JULIANO NORONHA RIBEIRO; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; DANIEL DE CASTILHO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**PT197 - POLIPOSE HIPERPLÁSICA - RELATO DE CASO**

JOSE HUMBERTO BAETA FROES; LORENA WILLERS COUTINHO; PAULA MENDONÇA TAGLIETTI; THIAGO AGOSTINI BRAGA; THIAGO IBIAPINA ALVES  
*HSPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**PT198 - FÍSTULA COLOVESICAL IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

MAYARA MARAUX BRAGA; EULER DE MEDEIROS AZARO FILHO; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA; LINA MARIA GOES DE CODES; ALINE LANDIM MANO; FLAVIA DE CASTRO RIBEIRO FIDELIS; ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ; THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES  
*HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

**PT199 - MEGACÓLON TÓXICO COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE VASCULITE NECROTIZANTE SISTÊMICA: RELATO DE CASO**

LILIAN VITAL PINHEIRO; ANA AMÉLIA BARBIERE BONATELLI; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; RAQUEL FRANCO LEAL; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOAO JOSE FAGUNDES; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

**PT200 - USO ADJUVANTE DE PROBIÓTICO NO TRATAMENTO DA COLITE POR C DIFFICILE RECIDIVANTE: RELATO DE CASO**

EDUARDO KENZO MORY; DANIEL JOSE SZOR; BRUNA DE CAMARGO NIGRO; ROBERTO NIGRO  
*HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**PT201 - COLITE ISQUÊMICA APÓS USO DE PSEUDOEFEDRINA EM ADULTO JOVEM: UM RELATO DE CASO**

RODRIGO GOMES DA SILVA<sup>1</sup>; GIULIA CAMPOS LAGE<sup>2</sup>; FABIANA PIMENTA SILVA<sup>1</sup>; DANIELA PAGLIARI OLIVEIRA<sup>1</sup>; VITOR ARANTES<sup>1</sup>; GABRIEL BRAZ GARCIA<sup>3</sup>; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS<sup>3</sup>  
*1.HOSPITAL MATER DEI CONTORNO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - UNIBH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**PT202 - SÍNDROME DE COWDEN: RELATO DE CASO**

KARLA COSTA FERREIRA; HENRIQUE GONÇALVES; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; LEONEL REIS LOUSA; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; PAULA CRISTINA DE ALMEIDA LEITE  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*

**PT203 - CISTO PILONIDAL SIMULANDO FÍSTULA ANAL**

ISABELA CRISTINA COELHO DA CUNHA; GUSTAVO BECKER PEREIRA; RODRIGO BECKER PEREIRA; BRUNO LORENZO SCOLARO; FANGIO FERRARI  
*UNIVALI, ITAJAÍ, SC, BRASIL.*

- PT204 - ABORDAGEM CIRÚRGICA DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM COMPROMETIMENTO RETAL: O PAPEL DA RESSECÇÃO PARCIAL DA PAREDE DO RETO “SHAVING”.**  
LEONARDO WANDERLEY SOUTINHO; TIAGO MEZZAROBIA PELISSON; DIEGO ADÃO FANTI SILVA; CARLA LARISSA MONTEIRO RAMOS; RICARDO TADAYOSHI AKIBA; ELESÍARIO MARQUES CAETANO JUNIOR; EDUARDO SHOR; SARHAN SYDNEY SAAD  
*UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*
- PT205 - INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO- CECO CÓLICA EM ADULTO: RELATO DE CASO**  
ANA CAROLINE FERNANDES FONTINELE; DR. FABIO PIOVEZAN FONTE; FLAVIA BALSAMO; PROF. DR. ROGERIO TADEU PALMA; PROF. DR. JAQUES WAISBERG  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.*
- PT206 - LEIOMIOSSARCOMA PÉLVICO, ENTRE O RETO E A PRÓSTATA**  
MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; SAMUEL SOSTENES SANTOS; PETERSON MARTINS NEVES; MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS; EDMILSON CELSO SANTOS; RAFAEL BRANT COSTA; RODOLFO DE MORAIS ARAUJO; CAMILA GOMES DE SOUZA  
*HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT207 - PERFURAÇÃO POR ISQUEMIA COLÔNICA NÃO OCLUSIVA RELACIONADA AO ABUSO DE COCAÍNA – RELATO DE CASO.**  
RODRIGO GOMES DA SILVA; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; ADRIANA CHEREM ALVES; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZZATTI; GABRIEL BRAZ GARCIA; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT208 - APRESENTAÇÃO ANÔMALA DE ENDOMETRIOSE COM ACOMETIMENTO COLÔNICO MIMETIZANDO CÂNCER COLORRETAL. RELATO DE CASO**  
RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR; JOAO GOMES NETINHO; LUIZ SERGIO RONCHI; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; RODRIGO PADILLA; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*
- PT209 - COLITE POR ESTRONGILOIDÍASE MIMETIZANDO SÍNDROME CONSUMPTIVA: RELATO DE CASO**  
JULIANO DE PAULA LOBLEIN1; GIANNA LUISSA COELHO1; ARTHUR HENRIQUE DA SILVA1; BRUNO LORENZO SCOLARO1; GUSTAVO BECKER PEREIRA1; RODRIGO BECKER PEREIRA2; FANGIO FERRARI1; FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI  
*1.UNIVALI, ITAJAÍ, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL.*
- PT210 - MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DE SÍFILIS PERINEAL: RELATO DE CASO.**  
EDUARDO ROSETTI FILHO; EDUARDO ROSETTI; ALINE CRUZ SOUZA ZAMBOM; CARLOS ALBERTO CASTRO FAGUNDES; MARTHA CRUZ SPERANDIO; JOUBERT ALMEIDA ESTEVES  
*HOSPITAL METROPOLITANO, VITORIA, ES, BRASIL.*
- PT211 - RESULTADOS INICIAIS DO AMBULATORIO DE COLPOSCOPIA ANAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO**  
LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; ROBERTA NASCIMENTO CYPRESTE; GUSTAVO SEVÁ PEREIRA; RICARDO BOLZAM NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO DE MORAIS; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO  
*HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*
- PT212 - ABORDAGEM TERAPÊUTICA AMBULATORIAL DO HPV ANAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SÃO PAULO.**  
LEONARDO WANDERLEY SOUTINHO; TIAGO MEZZAROBIA PELISSON; MARIZA HELENA PRADO-KOBATA; SARHAN SYDNEY SAAD  
*UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

- PT213 - CONDILOMATOSE PERIANAL FISTULIZANTE EM SIDA. CONTROLE DE SEPSE E PLANO TERAPÊUTICO.**  
NATÁLIA GARDÊNIA DAVANSE PIERONI; MARCELO ALEXANDRE PINTO DE BRITTO; CAROLINA MACIEL; DANIEL CUSTÓDIO PINTO; RENAN MACHADO DE LEMOS; DANIEL FERNANDES DALA RIVA; PEDRO JACCOTTET FREITAS; SILVIA CORINA GOMES CARDOSO  
*UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL.*
- PT214 - COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DE EXÉRESE DE TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN**  
RAISSA AMELIA SILVA REIS; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; ELOAH GAMBONI LIMA; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; ILSON GERALDO DA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*
- PT215 - QUANDO A ESTÉTICA MASCARA O CÂNCER**  
ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR; MARUSKA DIB IAMUT; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; JÚLIA REZENTE SCHLINZ; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA; ANDRE DA LUZ MOREIRA; FRANCISCO LOPES PAULO  
*UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT216 - COLITE POR SCHISTOSOMA MANSONI: RELATO DE CASO**  
RODRIGO BECKER PEREIRA1; JULIANO DE PAULA LOBLEIN2; GUSTAVO BECKER PEREIRA2; BRUNO LORENZO SCOLARO2; FANGIO FERRARI2; FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI2; GIANNA LUISSA COELHO2; ARTHUR HENRIQUE DA SILVA2  
*1.HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL; 2.UNIVALI, ITAJAÍ, SC, BRASIL.*
- PT217 - TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN : RELATO DE CASO.**  
ANA BÁRBARA MOREIRA DELFINO1; JÉSSICA LINS BONFATTI2; LUANA ISABEL PEREIRA DA SILVA3; NATÁLIA GOMES ANDRADE3; HELTON SILVA RAMOS3  
*1.HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO E HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3.HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT218 - EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO DE CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE COM PODOFILINA- RELATO DE CASO**  
CAROLINA VIEIRA DE FARIA; CHRISTIANO MANHÃES DE CARVALHO; ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO; JULYANNA CRUZ FRANÇA; EDUARDO DE PAULA VIEIRA  
*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT219 - HERPES HIPERTRÓFICO EM MARGEM ANAL: RELATO DE CASO**  
ISADORA MENDONÇA BOTELHO DE SOUZA; JOAQUIM TIAGO CARDOSO LELES DE JESUS; JAYNA MARTINS MARTINS NENO ROSA; JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; RENATA ROCHA BARBI; JORGE BENJAMIN FAYAD  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*
- PT220 - PARACOCCIDIOIDOMICOSE COM DESTRUIÇÃO DE ESFINCTER ANAL**  
RALPH CORREA DE ALMEIDA; BALTAZAR EUSTAQUIO CHAVES FILHO; IARA OLIVEIRA ALVES; RAYANE CORREA ALMEIDA  
*HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA, MG, BRASIL.*

## VÍDEOS LIVRES

**VL001 - CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DO PROLAPSO PÉLVICO MULTICOMPARTIMENTAL (POPS) EM GRANDE MULTÍPARA IDOSA – RELATO DE CASO**  
JULIANA PORTELLA FONTANA; FABIO ALVES SOARES; AQUILES LEITE VIANA; ALEXANDRE GHELLER; MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO; LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES; TÂNIA ROSA PEREIRA DA MATA; PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE  
*HOSPITAL DE BASE, LAGO SUL, DF, BRASIL.*

Resumo: FONTANA, JP; SOARES, FA; VIANA, AL; GHELLER, A; DO NASCIMENTO, MC; RODRIGUES, LFM; VERSAGE, PFV; DA MATA, TRP. Paciente de 83 anos, feminino, G14P11A3C0, queixando-se de evacuação incompleta, grande esforço evacuatório, incontinência fecal e urinária, e prolapso retal e uterino há mais de uma década. Ao exame apresentava prociência retal volumosa e grande colpocistocele, mesmo em repouso. Eletromanometria anorretal demonstrou atonia em repouso e comprometimento do tônus e sustentação voluntários e cindefecografia com contraste oral do delgado demonstrou prociência retal associada a descenso perineal acentuado, enterocele e colpocistocele. Foi submetida a correção videolaparoscópica de prolapso pélvico multicompartmental, mediante fixação do fórnice uterino anterior com tela de polipropileno em “V”, pré-peritoneal, que foi fixada à aponeurose do músculo oblíquo externo, bilateralmente. A paciente obteve boa evolução pós-operatória com correção satisfatória do prolapso pélvico multicompartmental.

**VL002 - RETOPROMONTOFIXAÇÃO E HISTEROPEXIA ASSOCIADA NO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA PROCIDÊNCIA DE RETO EM PACIENTE COM DESCENSO PERINEAL.**

ELOAH GAMBOSI LIMA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; DANIEL AMARAL ZANETTI; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; RAISSA AMELIA SILVA REIS; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER  
*SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Os trabalhos na área de desordens pélvicas orgânicas tem comprovado benefício na preservação uterina à histerectomia vaginal convencional, pois esta provoca desarranjo arquitetural que pode culminar em cistocele, retocele, prolapso e prociência retal com significativo comprometimento da qualidade de vida feminina. A histerectomia agrava condição fisiopatológica da pelve da mulher que com a idade, distúrbios hormonais e os partos pélvicos evolui com frouxidão ligamentar, muscular e óssea, comprometendo o compartimento pelveperineal. Caso videoilustrado: Trata-se de paciente de 67 anos, G6P5NA1, que apresentava descenso perineal com sintomas relacionados ao prolapso uterino e a prociência de reto, encaminhada a Coloproctologia. Queixava-se de constipação refratária a tratamento clínico, incontinência fecal, dor pélvica e perineal, sensação de

peso e secreção anal constante, mais recentemente com sangramento anal devido ulceração da mucosa consequente a prociência retal. Submetida a retopromontofixação e histeropexia utilizando-se tela de polipropileno via laparoscópica, operada em outubro de 2014, até o momento com evolução favorável e ganho na qualidade de vida.

Conclusão: A preservação uterina tem sido objetivo nas pacientes com descenso perineal, pois com a sua restauração anatômica e preservação do canal vaginal, evita-se disfunção sexual e infertilidade, que compõe a identidade da mulher, bem como reduz o prolapso dos órgãos pélvicos e índices de reoperação.

**VL003 - RESSECÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE DUCTO ONFALOMESENTÉRICO PERSISTENTE E TOTALMENTE PERMEÁVEL EM UM ADULTO SINTOMÁTICO**  
CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; MARINA ANDRADE MACEDO PACETTI MIRANDA; MATEUS REPOLÊS LOURENÇO; ANTÔNIO ANDERSON FERNANDES FREIRE; SOLANGE NATALIA SEIBERT; FRANCISCO GARCIA PARRA; ALDENIS ALBANEZE BORIM  
*FAMERP, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O ducto onfalomesentérico (DO) é uma estrutura embrionária que conecta o saco vitelino ao intestino médio primitivo. No desenvolvimento normal se torna uma banda fibrosa e é absorvido em torno da 5ª a 10ª semana de gestação, quando a placenta substitui o saco vitelino como principal fonte de nutrição do embrião. A presença e a permeabilidade total ou parcial dessa estrutura podem determinar raras e variadas patologias, tanto na população pediátrica como entre os adultos. Quando o DO permanece totalmente permeável levará a fistula entero-umbilical. Se há permeabilidade parcial em porção periférica, seio umbilical; em porção intermediária, cisto vitelino e em porção entérica, divertículo de Meckel. No caso de remanescente mucoso a nível umbilical, pólipos umbilical. E dada circunstância do DO obliterado, porém sem se desintegrar, banda congênita. Neste relato apresentaremos um caso de persistência do DO totalmente permeável e sintomático em indivíduo adulto. Relato do caso: Homem, 28 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias, queixava-se de dor abdominal, principalmente em região peri umbilical há 8 meses, tipo cólica, de forte intensidade, associada a distensão abdominal e drenagem de secreção amarelada pela cicatriz umbilical. Ao exame físico, apresentava endureção da região peri umbilical e leve dor a palpação. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou estrutura anatômica sugestiva de persistência DO e pequena coleção retro umbilical. Paciente foi submetido videolaparoscopia, procedendo-se drenagem da coleção e ressecção de estrutura interposta entre intestino delgado e cicatriz umbilical. O procedimento foi realizado sem intercorrências e o paciente evoluiu bem. Exame anatomo-patológico compatível com segmento entérico. Discussão: A maioria das anomalias congênitas do trato gastrointestinal é difícil de ser identificada em adultos, devido à sintomatologia

inespecífica e insidiosa, exemplo disso são as patologias que envolvem a cicatriz umbilical, uma estrutura vestigial, que apesar de não funcionar no indivíduo adulto, pode tornar-se sítio de anomalias como hérnia umbilical, persistência do DO e do úraco. A persistência do DO acomete aproximadamente 2% da população. Em 67% dos casos se dá sob a forma de divertículo de Meckel. Os sintomas ocorrem geralmente antes dos 4 anos de idade. Adultos, geralmente são assintomáticos. O quadro clínico depende do seguimento remanescente, podendo apresentar-se com dor abdominal, sangramento retal, obstrução intestinal, saída de secreção ou abaulamento umbilical, entre outros. A ressecção cirúrgica de remanescentes do DO é indicada para pacientes sintomáticos e pode ser realizada por via laparoscópica de forma segura de acordo com experiência do cirurgião. Conclusão: Trata-se de uma anomalia extremamente rara e o seu conhecimento pode ser útil como diagnóstico diferencial.

#### VL004 - RESSECÇÃO DISCOIDE ANTERIOR DO RETO POR ENDOMETRIOSE INVASIVA

BRUNO ZENNE MOTTA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES; JOSE VITOR CABRAL ZANARDI; ROGERIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O acometimento do septo retovaginal, reto e sigmóide por endometriose pode cursar com sintomas intensos tais como dor pélvica, dismenorréia, dispareunia de profundidade, tenesmo, sangramento retal de forma cíclica, em mulheres em idade reprodutiva. A suspeita acontece nos casos de história clínica sugestiva e exame ginecológico compatível, associado ao exame clínico e endoscópico do reto e ao ultrassom transvaginal (de preferência com preparo retal). A indicação de cirurgia geralmente está relacionada à intensidade dos sintomas e na falha no tratamento clínico conservador. O tratamento cirúrgico de escolha nestes casos é a ressecção cirúrgica do tecido acometido. Desta forma tenta-se o alívio dos sintomas e a progressão da doença. A localização correta assim como a avaliação da presença de extensão do processo em direção ao reto, ligamentos uterossacros ou septo retovaginal é de extrema valia para se garantir um tratamento cirúrgico eficaz. Objetivo: Mostrar o vídeo de uma ressecção anterior discoide do reto por laparoscopia, na paciente RF, de 49 anos, com endometriose invasiva do retosigmoide, refratária ao tratamento clínico conservador. Resultados: Após identificação e liberação da parede anterior do reto, foram liberados os ligamentos uterossacros e as lesões da parede vaginal posterior foram removidas. As lesões nodulares infiltrativas da parede retal anterior foram removidas por meio de ressecção anterior do reto com uso do grameador circular 33mm. A integridade da sutura foi confirmada pela manobra do borracheiro. Na eventualidade de abertura da luz retal, deve-se proceder a sutura imediatamente. A paciente recebeu alta 24 horas após o procedimento e não teve complicações imediatas ou tardias. O anátomo patológico confirmou endo-

metriose na peça cirúrgica. No seguimento clínico apresentava-se com melhora significativa dos sintomas, sendo que a escala analítica visual da dor passou de 8 (antes da cirurgia) para zero (após 4 meses de pós operatório). Conclusões: A endometriose de septo retovaginal é doença frequente, muitas vezes com necessidade de tratamento cirúrgico.

#### VL005 - RETOPEXIA ANTERIOR Y POSTERIOR POR PROLAPSO RETAL COMPLETO

ALEJANDRO DANIEL MOREIRA GRECCO; GONZALO ZAPATA; MARIA EUGNEIA DE FAVERI  
*HOSPITAL DE CLINICAS DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA.*

Resumo: INTRODUCCION: El prolapso rectal completo se produce por la protrusión de las capas de la pared rectal intusceptadas a través del canal anal. Es una enfermedad frecuente en los países occidentales y afecta a principalmente a las mujeres de edad media y avanzada. La mayoría de los pacientes con prolapso rectal presentan además incontinencia fecal o constipación severa, las cuales impactan negativamente en la calidad de vida. Se han descripto múltiples técnicas para la corrección del prolapso. Con la introducción de las técnicas mini-invasivas, se pudo realizar rectopexias abdominales en pacientes ancianos con buenos resultados. FORMA DE PRESENTACION: Video mostración de técnica quirúrgica. MATERIAL Y METODOS: Presentamos el caso clínico de una mujer de 67 años, con antecedentes de esclerodermia, síndrome de Sjögren e histerectomía por miomatosis. Su motivo de consulta fue el prolapso rectal completo e incontinencia fecal de 4 años de evolución. Se estudió con colonoscopia (completa, hasta ciego, sin lesiones), colon por enema (Dolicocolon y diverticulosis sigmoidea), defecografía (descenso del piso pélvico, rectocele anterior y prolapso rectal completo), manometría de alta resolución (disminución de las presiones de reposo (45mmHg) y contracción voluntaria (75 mmHg). Operamos a la paciente por vía laparoscópica, realizándose una rectopexia anterior y posterior con malla. Se describen los pasos de la técnica quirúrgica. RESULTADOS: La paciente evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio, y sin recurrencia al año de la intervención. CONCLUSION: La rectopexia laparoscópica anterior y posterior es una técnica mini-invasiva con buenos resultados. La misma permite corregir el prolapso, restaurar la función anorrectal y prevenir la lesión nerviosa pelviana. La rectopexia laparoscópica tiene una menor tasa de morbilidad que la operación convencional, con una incidencia de recurrencia similar a la vía abdominal abierta

#### VL006 - VOLUMOSA HÉRNIA PARACOLOSTÔMICA - CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA

ALESSANDRA CINTRA AMARAL; LEONARDO MACHADO DE CASTRO; FLÁVIA CAPPELLI ALVES; GABRIELA SANTOS SILVA; KERLEY KELLER; CESAR PAIVA BARROS  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: PACIENTE 67 ANOS SUBMETIDA A RAP HÁ 13 ANOS POR ADENOCARCINOMA DE RETO. APRESEN-

TOU VOLUMOSA HÉRNIA PARACOLOSTÔMICA CUJO CONTEÚDO TRATAVA-SE DO CORPO GÁSTRICO. PERDA PONDERAL DE 25KG NOS ÚLTIMOS 24 MESES PARA SER SUBMETIDA A CORREÇÃO DA HÉRNIA. REALIZADO TÉCNICA KEYHOLE COM TELA PROCEED.

**VL007 - DICAS E TRUQUES PARA CIRURGIA COLORRETAL LAPAROSCÓPICA**

LEONARDO MACHADO DE CASTRO; ATILA HADAD CRELIER

*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Neste trabalho serão apresentados alguns macetes para realização de cirurgia laparoscópica envolvendo a confecção de dispositivos de baixo custo como protetores de feridas, retratores uterinos, passadores de nós, limitadores de trocater e alguns tipos de nós laparoscópicos.

**VL008 - VIDEOCIRURGIA NA MUCOCELE VOLUMOSA DE APÊNDICE**

RUBENS VALARINI; ALVARO STRADIOTTO STECKERT; BRUNO SABAYOSHI LARA SHIMIZO

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: paciente do sexo masculino com 30 anos de idade procurou atendimento médico com queixas de massa tumoral palpável, localizada na fossa ilíaca e flanco direito, sem outras queixas. Ao exame físico, apresentava massa tumoral palpável volumosa localizada na fossa ilíaca e flanco direito, endurecida fixa e sem dor à palpação. Foi solicitada tomografia computadorizada de abdome que mostrou um apêndice com volume de 16 cm de comprimento por 7 cm de espessura, com aspecto de mucocele de apêndice. Foi indicado tratamento cirúrgico por videolaparoscopia. O procedimento realizado foi uma colectomia direita parcial com anastomose íleo cólica.

**VL009 - CORREÇÃO DE HERNIA PERINEAL VIA LAPAROSCÓPICA**

MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; GUSTAVO BOTEGA SOUZA; EUVALDO JORGE SILVA FILHO

*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Hernia perineal é formada através da protusão intra-abdominal das alças intestinais após excisão para amputação abdominoperineal do reto no defeito pélvico formado. Esta é uma rara complicação na cirurgia de amputação abdominoperineal convencional entretanto na laparoscopia pode se tornar mais frequente devido a pouca manipulação de alças intestinais e com isso causando menos aderências e predispondo a queda das alças de delgado para a pelve. Existem vários tipos de correção deste defeito, podendo ser laparoscópico como laparotômico, ou também via perineal as-sim

como via combinada. Mas ainda não existe um consenso de qual técnica seria a mais adequada. E mesmo também difícil saber como corrigir esse defeito, usando algum tipo de tela, ou utilizar tecidos orgânicos como rotação de retalho. Objetivo: utilizar a laparoscopia associada a ressecção de pele local e colocação de tela para correção de defeito pós cirúrgico em região perineal pós amputação abdominoperineal do reto. Metodologia: apresentar um vídeo editado utilizando a via laparoscópica com técnica principal de correção de hérnia perineal pós amputação abdominoperineal do reto e colocação de tela como reforço do oco pélvico para evitar novas herniações e ressecção do excesso de pele local. Conclusão: a utilização de técnica laparoscópica associada a colocação de tela como reforço e proteção do oco pélvico vazio proporciona uma visualização adequada com pouca manipulação de alças intestinais, desta forma torna-se um procedimento seguro em casos bem indicados.

**VL010 - ACESSO VIDEO LAPAROSCÓPICO PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA PERINEAL – RELATO DE CASO**

RICARDO MORENO; SHIRLEY LUMI NISHITSUKA; MAURICIO AGUIAR REIS; FELIPE AUGUSTO YAMAUTI FERREIRA; SERGIO HENRIQUE COUTO HORTA; MAURICIO CAMPANELLI COSTAS; MARCUS PAULO LEMOS LEMES; PROF. DR. JAQUES WAISBERG

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

Resumo: Introdução: Hérnia perineal é uma complicação rara de cirurgias pélvicas, com incidência < 1% em pós-operatórios de amputação abdominoperineal de reto. Objetivo: relatar um caso de hérnia perineal, cuja correção ocorreu por acesso videolaparoscópico e técnica combinada. Método: paciente homem de 65 anos, submetido à colostomia derivativa de urgência por abdomen agudo obstrutivo por adenocarcinoma de reto médio, em julho de 2010. neste mesmo ano, foi submetido à radioterapia neoadjuvante e, em janeiro de 2011, à retossigmoidectomia com quimioterapia adjuvante. evoluiu com recidiva tumoral em anastomose coloanal, sendo submetido, então, à amputação abdomino-perineal de reto, em março de 2012. Evoluiu com hérnia incisional perineal de grande volume. após investigação radiológica com tomografia computadorizada, foi submetido, em julho de 2015, à hernioplastia perineal com acesso videolaparoscópico. no intraoperatório, devido a firmes aderências de alça de delgado em região antero-superior do saco herniário, optado por técnica combinada e acesso perineal ao saco herniário para lise de aderências. após, refeito pneumoperitônio e locado tela separadora de tecidos (proceed®) de 21cm x 20cm, sendo seu maior eixo o antero-posterior, respeitando-se o overlap de 5cm. A tela foi fixada com grampos em região de púbis, ligamentos de cooper e inguiniais, e em sacro. observou-se excelente acomodação das vísceras sobre a tela quando paciente retirado da posição de trendelenburg. Discussão: há poucos estudos na literatura a respeito dos meios de acesso cirúrgico para correção de hérnia perineal, dessa forma, não havendo consenso, a escolha do

método e acesso da hernioplastia deve ser individualizado, levando-se em consideração, dentre outros fatores, as condições clínicas do paciente e a experiência do serviço.

**VL011 - LIBERAÇÃO DA FLEXURA ESQUERDA DO CÓLON LAPAROSCÓPICA SEM TESOURA DE ENERGIA**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; JULIANO NORONHA RIBEIRO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Retossigmoidectomia anterior videocombinada sem tesoura de energia. Objetivo: apresentar um vídeo de liberação da flexura esquerda do cólon sem tesoura de energia. Relato de Caso: homem, 70 anos, com queixa de hematoquezia há 8 meses, e alteração do hábito intestinal, tenesmo, perda ponderal 7 kg. Antecedente pessoal: hipertensão arterial e tabagismo. O exame endoscópico evidenciou lesão ulcerada infiltrativa em transição retossigmóide com resultado anatomopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de reto alto. O paciente foi estadiado e submetido à retossigmoidectomia anterior videocombinada com anastomose primária. O resultado anatomopatológico é adenocarcinoma moderadamente diferenciado de reto e sigmoide T3N2aM0 (37 linfonodos isolados, 4 acometidos). Foi proposta terapia adjuvante pelo departamento da Oncologia. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 18 meses.

**VL012 - RETOSSIGMOIDECTOMIA TOTALMENTE ROBÓTICA NO TRATAMENTO DO ADENOCARCINOMA DE RETO ALTO**

CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; GUILHERME CUTAIT COTTI; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A utilização de vias de acesso minimamente invasivas se tornou uma realidade no tratamento do câncer do reto em centro especializados, com resultados oncológicos equivalentes aos obtidos por via laparotômica, mas com as vantagens conhecidas dos acessos minimamente invasivos. A utilização da cirurgia robótica representa uma alternativa de acesso minimamente invasivo com supostas vantagens adicionais de visualização e manuseio das pinças, além de ergonomia para o cirurgião. Objetivo: Demonstrar o tratamento cirúrgico de um adenocarcinoma de transição retossigmóide totalmente robótica. Procedimento: Inicia-se com a confecção de pneumoperitônio fechado e colocação dos portais sob visão direta. O passo seguinte foi o dock do robô junto à perna esquerda do paciente e abordagem medial com ligadura da veia mesentérica inferior em sua origem, seguido de liberação completa do mesocólon esquerdo e mesossigmóide do retroperitônio e posterior mobilização completa do ângulo esplênico e descola-

mento intercoloepiplóico. Na sequência, promoveu-se o reposicionamento dos braços do robô para abordagem da pelve, com secção do mesorreto e do reto com grampeador linear cortante laparoscópico. Neste momento, procedeu-se com a retirada do robô e realização de incisão supra-púbica para exteriorização da peça, ressecção da mesma e colocação da ogiva do grampeador circular no cólon proximal. A incisão auxiliar foi fechada e o pneumoperitônio reconfeccionado para realização de anastomose colorretal término-terminal com grampeador circular, seguido do teste de borracheiro e drenagem da cavidade abdominal. Não houve intercorrências durante o procedimento. Conclusão: Embora ainda em fase inicial de utilização em nosso meio, a cirurgia robótica representa uma alternativa factível à laparoscopia clássica no manejo de pacientes portadores de câncer colorretal e parece ser uma ferramenta com potencial de ampliar a utilização do acesso minimamente invasivo no tratamento do câncer de reto.

**VL013 - HERNIOPLASTIA PERINEAL LAPAROSCÓPICA APÓS AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL ABERTA PARA NEOPLASIA DE RETO**

ANNA CAROLINA BATISTA DANTAS; GUILHERME CUTAIT COTTI; RICARDO ABDALLA; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; SERGIO CARLOS NAHAS  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Hérnia perineal é uma complicação rara após amputação abdominoperineal (AAPR), com incidência de casos sintomáticos de 1%. O melhor método de correção (se abdominal ou perineal) ainda é controverso, mas há evidência de que o uso de tela é superior à rafia primária. OBJETIVO: Relatar o caso e demonstrar o vídeo do procedimento de hernioplastia perineal laparoscópica. MÉTODOS: Paciente sexo masculino, 70 anos, foi submetido em julho/2011 a AAPR aberta por neoplasia de reto baixo ypT2N0. Evoluiu 1 ano após o procedimento com abaulamento perineal e dor crônica, com tratamento cirúrgico indicado devido à sintomatologia significativa. Foi submetido em agosto/2014 à hernioplastia perineal laparoscópica, sem intercorrências. Procedimento realizado com 2 trocarteres de 10mm e 2 de 5mm, foi realizada lise de bridas e liberação das alças de delgado aderidas e herniadas no perineo. Após redução das alças, posicionada tela com duas camadas na altura do promontório e fixada com tachas e sutura com Vycril. RESULTADOS: Paciente teve boa evolução pós-operatória, com redução significativa do abaulamento ao exame físico e melhora do controle alérgico. Em tomografia de controle realizada após 6 meses, mantinha mesmo aspecto pós-operatório, sem recidiva da hérnia. CONCLUSÃO: A hernioplastia perineal laparoscópica é segura e eficaz, mesmo em casos cuja primeira cirurgia foi realizada por via aberta. O uso de tela com duas camadas além de diminuir risco de recidiva, possibilidade contato com as alças de forma mais segura.



**VL014 - ASSOCIAÇÃO ENTRE STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS, ENDOCARDITE E O DIAGNÓSTICO DO CANCER COLORRETAL VIA COLONOSCOPIA EM ASSINTOMÁTICO**

NATALIA BARROS PINHEIRO; RAUL CUTAIT; DANILLO DAUD; RAFAEL DE CASTRO SANTANA AROUCA; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER; FELIPE ATTI AKL; ROGER LEME DA SILVA FARIAS  
HOSPITAL SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O câncer colorretal (CCR) é a quarta neoplasia mais comum no mundo na atualidade, com aumento progressivo e rápido desde 1975(1). A associação *S. gallolyticus*, endocardite e CCR foi documentada pela primeira vez em 1951. Os estudos de 1980 já sugeriam que mais de dois terços de pacientes com endocardite *S. gallolyticus* foram posteriormente encontrados com diagnóstico de tumores malignos gastrointestinais (2). OBJETIVOS: Demonstrar um caso da associação da infecção com *Streptococcus gallolyticus* com endocardite e diagnósticos colonoscópicos de câncer colorretal em paciente assintomático do ponto de vista abdominal. RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 84 anos, com antecedentes de endocardite e discite. Admitida para internação devido a quadro de lombalgia, realizado investigação, sendo revelado em hemocultura o *Streptococcus gallolyticus*, mantida internação e seguimento com infectologista para antibioticoterapia e suporte para dor por discite. Evoluiu com endocardite e solicitado colonoscopia para investigação, porém assintomática do ponto de vista abdominal. Realizado colonoscopia que mostrou pólipos sessil de cólon ascendente (0,7 cm) e lesão sessil irregular (1,5cm) em sigmóide; ambas foram ressecadas e a do sigmóide foi tatuada. O exame anatomopatológico mostrou: pólipo de ascendente- adenoma tubular com displasia de baixo grau; pólipo de sigmóide- adenocarcinoma moderadamente diferenciado, grau 2, infiltrando submucosa até 2,5mm (pT1); descontinuidade da camada muscular da mucosa, devido a infiltração neoplásica (tipo B); moderada reação desmoplásica e leve infiltrado linfocitário peritumoral; presença de budding na profundidade da lesão; invasão carcinomatosa linfática presente, focal. Invasões venosas/perineurais não detectadas. Componente de adenoma viloso com displasia de alto grau (atípicas intensas) associado. Limite de ressecção cirúrgica da base da lesão coincidente com neoplasia invasiva. Tendo em vista o risco da doença residual ou do comprometimento linfonodal de 10-15%, foi discutida a indicação de colectomia complementar com a paciente, a família e a equipe assistente, sendo a conduta definida. No estadiamento pré-operatório, com marcadores tumorais negativos (alfa-fetoproteína 5,6; CEA 1,2; CA-125 8,5; CA 15-3 9,7; CA 19-9 12). Realizado, via laparoscopia hemicolectomia esquerda com anastomose colorretal término-terminal por duplo grampeamento na altura do promontório, com colonoscopia intraoperatória: mucosa cólica rósea. Anatomopatológico da peça com ausência de neoplasia invasiva no material examinado; mucosa cólica reativa com lesão ulcerada (mede 1,1 x 0,7 cm) em reparação, correspondendo à área de ressecção endoscópica prévia. Adenoma tubular no espécime com displasia de baixo grau (ati-

plas leves), divertículo cólico, linfonodos livres de neoplasia, com estadiamento final pT1pN0 (00/31). Evoluindo bem com alta hospitalar no 6º PO. Reinterna com nova abordagem cirúrgica no 17º PO para lise de bridas via laparoscopia.

**VL015 - TRATAMENTO DE METASTASES HEPÁTICAS SINCRONICAS COM CANCER COLORRETAL**

DANILO DAUD<sup>1</sup>; NATALIA BARROS PINHEIRO<sup>1</sup>; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER<sup>1</sup>; RAFAEL DE CASTRO SANTANA AROUCA<sup>1</sup>; FELIPE ATTI AKL<sup>1</sup>; RAUL CUTAIT<sup>1</sup>; GABRIELA RIBEIRO RICCIARDI<sup>2</sup>  
1.HOSPITAL SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL;  
2.HOSPITAL MANDAQUI, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O câncer colorretal, é a 2ª causa de morte em mulheres e em homens a terceira. No Brasil o risco estimado é de 13/100 000 em mulheres e 15/100 000 em homens. A metástase hepática é a maior causa de morte nesta doença, com a melhor opção de tratamento; a cirurgia. Em se tratando de metástases hepáticas 25% são sincrônicas e entre 40-50% metacrônicas. Após o diagnóstico do CCR deve-se seguir a investigação da metástase hepática. OBJETIVOS :Demonstrar um caso da neoplasia colorretal com metástase hepática tratada simultaneamente e discutir qual a melhor forma de tratamento de metástases sincrônicas. Metodologia utilizada foi relato de caso. RELATO:- Paciente sexo masculino, 58 anos, com história de há um mês ter iniciado quadro de alteração do hábito intestinal associado a sangramento retal; colonoscopia com lesão ulcerada em reto distal, acometendo metade de sua circunferência, próxima à linha pectínea, cuja biópsia mostrou tratar-se de adenocarcinoma bem diferenciado. Ao avaliá-lo, constatado lesão fixa de reto distal posterior, com cerca de 4 a 5 cm de diâmetro, a 5 cm acima da linha pectínea. Realizado rastreamento com CT de abdome e pelve, revelando tumor de reto distal; (metastases hepáticas segmentos VII e VIII; linfonodomegalia); CEA de 1566 ng/dL; PET/CT revelando hipercaptação do radiofármaco em lesão expansiva no reto (SUV de 1h = 16,2 e de 2h = 20,9); lesões hipoatenuantes hepáticas nos segmentos II e V e em lesões modulares confluentes nos segmentos VII e VIII, estendendo-se até a transição com o segmento VI em áreas focais junto a superfície hepática na transição do segmento hepático IV com o V a direita da vesícula biliar. Colonoscopia com neoplasia de reto médio/ distal que ocupa três quartos da luz do órgão, transponível pelo aparelho. Estadiamento por RM: rmT3cN1. Discutido as possibilidades terapêuticas e optado pela neoadjuvância com posterior cirurgia para ressecção do reto + mesorreto + linfadenectomia pélvica e abdominal + hepatectomia segmentar associada a nodulectomias. Recebeu dose total 25Gy em 5 fracos + FOLFIRINOX 3 ciclos de 3 dias com toxicidade grau 0. No estancamento pós-neoadjuvância de 4 semanas, o toque retal, mostrou diminuição da massa tumoral, que mostrou ao final da lesão com cerca de 2 cm e de acordo com a RM yrm-T3bN1M0. Seguiu-se com a proposta cirúrgica após 4 semanas após o término da neoadjuvância; realizado retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto, com anastomose colorretal baixa e ileostomia temporária de proteção laparoscópica associado

a ressecção hepática vídeo assistida. Anatomopatológico revelou em retossigmoide adenocarcinoma moderadamente diferenciado, neoplasia epitelial imatura caracterizada por proliferação de células colunares com núcleos atípicos formando tabulos e aéreas mucosas. Produto de hepatectomia segmento II, VI e VII metastases de adenocarcinoma. Estancamento final pT3 pN1b pM1a (LN 3/53). Evolui sem intercorrências com alta hospitalar no 6 PO e seguimento ambulatorial.

**VL016 - RETOSSIGMOIDECTOMIA COM ANASTOMOSE COLOANAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA NO TUMOR DE RETO DISTAL**

DRA. VIVIAN SATI OBA BOURROUL1; DR. FABIO PIOVEZAN FONTE2; DR. GUILHERME MUNIZ BOURROUL2; DR. THIAGO BASSANEZE2; DR. HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR2; PROF. DR. RENE CREPALDI FILHO3; PROF. DR. ROGERIO TADEU PALMA1; PROF. DR. JAQUES WAISBERG1  
*1.FMABC/IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.FMABC, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.FMABC/UNINOVE, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Um caso de tumor distal após neoadjuvância em paciente jovem e continente submetida a retossigmoidectomia videolaparoscópica e anastomose coloanal na décima semana após término da radioterapia. Cirurgia didática e sem intercorrências com dissecação do reto até o nível dos esfíncteres por laparoscopia. Tempo perineal com retirada da peça e confecção de anastomose coloanal.

**VL017 - OPERAÇÃO MINIMAMENTE INVASIVA TRANSANAL PARA EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO (ETM) ATRAVÉS DE ACESSO TRANSANAL (TATM) COM USO DA ROBÓTICA E DE OPERAÇÕES ENDOSCÓPICAS TRANSANAIS (TEO) COMBINADAS: PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES1; MARCUS VALADÃO2; MEYLINE ANDRADE LIMA1; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA1; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA1; RODRIGO ARAUJO2  
*1.HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: No tratamento do câncer colorretal, a partir de 1982 Heald propôs padronização da excisão total do mesorreto, com redução importante no índice de recidivas. Apesar disso, o tratamento das lesões do reto inferior ainda permanecem um desafio. Objetivo: Descrever a associação da abordagem robótica por via abdominal - TATA (Transanal Abdominal Transanal Resection), com o acesso transanal utilizando o Transanal Endoscopic Operations - TEO no tratamento do câncer de reto inferior. Método: A TATA realiza o tempo abdominal por robótica e o TEO o tempo perineal, desenvolvendo a excisão total do mesorreto (ETM) por via transanal (TaETM). Resultado: A técnica TaETM foi aplicada em mulher com adenocarcinoma de reto a 5 cm da margem anal que tinha sido submetida à radioquimioterapia. O procedimento foi realizado com um tempo

cirúrgico satisfatório bem como resultado oncológico favorável (ressecção mesorretal grau 3). Paciente obteve alta no segundo dia pós-operatório com seguimento ambulatorial satisfatório. Conclusão: Trata-se de um procedimento minimamente invasivo bastante promissor no arsenal terapêutico do câncer de reto, principalmente em situações de maior dificuldade técnica como pelve estreita, obesidade e lesões do reto distal.

**VL018 - RESSECÇÃO VIA TAMIS DE PÓLIPO DIFÍCIL DE RETO INFERIOR**

ALEJANDRO DANIEL MOREIRA GRECCO; GONZALO ZAPATA; MARIA EUGENIA DE FAVERI  
*HOSPITAL DE CLINICAS DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Os pólipos retais apresentam desafios para o tratamento, especialmente quando eles são grandes ou estão longe da margem anal. É definido como “difícil” para qualquer pólio que devido ao seu tamanho, forma ou localização torna complexa a ressecção endoscópica. A cirurgia mini-invasiva trans anal (TAMIS) surge de implementar a instrumental de laparoscopia para a cirurgia retal. FORMA DE APRESENTAÇÃO: Demonstração em vídeo de técnica cirúrgica. MATERIAIS E MÉTODOS: Nós relatamos um caso de uma mulher 62 anos com antecedentes de mucosectomia (piacemeal) pólio do reto em 2008, 2012 e 2013 com resultados de patologia de adenoma tubuloviloso com displasia moderada em todas as ocasiões. Consulta em 2014, com uma colonoscopia (2014), que informa uma lesão elevada polilobulada desde os 5 até os 10 cm da borda anal ocupando 30% da circunferência retal, sangrante ao contato, com injeção submucosa: “elevação/lifting” negativo. Decidiu-se realizar ressecção via TAMIS de pólio retal. Depois de colocar a porta TAMIS, procede-se a coloração com azul de metileno 1% para identificar claramente a margem da lesão (semelhante a cromo-endoscopia). Em seguida, a lesão e ressecada com margem de mucosa saudável é a parede retal e fechada. RESULTADOS: A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório sem recidiva um ano após a intervenção. A patologia relatou um adenoma viloso com intra-epitelial grau baixo. CONCLUSÃO: Ressecção de pólipos via TAMIS fornece uma alternativa eficaz para o tratamento de pólipos retais difíceis. A coloração com azul de metileno favorece a identificação de lesão durante a cirurgia.

**VL019 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; DANIEL DE CASTILHO  
*HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Vídeo de retossigmoidectomia laparoscópica com anastomose intracorpórea com grampeador circular. Relato do caso: LCS, 65 anos, homem, branco, casado; com queixa de alteração do hábito intestinal e hematoquezia há 7 meses. Antecedente pessoal de hipertensão e colecistectomia convencional. Colonosco-

pia completa até íleo terminal, evidenciando lesão circunferencial estenosante há 25cm da BA, com resultado patológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de sigmoide. Estadiamento clínico-radiológico:T3N0M0. CEA 10. Estadiamento patológico da peça: T3N0M0 (28 linfonodos isolados)

#### **VL020 - COLECTOMIA DIREITA POR VLP COM ANASTOMOSE INTRACORPÓREA**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR; JOAQUIM SIMÕES NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR; SÉRGIO OLIVA BANCI; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA; IVNA HOLANDA VIANA

*CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A videolaparoscopia esta cada vez mais presente em cirurgias colorretais devido às vantagens observadas em relação à cirurgia convencional. Dentre elas, estão os benefícios na resposta imunológica levando a uma permanência hospitalar reduzida associado à baixa morbidade. A evolução da técnica cirúrgica e do próprio cirurgião acontece de forma rápida levando a cirurgias cada vez mais rápidas e menos invasivas, como é o caso da colectomia direita que hoje pode ser feita com anastomose intracorpórea. Objetivo: Apresentar um vídeo onde é realizado uma colectomia direita com anastomose intracorpórea. Técnica Cirúrgica: O preparo intestinal pode ou não ser realizado e o antibiótico é realizado profilaticamente. A ótica de escolha é a de 30 graus sendo posicionada em região supra-umbilical e então são localizados outros dois trocateres sob visão direta em hipocôndrio esquerdo (10-12mm) e em fossa ilíaca esquerda (5mm). A anastomose é iniciada após dissecação e grameamento do íleo terminal e do cólon transversos. Neste momento, as duas alças são posicionadas uma ao lado da outra, permanecendo nesta posição após ponto simples com vicryl 3.0. Realiza-se abertura destas duas alças e realizada anastomose lateral mecânica isoperistáltica. O fechamento da brecha é realizado com ponto contínuo de vicryl 3.0. Em mãos experientes, o tempo cirúrgico se equipara a anastomose extracorpórea e, além disso, os ruídos hidroaéreos aparecem ainda no pós-operatório imediato, permitindo alimentar e dar alta precoce. A peça cirúrgica é exteriorizada por uma incisão de Pfannenstiel de aproximadamente 5cm, após proteção da ferida (em casos de neoplasias). Conclusão: A anastomose intracorpórea possibilita menor dissecação do cólon com liberação mais conservadora do transversos, pois o cólon não precisa ser tracionado externamente para a realização da anastomose. Assim, o tempo cirúrgico é reduzido, o que mantém a peristalse intestinal, e consequentemente introdução de dieta e alta mais precoce.

#### **VL021 - LAPAROSCOPIC EXTENDED RIGHT COLECTOMY WITH INTRA CORPOREAL ANASTOMOSIS**

SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; RODRIGO AMBAR PINTO; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; SERGIO EDUARDO ARAUJO; IVAN CECCONELLO

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

Resumo: Introduction: Right colectomy with intracorporeal anastomosis is associated with lower rate of incisional hernia, lower wound infection rate and less postoperative pain in addition to better cosmetic effect. Objective: To show the treatment of a patient with proximal transverse colon cancer who underwent laparoscopic extended right colectomy with intracorporeal anastomosis. Detailing the technical and discussing benefits of this method. The video shows the case of a 65 years old female with history of modification of bowel habit and abdominal pain for the last six months. She had a body mass index of 37, and previous cesarean section and cholecystectomy. Colonoscopy showed a 6 cm tumor in proximal transverse colon. Patient underwent right hemicolectomy VLP with intracorporeal anastomosis. Results: Procedure initiated with passage of 5 trocars. Dissection of the right colon was made medial to lateral. High ligation of ileocolic and medial colic vessels were performed. Intracorporeal anastomosis was made isoperistaltic side to side with 60 mm stapler. Bowel orifice was closed with laparoscopic hand-sewn non-interrupted suture lines. The specimen was removed by Pfannenstiel incision. Procedure was uneventful and lasted 200 minutes. No blood loss. Patient had no postoperative complications and was discharged five days after surgery. Conclusion: Laparoscopic right colectomy with intracorporeal anastomosis was done safely and with good oncologic, functional and cosmetic outcomes.

#### **VL022 - O USO DA NAVEGAÇÃO NA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA COLORRETAL: UMA NOVA FERRAMENTA DE IMAGEM EM TEMPO CIRÚRGICO REAL**

LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; GUSTAVO BOTEGA SOUZA; EUVALDO JORGE SILVA FILHO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A videolaparoscopia no campo da cirurgia colorretal vem ganhando cada vez mais novos recursos para melhorar tanto a qualidade cirúrgica como também a ergonomia do cirurgião. Desta forma no campo da imagem, as melhorias técnicas para se adquirir visibilidade melhor e mais precisão do ato cirúrgico vão surgindo. Com isso, os neurocirurgiões em colaboração com os engenheiros criaram um sistema de navegação que é usado há mais de 20 anos. Esse sistema foi criado primeiramente com DW Roberts em 1986 e vem sendo usado em grande escala no meio Neurocirúrgico, com grande precisão e acurácia. Já no início desse ano Atallah et al descreveram a primeira utilização desse dispositivo de navegação fora da neurocirurgia ou seja realizando uma cirurgia transanal (TAMIS -TME) o que seria então seria uma primeira publicação da utilização da estereotaxia para realização de uma cirurgia abdominal laparoscópica, uma retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto. Objetivo: Utilizar

o dispositivo de navegação como forma de melhorar a qualidade da dissecação cirúrgica. Método: Apresentação de um vídeo editado contendo a utilização do navegador para visualização de algumas estruturas em uma retossigmoidectomia. Resultados: Após o posicionamento do paciente realizamos a cali-bração do navegador atreves de pontos fixos determinados previamente na tomografia. Utilizamos a antena principal do navegador (receptora) e a antena que fica acoplada na pinça de dissecação. A partir de então realizamos a cirurgia como de rotina com a visualização em tempo real das estruturas anatômicas. Conclusão: A utilização do navegador pode ser um passo importante para aquelas cirurgias complexas com estruturas importantes envolvidas em que no ato operatório essas não podem ser identificadas e dessa forma pode-se evitar lesões inadvertidas.

#### **VL023 - EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO POR CIRURGIA ROBÓTICA NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE RETO APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE**

CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; GUILHERME CUTAIT COTTI; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A utilização da cirurgia robótica representa uma alternativa de acesso minimamente invasivo com supostas vantagens adicionais de visualização e manuseio das pinças, além de ergonomia para o cirurgião. Na cirurgia colorretal, advoga-se que o robô possa facilitar a dissecação do reto e, desta forma, facilitar a execução da excisão total do mesorreto. Objetivo: Demonstrar a técnica de excisão total do mesorreto com emprego da cirurgia robótica numa paciente portadora de adenocarcinoma de reto extraperitoneal após quimiorradioterapia neoadjuvante. Procedimento: A técnica empregado utilizou o tratamento cirúrgico combinando a laparoscopia (para o tempo abdominal da cirurgia) e a robótica (para a excisão total do mesorreto). A cirurgia inicia-se com a confecção de pneumoperitônio fechado e colocação dos portais sob visão direta. O tempo abdominal foi realizado por laparoscopia. Abordagem medial do cólon com ligadura dupla da veia mesentérica inferior em sua origem e secção, descolamento do mesocólon esquerdo do retroperitônio com identificação e preservação dos vasos gonadais e ureter. Liberação do mesocólon transversal do pâncreas até o ângulo esplênico. Descolamento intercoloepiploico e mobilização completa do ângulo esplênico. Abertura do folheto peritoneal medial junto à bifurcação da aorta para vasos ilíacos e liberação do mesosigmoide e 3 clipagem + secção da artéria mesentérica inferior em sua origem, seguido de liberação da goteira parieto-cólica esquerda. Aproximação e dock do robô: dissecação do reto no plano entre a fascia própria e visceral após abertura da reflexão peritoneal com

excisão total do mesorreto até o nível dos elevadores do ânus, com identificação e preservação dos plexos e nervos hipogástricos superiores e inferiores. Retirada do robô: Secção do reto ao nível do assoalho pélvico com grameador linear cortante laparoscópico. Incisão Pfannenstiel e retirada da peça protegida por saco plástico. Secção do cólon descendente proximal acima dos vasos cólicos esquerdos e colocação da ogiva do grameador circular com pinça de sutura em bolsa. Reinsuflação da cavidade abdominal e confecção de anastomose término-terminal por duplo grampeamento. Teste do borracheiro sem vazamentos, Exteriorização do íleo terminal na fossa ilíaca direita e drenagem da pelve por contra-abertura. Retirada dos portais sob visão direta, sem sangramentos.

Conclusão: embora de emprego ainda pouco freqüente em nosso meio, a realização da excisão total do mesorreto por cirurgia robótica demonstra-se factível, com excelente visualização das estruturas pélvicas e facilidade de trabalho na pelve, pela ampla liberdade de movimento das pinças articuladas.

#### **VL024 - TEO/TEM EM TUMOR RECIDIVADO RETAL APÓS CIRURGIA DE HARTMANN**

UNIVALDO ETSUO SAGAE1; DORYANE MARIA DOS REIS LIMA2; GUSTAVO KURACHI2; HELIN MINORU MATSUMOTO2; IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO2; VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE3; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA1; TOMAZ MASSAYUKI TANAKA1

*1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Cirurgia endoscópica transanal (TEO/TEM) tem indicação para neoplasias benignas e malignas pequenas, T1 / T2, com histologia diferenciado com intenção curativa. OBJETIVO: Vídeo ilustrativo de cirurgia demonstrando amputação perineal de reto em neoplasia recidivada de coto retal pos cirurgia de Hartmann em um paciente com alto risco cirúrgico com limitação clínica para cirurgia de maior porte. Paciente G.S., sexo masculino, 90 anos com risco cirúrgico ASA III com diagnóstico de câncer retal a 10 cm da borda anal estadiamento TII N1 M0. A eletromanometria anorretal com hipotonia severa do esfíncter anal submetido a cirurgia de Hartmann há 18 meses por videolaparoscopia e adjuvancia. Decidiu-se, então, por cirurgia endoscópica transanal (TEO) devido ao alto risco cirúrgico. A cirurgia foi realida com sangramento de 30 ml e tempo cirúrgico de 70 minutos. Evoluiu bem, teve alta no 2 pos operatório. O anatomopatológico veio negativo para neoplasia. CONCLUSÃO: Em casos selecionados, cirurgiões experientes podem realizar a exérese do reto via transanal com equipamentos adequados cujo acesso é fácil, visão melhor, menos trauma, com peças adequadas e melhor recuperação pós operatória.

**VL025 - ANASTOMOSE INTRACORPÓREA EM PACIENTE SUBMETIDO A COLECTOMIA DIREITA EXTENDIDA POR NEOPLASIA DE CÓLON TRANSVERSO AVANÇADA**

CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA; LUSMAR VERAS RODRIGUES; STHELA MARIA MURAD REGADAS; JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA; ADRYANO GONÇALVES MARQUES; SAULO SANTIAGO ALMEIDA; MANOEL ÍTALO PIMENTEL SANTOS LOPES; FRANCISCO WENDEL DE SOUSA ARRUDA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Vários estudos prospectivos e randomizados demonstraram a equivalência oncológica de colectomia laparoscópica e aberta para câncer de cólon. A cirurgia laparoscópica para a neoplasia de cólon direito engloba uma variedade de técnicas, sendo a dissecação e a ligadura vascular intracorpóreas com anastomose extracorpórea, esta última confeccionada através de uma mini laparotomia, a técnica mais realizada. Contudo, em pacientes obesos ou com mesocólon curto, a anastomose extracorpórea pode representar um verdadeiro desafio. Além disso, a anastomose intracorpórea evita a tração do mesocólon e diminui o risco de torção acidental da íleo-transverso anastomose. Objetivo: demonstrar a técnica cirúrgica detalhada da confecção de uma íleo-transverso anastomose totalmente laparoscópica após colectomia direita estendida em um paciente com diagnóstico de neoplasia de cólon transverso avançada. Método: Anastomose intracorpórea após colectomia direita estendida laparoscópica em um paciente do sexo masculino, 67 anos com diagnóstico endoscópico e tomográfico de neoplasia de cólon transverso proximal avançada. Após a realização da colectomia direita estendida laparoscópica, seguindo os preceitos oncológicos, realizou-se a dissecação do íleo terminal e do cólon transverso com bisturi harmônico, nos locais previamente estabelecidos para realizar a secção dos mesmos. Secção do íleo terminal com endogrampeador 45mm – carga branca. Aproximação do íleo terminal ao cólon transverso com ponto de reparo – seda 3,0. Secção do cólon transverso com endogrampeador 45mm, carga verde. Confeção de ponto de reparo com seda 3,0, delimitando o limite distal da íleo-transverso anastomose. Perfuração da parede anterior do cólon transverso e íleo terminal com bisturi harmônico para introdução, nos orifícios criados, do endogrampeador 45mm, com carga verde. Confeção de íleo-transverso anastomose látero-lateral grampeada. Fechamento do orifício criado para introdução do endogrampeador através da sutura manual laparoscópica com seda 3,0. A peça cirúrgica foi retirada através de incisão transumbilical, medindo cerca de 3cm. Resultados: O paciente evoluiu bem, apresentando ruídos hidroaéreos no 2º. dia pós-operatório (PO). A dieta líquida restrita foi introduzida no 2.º PO, com boa aceitação. O paciente recebeu alta no 5º. PO e permanece em acompanhamento ambulatorial sem complicações pós-operatórias. Conclusão: Anastomose intracorpórea é uma abordagem alternativa que pode reduzir alguns dos problemas técnicos associados à anastomose extracorpórea. No caso

em questão, não houve complicações relativas a anastomose ou ferida operatória, diminuindo a morbidade e o tempo de internação hospitalar.

**VL026 - COLECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DE PACIENTE COM SÍNDROME DE LYNCH E CÂNCER COLÔNICO**

MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; ANDRE FONSECA DUARTE; VINÍCIUS LACERDA RIBEIRO; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução e Objetivo: A Síndrome de Lynch constitui desordem hereditária de caráter dominante causada por mutações nas enzimas de reparo do DNA. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de câncer colorretal em idade precoce, além de tumores em outros órgãos. Foi objetivo do presente vídeo apresentar a técnica operatória empregada para tratamento de paciente com Síndrome de Lynch. Método: os autores descrevem o passo a passo de colectomia total com íleo-reto anastomose realizada por via laparoscópica. Trata-se de paciente do sexo feminino de 28 anos de idade que apresentava neoplasia em cólon direito sem evidência de metástases. Resultados: Com a paciente em posição de litotomia modificada, sondagem vesical e gástrica, realizou-se pneumoperitônio com técnica fechada na cicatriz umbilical. Após introdução da ótica de 30 graus neste local, introduziram-se outros 4 trocátes nos quadrantes abdominais. Iniciou-se o procedimento no cólon direito, progredindo em direção ao cólon transverso, descendente e sigmóide. Os segmentos colônicos foram inicialmente desvascularizados e depois mobilizados. As medidas de controle vascular foram efetivadas com o emprego de pinça seladora Harmonic Ace plus 7, possibilitando dissecação e hemostasia seguras durante o procedimento. Após ressecção de todo o cólon por incisão de Pfannenstiel, realizou-se anastomose mecânica entre o íleo terminal e o reto. Teste negativo da anastomose. A paciente teve alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório sem intercorrências. O exame anátomo-patológico revelou adenocarcinoma T3N0. Conclusões: a realização de colectomia total por vídeo-laparoscopia constitui procedimento de grande porte e grande complexidade técnica. Entretanto, quando executada por equipes experientes, prevê vantagens importantes na recuperação a curto prazo dos doentes.

**VL027 - COLECTOMIA E HEPATECTOMIA SEGMENTARES LAPAROSCÓPICAS NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE CÓLON DIREITO METASTÁTICO**

FÁBIO GUILHERME CAMPOS<sup>1</sup>; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO<sup>2</sup>; JAIME PIROLA KRUGER<sup>1</sup>; RODRIGO DUMARCO<sup>1</sup>

*1. HOSPITAL NOVE DE JULHO, SAO PAULO, SP, BRASIL;  
2. FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: o fígado é o local mais comum de metástase colorretal. Ao diagnóstico, cerca de 25% dos pacientes têm metástases hepáticas sincrônicas. Há varias abordagens

possíveis, entre elas a ressecção simultânea das lesões. Objetivo: demonstrar a ressecção simultânea de um tumor de cólon direito e da metástase hepática por via laparoscópica. Método: O presente vídeo apresenta o tratamento cirúrgico por vídeo-laparoscopia (VL) de paciente portadora de neoplasia de cólon direito aos 43 anos de idade, com sintomatologia há 6 meses. A tomografia pré-operatória revelou a presença de metástase hepática em segmentos II/III do fígado. Resultado: A paciente foi operada em decúbito dorsal horizontal, com sondagem vesical e nasogástrica. O acesso à cavidade foi feito pela colocação de 5 trocártes (10 mm na cicatriz umbilical, 10/12 mm no HCD e HCE e 5mm nas fossas ilíacas D e E. No inventário da cavidade observou-se a presença da metástase observada radiologicamente, além da leão colônica e gânglios mesentéricos. Iniciou-se o procedimento hepático pela delimitação do segmento lateral a ser ressecado, com pinça seladora. A dissecação através desta linha possibilitou a introdução de endographeador linear cortante laparoscópico, que fez a secção do parênquima hepático e sua dissecação. Revisão da hemostasia e separação da peça. A colectomia segmentar direita foi iniciada pela exposição do mesocólon direito, com ligaduras vasculares dos vasos ileoceco-apêndico cólicos e do ramo direito dos vasos cólicos médios. Prosseguiu-se a dissecação do cólon transversal proximal e ângulo hepático até atingir a região do cólon ascendente e ceco, promovendo-se a mobilização total do cólon direito. Em seguida abriu-se a cavidade abdominal por incisão mediana pequena transumbilical de cerca de 4 cm por onde o cólon direito foi exteriorizado (juntamente com a peça hepática) e preparado para anastomose extra-corpórea. Após secção do ileo terminal e do cólon transversal proximal, ressecou-se a peça e o trânsito intestinal foi restabelecido por meio de anastomose látero-lateral isoperistáltica com grappleador linear. Fechamento da brecha mesentérica com pontos separados. Restabeleceu-se o pneumoperitônio e procedeu-se à revisão da hemostasia. A paciente apresentou Rha no 2º P.O., sendo realimentada e tendo alta sem complicações no 5º PO após evacuar. Conclusão: Os autores acreditam que o tratamento de afecções colo-retais malignas pela VL propicia maior conforto, recuperação mais rápida das funções fisiológicas e retorno precoce às atividades laborativas. A realização simultânea de ressecções hepáticas deve ser restrita a casos selecionados e por equipes experientes.

**VL028 - OPERAÇÃO TRANSANAL ENDOSCÓPICA COM**  
JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; ROGERIO SERAFIM PARRA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; BRUNO ZENNE MOTTA; ENRICO SFOGGIA; OMAR FERES

*FM RIBEIRÃO PRETO USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*  
Resumo: Desde 2003 realizamos excisões locais de lesões retais por operações transanais endoscópicas com proctoscópio cirúrgico ao que denominamos “ribeiroscópio” em homenagem ao local onde foi projetado e construído. Já foram realizadas mais de 180 operações transanais ano longo desses 12 anos, a maior parte delas para o câncer retal seja

com indicação primária ou após neoadjuvância, em segundo lugar os adenomas vilosos ou mistos retais. o objetivo deste vídeo é demonstrar os passos técnicos mais importantes do procedimento, iniciando pela exploração retal, dilatação e introdução do aparelho em seguida pela dissecação e excisão das peças cirúrgicas e por fim a sutura das incisões retais, além disso discorrer sobre algumas estratégias táticas oportunas em cada passo. Concluímos que a operação transanal endoscópica com o “ribeiroscópio” é um procedimento com alta eficiência, de baixo custo e deve ser incentivado aos adeptos da técnica pelos seus bons resultados e qualidade de vida aos pacientes.

**VL029 - RETOSSIGMOIDECTOMIA COM EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO VÍDEO LAPAROSCÓPICA E RESSECÇÃO INTERESFINCTERIANA COM ANASTOMOSE COLO ANAL MANUAL PARA TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE RETO BAIXO**

DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; RODRIGO AMBAR PINTO; MARCELO RODRIGUES BORBA; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; MURILO PONCE *FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A retossigmoidectomia com ressecção completa e íntegra do mesorreto tornou-se o tratamento cirúrgico padrão e, associado a terapia neoadjuvante para casos localmente avançados, trouxe melhora na sobrevida e maior tempo livre de doença para portadores de câncer de reto extra peritoneal. A redução da margem distal associada ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas, como o refinamento da técnica de anastomose coloanal, permitiram aumento no número de cirurgias com preservação do esfíncter sem comprometer os resultados oncológicos. Objetivo: Demonstrar o tratamento de um paciente com neoplasia de reto baixo pós neoadjuvância submetido a retossigmoidectomia vlp com ressecção interesfincteriana e anastomose colo anal manual. Métodos: O caso é paciente de 46 anos com história de tenesmo e sangramento há 6 meses. Sem antecedentes familiares ou cirúrgicos. Realizou colonoscopia que mostrou lesão em reto baixo. Estadiamento inicial pela RNM T3N1. Submetido a neoadjuvância a realização de quimiorradioterapia composta por 5-FU 350mg/m<sup>2</sup> IV em bolus D1 a 5 concomitante a radioterapia, na semana 1 e 5 de irradiação. A dose total de radioterapia pélvica é de 4500 Gys com boost tumoral, totalizando 5040 Gys. Depois realizado re-estadiamento 8 semanas após o término da neoadjuvância. Restadiamento mostrou resposta incompleta sendo indicado ressecção cirúrgica. Resultados: O procedimento inicia com passagem de 5 trocateres. Realizado dissecação de medial para lateral com ligadura dos vasos mesentéricos inferiores em sua origem seguido de ligadura da cólica esquerda para completa mobilização do cólon. Realizado excisão total do mesorreto até altura dos elevadores. Tempo perineal inicia-se com exposição do canal anal seguido de cerclagem do reto distal com margem da lesão, após demarcação da área segue com a ressecção interesfincteriana.

Abaixado colon sem tensão seccionado a peça cirúrgica e confecção com pontos separados anastomose colo anal manual. Conclusão: O tratamento do câncer retal é multidisciplinar mas tem no tratamento cirúrgico seu pilar principal para tratamento curativo. A ressecção interesfincteriana permite aumentar a chance de preservação do esfíncter com bons resultados oncológicos, apesar que, quando comparada à ressecção anterior sem ressecção do esfíncter interno, apresenta pior resultado na continência e leva a pequena piora na qualidade de vida.

**VL030 - EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO TRANSSANAL COM AUXÍLIO DO SILS PORT (TAMIS-ETM) PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA DE RETO MÉDIO – RELATO DE CASO**

JULIANA PORTELLA FONTANA; FABIO ALVES SOARES; AQUILES LEITE VIANA; ALEXANDRE GHELLER; MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO; TÂNIA ROSA PEREIRA DA MATA; PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE

*HOSPITAL DE BASE, LAGO SUL, DF, BRASIL.*

Resumo: FONTANA, JP; SOARES, FA; VIANA, AL; GHELLER, A; DO NASCIMENTO, MC; VERSAGE, PFV; DA MATA, TRP. UNIDADE DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DE BASE – BRASÍLIA / DF. Paciente de 49 anos, mulher, com histórico de hematoquezia e alteração do hábito intestinal há 06 meses. Ao exame de toque retal, apresentava lesão em parede posterior do reto, a 4 cm da borda anal. Colonoscopia (15/09/2014): até íleo terminal, e presença de lesão úlcero-vegetante, multilobulada, com pontos de necrose e limites mal-definidos, ocupando 70% da luz em parede ântero-lateral esquerda do reto. Histopatológico: adenocarcinoma invasor, moderadamente diferenciado. Tomografia de abdome com contraste endovenoso (06/10/2014): espessamento parietal do reto médio, acometendo toda circunferência com espessura de 2 cm, discreta densificação da gordura mesorretal. Radiografia de tórax (04/10/2014): normal. CEA (09/04/2014): 3,0 ng/ml. Foi submetida a radioquimioterapia neoadjuvante, com término em 10/03/2015. No dia 11/05/2015 foi submetida à ETM por via transanal com auxílio do SILS Port (TAMIS), sendo a liberação do cólon esquerdo, a mobilização da flexura esplênica e a ligadura dos vasos mesentéricos inferiores realizados no mesmo tempo por VLP. A exérese da peça foi transanal e foi confeccionada anastomose colorretal ultraabaixa grampeada (com EEA HEM 33), colocação de dreno de sucção em pelve e confecção de ileostomia em alça de proteção. Anátomo-patológico (12/05/2015): adenocarcinoma moderadamente diferenciado, 15 linfonodos examinados, 02 comprometidos, margens cirúrgicas livres, ypT3 N1 Mx.

**VL031 - RETOCOLECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM A UTILIZAÇÃO DE PLATAFORMA DE ACESSO ÚNICO (GEL POINT) TRANSSANAL (EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO -TATME)**

PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE; ALEXANDRE GHELLER; FRANCIARA LETHICEA MORAES DA

CUNHA; TÂNIA ROSA PEREIRA DA MATA; JULIANA PORTELLA FONTANA; FABIO ALVES SOARES; MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO; MARIA BIANCA DE LACERDA FERNANDES CÔRTE

*HOSPITAL DE BASE, BRASILIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Expor os detalhes técnicos da retocoliectomia total VLP com acesso transanal, demonstrar uma cirurgia viável e segura. Materiais e Métodos: Paciente com 34 anos, assintomática, submetida a colonoscopia que evidenciou inúmeros pólipos colorretais e em canal anal, sendo ressecados alguns, com diagnóstico histológico de adenomas tubulares. História de polipose adenomatosa familiar na sua forma clássica. Realizado exames para avaliação de manifestações extraintestinais. Decidido por abordagem cirúrgica a qual consistiu em retocoliectomia total VDL. Procedimento realizado sem intercorrências, entretanto no intra-operatório não foi possível confecção de bolsa ileal devido mesentério curto, confeccionado ileostomia protetora. Recebeu alta hospitalar no quarto dia. Conclusão: A utilização da plataforma de acesso único transanal é uma alternativa interessante na retocoliectomia total com excisão total do mesorreto,

**VL032 - AMPUTAÇÃO ABDOMINO-PERINEAL DE RETO COM ROTAÇÃO DE RETALHO DE MÚSCULO RETO ABDOMINAL POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**

RODRIGO GOMES DA SILVA; ADRIANA CHEREM ALVES; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; ANTONIO LACERDA FILHO; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; BERNARDO HANAN; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A amputação abdomino-perineal é indicada para tumores de reto distais com comprometimento do aparelho esfíncteriano. Preconiza-se, para diminuir as chances de recidiva local, a técnica de amputação de reto extraelevadora ou cilíndrica, a qual, no entanto, gera um defeito perineal alargado. O emprego de retalho de músculo reto abdominal representa uma das técnicas descritas no intuito de reduzir os riscos de complicações de ferida perineal, como deiscência e infecção. Objetivo: Este trabalho visa à demonstração da técnica de amputação abdomino-perineal cilíndrica, com rotação de retalho de músculo reto abdominal, por técnica laparoscópica. Método: Trata-se de MCR, 53 anos, sexo feminino, com relato de hematoquezia, há dois anos. Nega alteração do hábito intestinal, dor abdominal ou perda de peso. Ao exame, estado geral regular; abdome globoso, flácido; toque retal com tumoração circunferencial, a 2 cm de borda anal, com comprometimento de esfíncter interno, não estenosante. À colonoscopia, presença de lesão infiltrativa em reto distal, com anátomo-patológico de adenocarcinoma. Ressonância magnética evidenciou invasão da fossa isquiorretal e isquioanal, estendendo-se até mesorreto, sem plano de clivagem com musculatura de assoalho pélvico e linfonodos mesorretais aco-

metidos. Programada a amputação abdomino-perineal, após neoadjuvância. Resultado: Realizou-se amputação de reto cilíndrica por técnica laparoscópica. No tempo abdominal, a bainha do reto abdominal foi dissecada, com liberação de inserção cranial do músculo, para rotação do mesmo e construção de retalho em defeito perineal após ressecção. Evolução pós-operatória satisfatória, com pequena deiscência parcial de pele, sem necessidade de reintervenção e alta hospitalar no 12º dia de pós-operatório. Acompanhamento regular no ambulatório, com ferida perineal em bom aspecto e sem sinais de comprometimento em parede abdominal. Conclusão: A amputação abdomino-perineal representa um dos pilares no tratamento de câncer de reto. Reconhece-se que a recidiva local está associada à margem radial positiva e à perfuração tumoral intraoperatória, o que implica, como necessidade, ressecções mais alargadas. Aliado a isso, a radioterapia determina altos índices de complicações em feridas perineais. O emprego da técnica descrita mostrou-se como um meio eficaz e viável, por laparoscopia, na reconstrução perineal, objetivando-se a redução de complicações locais.

#### **VL033 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO SINUS PILONIDAL (E. P. SI.T.) VÍDEO**

VANESSA MEDEIROS LOUREIRO

*HOSPITAL PRONCOR GERAL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O sinus pilonidal é um processo inflamatório crônico recidivante que ocorre com frequência na região sacrococcígea. O tratamento é eminentemente cirúrgico envolvendo diversos tipos de abordagem e ressecções mais ou menos extensas, nem sempre com resultados satisfatórios. Com o intuito do aprimoramento terapêutico, técnicas minimamente invasivas, por meio de fibroscópio, têm sido propostas para o tratamento daquela afecção<sup>1-3</sup>. Objetivo: Este estudo tem como objetivo avaliar o resultado inicial de tratamento endoscópico do sinus pilonidal (E.P.Si.T), compilado da literatura<sup>1-3</sup>, ilustrar a técnica cirúrgica, bem como descrever a modificação proposta de uso de pinça de biópsia endoscópica para retirada dos pelos e o uso de selante de fibrina. Método e paciente: Paciente do sexo masculino, 42 anos e 105 kg, com sinus pilonidal, foi operado sob raquianestesia em decúbito ventral. O fistuloscópio foi introduzido pelo orifício de drenagem do sinus, com visibilização e identificação da cavidade fistulosa e seus trajetos laterais. Procedeu-se com a destruição e remoção de todo o tecido de granulação piogênica e, com pinça de biópsia, fez-se a retirada dos tufo pilosos, seguido da revitalização da abertura do sinus para posterior introdução do selante de fibrina. Resultado: O procedimento foi bem sucedido, pois houve completa retirada dos pelos e ablação de todo trajeto do sinus o que proporcionou a completa cicatrização constatada durante o tempo de seguimento de 5 meses. Os artigos revisados reúnem 38 pacientes operados, com a mesma técnica com 35 curas (92%) e 3 recidivas (8%) para um seguimento médio de 9 meses. Conclusão: O resultado, como tem sido demonstrado, foi satisfatório e sugere que a técnica

E.P.Si.T, além de ser um procedimento minimamente invasivo e cosmeticamente favorável, oferece modo efetivo para tratar a sinus pilonidal. Referências: 1. Meinero P, Mori L, Gasloli G. Video-assisted anal fistula treatment: a new concept of treating anal fistulas. *Dis. Colon & Rectum*. 2014;57(3):354-9. 2. Milone M, Musella M, Sardo ADS, Bifulco G, et al. Video-assisted ablation of pilonidal sinus: a new minimally invasive treatment – a pilot study. *Surgery*, 2014;155.:562–566. 3. Chia CL, Tay VW, Mantoo SK. Endoscopic pilonidal sinus treatment in the asian population. *SurgLaparoscEndoscPercutan Tech*. 2015 Jun;25(3):95-7. 4. Hjortrup A, Moesgaard F, Kjaergard J. Fibrin adhesive in treatment of perineal fistulas. *Dis Colon Rectum*.1991;34:752-755

#### **VL034 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO CISTO PILONIDAL (E.P.SI.T.): UMA ABORDAGEM MINIMAMENTE INVASIVA**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA; EDUARDO COSTA COBAS; MEYLINE ANDRADE LIMA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA

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

Resumo: Introdução: O cisto pilonidal é um processo inflamatório crônico que ocorre com frequência na região sacrococcígea. É mais comum no sexo masculino com proporção de 3:1 e mais presente na terceira década. O tratamento é eminentemente cirúrgico com diversas formas de realização. A busca de novas tecnologias bem como o tratamento minimamente invasivo tem se tornado a máxima nas rotinas cirúrgicas. A técnica do E.P.Si.T (Tratamento endoscópico do cisto pilonidal) desenvolvida por Meneiro tem se mostrado bastante interessante no tratamento dos cistos pilonidal. Técnica cirúrgica: Paciente em decúbito dorsal sob anestesia. Identifica o orifício de drenagem do cisto, e inicia com a passagem do fistuloscópio estudando o trajeto do cisto. Realiza a seguir a remoção de todo o tecido no interior como os fios de cabelo seguido da cauterização do trajeto. Removido todo o tecido desvitalizado e ampliação da abertura do cisto.

#### **VL035 - VAAFT E LASER(FILAC) NO TRATAMENTO DE FISTULA ANAL**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA; EDUARDO COSTA COBAS; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA

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

Resumo: Introdução: A fistula anorretal é um trajeto epiteliado que estabelece uma comunicação de origem infecciosa entre o reto ou canal anal com a região perianal. Representa a fase crônica do abscesso anorretal. A associação de técnicas cirúrgicas tem potencializado os melhores resultados no seu tratamento. Objetivo: Descrever a técnica de VAAFT empregada conjuntamente com o laser no fechamento do trajeto fistuloso. Técnica: Em maio de 2015, realizamos o uso da técnica do VAAFT juntamente com o uso do laser(Filac) mons-



trando a importância das associações de técnicas cirúrgicas no tratamento de uma patologia complexa que é a fístula anorretal. Conclusão: O tratamento vídeo-assistido da fístula anorretal demonstrou-se factível, seguro e reprodutível. Possibilita estudo direto de todo o trajeto fistuloso conseguindo identificação de trajetos acessórios bem como do orifício interno. A associação das técnicas tem se mostrado uma boa alternativa no tratamento dessa patologia. Mais estudos deverão ser realizados para mostrar o real benefício.

**VL036 - CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA TRANSSANAL (TAMIS) PARA RESSECÇÃO DE LESÃO POR ESPRAIAMENTO LATERAL DE RETO INFERIOR – RELATO DE CASO**

JULIANA PORTELLA FONTANA; FABIO ALVES SOARES; AQUILES LEITE VIANA; ALEXANDRE GHELLER; MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO; LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES; TÂNIA ROSA PEREIRA DA MATA; PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE  
*HOSPITAL DE BASE, LAGO SUL, DF, BRASIL.*

Resumo: FONTANA, JP; SOARES, FA; VIANA, AL; GHELLER, A; DO NASCIMENTO, MC; RODRIGUES, LFM; VERSAGE, PFV; DA MATA, TRP. Paciente de 58 anos, feminino, hígida, assintomática, submeteu-se a videocoloscopia de rastreamento, sendo diagnosticada lesão por espraiamento lateral (LST), acometendo quadrante anterior de reto inferior, com cerca de 3,0 cm em seu maior diâmetro. Biópsia endoscópica demonstrou lesão adenomatosa tubular, com displasia de baixo grau. Ultra-sonografia endorretal tridimensional revelou tratar-se de lesão uTON0. Demais exames de estadiamento não evidenciaram malignização. Foi submetida a ressecção transanal endoscópica com uso de SILS Port sem intercorrências, recebendo alta após 6 horas da cirurgia. Anatomopatológico revelou lesão adenomatosa plana, majoritariamente com displasia de baixo grau, salvo por área central onde havia displasia de alto grau, as margens cirúrgicas foram livres.

**VL037 - SISTEMATIZAÇÃO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA NA DC PERIANAL**

IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA

*H. HELIÓPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença de Crohn perianal (DCP) ocorre em aproximadamente 25% dos pacientes. Esse fenótipo é frequente na doença de localização ileal e colorretal, além disso, é um fator de prognóstico desfavorável em pacientes jovens, sendo elevada a taxa de morbidade com significativa redução da qualidade de vida. A forma de apresentação desta afecção é variável, desde plicomas que necessitam intervenção mínima até a incontinência fecal grave com necessidade de proctectomia com ostoma definitiva. O exame proctológico sob anestesia é considerado o padrão ouro na identificação de fístulas, sinus e abscessos na DCP. Esse método de diagnóstico quando realizado por um cirurgião colorretal experiente apresenta precisão diagnóstica de 90%. Nos pacientes com

dor anorretal e suspeita clínica de abscesso, o EPA com a drenagem do abscesso deve ser indicado de imediato. Objetivo: Descrever a sistematização cirúrgica no tratamento da DCP. Método: Apresentação de um vídeo com sistematização técnica da cirurgia realizada em um centro de referência em DII. Conclusão: Atualmente, indica-se a cirurgia no início da abordagem terapêutica em todo paciente com DCP, principalmente na doença fistulizante, para a realização de procedimentos tais como a ressecção de plicomas sintomáticos, curetagem dos trajetos fistulosos e a locação de sedenho de drenagem. O alvo dessa conduta é a preservação da função anarretal.

**VL038 - COLITE FULMINANTE EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN - TRATAMENTO CIRÚRGICO POR LAPAROSCOPIA**

MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; THAÍS PEREIRA; ANDRE FONSECA DUARTE; RODRIGO AMBAR PINTO; SERGIO EDUARDO ARAUJO; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A colite fulminante é uma complicação grave das doenças inflamatórias intestinais, com risco à vida. Tipicamente o paciente apresenta diarreia com enterorragia e dor abdominal. Para um adequado tratamento é necessário o manejo em regime de internação hospitalar com otimização dos parâmetros clínicos e nutricionais, para determinar o melhor momento para a cirurgia, se ela se fizer necessária. Objetivo: Apresentar o tratamento cirúrgico laparoscópico de paciente com doença de Crohn com colite fulminante após estabilização clínica e otimização nutricional. Método: Trata-se de paciente do sexo feminino de 27 anos, com diagnóstico de doença de Crohn em cólon há 2 anos, que chegou no serviço de emergência com queixa de 10 evacuações/dia e enterorragia, exames de entrada com Hb 4,0, PCR 188 e albumina de 1,9 além de apresentar lesões compatíveis com pioderma gangrenoso. Optado por internação hospitalar para otimização do tratamento medicamentoso com corticoide, mesalazina via oral e enema, nutrição parenteral e transfusão de hemocomponentes. Após melhora clínica realizou colonoscopia que mostrou estenose do sigmóide, com impossibilidade de progressão do aparelho, presença de edema e enantema, com úlceras rasas e profundas que se estendem até a linha pectínea. A enterotomografia descartou comprometimento de intestino delgado e não revelou nenhuma outra complicação, como coleções ou fístulas. Após duas semanas, com melhora clínica, albumina de 3,5, Hb de 10,6 e três evacuações por dia, com diminuição dos episódios de sangramento, paciente foi submetida a colectomia total videolaparoscópica com ileostomia terminal. Resultados: Realizado acesso laparoscópico através da colocação de 5 trocáteres. Fez-se a abordagem médio-lateral, iniciada com o tratamento do tronco íleocecoapendicocólico, prosseguindo com a liberação do cólon direito, secção do mesocólon transversal com ligadura dos vasos cólicos médios e ramos seguido de abordagem da veia e artéria mesentérica in-

ferior com liberação de todo o cólon esquerdo e sigmóide. Realizado incisão de Pfannenstiel para secção do reto alto com grameador curvo cortante e por onde foi retirada a peça cirúrgica. Não foi observado comprometimento de intestino delgado durante a cirurgia pela doença de base. Paciente evoluiu favoravelmente no pós-operatório, sem necessidade de cuidados intensivos, com boa adaptação à ileostomia. Recebeu alta no 9º pós-operatório, em uso de mesalazina e prednisona, com tratamento local do reto com enema de mesalazina. Programação de reabordagem para proctectomia e reconstrução do trânsito com bolsa ileal. Conclusão: O acesso laparoscópico em pacientes com doença de Cronh é factível com bons resultados funcionais e cosméticos, no entanto algumas particularidades devem ser observadas, como maior cuidado na manipulação durante o tratamento do mesocólon devido a friabilidade que ocorre na doença inflamatória.

#### **VL039 - PROCTOCOLECTOMIA COM BOLSA ILEAL LAPAROSCÓPICA PARA RETOCOLITE REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CLÍNICO**

MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; THAÍS PEREIRA; ANDRE FONSECA DUARTE; RODRIGO AMBAR PINTO; SERGIO EDUARDO ARAUJO; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Com os avanços na terapia medicamentosa para as doenças inflamatórias intestinais, houve uma redução de complicações como sangramento, perfuração e obstrução. Cerca de 30% dos pacientes com retocolite ulcerativa irão precisar de uma ressecção cirúrgica. O desenvolvimento de técnicas de preservação do esfíncter tem feito com que a cirurgia seja uma opção interessante para os pacientes que não obtiveram resposta ao tratamento clínico medicamentoso. Objetivos: Demonstrar o tratamento cirúrgico de um paciente com retocolite ulcerativa refratária ao tratamento clínico submetido a proctocolectomia total com confecção de bolsa ileal por laparoscopia. Método: Apresenta-se o caso de um paciente do sexo masculino de 42 anos, com diagnóstico de retocolite ulcerativa há 6 anos, em uso de Mesalazina 3g/dia e Azatioprina 600mg/dia, porém sem melhora dos sintomas, com 16 evacuações/dia e alguns episódios de enterorragia, sem instabilidade hemodinâmica. Já havia feito uso de corticóides e anti-TNF previamente, sem melhora. Além disso, os últimos exames laboratoriais mostraram piora das enzimas hepáticas, sugerindo hepatotoxicidade medicamentosa. Assim, foi optado por tratamento cirúrgico. No momento da internação para

a cirurgia, o paciente encontrava-se com IMC 18kg/m<sup>2</sup>, Hb 9,9, albumina de 3,3. A colonoscopia mostrava retocolite ulcerativa com pancolite intensa em atividade e formações polipoides em reto (pseudopólipo inflamatório). Resultado: Foi realizado o acesso laparoscópico através da colocação de 5 trocâteres: 10mm na cicatriz umbilical para a óptica, 5mm em hipocôndrio direito e em fossa ilíaca esquerda e 11mm em hipocôndrio esquerdo e fossa ilíaca direita. Fez-se a abordagem médio-lateral, iniciada com o tratamento do tronco íleo-cecoapendicocólico, prosseguindo com a liberação do cólon direito, secção do mesocólon transversal com ligadura dos vasos cólicos médios e ramos e, finalmente, abordagem da veia e artéria mesentérica inferior com liberação de todo o cólon esquerdo, sigmóide e dissecação do mesorreto. Realizada a secção do reto com grameador curvo cortante por incisão de Pfannenstiel e do íleo terminal com grameador linear cortante. Confeção de bolsa ileal em J com grameador linear cortante e realizada a anastomose com o canal anal sob visão laparoscópica por duplo grampeamento. Trânsito derivado através de ileostomia em alça. O procedimento foi realizado em 272 min, com tempo de anestesia de 360 min, sem necessidade de transfusão de hemoderivados e uso de droga vaso ativa. Introduzido dieta no IPO e o tempo de internação foi de 7 dias. Relatório anátomo-patológico: colite crônica intensa em atividade, erosiva, associada a hiperplasia linfóide reacional, pólipo inflamatório, ileíte crônica moderada em atividade. Conclusão: A proctocolectomia laparoscópica em pacientes com retocolite ulcerativa pode ser realizada com segurança com bons resultados funcionais e cosméticos que influenciam diretamente na qualidade de vida do paciente.

#### **VL040 - VIDEOCIRURGIA NA DOENÇA DIVERTICULAR COMPLICADA**

RUBENS VALARINI; ALVARO STRADIOTTO STECKERT; BRUNO SABAYOSHI LARA SHIMIZO  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Paciente do sexo masculino com 57 anos de idade, apresentou 2 episódios de diverticulite aguda moderada, com intervalo de 5 meses, sendo tratado clinicamente com antibióticos, com melhora do quadro nos dois episódios. Passados aproximadamente 12 meses o paciente iniciou com sintomas de infecção urinária, disuria e episódios de febre. Os exames laboratoriais confirmaram o quadro infeccioso. A suspeita era de fistula colo-vesical, foi solicitada ressonância magnética de abdome que confirmou a suspeita. Foi indicada cirurgia de ressecção do cólon sigmóide por videolaparoscopia.

## TEMAS LIVRES

### TL001 - RESGATE DAS RECIDIVAS LOCAIS DAS NEOPLASIAS DE RETO TRATADAS COM QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E RESSECÇÃO LOCAL

RODRIGO OLIVA PEREZ; ANGELITA HABR GAMA; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; BRUNA BORBA VAIALATI; JOAQUIM GAMA RODRIGUES; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A microcirurgia endoscópica transanal (TEM) é uma alternativa para pacientes selecionados após realização de radioquimioterapia neoadjuvante (RQT) para neoplasia de reto. A realização de abordagem local pode garantir bom resultado oncológico, com menor morbidade e evitar um número significativo de proctectomias desnecessárias. A presença de fatores patológicos desfavoráveis na peça cirúrgica da ressecção local pode indicar alto risco de doença microscópica residual no mesorreto. Assim sendo, nestas situações poderia estar indicada a excisão total do mesorreto (ETM) complementar “profilática” mesmo que na peça cirúrgica da ETM não se confirme doença residual microscópica. Por essa razão, uma alternativa à ETM complementar “profilática” seria o acompanhamento dos pacientes reservando a ETM de resgate somente aos que apresentarem recidiva local durante o seguimento. Objetivo: Avaliar os resultados oncológicos da ETM de resgate em recidiva local após TEM em pacientes com neoplasia de reto e resposta incompleta a RQT. Métodos: Foram revisados todos os pacientes submetidos à RQT neoadjuvante para neoplasia de reto seguida de ressecção local por TEM em uma única instituição. O tratamento foi indicado aos pacientes com resposta clínica incompleta a RQT e com lesões  $\leq 3$ cm e cT1-2N0. Nenhum paciente foi submetido à ETM complementar “profilática” no período de seguimento. Nos casos de recorrência local exclusiva, foi realizada ETM de resgate. Foram revisados o tipo de cirurgia e achados de anatomia patológica. Os pacientes com recidiva local exclusiva foram comparados com os demais com o objetivo de identificar fatores preditivos de recorrência. Resultados: 53 pacientes consecutivos foram submetidos a RQT seguida de ressecção local por TEM. O estadiamento foi ypT0 em 9 (17%), ypT1 em 9 (17%), ypT2 em 23 (43%) e ypT3 em 12 casos (23%) e em 36 casos foram evidenciados critérios anatomopatológicos de prognóstico desfavorável. Nove pacientes desenvolveram recorrência local e todos eles apresentavam ao menos um critério patológico na peça da ressecção local de prognóstico desfavorável. Oito pacientes realizaram ETM de resgate (amputação abdominoperineal em 87% dos casos), 7 deles com margem circunferencial positiva (CRM+) (87%). Quatro apresentaram nova recorrência local em intervalo médio de 36 meses. A sobrevida livre de doença após resgate em 2 anos foi de 60%. Fatores preditivos independentes de recorrência local, avaliados na peça cirúrgica da ressecção por TEM, foram in-

vasão linfovascular ( $p=0,01$ ) e invasão perineural ( $p=0,02$ ). Conclusão: A cirurgia de resgate em pacientes com recorrência de neoplasia de reto tratados RQT e ressecção local por TEM está associada a altas taxas de CRM+ e de nova recorrência local. A indicação de ETM profilática complementar deve ser considerada em pacientes submetidos à ressecção local por TEM que apresentem fatores preditivos de recorrência local exclusiva.

### TL002 - “COLOSTOMIA PERINEAL”: ALTERNATIVA PARA PRESERVAÇÃO ESFINCTERIANA EM TUMORES DE RETO BAIXO

BELISA GOMES MÜLLER; PAULO DE CARVALHO CONTU; DANIEL DE CARVALHO DAMIN; TIAGO LEAL GHEZZI; CLÁUDIO TARTA; FERNANDO LUIZ ZANCHET JUNIOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O procedimento de “pullthrough” foi inicialmente descrito por Cutait e Turnbull em 1961 e significa, literalmente, a exteriorização do cólon através do ânus. Uma de suas modificações, a colostomia perineal com anastomose coloanal retardada, é um procedimento de exceção utilizado para tumores de reto baixo, nos quais a anastomose colorretal não é factível ou segura. Série de Casos: Trazemos aqui a experiência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com a colostomia perineal. Três pacientes masculinos, com idades entre 33 e 57 anos foram operados utilizando a técnica. Todos com neoplasia de reto baixo, sem evidência de metastases à distância e submetidos à neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia. O procedimento: Após realização da retossigmoidectomia abdominal baixa, sem ressecar musculatura esfinteriana, o coto colônico proximal é exteriorizado através do ânus. Após um período médio de 7 dias é realizada a ressecção da porção isquêmica e anastomose coloanal. Evolução dos casos: Todos os pacientes permaneceram com boa continência fecal. Um dos pacientes não teve qualquer complicação pós-operatória. O segundo paciente apresentou quadro de abscesso tardio pré-sacral (com diagnóstico 4 meses após a cirurgia, durante adjuvância com quimioterapia), e teve boa evolução com tratamento conservador com antibioticoterapia endovenosa. O terceiro paciente apresentou quadro de deiscência parcial (menos de 25% da circunferência) da anastomose e coleção pré-sacral ainda durante a internação. Foi submetido à drenagem e colocação de dreno de Pigtail guiado por tomografia e necessitou de colostomia de derivação para melhor cicatrização da anastomose. Discussão: Apesar da morbidade relacionada ao procedimento e maior tempo de internação a colostomia perineal é um procedimento elegível para pacientes que, de outra maneira, seriam submetidos à amputação de reto com colostomia definitiva. É especialmente atraente para pacientes jovens com boa função esfinteriana.

**TL003 - PAPEL DA SOLUÇÃO REVELADORA DE LINFONODOS NO AUMENTO DO NÚMERO DE LINFONODOS OBTIDOS EM ESPÉCIMES CIRÚRGICOS DE CÂNCER COLORRETAL**

RODRIGO GOMES DA SILVA; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO; MONICA DEMAS ALVARES CABRAL; STANLEY DE ALMEIDA ARAUJO; SORAYA RODRIGUES ALMEIDA SANCHES; GABRIEL BRAZ GARCIA; LEONARDO MACIEL FONSECA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: A análise adequada dos status linfonodal é um dos parâmetros mais importantes para a obtenção de diagnóstico patológico preciso do câncer colorretal (CCR). Objetivo: O objetivo do presente trabalho foi avaliar o número de linfonodos obtidos em espécimes de ressecção de CCR, antes e após o uso rotineiro de uma solução reveladora de linfonodos. Métodos: Foram estudados os dados de 780 pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de CCR. Os casos foram divididos, cronologicamente, em dois grupos: grupo convencional que incluiu 497 espécimes tratados com métodos convencionais, isto é, sem a utilização de solução reveladora de linfonodos (janeiro de 2000 a julho de 2007) e grupo solução reveladora de linfonodos que incluiu 283 espécimes examinados com o uso rotineiro desta solução (agosto de 2007 a julho de 2012). Resultados: A maioria dos pacientes era do sexo feminino (57,4%) com uma média de idade de 62 anos. Foram obtidos em média 18 linfonodos nas peças cirúrgicas, sendo que em 592 (75,9%) das mesmas foram dissecados 12 ou mais linfonodos. Metástases linfonodais foram observadas em 334 pacientes (42,8%). Foram dissecados 24 linfonodos, em média, no grupo solução reveladora de linfonodos, enquanto que, no grupo convencional foram obtidos 15 linfonodos, em média, nas peças cirúrgicas ( $p < 0,001$ ). No grupo solução reveladora, em 9,2% das peças foram obtidos menos do que 12 linfonodos, enquanto que no grupo convencional essa taxa alcançou 32,6% dos casos ( $p < 0,001$ ). Conclusões: O uso da solução reveladora de linfonodos aumenta o número de linfonodos obtidos em espécimes cirúrgicos de CCR, contribuindo para reduzir o número de casos com menos de doze linfonodos dissecados

**TL004 - BIOCÓMPUESTO COMAÇÃO ANTINEOANGIOGÊNICA SOBRE O ADENOCARCINOMA DE CÓLON**

DANIEL DE CASTILHO; GUILHERME DI CAMILLO ORFALI; ANA CAROLINA BOMBARDI DUARTE; VIVIEN BONADIO; NATÁLIA PERES MARTINEZ; DENISE GONÇALVES PRIOLLI  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O aperfeiçoamento da terapia-alvo é busca incessante no tratamento do câncer humano. Uma das formas utilizadas é a terapia antiangiogênica, justamente por impossibilitar o crescimento tumoral. Em 1787, John Hunter usou pela primeira vez o termo angiogênese. Porém, somente 148 anos depois a angiogênese foi descrita cientificamente através de es-

tudos em placentas de macacas. Em 1975, Folkman aventou a hipótese de que o crescimento tumoral dependia diretamente da angiogênese e, finalmente, em 2003, foram descritos os primeiros resultados positivos do tratamento oncológico baseado na inibição do crescimento vascular, a antineoangiogênese. Com base nesse raciocínio, as pesquisas continuaram e foram sintetizados os medicamentos chamados terapia-alvo, a qual compreende o uso de vacinas, anticorpos monoclonais e compostos antiangiogênicos. Os flavonoides são compostos polifenólicos amplamente distribuídos pelo reino vegetal e encontrados em altas concentrações em alimentos como couve, maçã e cebola. A Quercetina-3-Glicosídeo (Q3G ou Isoquercetina) é um flavonoide que apresenta os mesmos efeitos terapêuticos in vivo da quercetina aglicona, porém com melhor biodisponibilidade. Além de seu importante papel nutricional, os flavonoides possuem ampla atividade farmacológica; no entanto, do melhor de nosso conhecimento, não há estudos que abordem seu potencial antiangiogênico em modelos tumorais. Objetivo: Avaliar o potencial antiangiogênico de derivado flavonoide, obtido por meio da modificação enzimática da rutina em xenoinxerto de adenocarcinoma de cólon humano/HT-29 por meio de análise imunistoquímica de proteína relacionada à inibição do processo angiogênico (VASH). Métodos: Foram utilizados 20 camundongos, com seis a oito semanas de vida, distribuídos aleatoriamente em quatro grupos diferentes – Controle, Q3G, Rutina e Rutina Hidrolisada. Os animais foram inoculados com células tumorais de adenocarcinoma de cólon humano/HT-29 processadas em cultura celular. As drogas testadas foram administradas por gavagem e o volume tumoral monitorado através de mensuração direta por paquímetro. Após eutanásia, o tumor foi fixado em formalina a 10% e incluído em bloco de parafina para estudo histológico e imunistoquímico. A análise dos resultados adotou nível de significância menor que 5%. Resultados: Todos os grupos demonstraram inibição do crescimento tumoral estatisticamente significativa quando comparados ao grupo controle ( $p = 0,001$ ). Notou-se maior expressão de VASH no grupo Q3G ( $p < 0,02$ ). Ao compararmos estes resultados com o gráfico de expressão da VASH, nota-se relação inversamente proporcional entre a expressão desta proteína e o crescimento tumoral. Conclusão: Os flavonoides Q3G, Rutina e Rutina Hidrolisada demonstraram efeito antitumoral. O crescimento tumoral de adenocarcinoma de cólon humano/HT-29 demonstrou relação inversamente proporcional à expressão de VASH. A Q3G demonstrou potencial antiangiogênico por meio do aumento da expressão de VASH.

**TL005 - RESULTADOS FUNCIONAIS APÓS O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE RETO EM 127 PACIENTES OPERADOS**

RODRIGO GOMES DA SILVA; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; LAIS NUNES DANGLA; JULIA ALVARENGA PETROCCHI; ANTONIO LACERDA FILHO; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: A incorporação de técnicas diagnósticas e terapêuticas no tratamento do câncer retal levou a uma melhora significativa nos resultados oncológicos e aumento na sobrevida. Entretanto, a maioria dos pacientes submetidos a cirurgias preservadoras do esfíncter para tratamento do câncer retal ainda enfrenta um conjunto de graves alterações funcionais do intestino no pós operatório, conhecida como Síndrome após a Ressecção Anterior do Reto. Métodos: Foram estudados 127 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico do câncer de reto no em hospital terciário e avaliados quanto a presença de incontinência anal, urgência evacuatória, re-evacuação e aumento da frequência evacuatória. Resultados: Noventa pacientes (79,9%) apresentaram pelo menos um dos sintomas. Os pacientes submetidos a Excisão Total do Mesorreto (ETM) apresentaram piores resultados em relação a Excisão Parcial do Mesorreto (EPM) em todas as variáveis. A re-evacuação foi a alteração mais frequente, chegando a 96,2% nos pacientes submetidos a ETM. A maioria dos pacientes (58,3%) relatou piora na qualidade de vida devido ao funcionamento intestinal. Conclusão: As alterações funcionais do intestino tem alta prevalência após a cirurgia para tratamento do câncer de reto, principalmente após a ETM, causando grande impacto negativo na qualidade de vida destes pacientes.

#### TL006 - O VALOR DO PET-CT NO SEGUIMENTO ONCOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL

LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI; ANDREA PECCI; NATHALIA LINS PONTES VIEIRA; KARINA DAGRE MAGRI; PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELARIA; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; MARCOS HENRIQUE DE ANDRADE ZANONI; CHIA BIN FANG SANTA CASA - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: aproximadamente 30% a 40% dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico do adenocarcinoma colorretal com intenção curativa evoluem com recidiva da doença nos primeiros dois anos de seguimento. Acredita-se que a detecção precoce da recidiva tumoral aumenta a sobrevida por possibilitar indicação de tratamento cirúrgico radical. O seguimento clínico pós operatório é realizado principalmente com a mensuração dos níveis séricos do CEA, colonoscopia e exames de imagem como Tomografia Computadorizada, ressonância nuclear magnética e pet-ct. A tomografia com emissão de pósitrons tem a capacidade de detectar não só a atividade metabólica da doença como características morfológicas da recidiva tumoral. Nos últimos anos, a literatura vêm demonstrando boa acurácia diagnóstica do pet-ct associada a mudança de conduta com consequente impacto no prognóstico. No entanto, faltam estudos que avaliam o impacto da realização do pet-ct e de suas implicações no manejo clínico após resultados positivos na sobrevida global do paciente. Objetivo: avaliar a acurácia do pet-ct no diagnóstico da recidiva tumoral método: realizada análise prospectiva no período de 2014-

2015 dos pacientes submetidos a realização de pet-ct após tratamento cirúrgico do tumor primário de adenocarcinoma. Os pacientes com pet-ct positivo, após avaliação clínica foram submetidos a um dos seguintes tratamentos: observação clínica, quimioterapia paliativa ou tratamento cirúrgico da recidiva local ou a distancia. Neste último grupo, a avaliação histológica do espécime cirúrgico foi utilizada para confirmar ou não o resultado do pet-ct e avaliar assim sua acurácia. A sobrevida global de cada grupo foi também avaliada. resultados: dos 17 pacientes submetidos a realização do pet-ct com resultado positivo, 10 eram do sexo masculino e 7 do sexo feminino. Na maioria dos casos (18,75%), o tumor primário estava localizado no cólon sigmoide e 87% dos casos apresentavam histologia do tipo túbulo-viloso. 70,5% dos resultados positivos foram comprovados com análise histológica do espécime ressecado ou com o seguimento clínico. O valor preditivo positivo do exame foi de 70,5%. 83% dos pacientes verdadeiros positivos apresentavam CEA superior a 5 e 58% apresentavam SUV superior a 7. Conclusão: o pet-ct não é um exame 100% confiável para o diagnóstico da recidiva do adenocarcinoma colorretal. Os valores de SUV para indicar possível recidiva (cut-piont) ainda devem ser estabelecidos.

#### TL007 - EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO VIA TRANSANAL (TA-TME) – ASPECTOS TÉCNICOS

GUSTAVO BECKER PEREIRA1; LOUISE DE ARAÚJO VIEIRA1; FELIPE DE SOUZA BARROS CORREA2; RODRIGO BECKER PEREIRA2; BRUNO LORENZO SCOLARO2; ISABELA CRISTINA COELHO DA CUNHA3; FANGIO FERRARI4; JULIANO DE PAULA LOBLEIN2

1.UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ/IDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ, SC, BRASIL; 2.UNIVALI, BALNEARIO CAMBORIU, SC, BRASIL; 3.HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ, SC, BRASIL.

Resumo: OBJETIVO: Demonstrar os passos da cirurgia de Excisão Total do Mesorreto via transanal (TaTME). MÉTODOS: Apresentamos TaTME em um paciente com tumor de reto inferior, aos 3 cm da margem anal, com características morfológicas desfavoráveis a dissecação pélvica tradicional: sexo masculino, longelíneo, tumor distal, pelve estreita e com lesão avançada localmente (estadiamento clínico pré-operatório T3N0M0). O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí no dia 4 de maio de 2015 (parecer número 1.047.040). RESULTADOS: Após 8 semanas do término da neoadjuvancia, o paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico. Realizada abordagem via transanal com anoscopia, delimitação da margem distal superior a 1 cm e fechamento do reto com sutura em bolsa. Após secção do reto e dissecação local foi acoplado dispositivo de portal único SILS™ (Covidien, Mansfield, MA, EUA). Utilizado material usual de videocirurgia e dissecado, no sentido caudo-cranial, o mesorreto integro até a altura da reflexão peritoneal, onde por acesso abdominal videolaparoscópico foi realizada a ligadura dos vasos mesentéricos inferiores, liberação da goteira parie-

tocólica esquerda e do ângulo esplênico do cólon. Na região da transição do reto superior e médio foi encontrado o plano dissecado via transanal. Em seguida, foi exteriorizado o segmento via anal, definida a altura de secção, removida a peça e confeccionada anastomose coloanal latero-terminal por grampeamento. Realizada ileostomia em alça em virtude da altura da anastomose e da radioterapia prévia. Realizada drenagem pélvica via abdominal com dreno de Blake. O procedimento cirúrgico teve sangramento mínimo e duração de 5 horas. No pós operatório o paciente teve boa evolução cirúrgica porém apresentou quadro de síndrome compartimental em perna esquerda. O estudo histopatológico da peça teve como resultado um adenocarcinoma com margens livres, mesorreto íntegro e estadiamento pT2pN0 (0/12Lnd). **CONCLUSÃO:** A ressecção total do mesorreto por via transanal é factível e segura, podendo trazer vantagens para casos selecionados, como em pacientes do sexo masculino, obesos, com pelve estreita, longa e tumores distais. Achados estes que dificulta a dissecção anterior com preservação esfinteriana tanto na cirurgia aberta como na videolaparoscópica.

**TL008 - FATORES ASSOCIADOS A ESTOMIA DEFINITIVA EM PACIENTES SUBMETIDOS A RESSECÇÃO ANTERIOR DO RETO PARA CÂNCER RETAL**

RODRIGO GOMES DA SILVA; LEONARDO MACIEL FONSECA; ADRIANA CHEREM ALVES; BERNARDO HANAN; ANTONIO LACERDA FILHO; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: O objetivo deste estudo foi determinar, em coorte de pacientes com adenocarcinoma do reto submetidos à ressecção anterior do reto com intenção curativa e preservação esfinteriana, os fatores associados e a taxa para não fechamento da ileostomia protetora. Foram avaliadas a taxa de morbidade associada à operação para fechamento da ileostomia e a taxa de estomia permanente após longo período de acompanhamento. De 174 pacientes consecutivos com tumores retais em hospital terciário, 92 com diagnóstico de adenocarcinoma do reto foram incluídos no estudo. A idade média dos pacientes foi de 55,6 anos (DP[desvio-padrão]: ±13,6 anos); 71 (77,2%) tinham menos de 65 anos. Houve predominância de homens (53,3%). A ileostomia foi fechada após a ressecção anterior do reto em 62 (67,4%) pacientes, no intervalo mediano de oito meses (IIQ [intervalo interquartil]: 5,0-10,0 meses). Dos que não tiveram a ileostomia fechada, em 17 (56,6%) houve progressão da doença, nove (30,0%) permaneceram em tratamento quimioterápico por mais de 12 meses, dois (6,7%) tiveram comorbidades que impediram a operação e outros dois (6,7%) tiveram complicações associadas à primeira operação. Os resultados da análise multivariada para determinar os fatores associados ao não fechamento da ileostomia identificaram a fistula de anastomose (RP [razão de prevalência] 2,93, IC

95%: 1,23-6,97; p=,015) e metástases sistêmicas (RP: 3,64, IC 95%: 1,75-7,60; p=<,001) como fatores de risco. Dos 62 pacientes que tiveram a ileostomia fechada, 11 (17,7%) exibiram algum tipo de complicação pós-operatória - três tiveram fistula da anastomose e cinco obstrução intestinal - dois com infecção da ferida operatória e um com pneumonia. Desses, oito tiveram o estoma refeito. Todos com complicações pós-operatórias, exceto os com infecção da ferida operatória e pneumonia, foram reoperados e tiveram o estoma refeito. Durante todo o período do estudo (84 meses), dos 92 pacientes avaliados, 54 (58,7%) tiveram o trânsito intestinal reconstruído e 38 (41,3%) permaneceram com estomia definitiva. Os resultados da análise multivariada para determinar fatores associados à não reconstrução do trânsito intestinal mostraram que em pacientes com a ileostomia fechada em vigência de quimioterapia, a prevalência foi 4,21 vezes maior de não reconstrução (IC 95%: 1,003-17,657, p=,049). Fistula de anastomose, metástases e o fechamento da ileostomia durante a quimioterapia são fatores associados à não reconstrução do trânsito intestinal em pacientes com adenocarcinoma do reto, submetidos ao tratamento dessa doença. As implicações da realização de ileostomia após a ressecção anterior do reto não devem ser subestimadas e muitos pacientes podem definitivamente permanecer com uma. É fundamental, então, caracterizar os fatores relacionados ao não fechamento da ileostomia e as complicações associadas, para que, no pré-operatório, os pacientes recebam orientações realistas e não criem falsas expectativas.

**TL009 - TAMIS COM EXCISÃO PARCIAL DO MESORETO E FECHAMENTO PRIMÁRIO DA FERIDA RETAL USANDO VLOC**

PAULO FREDERICO OLIVEIRA COSTA1; EDUARDO FONSECA1; ALEXANDRE LOPES DE CARVALHO2  
*1.HOSPITAL PORTUGUÊS, LAURO DE FREITAS, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGÊS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Cirurgia Minimamente Invasiva Transanal (TAMIS) tem provado ser uma alternativa viável para o tratamento de tumores do reto, porém o fechamento da ferida retal pode ser desafiante. Nós descrevemos nossa experiência com este procedimento utilizando o dispositivo de sutura vloc. Resumo: Oito TAMIS foram realizados com sucesso com o fechamento primário da ferida usando vloc, cinco homens, com idade média de 62 anos, todos os casos tiveram diagnóstico pré-operatório de adenoma com displasia de alto grau. Os resultados anátomo-patológicos pós-operatório demonstraram: 6 adenomas com displasia de alto grau e 2 adenocarcinomas bem diferenciados, limitado ao terço superior da submucosa (pT1SM1), sem invasão linfática ou vascular. Todas as lesões foram ressecadas com margens negativas. Nenhum paciente relatou durante o seguimento dor rectal, incontinência fecal ou sangramento. Conclusão: O uso de vloc no fechamento da ferida retal durante TAMIS é seguro e facilita o procedimento.

#### TL010 - OBSTRUÇÃO DO COLO DIREITO POR FITOBEZOAR

SAMELA OLIVEIRA SANTOS<sup>1</sup>; CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS<sup>2</sup>

1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL; 2.HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Bezoares são concreções de material animal, vegetal ou mineral retidas do tubo digestivo, sendo mais comuns os fitobezoares. As neoplasias de colo são de grande relevância na Coloproctologia, considerando-se a sua frequência e o aumento progressivo na sua incidência, sendo a quarta neoplasia maligna mais comum no mundo<sup>1</sup>. Apresentam um aumento na frequência de localização no colo direito em relação ao restante do colo. A obstrução intestinal é o sintoma mais comum nas neoplasias do colo esquerdo enquanto que o sangramento é mais comum nas neoplasias situadas no colo direito<sup>1, 2</sup>. OBJETIVO: Apresentar o caso de um paciente que apresentou um fitobezoar em região de colo direito causado por uma tumoração em colo transversal próximo a flexura direita e fazer uma revisão da literatura sobre o assunto. RELATO DO CASO: Paciente sexo masculino, 59 anos, com queixa de dor em fossa ilíaca direita há 8 meses associado a mudança do hábito intestinal e crescimento de massa abdominal na mesma topografia, relatando ingestão de sementes de jabuticaba. O estudo radiológico do abdome revelou presença de fitobezoar localizado em colo direito resultando em importante dilatação desse segmento. Realizado tratamento clínico por 72 horas com óleo mineral sem resolução do quadro, sendo submetido a vídeo hemicolectomia direita, constatando-se presença de neoplasia em flexura direita do colo. DISCUSSÃO: O CCR geralmente é diagnosticado após o início dos sintomas (mais comumente sangramento retal, dor abdominal, anemia por deficiência de ferro, ou mudança dos hábitos intestinais 1,2. A grande maioria dos cânceres de colo e reto são adenocarcinomas endoluminais que surgem a partir da mucosa, sendo a colonoscopia o exame de diagnóstico mais versátil em indivíduos sintomáticos, pois permite a remoção colonoscópica ou biópsia 5,4. Dessa maneira a colonoscopia continua sendo o padrão ouro para o diagnóstico da neoplasia colorretal. Porém, nos paciente que por razões técnicas o tumor não pode ser alcançado como nas obstruções entre outras, a tomografia pode fornecer um diagnóstico 6. Os fitobezoares são os subtipos de bezoares mais comuns (cerca de 40% dos bezoares), e compostos por fibras vegetais. Há relatos de duas teorias que explicam a sua formação: 1) anatômica, que sugere como causa a diminuição do diâmetro da luz intestinal; 2) fisiológica, que sugere que no íleo terminal ocorreriam menos ondas peristálticas e isso proporcionaria sua formação. Sua ocorrência é mais comum no íleo terminal e em cirurgias gástricas, pois elas podem causar distúrbios da motilidade do estômago devido a vagotomia. Dessa maneira, é importante considerar que apesar de raro na topografia do colo, principalmente à direita, não frequente pode ocorrer, quando associado a lesões que diminuam o calibre do lúmen do segmento intestinal, como

no caso do câncer colorretal 7, 8. CONCLUSÃO: A neoplasia de colo direito pode predispor à formação de bezoar e, nesta situação, cursar com obstrução intestinal.

#### TL011 - RESULTADOS DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL UNICAMP 2014

CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; LILA LEA CRUVINEL; TAMARA MARIA NIERI; ROGERIO TERRA DO ESPIRITO SANTO; NILTON MANOEL DOMINGOS JUNIOR; ANA LUCIA CARLETTI DE MORAES; DRAUSIO JEFERSON DE MORAES; MICHEL GARDERE CAMARGO FCM-UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A alta incidência de câncer colorretal em nosso meio com elevada mortalidade e origem em lesões benignas justificam medidas educativas e preventivas. No Brasil, campanhas sistemáticas de prevenção são raras. Em 2011 iniciou-se a campanha de prevenção de câncer colorretal no campus Zeferino Vaz da UNICAMP em três Faculdades e a partir de 2012 em todas as unidades e em 2014 também nos campi de Piracicaba e Limeira e no Colégio Técnico da UNICAMP (COTUCA). Objetivo: Relatar os resultados referentes a 2014 Material e métodos: Campanha perene dirigida a alunos, funcionários e docentes com idade superior a 50 anos. 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) por teste imunológico. Nos casos positivos, os participantes são orientados para realização de colonoscopia no Gastrocentro-UNICAMP. Resultados: Foram entregues 4194 TSO, com adesão de 45,9% e positividade de 6,6%. Dentre os pacientes com TSO positivos, 30,3% 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 46,8% entre 50-60 anos, 41,7% entre 60 e 70 anos e de 60,8% acima de 70 anos. TSO foi positivo em 6,0% dos participantes da faixa 1, 9,1% da faixa 2 e 21,7 % na faixa 3. Foram identificados e removidos 33 adenomas, sendo 4 (12,1%) com tamanho superior a 10 mm e dois com diagnóstico de carcinoma in situ. O diagnóstico de adenocarcinoma foi realizado em um indivíduo, achado correspondente a 0,05% dos participantes 0,02% da população-alvo. Dois pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo um por adenoma com diagnóstico de carcinoma in situ em que a ressecção endoscópica não foi possível e um caso de adenocarcinoma com estadiamento pT3pN0M0. Conclusão: Os achados justificam a manutenção da campanha de forma perene

#### TL012 - EXPERIÊNCIA INICIAL NA AVALIAÇÃO DE TUMOR RETAL PÓS NEOADJUVÂNCIA COM ULTRASSONOGRAFIA 3D ENDOANAL

EDUARDO DE PAULA VIEIRA; ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; ROSANE LOUZADA MACHADO; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO; CAROLINA VIEIRA DE FARIA; JULYANNA CRUZ FRANÇA; CHRISTIANO MANHÃES DE CARVALHO HU UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Resumo:** INTRODUÇÃO: Em se tratando de lesões neoplásicas, o estadiamento correto é indispensável, visando à escolha terapêutica adequada. Nos casos de tratamento neoadjuvante, a possibilidade de se quantificar a redução e até mesmo a regressão completa das lesões nos planos axial e longitudinal e sua distância do aparelho esfíncteriano é condição indispensável para decisão da conduta a ser empregada. OBJETIVO: Demonstrar a utilização da ultrassonografia endorretal 3D no estadiamento pós neoadjuvância em pacientes com tumores de reto. MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo prospectivo, realizado no período compreendido entre maio de 2012 e maio de 2015 incluindo seis pacientes portadores de tumor de reto, sendo quatro homens e duas mulheres, que foram submetidos a tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia. Cada indivíduo foi submetido à avaliação com USG 3D endorretal antes do tratamento clínico oncológico e reavaliações seriadas após o término da neoadjuvância. RESULTADOS: Seis pacientes foram examinados, sendo quatro homens e duas mulheres. Quatro indivíduos apresentaram regressão completa e dois apresentaram apenas regressão parcial da lesão de reto ao exame ultrassonográfico. Nas neoplasias de reto, ultrassonografia endorretal 3D fornece precisamente a localização e extensão das lesões nos planos axial e longitudinal, identificando a extensão da infiltração parietal, de tecidos adjacentes e a avaliação da gordura perirretal quanto à presença de linfonodos suspeitos de invasão maligna. A aquisição da imagem em cubo possibilita a revisão do exame, o que pode esclarecer eventuais dúvidas, principalmente com relação à diferenciação entre linfonodos e vasos sanguíneos e áreas focais de invasão parietal e tecidos adjacentes. Devido às alterações locais causadas pela radioterapia, torna-se difícil a distinção entre áreas de lesão tumoral e áreas de reação desmoplásica e fibrose residual após o tratamento radioterápico. O controle ultrassonográfico seriado das lesões é importante para que haja a observação das áreas hipocogênicas residuais e da diminuição progressiva das mesmas e a localização em relação aos músculos esfíncterianos. Autores têm demonstrado que os resultados do estágio dos tumores no reto não diferiram quando comparados os exames 2D, 3D e ressonância nuclear magnética. No entanto, enfatizam as vantagens da visão espacial e a facilidade de entendimento do exame. CONCLUSÃO: Conclui-se, portanto, que o USG tridimensional permite estudo e estadiamento dos tumores retais, assim como o acompanhamento evolutivo dessas lesões após tratamento neoadjuvante.

**TL013 - IMPACTO DAS DIFERENTES ESTRATÉGIAS DE PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃO NA FUNÇÃO ANORRETAL EM PACIENTES COM NEOPLASIA DE RETO DISTAL APÓS QUIMIORADIOTERAPIA NEOADJUVANTE**  
PATRÍCIO BERNARDO LYNN; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; RODRIGO OLIVA PEREZ; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; ANGELITA HABR GAMA; BRUNA BORBA VAILATI; JOAQUIM GAMA RODRIGUES; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES  
*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: As estratégias de preservação de órgão podem ser aplicadas aos pacientes com neoplasia de reto distal que apresentam resposta clínica completa (cCR) ou quase completa à quimioradioterapia neoadjuvante (QRT) para evitar as sequelas funcionais da cirurgia radical. A microcirurgia endoscópica trananal (TEM) e o seguimento sem cirurgia imediata (estratégia watch and wait – W&W) podem ser indicados a pacientes selecionados. Objetivo: Avaliar os resultados funcionais e manométricos em pacientes com neoplasia de reto distal submetidos à QRT neoadjuvante seguidos de observação (W&W), se cCR ou excisão local por TEM se resposta quase completa. Métodos: Foram avaliados pacientes com neoplasia de reto inferior (até 7cm da margem anal) com estadiamento cT3/4 ou cN+ ou cT2N0 (candidatos a amputação abdômino-perineal), tratados com RQT neoadjuvante. Todos os pacientes foram avaliados 8 semanas após o término da RQT com realização de exame clínico, radiológico e endoscópico. Os pacientes que apresentaram cCR não foram submetidos à cirurgia imediata (W&W). Pacientes com resposta clínica quase completa (lesão residual com  $\leq 3$ cm, ycT1-2 e linfonodos negativos) à excisão local por TEM. A função anorretal foi avaliada por manometria anorretal, pelo Índice de Incontinência da Cleveland Clinic (CCII) e qualidade de vida pelo índice de Qualidade de Vida (avaliados estilo de vida, comportamento, auto-percepção e constrangimento). Os resultados funcionais dos dois grupos (cCR + W&W e resposta quase completa e TEM) foram comparados. Resultados: 96 pacientes foram incluídos no estudo. Do total, 14 pacientes realizaram avaliação antes do tratamento com QRT (Grupo Controle), 29 com resposta quase completa foram submetidos à ressecção local (TEM) e 53 pacientes com cCR à seguimento sem cirurgia imediata (W&W). As características gerais foram similares nos dois grupos. Pacientes submetidos a TEM apresentaram pressão de repouso (51 vs. 31mmHg,  $p < 0.001$ ) e de contração (146 vs. 102mmHg,  $p = 0.004$ ) menores, assim como menor capacidade retal (145 vs. 103ml,  $p = 0.002$ ), piora da continência fecal, avaliada pelo CCII (2.3 vs. 6.5;  $p < 0.001$ ) e menor pontuação no questionário de qualidade de vida (FIQL) em todos os parâmetros avaliados ( $p < 0.01$ ). Conclusão: O acompanhamento dos pacientes com cCR após QRT sem cirurgia imediata, resulta em melhor função anorretal quando comparado com pacientes com resposta quase completa submetidos à ressecção local com TEM. Neste contexto a indicação de ressecção local para simples documentação da resposta patológica completa em paciente com cCR pode levar a consequências significativas do ponto de vista funcional.

**TL014 - PROGNÓSTICO APÓS RESSECÇÃO ABDOMINO-PERINEAL A MILES PARA CARCINOMA ESCAMOSO PERSISTENTE, RECORRENTE PRECOCE OU TARDIO DO ÂNUS: LIÇÕES APRENDIDAS APÓS FALHA DO TRATAMENTO QUIMIORADIOTERÁPICO**  
NATALIA PARISI SEVERINO; LESTER ROSEN; SAVARIO COIRO; MARIANA BERHO; STEVEN WEXNER  
*CLEVELAND CLINIC FLORIDA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*



**Resumo:** Introdução: O presente estudo analisou a evolução dos pacientes com carcinoma escamoso persistente ou recorrente do ânus após falha no tratamento quimioradioterápico. Os seguintes fatores patológicos preditivos também foram estudados: linfonodos, margem radial de ressecção e invasão neurolinfovascular. Pacientes e Métodos: Foram identificados todos os pacientes portadores de carcinoma escamoso do ânus submetidos à ressecção abdomino-perineal a Miles de 01/1992 – 12/2012. Os principais fatores mensurados foram: intervalo do fim do tratamento quimioradioterápico até a identificação da doença persistente ou recorrente, estágio tumoral no momento da cirurgia e sobrevida. Resultados: 36/151 casos de carcinoma escamoso do ânus foram submetidos à ressecção abdomino-perineal a Miles de resgate (média de idade 59; 14 homens). 11 tinham doença persistente (< 6 meses), 17 recidiva precoce (6-24 meses), e 8 recidiva tardia (> 24 meses). 18/36 (50%) apresentavam estágio tumoral avançado (IIIA, IIIB ou IV) com sobrevida significativamente mais baixa que os outros 18 (50%) com estágio 0, I ou II ( $p=0.007$ ). 17/28 (61%) pacientes submetidos à cirurgia de resgate para doença persistente ou recidiva precoce eram estágio IIIA, IIIB ou IV vs. 11 com estágio I ou II. Comparativamente, 1/8 (12.5%) paciente com recidiva tardia era estágio IIIB e 7/8 (87.5%) eram estágio 0, I ou II ( $p=0.016$ ). No grupo com recidiva tumoral tardia, 7 pacientes tiveram a doença identificada após 60 meses ou mais do término do tratamento quimioradioterápico. Os achados patológicos estudados não demonstraram diferença estatística em relação à sobrevida desses pacientes. Conclusão: A ressecção abdomino-perineal de resgate para carcinoma escamoso do ânus em estágio avançado apresenta sobrevida significativamente menor quando comparada a tumores em estágio inicial. Pacientes com recidiva tumoral tardia aparentam melhor prognóstico comparado a doença persistente ou recidiva precoce.

**TL015 - CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À RETOSSIGMOIDECTOMIA ABERTA E VIDEOLAPAROSCÓPICO POR CÂNCER COLORRETAL EM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL.**

GUSTAVO LISBÔA DE BRAGA; THIAGO LUCIANO PASSARIN

*HOSPITAL NOSSA SENHORA DA POMPEIA, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL.*

**Resumo:** O cancer colorretal (CCR) compreende, no mundo, o terceiro tipo de câncer mais comum em homens e o segundo em mulheres e é uma neoplasia que apresenta bom prognóstico se diagnosticada nos estágios iniciais, sendo a cirurgia o único tratamento curativo. A retossigmoidectomia videolaparoscópica (RS VLP) ainda persiste como uma alternativa questionada em alguns centros, principalmente pela sua complexidade técnica, sua curva de aprendizado ser lenta e por aumentar o tempo cirúrgico. Este estudo pretende demonstrar a casuística dos pacientes submetidos a retossigmoidectomia (RTS) no serviço de Cirurgia Geral de um Hospital do sul do Brasil, de 2012 a 2014, demonstrando as características dos pacientes,

os resultados cirúrgicos a curto prazo e as particularidades de cada modalidade. **METODO:** análise retrospectiva através da revisão de prontuário dos pacientes que realizaram RTS aberta (RTA) e RS VLP. Foram analisadas as características da amostra e da neoplasia, bem como as complicações no pós-operatório precoce, comparando os resultados entre os grupos RTA e RS VLP, utilizando tratamento estatístico. **RESULTADOS:** a amostra consistiu em 82 pacientes, sendo 20 deles submetidos a RS VLP e os demais a RTA. O gênero feminino predominou neste estudo e no grupo da RTA. Os principais sítios com CCR foram o sigmoide (30,5%) e o reto (26,8%). 69,5% da amostra apresentou doença avançada, estando estes mais presentes no grupo da RTA ( $P=0,40$ ). A margem proximal da ressecção tumoral foi maior nos pacientes submetidos à cirurgia aberta ( $P=0,042$ ), fato que não se repetiu na margem distal ( $P=0,69$ ). As complicações pós-operatórias, como evisceração e pneumonia, foram mais frequentes na RTA, sendo a infecção da ferida operatória, a principal delas. **CONCLUSÃO:** o perfil epidemiológico da amostra é similar ao observado na literatura. Os pacientes submetidos a RS VLP apresentaram menor tempo de internação e com menos complicações precoces em relação à RTA. Após a RS VLP, a margem de ressecção proximal foi mais econômica em relação à RTA, porém não interferiu no número de linfonodos ressecados.

**TL016 - MATURAÇÃO PROGRAMADA EM ANASTOMOSES COLORRETAIS BAIXAS E COLOANAIIS**

RUBENS HENRIQUE OLEQUES FERNANDES; RONALDO MATTIA; VALERIA UELLNER SILVA; EDUARDO BRAMBILLA

*HOSPITAL POMPEIA CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A deiscência anastomótica é a principal complicação após anastomoses colorretais baixas e coloanais. As técnicas comumente usadas são o duplo grampeamento e a anastomose manual, ambas são feitas com maturação imediata. Estas técnicas não impedem a sepsé pélvica em muitos pacientes e não são exequíveis em todos os casos. **Objetivo:** O estudo mostra os detalhes da técnica e os resultados do uso da anastomose com maturação programada em doze pacientes. **Técnica cirúrgica:** A anastomose com maturação programada é feita em duas etapas. A primeira fase é o fechamento do coto cólico com pontos que mantêm a mucosa evertida. A segunda fase é a união das extremidades do cólon e reto pela via transanal. Todas as suturas são feitas com poliglactina 00. Um estoma para derivação deve ser feito em todos os casos. Após 30 dias, inicia-se a abertura espontânea da anastomose. **Resultados:** Doze pacientes foram submetidos a esta técnica. Ocorreram dois casos de estenose que foram tratados com dilatação digital em consultório. Um paciente apresentou coleção pélvica por líquido espermático que foi drenado via transanal com sucesso. Todos os pacientes tiveram fechamento de sua ostomia de derivação. **Conclusão:** A anastomose com maturação programada é factível em casos difíceis e pode prevenir a sepsé pélvica em anastomoses colorretais baixas e coloanais.

**TL017 - CIRURGIA LAPAROSCÓPICA PARA ADENOCARCINOMA COLORRETAL E A BUSCA POR RESULTADO ONCOLÓGICO PRECOCE SATISFATÓRIO: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DURANTE A CURVA DE APRENDIZADO.**

GUSTAVO LISBÔA DE BRAGA; THIAGO LUCIANO PASSARIN; ALESSANDRA MARTINELLI  
*HOSPITAL NOSSA SENHORA DA POMPÉIA, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL.*

Resumo: O cancer colorretal (CC) compreende, no mundo, o terceiro tipo de câncer mais comum em homens e o segundo em mulheres. A retossigmoidectomia videolaparoscópica ainda persiste como uma alternativa questionada em alguns centros. Este estudo mostrar a experiência de um serviço de cirurgia do aparelho digestivo, durante a curva de aprendizado, nas suas primeiras 20 cirurgias laparoscópicas para adenocarcinoma colorretal. MÉTODOS: Foram selecionados 82 casos consecutivos de colectomias - laparoscópicas e abertas - no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade superior a 18 anos, que estivessem sendo submetidos a colectomia eletiva por CC, e que fossem previamente diagnosticados por biópsia colonoscópica no período anteriormente citado; foram excluídos do trabalho os casos laparoscópicos que apresentaram conversão. As seguintes variáveis foram analisadas: gênero, idade, localização, classificação de DUKES, margens do tumor e número de linfonodos retirados na cirurgia. RESULTADOS: Dos 82 pacientes, 33 (40,24%) eram homens e 49 (59,76%) eram mulheres ( $p=0,04$ ). A idade média encontrada foi de 59,8 anos para o grupo Colectomia Aberta e 57,1 anos para Colectomia Laparoscópica ( $p=0,4$ ). Segundo a classificação de DUKES, a distribuição entre os grupos não mostrou diferença estatística ( $p=0,4$ ). Analisando as medianas do número de linfonodos retirados em cada grupo, não houve diferença significativamente estatística ( $p=0,96$ ). O grupo Colectomia Aberta apresentou margem média proximal de 18cm (8-32) e o grupo Colectomia Laparoscópica de 14cm (7-21), sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,04$ ). Quanto à margem média distal, esta não apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p=0,69$ ). CONCLUSÃO: se respeitarmos os preceitos oncológicos, a cirurgia laparoscópica apresenta-se como uma modalidade segura quando se avaliam as margens cirúrgicas e o número de linfonodos necessários para estadiamento e tratamento da doença, não diferindo da cirurgia convencional quando se avalia o resultado oncológico precoce.

**TL018 - PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL PELA PESQUISA IMUNO-QUÍMICA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RESULTADOS INICIAIS**

MARCELO RODRIGUES BORBA; LUIS MASAO MARUTA; JOSE PINHATA OTOCH; JORGE HENRIQUE REINA NETO; MARCOS SANTOS VIEIRA BARROS; RODRIGO MONTENEGRO LOURENÇÃO; EDMAR TAFNER; JOSE GUILHERME NOGUEIRA SILVA

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: O câncer colo-retal é o tumor mais freqüente do aparelho digestivo tanto no homem quanto na mulher. A pesquisa de sangue oculto é um método importante e de baixo custo na prevenção do CCR em grandes populações. Para estudar a PSOF por imuno-química em um população fechada, os autores estão realizando o estudo na comunidade da Universidade de São Paulo, na faixa etária de 50 a 75 anos de idade, assintomáticos. Os resultados iniciais do período de dezembro de 2013 à maio de 2015 são: A - total de exames FOBT efetuados: 2766. B - total de FOBT positivos: 134 (4,84%) ( $b/a=134/2776$ ). C - total de positivos para câncer nas colonoscopias realizadas: 6 (0,21%) ( $c/a=6/2776$ ). D - colonoscopias realizadas em FOBT+: 77. Doenças benignas ou exame normal: 33 (42,85%) (33/77); adenomas (baixo grau ou serrilhado): 38(49,35%) (38/77); cancer: 6 (7,79%) (6/77). Câncer intramucoso ou adenomas de alto grau de atipia: 2 (tratados por via endoscópica). Câncer invasivos: 4 (tratamento cirúrgico). Pacientes FOBT + aguardando realização de colonoscopia: 57. Este estudo faz parte de estudo multicêntrico, com apoio do governo japonês e realizado em São Paulo, Rio Grande do Sul, Brasília e Alagoas.

**TL019 - NEOPLASIAS DO TRATO DIGESTIVO SUPERIOR EM PORTADORES DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: PREVALÊNCIA, ASPECTOS ENDOSCÓPICOS E TRATAMENTO**

FÁBIO GUILHERME CAMPOS<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ<sup>2</sup>; ADRIANA VAZ SAFATLE-RIBEIRO<sup>1</sup>; MARIANNY SULBARANI<sup>1</sup>; MURILO ROCHA RODRIGUES<sup>2</sup>; SERGIO CARLOS NAHAS<sup>1</sup>; IVAN CECCONELLO<sup>1</sup>  
*1. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome genética, autossômica e dominante, caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos pólipos adenomatosos principalmente localizados no cólon e reto. Portadores de PAF também podem desenvolver neoplasias no trato digestivo superior. Objetivo: O Objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de pólipos localizados no estômago, duodeno e intestino delgado em doentes com PAF, tratados Serviço especializado de atendimento terciário. Casuística e Método: De um total de 140 doentes portadores de PAF tratados entre 1958 e 2015, 102 (72,8%) foram submetidos a endoscopia digestiva para diagnóstico ou tratamento de pólipos localizados no trato digestivo superior. Foi realizada revisão de todos os prontuários anotando-se aspectos relativos aos achados clínicos, e endoscópicos, bem como ao tratamento realizado. Resultados: Esta série incluiu 102 doentes sendo 59 (57,8%) mulheres e 43(42,1%) homens, com uma média de idade de 32,3 anos (11-65 anos). Realizou-se 184 (1-8) procedimentos endoscópicos (1,8 endoscopias por doente). A primeira endoscopia foi realizada numa média de idade de 35,9 anos (13-75 anos),

enquanto o ultimo exame foi realizado, em média aos 39,5 anos (15-77 anos). Os pólipos de glândulas fúndicas foram as lesões mais frequentemente diagnosticadas no estômago de 31 doentes (30,4%). Adenomas localizados no estomago foram encontrados em 5 (4,9%) doentes enquanto no duodeno e região periampular em 33 (32,3%) enfermos. A enteroscopia foi realizada em 21 (20,58%) pacientes e mostrou presença de adenomas localizados no jejunio em 12 (11,7%). Dos pacientes que apresentavam adenomas jejunaes em 11 encontrou-se adenomas duodenais concomitantemente. Lesões avançadas foram encontradas no estômago em 13 (12,7%) dos doentes e no duodeno em 11 (10,7%). Quando se subdividiu as lesões encontradas no duodeno segundo a classificação de Spigelman verificou-se que a maiorias dos doentes pertenciam ao estágio 0 da classificação. Durante o acompanhamento endoscópico 6 (12,2%) doentes melhoraram de estágio, em 25 (51,0%) manteve-se inalterado, enquanto em 18 (36,7%) houve piora. Carcinomas localizados no estômago e duodeno foram encontrados em 8 (7,8%) sendo 4 doentes (3,9%) em cada localização, numa média de idade de 50,2 e 55 anos, respectivamente. As lesões malignas foram tratadas por ressecção endoscópica, gastrectomia ou duodenopancreatectomia. Complicações graves ocorreram em apenas 2 doentes resultando em 1 óbito. Conclusões: Na presente série de casos, verificou-se que pacientes com PAF apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de adenomas e câncer no trato digestivo superior. Apesar da evolução lenta, 1/3 dos pólipos duodenais evoluíram com piora do escore da classificação de Spigelman com o tempo de progressão da doença. Assim sendo, o seguimento do trato digestivo superior com exames endoscópicos periódicos é recomendado após os 25 anos de idade em portadores de PAF, dedicando-se especial atenção ao risco de degeneração maligna após a quinta década de vida. O acompanhamento com enteroscopia encontra-se recomendado apenas nos doentes que apresentam polipose duodenal grave.

#### **TL020 - CONTRIBUIÇÃO DO ULTRASSOM 3D ENDOANAL NA AVALIAÇÃO DA LESÃO NEOPLÁSICA DE RETO**

CHRISTIANO MANHÃES DE CARVALHO; EDUARDO DE PAULA VIEIRA; ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; ROSANE LOUZADA MACHADO; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO; CAROLINA VIEIRA DE FARIA; JULYANNA CRUZ FRANÇA HU UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O câncer colorretal (CCR) é um dos cânceres mais comuns e letais em todo o mundo, ocupando atualmente a terceira posição mundial entre os tumores malignos e a segunda nos países desenvolvidos, e no Brasil encontra-se em quarto lugar. O estadiamento pré-operatório do CCR é fundamental para a definição do tratamento da doença, sendo que o estágio do tumor determina quanto de radiação ou quimioterapia deve ser usado em adição à cirurgia. O uso do ultrassom (USG) 3D endoanal no estadiamento das lesões anorretais iniciou-se em 1983, sendo uma excelen-

te ferramenta para avaliação das lesões da parede retal, com uma melhor acessibilidade, menor custo e tempo menor de exame. O USG 3D endoanal apresenta uma melhor acurácia na determinação das margens do tumor comparado ao USG endoanal convencional, além de ser elucidativo e decisivo na escolha da terapêutica e no diagnóstico precoce de recidivas durante o seguimento de neoplasias anorretais. OBJETIVO: Demonstrar o uso do USG 3D endoanal na avaliação das lesões neoplásicas de reto. MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo prospectivo, realizado no período entre maio de 2012 e maio de 2015, incluindo 47 pacientes com diagnóstico de tumor de reto, que foram submetidos ao USG 3D endoanal para avaliação do estadiamento local da doença. RESULTADOS: Dos 47 pacientes examinados, 25 apresentaram estadiamento uT0, 9 estadiamento uT1, 5 estadiamento uT2 e 8 estadiamento uT3/uT4. Após o procedimento cirúrgico, 39 pacientes retornaram com exame histopatológico pós-operatório, onde 1 paciente que foi avaliado como uT0 era uT1; 1 paciente uT2 era uT3, 3 pacientes uT3 eram uT2, e 1 paciente uT4 era uT3. CONCLUSÃO: O presente estudo mostra que o USG endorretal 3D é um bom método para o estadiamento das lesões neoplásicas do reto, principalmente nas lesões precoces.

#### **TL021 - TUMOR ESTENOSANTE DE RETO INTRANSPONÍVEL À COLONOSCOPIA: É SEGURO FAZER TRATAMENTO NEOADJUVANTE?**

FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; LUCAS RODRIGUES BOARINI; BRUNA FERNANDES DOS SANTOS; PIETRO DADALTO OLIVEIRA; ODILON VICTOR PORTO DENARDIN; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O tumor estenosante de reto extra-peritoneal é potencialmente passível de complicação na fase aguda da quimiorradioterapia neoadjuvante ou até mesmo no intervalo que antecede a cirurgia. No entanto, não é contra-indicação a esta terapêutica. A literatura não tem qualquer recomendação baseada em segurança da terapia neoadjuvante para tumores estenosantes de reto e nem relata risco de obstrução. Infere-se que tais complicações não são comuns, porém os principais trabalhos que avaliaram o tratamento neoadjuvante excluem pacientes com colonoscopia incompleta, isto é, paciente de risco potencial de obstrução. Objetivo: Definir qual o risco de complicação obstrutiva dos pacientes com adenocarcinoma de reto estenosante que se submetem a tratamento neoadjuvante quimiorradioterápico. Método: Estudo de Coorte retrospectivo, baseado em protocolos colhidos prospectivamente: pacientes com adenocarcinoma de reto extra-peritoneal que foram submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante curso longo de 2012 a 2015. Grupo A são os pacientes cujas lesões retais são transponíveis ao colonoscópio adulto (12,2mm) e grupo B, intransponíveis. Características como gênero, idade, sintomas clínicos de suboclusão, dor abdominal, alteração do hábito intestinal, localização do tumor, estadiamento pré-neoadjuvante, dose da radioterapia, duração da

quimioradioterapia, tempo de espera para a cirurgia, complicações ocorridas do diagnóstico à cirurgia definitiva, tipo de cirurgia, estadiamento pós-operatório e resposta patológica foram as variáveis avaliadas. Testes de qui quadrado e Fisher foram utilizados para variáveis nominais e t-Student para variáveis contínuas. Resultados: Setenta pacientes foram incluídos e seis pacientes foram excluídos por perda de seguimento e falta de dados no protocolo. Assim, 50 pacientes foram incluídos no grupo A e 14, no grupo B. Os dois grupos não diferiram nas complicações com a terapia neoadjuvante (grupo A: 4% e grupo B: 21,4%,  $p=0,065$ ). E quando comparadas as demais variáveis clínicas e patológicas, não houve qualquer diferença entre os dois grupos. Conclusão: O estudo demonstra que é seguro fazer terapia neoadjuvante nos pacientes com tumor de reto estenosante, pois o risco de complicação é semelhante aos tumores transponíveis ao colonoscópio.

#### **TL022 - A COLORAÇÃO COM AZUL DE METILENO MELHORA A IDENTIFICAÇÃO DO LIMITE MUCOSO DURANTE RESSECÇÃO DE PÓLIPOS RETAIS VIA TAMIS.**

ALEJANDRO DANIEL MOREIRA GRECCO; GONZALO ZAPATA; MARIA EUGENIA DE FAVERI  
*HOSPITAL DE CLINICAS DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA.*

Resumo: Introdução: A cirurgia endoscópica transanal por TEM, TEO ou TAMIS tornou-se um novo padrão para o tratamento de grandes pólipos retais, por obter peças completas e menor incidência de margens positivas. Em alguns casos, é difícil identificar o limite de lesões planas. A Chromo endoscopia combina coloração mucosa com a magnificação visual do endoscópio. Apresentamos nossa experiência combinando o uso de azul de metileno como corante vital na ressecção de pólipos via TAMIS como ferramenta para melhorar a visualização das margens da lesão. Material e métodos: Entre Janeiro de 2014 e Maio de 2015, 9 pacientes foram operados via TAMIS com diagnóstico de adenoma retal (adenomas >2cm, sésiles, no ressecáveis por endoscopia). Os pacientes foram estudados com toque retal, colonoscopia com biópsia e ressonância magnética de alta resolução. Prévia identificação da lesão a luz retal foi irrigada com azul de metileno 1% durante 5 minutos. A continuação do reto foi irrigado com SF 5% e procedeu-se à ressecção transanal com uma margem de segurança de 1 cm. Resultados: Nove pacientes foram operados prévia coloração com azul de metileno. A média de idade foi de 68 anos, as lesões ocupavam em média 27% da circunferência retal, com uma distância média da borda anal de 8,5 centímetros. O tempo cirúrgico médio foi de 60 min. Em todos os casos, foi possível identificar a margem lateral do pólipo e todas as ressecções foram completas (não fragmentadas). A patologia mostrou adenomas túbulares e tubulo vilosos com diferentes graus de displasia. As margens laterais e profundas estavam livres de lesões em todos os casos. O seguimento médio foi de 7 meses (3-18), não foram detectadas recorrências. Um paciente apresentou proctorragia no pós-operatório,

que se resolveu com tratamento médico. Discussão: A cirurgia minimamente invasiva Transanal é uma opção válida para ressecção de pólipos volumosos do reto. Com esta técnica margens negativas são obtidos numa alta percentagem de pacientes, mas às vezes esta foi superior a 20%. Ressecção de 1 cm de mucosa saudável às vezes pode ser excessiva. Mucosa normal captura de maneira diferente o azul de metileno quando comparada com a mucosa adenomatosa, permitindo a clara identificação do margem da lesão durante a cirurgia, semelhante ao que acontece durante a cromoendoscopia. A coloração permitiu identificar claramente os limites dos pólipos durante a cirurgia em todos os casos e obter um 100% de margens negativas. Como limitação do estudo, podemos destacar o pequeno número de pacientes incluídos. Conclusão: A ressecção via TAMIS esta substituindo à ressecção transanal convencional como tratamento de pólipos retais volumosos. A coloração com azul de metileno ajuda na identificação das lesões adenomatosas e pode incidir na negatividade das margens. A técnica é de baixo custo e de simples execução.

#### **TL023 - PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE UMA SÉRIE DE CASOS OPERADOS POR CÂNCER DE CÓLON EM HOSPITAL TERCIÁRIO**

MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; ENRICO SFOGGIA; BRUNO ZENNE MOTTA; RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal é a 3ª neoplasia maligna mais comum no mundo e a 4ª maior causa de morte por câncer, com 132.700 novos casos estimados em 2015, nos EUA. A sobrevivência global média em 5 anos é de 64,9%, e tem melhorado progressivamente nas últimas décadas. Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico de série de casos de pacientes com câncer de cólon submetidos a tratamento cirúrgico em hospital terciário, bem como avaliar a sobrevivência dos pacientes nos diferentes estadios. Método: Análise retrospectiva dos prontuários de 51 pacientes consecutivos portadores de câncer de cólon esporádico e submetidos a tratamento cirúrgico entre 2010 e 2011. Foram excluídos da casuística pacientes com tumores de cólon sincrônicos, aqueles com outra neoplasia maligna pélvica prévia, portadores de síndromes genéticas associadas ao surgimento de câncer colorretal e com tumores recidivados. O seguimento dos pacientes foi feito conforme protocolo institucional. Resultados: Houve predominância de pacientes do sexo masculino com 58,8% dos casos e a idade média ao diagnóstico foi de 66 anos. Em relação à topografia, 29,4% dos tumores ocorreram no cólon direito, 13,7% no transverso, 13,7% no esquerdo e 43,1% no sigmóide. Pela classificação TNM (AJCC 7ª ed), 13,7% eram estadios I, 33,3% estadios II, 31,3% estadios III e 21,6% estadios IV. Nos pacientes metastáticos ao diagnóstico, 36,4% apresentavam metástase para o fígado, 9,1% para o pulmão, 18,1% para o peritônio, 18,1% fígado e peritônio e 18,1% fígado e pulmão.

Ressecção R0 foi obtida em 80,4% das cirurgias, e nesse grupo a taxa de recidiva foi 9,8%, sendo hepática em 1 paciente, pulmonar em 1 caso e peritoneal em 3 casos. Quanto ao grau de diferenciação, 13,7% foram classificados como bem diferenciados, 70,6% em moderadamente diferenciados e pouco diferenciado em 11,8%. Esses pacientes foram seguidos por um tempo médio de 46 meses, com sobrevida global média de 50 meses no estadio I, 44 meses nos estadios II e III e 24 meses no estadio IV. 62,75% dos pacientes estão vivos até o presente momento. Conclusão: A predominância na 7ª década de vida são condizentes com o risco progressivo de surgimento de câncer de cólon com o aumento da idade. O elevado número de casos diagnosticados em estadios avançados impacta diretamente na sobrevida dos pacientes, e pode refletir a dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços de referência e demora na realização do diagnóstico correto. As ressecções R0 apresentam baixo índice de recidiva e devem ser buscadas sempre, sendo que esses pacientes devem receber especial atenção em seu seguimento em relação à recidiva peritoneal.

#### TL024 - OPERAÇÃO TRANSANAL ENDOSCÓPICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER RETAL PÓS NEOADJUVÂNCIA

JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; BRUNO ZENNE MOTTA; ROGERIO SERAFIM PARRA; LUIZ RENATO RICCI CAMPERONI; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A quimiorradioterapia neoadjuvante seguida do tratamento cirúrgico radical com excisão total do mesorreto tem o objetivo de diminuir o índice de recorrência dos tumores retais localmente avançados. Os procedimentos de excisão local tem sido impulsionados pelos elevados índices de disfunções vesicais, intestinais e sexuais, necessidade de estomas e alta morbimortalidade relacionados ao procedimento cirúrgico radical. A excisão local pode beneficiar pacientes com alto risco cirúrgico. Objetivo: Descrever os resultados cirúrgicos de uma série de pacientes submetidos à operação transanal endoscópica para tratamento do câncer retal pós neoadjuvância. Método: Análise retrospectiva dos prontuários de 39 pacientes com câncer de reto baixo e médio submetidos a operação transanal endoscópica após quimiorradioterapia neoadjuvante, com intuito curativo, entre 2005 e 2015. O seguimento dos pacientes obedeceu protocolo institucional. As variáveis categóricas foram expressas em valores absolutos e percentuais. As variáveis contínuas foram expressas em média ( $\pm$  desvio padrão) ou mediana (mínimo/máximo). Resultados: Foram operados 27 (69,2%) pacientes do sexo masculino e 12 (30,8%) do sexo feminino. A média de idade foi de  $64,5 \pm 14,4$  anos. A distância média das lesões para a borda anal foi de  $4,36 \pm 2,5$ cm (1-10cm) e o tamanho médio do espécime ressecado foi de  $3,1 \pm 1$ cm (1-5cm). O procedimento teve duração média de  $67,2 \pm 27,6$  minutos. Em 87,2% dos casos a sutura do reto foi manual e em 12,8% grampeada. A anatomopatologia confirmou adeno-

carcinoma em 81,1% dos casos. A taxa de resposta patológica completa foi de 15,8%. A ressecção foi R0 em 75% dos casos. O estadiamento patológico das lesões foi: pT0 (15,8%), pT1 (18,4%), pT2 (36,8%) e pT3 (28,9%). A taxa de morbidade relacionada ao procedimento foi de 30,8%. As complicações observadas foram: úlcera retal (23,1%), estenose do reto (5,1%), deiscência da sutura retal (2,6%), lesão uretral (2,6%) e incontinência fecal (2,6%). Não houve mortalidade relacionada ao procedimento. Quimioterapia adjuvante foi realizada em 30,8% dos casos. Recidiva da neoplasia foi observada em 4 pacientes (10,3%), sendo 3 deles com recidiva local e 1 paciente com recidiva à distância. As recidivas foram tratadas com nova operação transanal em 2 pacientes e amputação abdominoperineal do reto em 1 caso. Um dos pacientes apresentou recidiva pulmonar, que foi tratada cirurgicamente. A sobrevida global foi de 95%, sendo que os óbitos não foram relacionados à progressão da doença neoplásica. O tempo médio de seguimento dos pacientes foi de 95 semanas (4-443 semanas). Conclusão: A operação transanal endoscópica apresentou índices de morbidade, recidiva e sobrevida global semelhantes aos da cirurgia radical. Não se observaram complicações graves ou óbito relacionados ao procedimento. Em casos selecionados pode ser considerada uma excelente opção terapêutica.

#### TL025 - PROGNOSTIC FACTORS AFTER MULTIVISCERAL EN BLOC RESECTIONS FOR COLORECTAL CANCER: RESULTS OF A SINGLE CANCER INSTITUTE

SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; GUILHERME CUTAIT COTTI; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; RODRIGO AMBAR PINTO; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introduction: 12% of colorectal cancers (CRC) have adhesions with adjacent structures and demands an en bloc resection in order to obtain an R0 resection, which is critical to achieve long-term survival. Objective: to determine perioperative morbidity and oncologic outcomes of multivisceral en bloc resection (MVEBR) in patients with CRC in a single cancer center. Methods: between January/2009 and February/2014, patients with primary (non-recurrent) CRC elected for MVEBR were identified retrospectively from a prospective collected database. Clinical and pathological factors and outcomes were obtained. Estimated local and overall recurrence and survival were compared using the log rank method and Cox analysis. Results: Out of 1093 patients with CRC resections, 105 (9.6%) required MVEBR. 12 patients (11.4%) had stage IV disease. Median age was 60 (23-86) years old, and 66.7% patients were females. 80% of tumors were located in rectum and 20% in colon. 54.3% patients received neoadjuvant chemoradiotherapy. The organs most frequently resected were annexes (37%), uterus (30%), vagina (26%) and bladder (21%). 30.5% of patients had an abdomino-perineal resection. Median length of hospital stay was 11 (6-25) days. True in-

vasion of other organ was confirmed by pathology on 53.5%. R0 resection was obtained in 72% of patients. Ureter resection and intraoperative blood transfusion were associated with higher complication rates ( $p = 0.018$  and  $p < 0.001$ , respectively), which were confirmed at the multiple logistic regression model (OR=5.6, and 6.3, respectively). 30 days postoperative mortality was 1.9%. After 27 (5-57) months of follow-up, mortality and local recurrence rates were 23% and 17%, respectively. In non-metastatic patients, positive margins were associated with higher recurrence rate ( $p=0.002$ ). On univariable analysis, positive margins, lymph node involvement, stage III/IV disease, and stage IV disease alone, were associated with lower overall survival. On multivariable analysis, the only factor associated was lymph node involvement. Conclusion: MVEBR for primary CRC can be performed with acceptable morbidity and mortality. It provides good oncological outcomes especially in patients without lymph node involvement and when negative resection margins are obtained.

#### TL026 - PROGNOSTIC FACTORS OF SURGICALLY-TREATED PATIENTS WITH CANCER OF THE RIGHT COLON: A TEN YEARS' EXPERIENCE

SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; RODRIGO AMBAR PINTO; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introduction: Colorectal cancer is one of the most common malignancies in the world. There are many controversies in the literature about the prognostic value of primary tumor location. Many studies have shown higher survival rates for tumors in the right colon, and worse prognosis for lesions located more distally in the colon. Objective: To analyze the results of surgical treatment of right-sided colon cancers patients operated in one decade period and identify the prognostic factors that were associated with lower overall survival in stages I-IV patients. Methods: A retrospective review from the prospectively collected database identified 178 patients with right-sided colon cancer surgically treated with curative intent. Demographic factors (gender and age), tumor factors (site, T stage, N stage, M stage, histological type and tumor differentiation), and lymph node yield were extracted to identify those associated with lower overall survival. Mean overall survival time was estimated according to the characteristics of interest using the Kaplan-Meier function. Hazard Ratios (HR) with 95% confidence intervals were estimated by bivariate Cox regression. Results: Mean age was 65 ( $\pm 12$ ) years old, and 105 (56.1%) patients were female. Most common affected site was ascending colon (48.1%), followed by cecum (41.7%) and hepatic flexure (10.2%). Mean length of hospital stay was 14 ( $\pm 2.8$ ) days. T stage distribution was T1 (4.8%), T2 (7.5%), T3 (74.9%), and T4 (12.8%). Nodal involvement was present in 46.0%, and metastatic disease in 3.7%. Twelve or more lymph nodes were ob-

tained in 87.2% of surgical specimens and 84.5% were non-mucinous tumors. Mean survival time was 38.3 ( $\pm 30.8$ ) months. Overall survival was affected by T stage, N stage, M stage, and final stage. Lymph node involvement (OR=2.06) and stage III/IV (OR=2.81) were independent negative prognostic factors. Conclusion: Right-sided colon cancer presented commonly at advanced stage. Advanced stage and lymph node involvement were factors associated with poor long term survival.

#### TL027 - RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL FOR COMPLETE CLINICAL RESPONSE IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER AFTER NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY: OBSERVATION VERSUS SURGICAL RESECTION

SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; GUILHERME CUTAIT COTTI; RODRIGO AZAMBUJA; PAULO HOFF; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introduction: Nonoperative management of patients with rectal cancer who achieve complete clinical response after neoadjuvant chemoradiotherapy has been a matter of discussion among investigators, and still controversial. No randomized trials have been published up to now. Objective: To present the preliminary results of an ongoing randomized trial to assess whether non-operative management is similar to total mesorectal excision (TME) in patients with a complete clinical response (cCR) after neoadjuvant chemoradiotherapy (CRT) for locally advanced adenocarcinoma of the rectum. Methods: This prospective randomized trial includes patients with rectal adenocarcinoma stage T3-4N0M0 or T(any)N+M0 located within 10 cm from anal verge, or T2N0 within 7cm from anal verge. Patients are staged and re-staged by digital exam, colonoscopy, pelvic MRI, thorax and abdominal CT scans. Chemotherapy regimen based on 5-FU, and total dose of pelvic radiation is 5040 Gy. Re-stage occurs 8 weeks after completion of CRT. Patients with cCR are randomized 1:1 to TME or observation. Results: From July 2011 to April 2013, 118 patients were treated. Six patients were considered cCRs (two randomized for surgery [one ypT0N0 and one ypT2N0], and four patients randomized for observation [three sustained cCR and one had tumor regrowth]). The 112 non cCR patients underwent TME and 18 revealed pCR. These 18 cases were not considered cCR at restaging because they presented at least one of the followings conditions: mucosal ulceration, and/or deformity, and/or substenosis of rectal lumen at restaging digital rectal exam and colonoscopy (N=16), ymrT1-4 (N=16), ymrN+ (N=2), involvement of circumferential resection margin on post-CRT MRI (N=3), extramural vascular invasion on MRI (N=4), mrTRG 2-4 (N=15), and pelvic side wall lymph node involvement on post-CRT MRI (n=1). After 31.8 months mean follow-up, all patients from the observation arm, surgical arm, and the 18pCR are free of disease. Conclusions: cCR has been an uncommon condition. Evaluation of

cCR according to the current adopted criteria has low sensitivity, and needs improvement, since complete pathological response more frequently presented as a non-cCR.

#### TL028 - Esvaziamento Pélvico Lateral no Câncer de Reto: Análise da Casuística

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; LILIAN VITAL PINHEIRO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; RAQUEL FRANCO LEAL; JOAO JOSE FAGUNDES; PRISCILLA DE SENNE PORTEL OLIVEIRA; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O tratamento padrão do adenocarcinoma de reto extra-peritoneal é a excisão total do mesorreto associada a terapia neoadjuvante. Porém, a possibilidade de acometimento neoplásico em linfonodos da fossa obturatória e cadeia ilíaca justificam 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 de portadores de adenocarcinoma de reto operados entre 2010 e 2015, submetidos ao EPL. As indicações do esvaziamento pélvico foram: estadiamento locorregional pré-operatório T3 ou T4 e presença de linfonodomegalia no mesorreto ou em cadeias dos vasos ilíacos. Resultados: Foram submetidos a EPL 20 pacientes, sendo 13 (65%) do sexo masculino, com média de idade de 56,2 (38-79) anos. Com relação à localização do tumor, 19 (95%) lesões encontravam-se no reto distal e um (5%) em reto proximal. Um doente apresentava tumor sincrônico de ceco e outro era portador de polipose adenomatosa familiar. Tratamento neoadjuvante foi realizado em 17 pacientes. Em 10 (50%) doentes, o EPL foi bilateral, em seis (30%), à esquerda e em quatro (20%), à direita. Não houve complicações intra-operatórias relacionadas ao procedimento. O número de linfonodos laterais identificados variou entre um e 11. A incidência de acometimento neoplásico em linfonodos laterais foi de 15% (n=3), sendo que dois (11,8%) pacientes receberam tratamento neoadjuvante no pré-operatório. No seguimento tardio, 14 (70%) doentes encontram-se livres de doença, três (15%) evoluíram com recidiva em linfonodos e três (15%), com metástase à distância. Um dos pacientes com recidiva linfonodal foi reoperado e depois evoluiu para óbito por doença disseminada. Conclusão: O acometimento global de metástase em linfonodos laterais foi de 15% e de 11,8% em pacientes submetidos a terapia neoadjuvante, indicando a necessidade de associar este procedimento em casos selecionados.

#### TL029 - Ressecção Endoanal Convencional: Análise da Casuística

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; LILIAN VITAL PINHEIRO; RAQUEL FRANCO LEAL; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; THATIANA GUERRIERI; JOAO JOSE FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Adenomas do reto são lesões benignas com potencial de malignidade, constituindo, portanto, indicação para a sua ressecção. A primeira opção de tratamento é a remoção endoscópica durante o procedimento de colonoscopia, porém quando o tamanho e/ou a localização da lesão limita esta técnica, outros procedimentos como ressecção endoanal, ESD (endoscopic submucosal dissection) ou TEM (transanal endoscopic microsurgery) podem ser utilizados. Objetivo: Avaliar as ressecções endoanais utilizando a técnica convencional, analisando sua exequibilidade, resultados e recidiva. Casuística e Métodos: Análise retrospectiva de 30 pacientes com diagnóstico de adenoma ou de adenocarcinoma in situ do reto distal operados no Serviço, no período de agosto de 1999 a novembro de 2014. Pacientes com lesões em parede posterior e póstero-laterais do reto foram operados em posição ginecológica enquanto portadores de lesões anteriores, em posição de Buie. Após infiltração com solução de adrenalina na submucosa, a lesão era dissecada com margem de pelo menos 5 mm e ressecada em monobloco, com fechamento do defeito com fio de poliglactina. Resultados: A média de idade dos doentes foi de 64 (30-93) anos, sendo 21 (70%) do sexo feminino. Vinte (66,7%) pólipos eram sésseis e 10 (33,3%), lesões de crescimento lateral (LST). O tamanho médio das lesões foi de 40,5 (15-100) mm e distavam, em média, 19,3 (0-70) mm da linha pectínea. A duração média do procedimento cirúrgico foi de 85,3 (30-195) minutos. Complicações pós-operatórias imediatas ocorreram em 5 doentes (16,7%), sendo duas deiscências de sutura, um sangramento, uma fistula retovaginal e uma perfuração; um dos doentes que apresentou deiscência de sutura, evoluiu com estenose retal. Anatomopatológico em 56,7% dos pacientes evidenciou lesões benignas e em 43,3% o diagnóstico foi de adenocarcinoma, sendo 9 intramucosos (Tis) e 4 adenocarcinoma com invasão de submucosa (T1). Em 8 doentes (26,7%) a margem da lesão estava comprometida por adenoma. No seguimento tardio, 2 pacientes com adenocarcinoma T1 evoluíram com recidiva do câncer no reto, sendo submetidos à amputação abdominoperineal. Houve recidiva de adenoma em 9 (30%) pacientes, sendo que em seis o tratamento foi endoscópico e três doentes foram submetidos a nova ressecção endoanal. Conclusão: A ressecção endoanal convencional mostrou ser opção factível no tratamento de lesões benignas e malignas não avançadas do reto distal, com baixa morbidade.

#### TL030 - EXPERIÊNCIA INICIAL COM RESSECÇÃO LOCAL DE TUMORES RETAIS POR TEO (TRANSA-NAL ENDOSCOPIC OPERATION)

FELIPE FERREIRA DA MOTA1; FABIO LOPES DE QUEIROZ2; PAULO ROCHA FRANÇA NETO2; ANTONIO LACERDA FILHO2; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA2; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA2; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES1; MARIA EMILIA CARVALHO DE CARVALHO1 1.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.CLÍNICA DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL. Resumo: Introdução: O TEO (operação endoscópica transanal) é uma técnica minimamente invasiva desenvolvida para a

ressecção local de adenomas ou carcinomas precoces (T1) de reto, com vantagens sobre a ressecção transanal clássica e as cirurgias de ressecção radicais. Objetivo: apresentar a experiência do serviço com o TEO. Métodos: Foram estudados 16 pacientes submetidos ao procedimento, no período de agosto de 2013 a julho de 2015 com lesões de reto até 15 cm da margem anal. Todos os pacientes foram submetidos a colonoscopia, com biópsia das lesões sem evidência de neoplasia. Resultados: A maioria dos pacientes era do sexo masculino (10; 62%), com idade variando entre 36 a 83 anos. Onze pacientes apresentaram lesões até 5 cm da margem anal e os demais entre 5 a 15 cm. As lesões foram classificadas em T1 e T2 na RNM, exceto em um paciente, que não foi submetido a RNM, e ao serem avaliadas após estudo anatomopatológico, observou-se superestadiamento em todas. Nenhum dos pacientes apresentava suspeita de lesão infiltrativa, no exame clínico. Como intercorrência per-operatória, observou-se um caso de sangramento, sem repercussão, dois casos de perfuração retal intraperitoneal, sendo um deles tratado com sutura endoscópica e outro com necessidade de incisão transversa suprapúbica para término da dissecação e rafia do cólon. Em um dos casos foi necessária a realização de punção abdominal para alívio de pneumoperitônio. Houve ainda um caso de enfisema subcutâneo. No seguimento ambulatorial, um paciente apresentou recidiva da lesão com biópsia revelando adenocarcinoma invasivo, tendo sido submetido a neoadjuvância amputação abdominoperineal do reto, cuja peça revelou lesão residual T2. Como complicação, um paciente evoluiu com estenose assintomática. Discussão: A técnica de TEO vem sendo cada vez mais utilizada no tratamento de grandes adenomas retais e em tumores iniciais em casos selecionados, com a obtenção de peças mais robustas com parede total e com margens de segurança muito superiores às ressecções transanais clássicas. Quando a lesão já se encontra malignizada, cirurgia radical de resgate ou conduta expectante podem ser adotadas, dependendo de fatores relacionados à lesão e ao paciente. Há que se ressaltar, entretanto, que a recidiva neoplásica pós-TEO implica, quase sempre, em cirurgia radical com sacrifício esfinteriano, como observado em um caso na presente série. Conclusões: As lesões iniciais tendem a ser superestimadas pela RNM e o exame clínico e o aspecto macroscópico da lesão devem ser levados em consideração na avaliação inicial. O TEO pode ser considerado uma técnica segura e efetiva para ressecção de adenomas retais não ressecáveis por colonoscopia e lesões T1 selecionadas. Apresenta morbidade e mortalidade menores que a abordagem convencional.

**TL031 - ESCOLHA EMERGENCIAL DE TRATAMENTO DE PACIENTE COM TUMOR DE RETO BAIXO**

MARUSKA DIB IAMUT; JÚLIA REZENTE SCHLINZ; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR; MARLLUS BRAGA SOARES; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA; FRANCISCO LOPES PAULO UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O tratamento de primeira linha para neoplasias malignas de reto baixo é a neoadjuvância associada a ressecção total do mesorreto e este tem-se mostrado bastante eficaz. No entanto, as variações com que estas se apresentam em cada indivíduos levam ao impedimento do protocolo preconizado. RELATO DE CASO: Paciente J.C.S, 62 anos, masculino, atendido pela urgência com quadro de anemia importante, desidratação e saída de tumoração de grande volume tumoral pelo ânus. Informava perda de aproximadamente 15 quilos nos últimos 2 meses, além de intensa saída de secreção mucosa anal e alteração de hábito intestinal. O paciente foi levado ao centro cirúrgico no mesmo dia da internação onde foi realizada ressecção transanal de tumoração. O blastoma gigante ocupava 80% da luz do reto baixo e apresentava-se totalmente exteriorizado através do ânus. Optou-se por ressecção paliativa devido ao quadro de degradação clínica do paciente e facilidade técnica. O anatomopatológico evidenciou adenoma túbulo-viloso com áreas salteadas de adenocarcinomatose. Atualmente o paciente encontra-se em lano de pós-operatório, com melhora clínica geral, ganho de peso e assintomático. Os exames de imagem não evidenciaram focos metastáticos ou extensão de lesão. Desta forma optou-se por conduta expectante. CONCLUSÃO: Em vigência da situação a qual foi encontrada o paciente a escolha de excisão higiênica e acompanhamento conservador tem se mostrado mais adequada.

**TL032 - TERAPIA NEOADJUVANTE E CIRURGIA NO ADENOCARCINOMA RETAL. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES COM RESPOSTA PARCIAL E RESPOSTA COMPLETA**

VITOR AUGUSTO DE ANDRADE; LILIAN VITAL PINHEIRO; RAQUEL FRANCO LEAL; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOAO JOSE FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: O tratamento do adenocarcinoma do reto extra-peritoneal localmente avançado implica na realização de neoadjuvância com radio e quimioterapia associada à cirurgia de excisão total do mesorreto. Entretanto, os pacientes respondem de forma variável à terapia neoadjuvante, não se conhecendo ainda os fatores envolvidos nesta resposta. Objetivo: Comparar resposta parcial e resposta completa do câncer retal após tratamento neoadjuvante, no estudo anatomopatológico. Casuística e Métodos: Análise retrospectiva da casuística de portadores de adenocarcinoma de reto submetidos a neoadjuvância e tratamento cirúrgico entre 2000 e 2010. Foram avaliados: ocorrência de acometimento neoplásico de linfonodos, invasão vascular, linfática e perineural, recidiva local, ocorrência de metástases e sobrevida. Os pacientes foram divididos conforme a presença de lesão neoplásica na parede retal (Grupo 1) e ausência de células neoplásicas (Grupo 2). Resultados: Foram incluídos 212 doentes (média de idade de 59,9 anos, 58,4% do sexo masculino), sendo que 182 (85,9%) foram classificados no Grupo 1 e 30 (14,1%) no



Grupo 2. Não houve diferença entre os dois grupos em relação ao gênero, etnia, idade, tempo de evolução dos sintomas, distância do tumor à margem anal, níveis do antígeno carcinoembrionário (CEA), presença de lesões sincrônicas, assim como ocorrência de metástases pulmonar e/ou hepática por ocasião da cirurgia. No estudo anatomopatológico, o Grupo 2 apresentou menor acometimento de linfonodos (10% vs 39%), menor invasão linfática (3,3% vs 19,2%) e perineural (0 vs 15,4%), ( $p < 0,05$ ). No acompanhamento tardio, verificou-se no Grupo 2 menor recidiva local (3,4% vs 15,0%), menor ocorrência de metástases a distância (17,2% vs 40,2%) e maior sobrevida livre de doença (134,6 meses vs 85,5 meses). Conclusão: A remissão histológica completa no reto associou-se a aspectos histológicos favoráveis e melhor prognóstico, porém, salienta-se que não implicou na cura da doença em pequeno número de pacientes.

#### TL033 - POSTOPERATIVE TEM COMPLICATIONS FOR THE TREATMENT OF RECTAL NEOPLASIA ARE FREQUENT BUT MILD. RISK FACTORS AND TIME BEHAVIOR STUDY

CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; SERGIO CARLOS NAHAS; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; RODRIGO AMBAR PINTO; EDUARDO KENZO MORY; IVAN CECCONELLO *HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introduction: . In 1983, Buess et al introduced a novel surgical approach for the resection of large rectal adenomas, namely transanal endoscopic microsurgery (TEM). Since its introduction, many centers have adopted TEM as the new standard surgical approach to treating both large rectal adenomas and early rectal cancer. Objective: This study was designed to evaluate risk factors associated with post operative complications after TEM local resection for rectal neoplasia. Methods: All patients were treated using TEO© device and harmonic scalpel according to Buess technique. We prospectively collected demographic, tumor characteristics and complication information using Clavien-Dindo classification. Results: Fifty three patients were treated. There was no mortality. Overall morbidity rate was 50%. Patients with lesions under the first rectal valve complicated more than de higher ones ( $p=0,034$ ). Patients submitted to neoadjuvant chemoradiotherapy (CRT) had 24 times more chance of presenting grade II complications ( $p=0,002$ ), and 7,03 times more chance of grade III complications ( $p=0,098$ ). When the defect was treated using the TEM device to perform or help with the rectal suture there was a 16 times less chance of having grade III complications ( $p=0,043$ ). There was no specific complications time behavior. Conclusions: TEM post operative complications are acceptable and usually self-limited. Patients submitted to neoadjuvant CRT, with distal lesions, and submitted to conventional suture deserve a higher attention. Apparently, there was no time behavior of complications.

#### TL034 - QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS DA CIRURGIA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE CÓLON EM OCTOGENÁRIOS?

LEONARDO DE CASTRO DURÃES; LUCA STOCCHI; MEGAGAN COSTEDIO; DAVID DIETZ; EMRE GORGUN; MATTHEW F KALADY; HERMANN KESSLER; FEZA H REMZI *CLEVELAND CLINIC FOUNDATION, CLEVELAND, ESTADOS UNIDOS.*

Resumo: Introdução: O uso da laparoscopia para cirurgia do câncer colorretal está associado a uma recuperação mais rápida e resultados oncológicos semelhantes quando comparado a cirurgia aberta, em pacientes jovens. O uso da laparoscopia em octogenários ainda não está bem estabelecida. Objetivo: Comparar o uso de cirurgia laparoscópica com cirurgia aberta para câncer de cólon em pacientes acima de 80 anos de idade. Métodos: O banco de dados de um hospital terciário foi utilizado para identificar pacientes com idade acima de 80 anos, com adenocarcinoma de cólon estádios I-III, operados com intenção curativa entre 2000 e 2012. Os critérios de exclusão foram cirurgia de emergência, doença inflamatória intestinal, neoplasia colorretal hereditária, e outras doenças malignas concomitantes. Análises estatísticas univariada, multivariada, e de sobrevida (Kaplan-Meier) foram utilizadas para comparar os resultados perioperatórios e oncológicos de octogenários submetidos a colectomia laparoscópica vs. colectomia aberta. Resultados: 225 pacientes preencheram os critérios de inclusão. A cirurgia laparoscópica foi realizada em 27,1% dos pacientes. A taxa de conversão foi de 16,4%. Os doentes tratados com laparoscopia eram mais velhos do que os pacientes tratados com cirurgia aberta (85.7 vs 84.5,  $p=0.019$ ). Não houve diferenças estatisticamente significativas de sexo ( $p=0.67$ ), IMC ( $p=0.28$ ), ASA ( $p=0.51$ ) e estadiamento patológico do cancer ( $p=0.26$ ) entre os grupos. Morbidade perioperatória ( $p=0.09$ ), mortalidade ( $p=0.21$ ), sobrevida global ( $p=0.12$ ), sobrevida livre de progressão ( $p=0.126$ ), sobrevida específica para câncer ( $p=0.325$ ) e recorrência tumoral ( $p=0.767$ ) também foram comparáveis entre os grupos. Os pacientes submetidos à cirurgia laparoscópica apresentaram menor tempo de internação hospitalar quando comparado com o grupo submetido à cirurgia aberta ( $p = 0,03$ ). A análise multivariada mostrou sexo masculino (OR = 1,87,  $p = 0,03$ ) como fator independente associado com o aumento da morbidade, e estadiamento patológico III (OR = 7,28,  $p = 0,01$ ) como fator independente associado à sobrevida específica para o câncer. Conclusão: A cirurgia laparoscópica pode ser oferecida com segurança a octogenários para tratamento de câncer de cólon com intenção curativa, e está associada a rápida recuperação pós operatória.

#### TL035 - RETOSSIGMOIDECTOMIA TRANSANAL: EXPERIENCIA INICIAL

ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; GUSTAVO BOTEGA SOUZA; EUVALDO JORGE SILVA FILHO

*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*

Resumo: Revisão: Já é do conhecimento de todos que a Excisão Total do Mesoreto (ETM) torna a cirurgia de retossigmoidectomia para câncer de reto médio e distal, uma cirurgia segura e com baixos índices de recidiva. Porém com o advento da laparoscopia essa técnica se tornou muito mais aplicável e com muitos benefícios devido a qualidade da visualização de estruturas fundamentais para um excelente pós-operatório e seguimento sem complicações. Entretanto algumas dificuldades podem atrapalhar o bom desempenho da cirurgia e com isso em alguns casos não ser realizada a ETM por completo e dessa forma não adquirindo-se resultados oncológicos tão satisfatórios. Essas dificuldades se enquadram em pacientes obesos ou com pelve estreita, ou aqueles em que o tumor acaba estando muito distal e em alguns casos dificultando a completa dissecação devido ao campo muito difícil. Objetivo: propósito deste estudo é mostrar um outro tipo de abordagem de um outro ângulo, "de baixo para cima", com uma excelente visualização de estruturas e preservação das mesmas. Metodologia: Avaliar todos os pacientes portadores de neoplasia benigna ou maligna de reto médio e distal nos quais foram submetidos a retossigmoidectomia totalmente transanal em nosso serviço. Resultados: Em um total de 5 pacientes sendo 3 do sexo feminino e 2 do sexo masculino com média de idade de 48,2 anos e IMC com média de 26 (mínimo de 22,6 e máximo de 29,4). Analisou-se o tipo de tumor sendo 2 lesões LST de reto com biópsia de adenoma com displasia de alto grau e 3 neoplasias malignas (2 T3 e 1 T2) sendo que 2 fizeram neoadjuvância e 1 não. Com relação ao tipo de material utilizado para o procedimento utilizamos em 4 pacientes a plataforma rígida conhecida como TEO e em um deles a plataforma descartável GelPointPath e este último acoplou-se a plataforma robótica. Referente a anastomose 2 foram manuais coloanal, 1 anastomose retardada e 2 mecânicas. Em 2 pacientes realizou-se ileostomia provisória. Referente a complicações somente um paciente apresentou deiscência parcial da anastomose sendo necessária reintervenção para confecção de ileostomia derivativa via laparoscópica com limpeza da cavidade e um paciente em que por dificuldades técnicas o procedimento teve que ser complementado por laparoscopia. Referente a dor no pós-operatório não houve queixas importantes somente com nível de dor leve. Com relação a média de internação obtivemos um valor de 7,4 dias (3 mínimo e 13 máximo). Conclusão: A retos-sigmoidectomia transanal ainda é um procedimento inicial que necessita de maiores estudos para avaliar sua funcionalidade porém em casos selecionados e com materiais especiais pode ser uma técnica de grande utilidade com benefícios estéticos e funcionais amplos.

**TL036 - AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS APÓS FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA DE PROTEÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS A RESSECÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL**

DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ANNA CAROLINA BATISTA DANTAS; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A deiscência de anastomose colorretal ocorre devido a uma combinação de fatores relacionados a técnica cirúrgica, condições locais e sistêmicas. A associação destes fatores favorecem a realização de derivação intestinal, no entanto, a presença desta derivação não diminui a incidência mas apenas reduz as complicações clínicas decorrentes da deiscência. Ileostomia em alça é o método mais comumente utilizado pois assume que a reversão seja um procedimento simples e seguro. No entanto muitos estudos tem demonstrado que o fechamento de ileostomia não é livre de riscos, sendo descrito morbidade de 7% a 47% de complicações. Objetivo: Identificar fatores de risco para complicações pós operatórias de fechamento de ileostomia de proteção em pacientes submetidos a ressecção de câncer colorretal. Métodos: Análise retrospectiva de 294 pacientes submetidos a fechamento de ileostomia entre Junho de 2009 a Junho de 2015. Todos foram submetidos a ressecção colorretal. Foram analisados trinta variáveis independentes por análise univariada e multivariada. Resultados: Complicações pós operatórias ocorreram em 79 (29,6%) pacientes sendo 13,3% de íleo prolongado, 11,9% de diarreia, 8,5% infecção de ferida operatória, 8,2% de complicações clínicas, 3,4% de deiscência. Em 10 (3,4%) pacientes foi necessário reoperações e mortalidade global de 5 pacientes (1,78%). O tempo de médio de cirurgia foi 90 minutos e período de internação foi 7 dias. O intervalo médio entre a primeira cirurgia e o fechamento da ileostomia foi de 52 semanas. Na análise univariada para complicações do fechamento de ileostomia encontramos como fator de risco idade, complicação na primeira cirurgia, complicações severas – Clavien maior que 3 – na cirurgia de ressecção do tumor e anastomose íleo-íleal manual. Na análise univariada para íleo prolongado que foi a complicação mais frequente do fechamento de ileostomia encontramos como fatores de risco idade, diabetes, complicação de alto débito na ileostomia, readmissão até 30 dias após o primeiro procedimento e a necessidade de laparotomia mediana para fechamento de ileostomia. Na análise multivariada encontramos que idade, complicação no primeiro procedimento cirúrgico, readmissão até 30 dias após primeiro procedimento e necessidade de laparotomia mediana para fechamento foram fatores de risco independentes para complicação global do fechamento. Quando analisamos os casos com íleo diabetes, complicação de alto débito na ileostomia, readmissão até 30 dias após o primeiro procedimento, a necessidade de laparotomia mediana e confecção manual da anastomose foram fatores de risco independentes. Conclusão: A reversão de ileostomia não é um procedimento livre de risco de complicações, sendo que idade e presença complicações pós operatórias na ressecção do tumor mostraram ser fatores de risco. Pacientes

com complicações pós operatória apresentaram maior tempo de internação hospitalar sendo que o ileo prolongado foi a complicação mais frequente.

#### TL037 - OBESIDADE- FATOR DE RISCO PARA O CANCER COLORRETAL

LUCIA CÂMARA OLIVEIRA; FLAVIA ALVARENGA NETTO  
*SERVIÇO DE FISIOLOGIA ANORRETAL DORIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: A obesidade está se tornando um problema de saúde pública mundial e vem sendo considerada um dos fatores de risco para o câncer colorretal. OBJETIVO: O objetivo do nosso estudo foi avaliar a relação entre obesidade e câncer de cólon através da detecção de pólipos adenomatosos durante a colonoscopia. MÉTODOS: Todos os pacientes que se submeteram à colonoscopia total por diferentes indicações foram avaliados prospectivamente no período de um ano. Os parâmetros avaliados foram IMC, idade, número e tipo de pólipos detectados. IMC > 24,9 e > 29,9 foram considerados como sobrepeso e obesidade, respectivamente. Os pacientes com e sem pólipos detectados foram comparados em termos do IMC. A análise estatística foi realizada com o programa InStat, utilizando-se o teste exato de Fisher. Resultados: 120 pacientes com idade média de 60 (intervalo 20-87) anos participaram da nossa casuística, sendo 58 do sexo feminino e 42 do sexo masculino. A média do IMC foi 25,7. 46,6% para pacientes que estavam com sobrepeso ou obesidade (sobrepeso n = 36 / obesidade n = 20) 84 dos 120 pacientes apresentavam pólipos (70%): em pacientes obesos 19/20 (95%) tiveram pólipos adenomatosos (16) e no grupo com sobrepeso 27/36 (75%) apresentavam pólipos adenomatosos (21). A comparação entre o grupo obeso e com sobrepeso com o grupo com IMC normal foi estatisticamente significativa (p < 0,0001 e p 0,0002, respectivamente). Conclusão: Pacientes com sobrepeso ou obesidade têm um risco aumentado de câncer de cólon, se considerarmos o número de pólipos adenomatosos detectados. A colonoscopia é um instrumento importante para a prevenção do câncer de cólon na população estudada.

#### TL038 - RESULTADOS ONCOLÓGICOS E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE RETO SEM RESPOSTA A RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE

LEONARDO DE CASTRO DURÃES; LUCA STOCCHI; DAVID DIETZ; IAN LAVERY; RISH PAI; MATTHEW F KALADY  
*CLEVELAND CLINIC FOUNDATION, ESTRANGEIRO, ESTADOS UNIDOS.*

Resumo: Introdução: O uso de radioquimioterapia neoadjuvante (RT), seguido por cirurgia é o tratamento recomendado para pacientes com câncer de reto estadios II/III. Apesar da morbidade associada, a RT é utilizada em troca de benefícios oncológicos. No entanto, aproximadamente 20% dos pacientes não apresentam resposta ao tratamento neoadjuvante. Objetivo: Avaliar resultados oncológicos e qualidade de vida em pacientes com câncer de reto sem resposta à RT, comparado com pacientes que não receberam RT. Métodos: Um banco de dados de um

hospital terciário foi utilizado para identificar pacientes com adenocarcinoma de reto estadios I-III, operados eletivamente, com intenção curativa, entre 2000 e 2012. Foram excluídos pacientes submetidos a excisão local, com doença inflamatória intestinal, ou com câncer colorretal hereditário. A resposta a RT foi avaliada por um patologista, utilizando critérios de resposta tumoral da AJCC (American Joint Committee on Cancer): 0 - resposta completa; 1-pequeno grupo de células tumorais; 2 - Cancer residual com fibrose; 3- Resposta mínima a RT. Inicialmente os pacientes sem resposta a RT (AJCC 3) foram comparados com todos os pacientes que não receberam RT por análise univariada, multivariada e de sobrevida. A seguir os grupos foram pareados 1:2 utilizando-se idade, sexo, procedimento e estadiamento patológico. Finalmente, a qualidade de vida foi avaliada utilizando-se um questionário validado. Resultados: 705 pacientes foram tratados com cirurgia sem RT previa e 584 receberam RT. Destes, 80 pacientes não tiveram resposta a RT (AJCC 3). Comparado com pacientes que não receberam RT, os pacientes submetidos a RT, sem resposta, tiveram pior sobrevida global (SG) [52,7% (IC 40,8-63,4) vs 76,4% (IC 72,7-79,7), p < 0,001], e pior sobrevida livre de progressão (SLP) [46,1% (IC 34,7-56,8) vs 70,4% (IC 66,5-74,0), p < 0,001] em 5 anos. A análise multivariada mostrou ausência de resposta a RT como um fator de risco independente para SG (HR 2,75; IC 1,92-3,94) e SLP (HR 2,32; IC 1,65-3,38), ambos p < 0,001. Em seguida, 64 pacientes sem resposta a RT foram pareados com 128 pacientes que não receberam RT. Na análise pareada, os pacientes sem resposta a RT também tiveram pior SG [54,1% (IC 40,7-65,8) vs 72,3% (IC 62,7-79,8), p = 0,002] e SLP [45,3% (IC 32,5-57,2) vs 64,1% (IC 54,1-72,4), p = 0,004] em 5 anos. Ao avaliar o efeito da radiação sobre a qualidade de vida, pacientes sem resposta a RT relataram pior qualidade de vida (p = 0,044), limitações sociais (p = 0,009), e restrições sexuais (p = 0,002), em comparação com pacientes que não receberam RT. Conclusão: Pacientes sem resposta à radioquimioterapia neoadjuvante não apresentam benefícios do tratamento oncológico, e apresentam diminuição da qualidade de vida comparado com pacientes que não receberam tratamento neoadjuvante. Formas de reconhecer estes pacientes são necessárias, com finalidade de evitar custos e morbidade da RT, e acelerar o tempo para o tratamento cirúrgico.

#### TL039 - EXPERIÊNCIA INICIAL DE CIRURGIA ROBÓTICA COLORRETAL EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; GUSTAVO BOTEGA SOUZA; EUVALDO JORGE SILVA FILHO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*

Resumo: Revisão: A cirurgia robótica colorretal é um novo acesso que surgiu com inúmeras melhorias principalmente para o cirurgião como imagem em 3 dimensões, maior mobilidade dos instrumentos, melhor ergonomia, eliminação dos tre-

mores e estabilidade da câmara, além de novas inovações que podem estar acopladas neste novo instrumento. Objetivo: O objetivo deste estudo é mostrar a experiência inicial deste serviço com a aquisição deste produto, assim como mostrar a curva de aprendizado em tempo e número de cirurgias. Metodologia: Foram avaliados os primeiros 24 casos de cirurgia colorretal robótica com a análise de parâmetros básicos como sexo, idade, IMC, características do tumor, tipo de cirurgia realizada com suas complicações e também os parâmetros da cirurgia robótica como o tempo de Docking, tempo de console e tempo total de cirurgia. Analisou-se também a interferência do IMC como fator de dificuldade técnica e com isso aumentando o tempo cirúrgico. Resultados: no período de Setembro de 2014 a Junho de 2015 foram realizados 24 casos, com média de idade de 57,79 anos, sendo 14 do sexo masculino e 10 do sexo feminino, uma média de IMC de 29,17 Kg/m<sup>2</sup> (máximo de 39,10 e mínimo de 21,9). Referente a localização do tumor tivemos a maior parte deles em Reto (62,5%) e desta forma a cirurgia mais realizada foi a Retos-sigmoidectomia (82,7%) seguida de Amputação abdominoperineal do Reto (8,6%) e com 8,7% em somatória tivemos colectomia direita, colectomia esquerda e retossigmoidectomia Transanal. Durante esses procedimentos tivemos 37,5% de confecção de estomas e em 4 casos realizamos anastomose retardada com secção do coto abaixado em 7 dias após procedimento inicial. Com relação aos tempos cirúrgicos robóticos obtivemos uma média de 7 minutos de Docking (mínimo de 2 e máximo de 25), tempo de console com média de 155 minutos e tempo total (pele a pele) média de 243 minutos. Quando avaliada a interferência do IMC no tempo cirúrgico, não apresentou significância estatística ( $p=0,02$ ). Referente a complicações tivemos 1 caso de diverticulite em pós-operatório tardio por manipulação do cólon esquerdo tratado com antibiótico. Nenhum caso de óbito foi relatado. Conclusão: A cirurgia robótica é um acesso factível, com resultados bem favoráveis porém ainda apresenta algumas dificuldades para acessibilidade que impedem de maior progressão na comunidade cirúrgica brasileira.

#### **TL040 - EFEITO ANTITUMORAL DOS FLAVONOIDES RUTINA E ISOQUERCETINA SOBRE O CÂNCER COLORRETAL**

DANIEL DE CASTILHO; GUILHERME DI CAMILLO ORFALI; VIVIEN BONADIO; ANA CAROLINA BOMBARDI DUARTE; NATÁLIA PERES MARTINEZ; DENISE GONÇALVES PRIOLLI

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal (CCR) é a quarta neoplasia mais comum da espécie humana, configurando-se como a segunda mais frequente na região sudeste do Brasil. A partir da mucosa colônica normal, uma sequência de mutações em genes controladores da proliferação, diferenciação, adesão e apoptose celulares é responsável pelo aparecimento do CCR. Estudos epidemiológicos e ensaios clínicos em humanos indicam que os flavonoides têm efeitos importantes

na quimioprevenção e quimioterapia oncológicas, sendo alvos promissores na terapia anticâncer. Objetivo: Avaliar a resposta antitumoral dos flavonoides Rutina e Quercetina-3-Glicosídeo (Q3G) utilizados de forma profilática e terapêutica em modelo animal de adenocarcinoma de cólon; verificar a ação destes biocompostos sobre a expressão de p53 e a peroxidação lipídica; e avaliar a toxicidade clínica destes flavonoides. Método: Foram utilizados 27 camundongos atímicos, com seis a oito semanas de vida, distribuídos aleatoriamente em cinco grupos diferentes – Controle, Q3G pré, Rutina pré, Q3G pós e Rutina pós. Os animais foram inoculados com células tumorais cultivadas de adenocarcinoma de cólon humano/HT-29. Os compostos foram administrados por gavagem durante sete dias previamente ao implante tumoral (Grupos pré) ou quando o volume tumoral atingiu 100 mm<sup>3</sup> (Grupos pós). Atividade antitumoral foi verificada pela curva de crescimento tumoral na primeira e segunda semanas após tratamento. Avaliação clínica in vivo, objetiva e subjetiva, foi executada para análise da toxicidade dos biocompostos. Diagnóstico anatomopatológico foi realizado por histopatologia convencional. Estudos imunistoquímico e morfométrico foram realizados para determinar e quantificar a expressão da p53. Dosagem de malondialdeído foi executada para medida do estresse oxidativo (peroxidação lipídica). A análise dos resultados adotou nível de significância menor que 5%. Resultados: Todos os tumores foram diagnosticados como adenocarcinoma pouco diferenciado. Houve diferença entre a utilização de ambos os fármacos, Q3G ( $p=0,05$ ) e Rutina ( $p=0,05$ ), para ação preventiva e terapêutica, sendo mais eficazes para a inibição do tumor quando utilizados de forma terapêutica, durante os primeiros sete dias. Após 14 dias, existiu diferença significativa entre a ação dos fármacos com proposta de uso terapêutico em relação ao seu uso profilático, Q3G e Rutina ( $p=0,00$ ), os quais mantêm sua ação de inibição do tumor ao longo do tempo avaliado. Houve maior peroxidação lipídica nos grupos com administração profilática. Não houve diferença ( $p>0,05$ ) na expressão de p53 entre os grupos. Conclusão: Rutina e Q3G têm efeito anti-proliferativo sobre o adenocarcinoma de cólon. A ação terapêutica mostra-se efetiva para ambos os fármacos. Houve ação da Q3G sobre a peroxidação lipídica que demonstrou efeito pró-oxidante no grupo profilático. Não houve ação da Rutina e da Q3G sobre a expressão da proteína p53. A Rutina demonstrou maior toxicidade em comparação à Q3G.

#### **TL041 - GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF THE RECTUM TREATED WITH NEOADJUVANT THERAPY FOLLOWED BY TRANSANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY**

CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; SERGIO CARLOS NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; RAFAEL SCHMERLING; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; GUILHERME CUTAIT COTTI; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introduction: The gastrointestinal stromal tumor (GIST) is a rare type of tumor that expresses CD117 oncogene that can be detected by immunohistochemistry. The most common sites of GISTs are stomach (70%), and small intestine (20%), while rectum is comprised in only 3% of the cases. Although a rare condition, the GIST located in the distal rectum may require an abdominoperineal resection. There is no data to support the use of Imatinib (Gleevec from Novartis, Basel, Switzerland), a selective inhibitor of tyrosine kinase, as neoadjuvant therapy. However, the last session consensus for the treatment of GIST, suggests that this form of therapy can be used in some cases where anal sphincter is involved. Objective: is to describe a case of distal rectum GIST in the rectovaginal septum with partial invasion of the anal sphincter, which was successfully treated by neoadjuvant therapy with imatinib followed by the technique of transanal endoscopic microsurgery (TEM). Methods: TEM suturing technique could not be used in this case since it was not possible to keep the gas insufflation at the anal verge (the TEM retoscope could not seal the anus). The vaginal wall was also closed primarily with a transvaginal running suture. A laparoscopic loop ileostomy was created to prevent from rectovaginal fistulae. Results: The postoperative period was uneventful and the patient was sent home on 4th day. The loop ileostomy was taken down four months later and the patient recovered normal defecation with minimal transient fecal incontinence. Pathological analysis of the surgical specimen identified a white firm 3.5x3.0x3.0 cm well delimited rectal mass, occupying the adjacent soft tissue close to the vagina interface. The specimen margins were free of tumor. The lesion expressed CD34 or CD117 and showed no mitotic activity (zero mitoses in 50 HPF). As for now, the patient presented no evidence of recurrence of disease (follow up period of 46.2 months). Conclusion: The use of neoadjuvant Imatinib should be considered in patients with GIST of distal rectum in order to possibilitate sphincter preservation.

**TL042 - ACESSO EXTRA-ELEVADOR NA AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO – IMPACTO DA TÉCNICA CIRÚRGICA NA QUALIDADE DO ESPÉCIME CIRÚRGICO RESSECADO**

ANGELITA HABR GAMA1; RODRIGO OLIVA PEREZI1; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO1; BRUNA BORBA VAILATI1; EDGARD ALEMAN LOAIZA1; LUIZ FELIPE CAMPOS LOBATO2; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO1; JOAQUIM GAMA RODRIGUES1

1. INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: A amputação abdômino-perineal (AAP), para tratamento da neoplasia de reto, é um fator de risco reconhecido de comprometimento de margens cirúrgicas circunferenciais (CRM+) e de recorrência local. A abordagem extra-elevador (AAP-EE) é uma alternativa que parece estar associada à melhor qualidade da peça cirúrgica, com menor risco de perfuração do tumor e de CRM+. Entretanto,

alguns autores sugerem que a AAP-EE é associada a maior morbidade pós-operatória. A maioria dos estudos disponíveis comparando as duas técnicas descrevem séries de pacientes operados por grupos diferentes de cirurgiões, dificultando a avaliação dos resultados. Objetivo: Comparar a qualidade das peças cirúrgicas e complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à amputação de reto tradicional e com abordagem extra-elevador realizadas em uma única instituição pela mesma equipe cirúrgica. Métodos: Foi realizada revisão de prontuário de todos os pacientes submetidos a amputação abdômino-perineal por neoplasia anorretal em um serviço de coloproctologia entre 1998 e 2014. Entre 1998 e 2008 todos os pacientes foram submetidos ao procedimento tradicional (AAP). Após 2009, a amputação abdômino-perineal extra-elevador (AAP-EE) foi implementada como abordagem de escolha. As peças cirúrgicas foram comparadas quanto a CRM+, perfuração do tumor e fragmentação da peça cirúrgica. Além disso foram comparados índices de morbidade pós-operatória (classificação de Clavien-Dindo). Resultados: No período, 50 pacientes foram submetidos à amputação abdômino-perineal tradicional e 22 à abordagem extra-elevador. Não houve diferença em CRM+ (10,6% vs. 13,6%; p=0,7) ou nas taxas de perfuração tumoral (8% vs 0%; p=0,3) entre AAP e AAP-EE. A AAP foi identificada como fator de risco para fragmentação da peça cirúrgica em comparação com APA-EE (42% vs. 4%; p=0.002). Não houve diferença entre os grupos na ocorrência de complicações graves (Graus 3 e 4) pós operatórias. Conclusão: A abordagem extra-elevador é uma alternativa deve ser considerada na maioria dos casos em que existe necessidade de amputação de reto pois oferece melhor resultado da peça cirúrgica sem incremento significativo na morbidade dos pacientes.

**TL043 - TERAPIA BIOLÓGICA NÃO INFLUENCIA AS TAXAS DE COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS E CLÍNICAS PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIAS ELETIVAS DE RESSECÇÃO INTESTINAL NA DOENÇA DE CROHN**

PAULO GUSTAVO KOTZEI1; MANSUR SAAB1; BARBARA SAAB1; MARCIA OLANDOSKI1; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY2

1. PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2. UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: o real impacto da terapia biológica com inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF), Infiximabe (IFX) e Adalimumabe (ADA), nas complicações pós-operatórias em ressecções intestinais na doença de Crohn (DC) ainda está por ser definido. O objetivo deste estudo foi verificar e comparar as taxas de complicações após cirurgias abdominais com ressecção intestinal eletivas em pacientes brasileiros portadores da DC, expostos ou não à terapia biológica no período pré-operatório. Método: estudo retrospectivo e observacional com pacientes portadores de DC que foram submetidos a operações abdominais, provenientes de dois centros de referência no manejo da doença no Brasil. Foram incluídos pacientes submetidos a operações eletivas com ressecção intestinal. Os

pacientes foram alocados em dois grupos, em relação ao uso prévio de agentes biológicos no pré-operatório. Foram analisadas complicações cirúrgicas e clínicas, que foram posteriormente comparadas entre os grupos. Para avaliação das variáveis quantitativas, foi utilizado o teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney. Para variáveis qualitativas foram empregados o teste de Fisher ou o teste de Qui-quadrado. Foram realizadas análises uni e multivariada para pesquisa de fatores de risco para maiores taxas de complicações. Resultados: Inicialmente foram analisados 144 pacientes. Destes, 21 foram excluídos (12 por cirurgia de emergência, 7 por enteroplastias sem ressecção e 2 por estomas sem ressecção associada), totalizando 123 pacientes incluídos (52 sem biológicos prévios - grupo I e 71 com uso prévio desses agentes - grupo II). Os grupos foram homogêneos à exceção da presença de DC perianal, uso prévio de azatioprina e realização de estomas intestinais. Não houve diferença entre os grupos em relação a complicações cirúrgicas (32,69% no grupo I vs. 39,44% no grupo II,  $p=0,457$ ). Da mesma forma, não houve diferença nas taxas de complicações clínicas (21,15% vs. 21,13% respectivamente,  $p=1,000$ ). Em análise univariada, o uso de corticoides, DC perianal e estomas foram fatores de risco para complicações cirúrgicas, e somente o uso de corticoides e hipoalbuminemia para complicações clínicas. Em análise multivariada, o uso prévio de corticoides esteve associado a maiores taxas de complicações clínicas e cirúrgicas, e hipoalbuminemia a complicações clínicas. Conclusões: não houve influência do uso prévio de agentes biológicos nas taxas de complicações cirúrgicas e clínicas pós-operatórias em cirurgias eletivas de ressecção intestinal na DC. O uso prévio de corticoides e hipoalbuminemia foram ligados a maiores taxas de complicações.

#### **TL044 - HIPOVITAMINOSE D EM PACIENTES PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN EM UMA CIDADE DO OESTE PAULISTA.**

PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; JOAO GOMES NETINHO; GENI SATOMI CUNRATH; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; RODRIGO PADILLA; ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal de caráter auto-imune. Nos últimos anos, a vitamina D tem sido amplamente estudada como mediadora da resposta imune após a descoberta do receptor de vitamina D presente nas células de defesa. Estudos têm demonstrado a prevalência de hipovitaminose D em pacientes com doença de Crohn. Objetivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar os níveis séricos de vitamina D nos pacientes com doença de Crohn em uma cidade do oeste do estado de São Paulo. Métodos: Estudo prospectivo, com análise estatística dos valores da vitamina D sérica dosados entre Abril de 2014 e Abril de 2015 de pacientes acompanhados por doença de Crohn. Indivíduos portadores de queixas anais leves, sem qualquer acometimen-

to colorretal, foram selecionados para compor o grupo controle. Resultados: Foram avaliados 104 pacientes portadores de doença de Crohn, com média de idade de 40,6 anos (desvio-padrão 14,01), sendo 56 (53,8%) mulheres e 48 (46,2%) homens. O nível sérico de vitamina D médio foi 21,6 ng/mL com desvio-padrão de 13,85. O grupo controle foi composto por 66 indivíduos, cuja média de idade foi 48,9 anos (desvio-padrão 13,97), com 38 (57,6%) mulheres e 28 (42,4%) homens. Neste grupo o nível sérico médio de vitamina D foi 40,9 ng/mL. Foi demonstrada significância estatística com  $P<0,0001$ . Conclusão: Houve elevada prevalência de hipovitaminose D em pacientes com doença de Crohn, quando comparados ao grupo controle. Não foi evidenciada hipovitaminose D entre os pacientes deste último grupo.

#### **TL045 - ASSOCIAÇÃO ENTRE VITAMINA D SÉRICA E MARCADORES DE ATIVIDADE DE DOENÇA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN EM UMA CIDADE DO OESTE PAULISTA.**

PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; JOAO GOMES NETINHO; GENI SATOMI CUNRATH; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; RODRIGO PADILLA; ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal auto imune que pode acometer todo o trato gastrointestinal. Na vigência de hipovitaminose D há maior suscetibilidade a indução e exacerbação da doença de Crohn, principalmente induzida por estímulo infeccioso a mucosa intestinal, gerando danos a mesma e aumento da resposta inflamatória sistêmica e intestinal. Atualmente, vem sendo desenvolvidos diversos estudos que buscam a associação da vitamina D sérica com marcadores de resposta inflamatória sistêmica e intestinal. Objetivo: Analisar a associação entre os níveis séricos de vitamina D e os marcadores inflamatórios de atividade de doença, através do índice de Harvey-Bradshaw (IBH), proteína C reativa (PCR) e calprotectina fecal (CF), nos pacientes portadores de doença de Crohn em uma cidade do oeste paulista. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados em prontuário referentes aos valores da vitamina D sérica, PCR, valor da calprotectina fecal e o cálculo do índice de Harvey-Bradshaw dos pacientes portadores de doença de Crohn em uma cidade do oeste paulista entre Abril de 2014 e Junho de 2015. Os pontos de corte utilizados foram: hipovitaminose D para valores séricos menores do que 30 ng/mL, proteína C reativa positiva para valores maiores ou iguais a 5 mg/L, doença em atividade para valores de calprotectina fecal maiores do que 200  $\mu\text{g/g}$  e índice de Harvey-Bradshaw acima de 8. Foi realizada análise descritiva e de associação entre as variáveis através do teste de Pearson e regressão linear, sendo considerado estatisticamente significante para  $P<0,05$ . Resultados: Foram avaliados 75 pacientes neste estudo, com média de idade de 41 anos, com desvio-padrão de 15,6, sendo

39 (52%) mulheres e 36 (48%) homens. O nível sérico médio da vitamina D foi 26,9 ng/mL com desvio-padrão de 11,15. A média da PCR foi 1,31 com DP de 3,79. O IBH médio foi 3,17 com DP 4,36. Do número total de pacientes, apenas 42 apresentavam valores de CF que apresentou valor médio de 530,5 com DP 568,5. Após análise de associação através do teste de Pearson, evidenciou-se relação positiva e estatisticamente significativa, com P de 0,016, entre a vitamina D sérica e a calprotectina fecal. Não sendo demonstrada relação entre a vitamina D e a PCR ou IHB. Conclusão: Ficou evidente neste estudo a associação entre os valores séricos de vitamina D e valores de calprotectina fecal. Demonstrou-se que quanto maiores os valores de vitamina D sérica, menores os valores de calprotectina fecal, determinado por menor processo inflamatório intestinal nesses pacientes. Não foi demonstrada relação entre a vitamina D sérica e os valores de PCR ou o índice de Harvey-Bradshaw.

#### TL046 - ANÁLISE DOS PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA EM USO DE BIOLÓGICOS: EXISTE MELHORA DOS SINTOMAS?

ANNA CAROLINA FRANCO1; ÁGATA VALENTINA SHIMIZU FRUTUOSO1; RENAN VICENTE SOHN1; KARINNE SOARES ISAAC1; BRUNA PATROCÍNIO DOS SANTOS SILVA1; WILSON VILELA MEDEIROS FILHO1; JACQUELINE JESSICA DE MARCHI TONHÁ2; MARDEM MACHADO DE SOUZA1

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER, CUIABA, MT, BRASIL; 2.HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO, CUIABA, MT, BRASIL.

Resumo: Introdução: A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal crônica, que pode se apresentar como doença grave, sendo responsável por índices expressivos de morbidade e mortalidade. A terapia medicamentosa é capaz de controlar os sintomas da doença, contribuindo para uma menor probabilidade de novas crises. Os biológicos induzem a cicatrização da mucosa intestinal, proporcionando o controle da resposta imunobiológica do paciente. Objetivo: Analisar os benefícios na diminuição dos sintomas dos pacientes em uso de imunobiológico no estado do Mato Grosso. Método: Estudo descritivo, observacional, transversal, realizado através da revisão de 15 prontuários de pacientes com RCU no estado do Mato Grosso em uso de biológicos, provenientes do programa de medicamentos excepcionais da secretaria de saúde. Após a análise dos prontuários os pacientes foram contatados para uma entrevista. Resultados: 46,6% dos pacientes são do sexo masculino, 53,3% da cor parda, 46,6% procedentes de Cuiabá e 60% estavam entre a faixa etária dos 17 aos 40 anos. 33,4% apresentam alguma doença concomitante, dentre elas hipertensão arterial, diabetes mellitus, psoríase e osteoporose. Com relação a localização, 66,7% tem proctite/proctossigmoidite e 30% estão em remissão. Dentre as manifestações extra-intestinais, 20% exibiram artrite e 26,6% mais de uma manifestação. 54,4% expressaram alguma complicação, sendo as fistulas

perianais as mais incidentes (37,5%). 66,6% estão em uso de adalimumabe, 33,4% em uso de infliximabe, como monoterapia ou associação. Todos os pacientes já haviam feito uso de outras medicações pregressas, sendo a principal associação a mesalazina e azatioprina (26,6%). 40% já realizam algum procedimento cirúrgico, 50% destes, proctocolectomia com bolsa ileal. 92% relataram melhora significativa dos sintomas após uso de imunobiológico. Conclusão: Apesar dos poucos estudos relacionados ao uso de imunobiológicos em RCU, sabe-se que tais drogas são capazes de induzir e manter a remissão da doença, além de diminuir o número de internações e cirurgias. Este estudo mostrou alguns aspectos dos pacientes com RCU em uso de imunobiológico e a eficácia do tratamento relacionado a melhora dos sintomas.

#### TL047 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS PERFIS SOCIAL, CLÍNICO, ENDOSCÓPICO E TERAPÊUTICO DOS PACIENTES COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS NO ESTADO DO MATO GROSSO – BRASIL.

ANNA CAROLINA FRANCO1; AYMÊ CHAVES NOGUEIRA2; ÁGATA VALENTINA SHIMIZU FRUTUOSO1; RENAN VICENTE SOHN1; SAMUEL DA SILVA BARRETO1; NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA3; JACQUELINE JESSICA DE MARCHI TONHÁ4; MARDEM MACHADO DE SOUZA1

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER, CUIABA, MT, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DE CUIABÁ, CUIABA, MT, BRASIL; 3.HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO, CUIABA, MT, BRASIL.

Resumo: Introdução: Apesar dos poucos dados epidemiológicos nacionais, há sinais indiretos do aumento da incidência de doenças inflamatórias intestinais (DII) no Brasil. Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com DII em Mato Grosso. Método: Estudo descritivo, observacional, transversal, realizado através da revisão de 503 prontuários de pacientes com DII. Resultados: 56,6% dos pacientes apresentaram retocolite ulcerativa idiopática (RCUI), 60% eram do sexo feminino e 61% de cor parda. A média de idade foi de 45 anos e 53% receberam diagnóstico após os 40 anos. Na RCUI a localização mais frequente foi a proctite/proctossigmoidite (61,1%). Na doença de Chron (DC) foi a íleal/ileocecal (47,3%) e comportamento não-penetrante/não-estenose (56%). A terapia medicamentosa atual da RCUI constituiu-se basicamente de 5-ASA (85,6%); em relação a DC, 46,8% fazem uso de 5-ASA e 12,5% anti-TNF; 23,9% necessitaram de terapia pregressa, principalmente corticóides; 6% necessitaram de intervenções cirúrgicas ao longo do acompanhamento. Conclusão: Notou-se a similaridade dos estudos epidemiológicos brasileiros entre as DII em Mato Grosso. Este estudo vem elucidar alguns aspectos pouco esclarecidos no estudo epidemiológico realizado no estado em 2008. Contribuindo para reformular os aspectos clínicos da doença em Mato Grosso e avaliar a evolução que esta teve ao longo desses 6 anos.

**TL048 - ANÁLISE DOS PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN EM USO DE BIOLÓGICOS: EXISTE MELHORA DOS SINTOMAS?**

RENAN VICENTE SOHN1; ANNA CAROLINA FRANCO1; ÁGATA VALENTINA SHIMIZU FRUTUOSO1; KARINNE SOARES ISAAC1; BRUNA PATROCÍNIO DOS SANTOS SILVA1; WILSON VILELA MEDEIROS FILHO1; JACQUELINE JESSICA DE MARCHI TONHÁ2; MARDEM MACHADO DE SOUZA1

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER, CUIABA, MT, BRASIL; 2.HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO, CUIABA, MT, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Doença de Crohn 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: Analisar os benefícios na diminuição dos sintomas dos pacientes em uso de biológico no estado do Mato Grosso. Método: Estudo descritivo, observacional, transversal, realizado através da revisão de 96 prontuários de pacientes com DC no estado do Mato Grosso em uso de biológicos, provenientes do programa de medicamentos excepcionais da secretaria de saúde. Após a análise dos prontuários os pacientes foram contatados para uma entrevista. Resultados: 54,2% dos pacientes são do sexo masculino, 42,8% da cor parda, 43,4% procedentes de Cuiabá e 66,7% entre 17 a 40 anos. 15,6% apresentam alguma doença concomitante, dentre elas hipertensão arterial, diabetes mellitus, psoríase e osteoporose. Em relação a localização, houve predominância na forma íleal/íleocecal (40,6%) e comportamento não-penetrante/não-estenotante (45,6%). 46,9% apresenta alguma manifestação extra-intestinal, sendo a mais prevalente a artrite e associação de mais de uma, ambas com 44,4%. A principal complicação foi a fistula perianal (22%). 68,8% fazem uso de adalimumabe, como monoterapia ou combinada. A principal combinação foi entre mesalazina e adalimumabe (13,3%). 87,5% já fizeram uso de medicações progressas. Principalmente antibióticos e esteroides. 39,6% dos pacientes já realizaram algum procedimento cirúrgico, especialmente colectomia (39,5%). 90,7% relataram melhora significativa dos sintomas após uso de imunobiológico. Conclusão: A terapia biológica revolucionou o tratamento da DC. Tais drogas são capazes de alcançar a indução, manutenção e melhora da qualidade de vida do paciente. Este estudo mostrou alguns aspectos dos pacientes com DC em uso de biológico e a eficácia do tratamento relacionado a melhora dos sintomas.

**TL049 - MORTALIDADE EM PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL SUBMETIDOS À TRATAMENTO CIRÚRGICO – RESULTADOS**

RENATO VISMARA ROPELATO; ERON FABIO MIRANDA; ILARIO FROEHNER JUNIOR; PAULO GUSTAVO KOTZE PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) apresentam distribuição

global e incidência crescente ao longo dos anos. A partir da década de 60, a mortalidade dos portadores destas doenças teve declínio devido a novas terapêuticas clínicas e cirúrgicas. Importante proporção destes doentes é submetida a procedimentos cirúrgicos no decorrer das suas vidas. Na literatura mundial a mortalidade pós-operatória nas doenças inflamatórias intestinais (DII) varia de 4 a 10%. O objetivo do presente estudo foi avaliar a taxa de mortalidade pós-operatória em geral nas DII, com consequente estudo dos casos de óbito, discriminando-se as características demográficas e relacionando possíveis fatores de risco. MÉTODO: Foram analisados retrospectivamente os prontuários de pacientes portadores de DII de janeiro de 2004 a dezembro de 2014, submetidos a operações abdominais ou perineais em um centro de referência. Os casos de óbitos foram discriminados e avaliados individualmente. RESULTADO: Duzentos e oitenta e um procedimentos foram realizadas em 157 pacientes, sendo 43 em 24 pacientes por RCUI e 238 em 133 pacientes por DC. A média de idade dos grupos foi 39,6 e 35,6 anos, respectivamente. No grupo RCUI ocorreram 28 operações de ressecção intestinal, 7 de reconstrução de trânsito e 12 outros procedimentos. No grupo DC, foram realizadas 127 operações abdominais em 90 pacientes e 115 procedimentos perineais em 64 pacientes. No subgrupo DC - abdominal, ocorreram 40 colectomias, 29 enterectomias e/ou estenoplastias, 28 colectomias associadas a enterectomias e 25 outros procedimentos. Do total de 9 óbitos, 3 ocorreram no grupo RCUI e 6 no DC. Nenhum ocorreu em pacientes submetidos exclusivamente a procedimentos perineais. A mortalidade geral nas DII foi de 5,7% dos pacientes e 3,2% das operações. Para a DC, 4,5% e 2,5% (no subgrupo de operações abdominais foi de 6,6% e 4,7%), e para a RCUI 12,5% e 6,9%, respectivamente. Nos 9 pacientes foram realizadas 6 colectomias associadas ou não a enterectomia, 3 enterectomias e 15 outros procedimentos. Os óbitos associados à DC e RCUI estavam relacionados a procedimentos de urgência/emergência em algum momento do tratamento. Todos apresentaram desnutrição e anemia em algum momento do internamento. A causa mortis em todos os pacientes foi sepse. Sendo quatro de origem pulmonar, duas por cateter venoso central, além de uma de foco abdominal, sistêmica fúngica e progressão de síndrome de Fournier. CONCLUSÕES: a mortalidade pós-operatória nas DII não é desprezível. Os principais fatores de risco para óbitos foram: procedimentos de urgência e emergência, ressecções intestinais, desnutrição e corticoterapia.

**TL050 - O USO PRÉ-OPERATÓRIO DO ADALIMUMABE NÃO INFLUENCIA AS TAXAS DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS APÓS RESSECÇÕES INTESTINAIS NA DOENÇA DE CROHN.**

BARBARA SAAB1; PAULO GUSTAVO KOTZE1; MANSUR SAAB1; MARCIA OLANDOSKI1; CLÁUDIO SADY RODRIGUES COY2

1.PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: há escassez de dados na literatura mundial que avaliem o impacto do uso pré-operatório do Adalimumabe



(ADA) em complicações pós-operatórias de ressecções intestinais na doença de Crohn (DC). A maioria dos dados foram descritos em usuários de Infiximabe (IFX). O objetivo deste estudo foi verificar e comparar as taxas de complicações clínicas e cirúrgicas após cirurgias abdominais com ressecção intestinal em portadores da DC, expostos ou não à terapia biológica com ADA no período pré-operatório. Método: estudo caso-controle, analítico, observacional e longitudinal de pacientes portadores de DC que foram submetidos a ressecções intestinais por complicações da doença, provenientes de dois centros de referência no manejo da doença no Brasil. Foram incluídos pacientes submetidos a operações eletivas com ressecção intestinal. Os pacientes foram alocados em dois grupos, em relação ao uso prévio do ADA no pré-operatório, através de pareamento pelo método propensity score, pelas variáveis idade, localização da doença e fenótipo. Foram analisadas complicações cirúrgicas e clínicas, que foram posteriormente comparadas entre os grupos. Para avaliação das variáveis quantitativas, foi utilizado o teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney. Para variáveis qualitativas, foram empregados o teste de Fisher ou o teste de Qui-quadrado. Realizou-se igualmente análise univariada. Resultados: de um total de 144 pacientes 21 foram inicialmente excluídos (12 por terem sido operados em regime de urgência e 9 por terem sido submetidos a operações abdominais sem ressecção intestinal). De acordo com o modelo propensity score, dos 123 pacientes restantes, a análise final foi realizada em 25 pacientes sem uso prévio de agentes biológicos pareados com 25 pacientes em uso de ADA. Os grupos foram homogêneos à exceção da presença de DC perianal. Não houve diferença entre os grupos em relação a complicações cirúrgicas (40% no grupo sem a medicação vs. 36% no grupo exposto ao ADA,  $p=1.000$ ). As taxas de complicações clínicas também não foram diferentes entre os grupos (36% vs. 12% respectivamente,  $p=0.095$ ). Em análise univariada, a realização de anastomoses primárias foi fator de risco para complicações cirúrgicas. Já as complicações clínicas foram influenciadas pelo uso de corticoides, complicações cirúrgicas e deiscência de anastomose. Conclusões: o uso prévio do ADA não interferiu nas taxas de complicações cirúrgicas e clínicas pós-operatórias em cirurgias eletivas de ressecção intestinal na DC.

#### TL051 - PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE COLECTOMIA NA DII: O QUE OCORRE COM O RETO EXCLUSO?

IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; BRUNA FERNANDES DOS SANTOS; JULIANA TEIXEIRA MACHADO; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O uso da terapia biológica alterou a história natural dos pacientes com DII (doença inflamatória intestinal) por reduzir o número de internações e cirurgias nos estudos randomizados. No entanto, em recentes trabalhos populacionais o número de pacientes que são operados é ainda considerável. A colectomia total ou subtotal com ileostomia terminal e sepultamento do coto retal é a melhor opção na colite fulminante e, em casos selecionados, na cirurgia eletiva. A abordagem terapêutica

do reto excluído é controversa no que diz respeito à possibilidade de reconstituição do trânsito intestinal (RTI). Após o tratamento sistêmico e tópico por tempo variável o reto deve ser avaliado quanto à possibilidade de reconstrução. A cirurgia de ressecção do anorreto é indicada no pacientes com persistência da inflamação ou com disfunção anorretal grave. Objetivo: Descrever o que ocorreu com o reto excluído dos pacientes submetidos a colectomia total ou subtotal por DII. Método: Estudo retrospectivo através da revisão de prontuários do ambulatório de DII de janeiro de 2008 a abril de 2015. Foram incluídos pacientes submetidos a colectomia total ou segmentar com sepultamento do coto retal e com diagnóstico clínico, radiológico, endoscópico e histológico de DII. As variáveis avaliadas foram gênero, idade, tabagismo, indicação cirúrgica, tratamento medicamentoso e a situação do reto excluído. O critério de exclusão foi a inconsistência das informações nos prontuários. Resultados: Vinte e cinco pacientes foram incluídos, sendo 16 com o diagnóstico de DC e 9 com RCU. A média de idade no momento da colectomia foi de 39 anos. 68% dos pacientes tinham menos de dez anos de doença. A cirurgia de urgência foi realizada em 64% dos pacientes. Pouco mais da metade da amostra (52%) manteve o coto retal e o fizeram por complicações próprias da doença (estenose anal, estenose retal, fistula) ou por intratabilidade clínica. A RTI foi realizada em 36%. Aqueles que foram submetidos a proctomia (12%), o fizeram após 2 anos de tratamento clínico sem sucesso. Conclusão: O estudo demonstrou que a maioria dos pacientes com DII submetidos a colectomia permanecem com o reto excluído mesmo com o tratamento clínico adequado.

#### TL052 - HÁ ESPAÇO PARA AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO NA DOENÇA DE CROHN NA ERA DOS BIOLÓGICOS?

LUCAS RODRIGUES BOARINI; IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA; MARCELO RODRIGUES BOARINI; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
*HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A doença de Crohn perianal (DCP) é um desafio até para os mais experientes cirurgiões. Nos anos 80 e 90, 24-39% dos pacientes com DC perianal eram submetidos a ressecção anorretal. O uso dos anti-TNF desde 1998 modificou a história natural da DCP e quando associado com cirurgia pode promover remissão completa em até 52,6%. Objetivo: Descrever a necessidade da amputação abdominoperineal do reto (AAPR) na DC na era dos biológicos. Métodos: Estudo retrospectivo descritivo e baseado em protocolos colhidos prospectivamente: pacientes submetidos a AAPR por DC perianal no período de 2008 a 2015. Foram selecionados seis pacientes, analisada a característica da amostra, classificação de Montreal, tempo do diagnóstico à ressecção anorretal, os achados durante os exames proctológicos sob anestesia, as indicações e complicações da AAPR e a qualidade de vida pré e pós-operatória. Resultados: Na amostra estudada 5,8% dos pacientes submetidos a exame proctológico sob anestesia foram submetidos à AAPR para controle da doença, 67% apre-

sentavam apenas doença de cólon e reto associado à alteração perianal. Todos pacientes apresentavam estenose anorretal, sendo esta, a principal indicação para ressecção anorretal em 50% dos casos. Os seis pacientes relataram melhora na qualidade de vida após AAPR segundo o IBDQ, com melhora dos sintomas intestinais e sistêmicos, aspectos sociais e emocionais. Conclusão: A AAPR foi indicada para aliviar sintomas e trazer qualidade de vida para pacientes com DC perianal com intratabilidade clínica. A estenose anorretal foi uma complicação que justificou a AAPR na DC perianal.

#### TL053 - CAUSAS DE ÓBITO EM PACIENTES COM DII – EXPERIÊNCIA EM CENTRO DE REFERÊNCIA

IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; JULIANA TEIXEIRA MACHADO; BRUNA FERNANDES DOS SANTOS; RENATA BANDINI VIEIRA; NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII) são afecções de causa desconhecida caracterizadas clinicamente por períodos de atividade e remissão. Ocorrem principalmente entre a segunda e a quarta década de vida. Os objetivos atuais do tratamento medicamentoso com corticosteróides, derivados do 5-ASA, imunossupressores e anti-TNFs são indução e manutenção da remissão clínica e melhora da qualidade de vida. Mesmo com a sistematização da abordagem terapêutica muitos pacientes são ainda submetidos a cirurgias. A mortalidade nos pacientes com DII é maior do que na população em geral, sendo maior nos pacientes com DC e é relacionada a complicações da doença, desnutrição, infecção respiratória e as complicações cirúrgicas. Objetivo: Descrever as causas de óbito dos pacientes com diagnóstico de DII. Método: Estudo retrospectivo e descritivo através da revisão de prontuários dos pacientes com o diagnóstico clínico, radiológico, endoscópico e histológico de RCU ou DC e que evoluíram com óbito no período de janeiro de 2009 a janeiro de 2015. Resultados: No período avaliado, seis pacientes foram a óbito. Destes, quatro eram do gênero feminino e dois do gênero masculino, com idades de 21 a 69 anos (média de 45,5 anos). O tempo de doença variou de 1 a 29 anos (média de 16,1 anos). Quatro pacientes tinham o diagnóstico de DC e dois de RCU. Em relação aos pacientes com DC todos tinham doença de localização ileocólica, três com o comportamento estenosante. A manifestação perianal foi observada em três dos quatro pacientes. Os dois pacientes com RCU apresentavam pancolite. Na DC, dois óbitos foram por pneumonia, sendo que em um caso havia maior comprometimento do estado nutricional e imunológico pela DII, e no outro, houve complicação pós-operatória. Dos outros dois óbitos em DC, um foi por choque séptico de foco abdominal por abscesso intracavitário operado e o outro por desnutrição grave em paciente sem cirurgia prévia. Em relação aos dois pacientes que foram a óbito por RCU, ambos estavam em pós-operatório de colectomia total devido colite fulminante. Conclusão: As causas de óbito na amostra atual foram semelhantes àquelas relatadas na literatura.

Na DC os pacientes morreram principalmente por problemas pulmonares e relacionados à desnutrição, enquanto que na RCU as mortes foram no pós-operatório de colectomia.

#### TL054 - QUAL É A IMPORTÂNCIA DA CIRURGIA NA DC PERIANAL?

NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA; LUCAS RODRIGUES BOARINI; JULIANA TEIXEIRA MACHADO; RENATA BANDINI VIEIRA; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA; IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A DC perianal ocorre em até 40% dos pacientes com DC. As manifestações clínicas são variadas desde a presença de elementos anatômicos primários, como fissuras e úlceras, e secundários como plicomas e fistulas. As complicações relacionadas a inflamação anorretal crônicas são os abscessos, incontinência e estenose anorretal. A combinação de medicamentos adequados em associação com procedimentos cirúrgicos apresentam bons resultados. Objetivo: Descrever as manifestações clínicas dos pacientes com DCP submetidos ao exame proctológico sob anestesia. Método: Estudo retrospectivo de janeiro de 2010 a junho de 2015 através da revisão de prontuários de pacientes com achados clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos de DC com manifestação perianal. Foram avaliados: gênero sexual, tabagismo, idade do diagnóstico, localização da doença, terapia medicamentosa além de achados e condutas para cada EPA registrado por DCP. Resultados: A fistula anorretal foi observada em 72,2% dos pacientes. Não foi evidenciado importante prevalência no quesito gênero sexual e localização da doença. A maioria dos pacientes não apresentou registro de cirurgia abdominal prévia e 67% dos pacientes estavam em uso de terapia biológica. Discussão: O EPA é um importante método diagnóstico e terapêutico na DCP. A remoção do tecido de granulação que se projeta além dos bordos da ferida, dificultando a migração de células epiteliais e consequentemente a epitelização, é feita através de curetagem das fissuras, úlceras e trajetos fistulosos. Conclusão: A observação do predomínio de elementos secundários e complicações, são indicadores de que a abordagem cirúrgica ocorre sob demanda e tardiamente nos pacientes com DCP.

#### TL055 - EFICIÊNCIA E SEGURANÇA DO USO DE BIOLÓGICOS A MÉDIO PRAZO NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN

HENRIQUE GONÇALVES; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOFFRE REZENDE FILHO; KARLA COSTA FERREIRA; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC; PAULA CRISTINA DE ALMEIDA LEITE

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

Resumo: INTRODUÇÃO: O manejo Doença inflamatória intestinal é uma grande desafio ao médico especialista. A Doença de Crohn(DC) é uma inflamação crônica que pode

acometer todo o trato gastrointestinal, com diversas formas de apresentação e gravidade variada, o que torna de extrema importância o seu diagnóstico e tratamento precoce. A terapia biológica tem demonstrado eficácia clínica na indução e remissão da doença. OBJETIVO: Avaliar a resposta do tratamento dos pacientes portadores de Doença de Crohn e as reações adversas com o uso dos biológicos. MÉTODOS: Estudo com coleta prospectiva de dados de 40 pacientes portadores de DC em tratamento com biológicos nos últimos 5 anos, pelo Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e pelo Instituto de Gastroenterologia de Goiânia. RESULTADOS: Foram cadastrados 23 pacientes masculinos e 17 pacientes femininos; Distribuição quanto ao biológico: Infliximabe 35 pacientes(87,5% Adalimumabe 15 pacientes(37,5%) A média de idade dos pacientes foi de 36 anos ( $\pm 11$ anos) e a média de idade no diagnóstico de 26anos ( $\pm 10$ anos). Sete dos 40 pacientes tiveram tratamento com Infliximabe suspenso e prescrito Adalimumabe, sendo 3 (7,5%) por apresentarem reação alérgica e os demais por opção de aplicação; dois haviam utilizado biológico no passado, interromperam, e quando re-iniciaram apresentaram reações alérgicas; 2(5%) pacientes apresentaram tuberculose pulmonar durante o seguimento; 1 (0,4%) paciente apresentou tuberculose intestinal. A resposta com o uso de biológicos foi considerada parcial em 17 casos e total em 23 casos. A mediana do tempo de uso de biológico deste grupo estudado foi de 4 anos. CONCLUSÃO: O uso de biológico mostrou relativa eficácia no controle clínico de pacientes com doença de Crohn, mesmo após o uso prolongado da medicação. Entretanto, problemas podem surgir com o seu uso prolongado, como a tuberculose, e por isso merecem monitoramento permanente.

#### TL056 - DOENÇA DE CROHN PENETRANTE PARA O MÚSCULO PSOAS: SÉRIE DE CASOS

ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; ANDRE DA LUZ MOREIRA; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; MARUSKA DIB IAMUT; ANA TERESA PUGAS CARVALHO; BARBARA CATHALÁ ESBERARD; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Introdução: A perfuração para o músculo psoas é uma complicação rara da doença de Crohn. Febre, dor abdominal, claudicação de membro inferior direito e contratura do quadril são sinais típicos mas nem sempre presentes. O diagnóstico é feito através de tomografia computadorizada. O tratamento clínico geralmente resulta em recidiva da sepse. A ressecção cirúrgica é a terapia de escolha. O objetivo desse trabalho é apresentar uma série de casos com resultados do tratamento da perfuração espontânea para o musculo psoas na doença de Crohn. Métodos: Pacientes consecutivos diagnosticados com doença de Crohn e doença fistulizante envolvendo o músculo psoas foram incluídos. Os pacientes foram identificados de um banco de dados prospectivo de pacientes com doença de Crohn do ambulatório de doença inflamatória intestinal do Hospital Universitário. Os dados coletados incluíram idade,

gênero, tempo de doença, classificação de Montreal, medicações utilizadas, tipo de tratamento, tipo de cirurgia, complicações do tratamento e resultados cirúrgicos. Resultados: Quatrocentos e onze pacientes com diagnóstico de doença de Crohn foram identificados. Destes, 8 (2%) pacientes apresentaram fistulas para o músculo psoas. Cinco (62%) pacientes eram do gênero masculino e a idade mediana foi de 42 anos (26-64). A localização da doença foi ileal em 6, ileocolônica em 2 e jejunoileal em 2 pacientes. Somente 25% tinham doença perianal e 12% eram fumantes. A terapia biológica com anti-TNF alfa foi tentada em 3 pacientes com resposta clínica transitória porém todos recidivaram. Todos os pacientes foram operados com nenhum óbito pós-operatório e 50% dos pacientes foram submetidos a estoma transitório de proteção. A colocação de cateter duplo J no ureter próxima a perfuração foi realizada na maioria dos casos antes da incisão cirúrgica para evitar ou identificar uma lesão inadvertida do mesmo. A cirurgia mais comum foi a ileocelectomia em 7 pacientes e enterectomia em 1 paciente. Dois pacientes foram abordados por via laparoscópica sem necessidade de conversão. O tempo mediano de internação pós-operatória foi de 11 dias (4-22). As complicações pós-operatórias foram suboclusão em 2 pacientes e infecção urinária em 1 paciente. O seguimento pós-operatório mediano foi de 9 meses e nenhum caso de recidiva de fistula para o músculo psoas foi identificado. Conclusão: A doença de Crohn com perfuração para o psoas é uma complicação rara porém grave. O tratamento clínico apresenta recidiva frequente e a maioria dos pacientes precisam de tratamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico parece ser seguro e eficaz com morbidade aceitável.

TL057 - QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS DE AUMENTAR A INCISÃO CIRÚRGICA NA CIRURGIA LAPAROSCÓPICA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN? LEONARDO DE CASTRO DURÃES; LUCA STOCCHI; MATTHEO ROTTOLI; MEAGAN COSTEDIO; EMRE GORGUN; HERMANN KESSLER  
CLEVELAND CLINIC FOUNDATION, CLEVELAND, ESTADOS UNIDOS.

Resumo: Introdução: As implicações de se aumentar a incisão operatória para exteriorizar uma grande peça cirúrgica na cirurgia laparoscópica em pacientes com doença de Crohn não foram previamente descritos. Métodos: Um banco de dados de um hospital terciário foi utilizado para identificar pacientes que se submeteram a ressecção ileocecal ou de intestino delgado por laparoscopia, para tratamento de doença de Crohn, com retirada da peça operatória através de uma incisão mediana, entre 1995 e 2013. Os critérios de exclusão foram cirurgia "Single-Port" ou "Hand-Assisted", acometimento colônico extenso por doença de Crohn, câncer, e cirurgias não eletivas. Os resultados perioperatórios foram comparados entre os casos laparoscópicos em que a incisão inicial foi suficiente para retirada da peça cirúrgica (L), casos que necessitaram um aumento da incisão inicial para permitir a retirada da peça cirúrgica (A), e casos convertidos para cirurgia aberta (C). As

variáveis foram analisadas por análise estatística apropriada, e  $p < 0,05$  foi considerado como estatisticamente significativo. Resultados: 309 pacientes foram incluídos no estudo. 52 pacientes (16,8%) necessitaram de um alargamento médio de 2,3 centímetros da incisão operatória para retirada da peça cirúrgica. O principal motivo do alargamento da incisão foi grande tamanho da massa inflamatória e / ou endurecimento mesentérico (92,3%). 36 pacientes (11,7%) necessitaram de conversão, principalmente devido aderências (42,3%) e tamanho da massa inflamatória (26,9%). O risco de aumentar a incisão operatória, ou de conversão, foi maior em pacientes idosos ( $p = 0,011$ ), obesos ( $p = 0,001$ ), e do sexo masculino ( $p < 0,001$ ). Não houve diferença estatística no procedimento cirúrgico ( $p = 0,12$ ), e no comportamento da doença de Crohn (0,260). O tempo operatório foi menor em L em comparação com A ( $p < 0,001$ ) ou C ( $p = 0,002$ ). A e C tiveram tempos operatórios ( $p = 0,22$ ) e perda sanguínea ( $p = 0,18$ ) comparáveis. A morbidade pós-operatória foi semelhante nos 3 grupos ( $p = 0,33$ ). A e L apresentaram permanência hospitalar inicial semelhante, menor do que o grupo C. Não houve diferenças significativas nas causas de readmissão entre os grupos ( $p = 0,31$ ), no entanto, A apresentou um aumento na taxa de readmissão, quando comparado com L ( $p = 0,004$ ) ou C ( $p = 0,023$ ). Ao analisarmos o tempo de internação inicial combinado com o tempo de internação na readmissão, C e A apresentaram resultados comparáveis ( $p = 0,3$ ), que foram significativamente maiores do que L ( $p = 0,019$ ). Conclusão: O aumento da incisão para retirada de uma grande peça cirúrgica durante a cirurgia laparoscópica para doença de Crohn não teve impacto sobre tempo de internação hospitalar inicial. No entanto, o aumento das taxas de readmissão desses pacientes diminuíram os benefícios iniciais de tempo de permanência hospitalar da cirurgia laparoscópica. O limiar para se converter uma cirurgia laparoscópica, em caso de dificuldades antecipadas na cirurgia de Crohn, deve ser baixo.

#### TL058 - O EFEITO DA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA ADJUVANTE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN REFRATÁRIA

LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; OMAR FERES FILHO; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; ENRICO SFOGGIA; ROGERIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Apesar dos avanços no tratamento da doença de Crohn, um subgrupo de pacientes pode permanecer resistente ao tratamento clínico padrão. Esse fenótipo mais agressivo caracteriza-se por ser debilitante e de difícil manejo. A oxigenoterapia hiperbárica pode promover melhora dos casos refratários de doença perianal ou das complicações cutâneas através da redução da hipóxia, modulação da resposta inflamatória e cicatricial. OBJETIVO: descrever o efeito adjuvante da oxigenoterapia hiperbárica em um grupo de pacientes com doença de Crohn refratária, seguidos no Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. MÉTODO: estudo prospectivo com 27 pacientes tratados entre 2008 e 2014. As sessões de oxigenoterapia hiperbárica foram realizadas em uma câmara monoplace (2800 Sechrist) pressurizada a 2.4 ATA. Cada sessão durou 2 horas e foi seguida de avaliação médica. Os cuidados básicos com lesões foram mantidos ao longo de todo o tratamento. A resposta final foi considerada como satisfatória quando houve cicatrização completa. RESULTADOS: A média de idade foi de  $38,6 \pm 10,9$  anos. As principais indicações para o tratamento foram: doença perineal ( $n = 15/55,6\%$ ), fistula enterocutânea ( $n = 11/40,7\%$ ) e Pioderma Gangrenoso ( $n = 5/18,5\%$ ). O número médio de sessões foi de  $28,8 \pm 16,7$ . A taxa global de resposta satisfatória foi de 74,1%. A melhor resposta ocorreu no grupo de pacientes com Pioderma Gangrenoso (100% de cicatrização) enquanto que o pior desempenho foi observado no grupo de doentes com comprometimento perianal (60% de sucesso). Não houve complicações relacionadas ao tratamento. CONCLUSÃO: A oxigenoterapia hiperbárica como terapia adjuvante mostrou-se segura e eficaz em um grupo de pacientes com doença de Crohn refratária.

#### TL059 - AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS DE INCRETINAS (GLP-1 E GLP-2) NA DOENÇA DE CROHN CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; ANTONIO RAMOS CALIXTO; ANA CAROLINA VASQUES; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; BRUNO GELONEZE; JOSE CARLOS PAEJA; DANIELA OLIVEIRA MAGRO *UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Glucagon-like-peptide 1 (GLP-1) e Glucagon-like-peptide 2 (GLP-2) são incretinas secretadas pelas células L na parte distal do intestino delgado e no cólon em resposta a ingestão dos nutrientes, entretanto suas funções na doença de Crohn (DC) são pouco conhecidas. Objetivo: Avaliar os níveis circulantes das incretinas em pacientes com DC e correlacionar esses níveis com a atividade da doença. Casuística e métodos: Portadores de doença de Crohn e controles foram submetidos a dosagens séricas de GLP-1, GLP-2 e dipeptidil-peptidase IV (DPP-IV), antes e após teste de refeição padrão (-15, 0, 15,30, 45, 60, 90, 120, 150 e 180 minutos), assim como a análise da área sob a curva respectivamente. Foram também realizadas dosagens de PCR, TNF-alfa, IL-1 e IL-10. Os pacientes foram classificados quanto à atividade da doença pelo IADC, considerando-se atividade clínica para valores superiores a 150. Resultados: O Grupo Controle (GC) foi constituído por sete indivíduos saudáveis e 20 portadores DC foram incluídos, sendo 10 em atividade (Grupo 1) e 10 em remissão clínica (Grupo 2). O Grupo 1 apresentou valores maiores de PCR ( $p < 0,001$ ), TNF-alfa ( $p < 0,056$ ) em relação aos Grupo 2 e GC. Em relação aos níveis séricos de IL-1 e IL-10, não foram observadas diferenças entre os grupos G1 e G2 ( $p = 0,13$ ;  $p = 0,77$ , respectivamente). As dosagens séricas de GLP-2 foram menores na DC em relação ao GC (2,68; 2,54; 8,06 pmol/L,  $p < 0,001$ ) e sem diferença entre os Grupo 2 e 1 (2,68; 2,54 pmol/L;  $p > 0,85$ ). Os níveis de GLP-1 foram maio-

res no Grupo 2 em relação aos Grupo 1 e GC (12,33; 5,61; 4,68,  $p < 0,025$ ) e os níveis séricos de DPP-IV encontrados nos Grupos G1, G2 e GC foram 2,03; 0,93; 0,87 respectivamente, porém, significativo entre o Grupo 2 e GC ( $p < 0,024$ ). Conclusões: Os resultados encontrados evidenciam que há diminuição nos níveis séricos de GLP-2 e aumento dos níveis sérios de DPP-IV em pacientes portadores de DC, como mecanismo secundário ao processo inflamatório. As informações obtidas poderão auxiliar no desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas, além da compreensão das manifestações metabólicas relacionadas a DC. Processo FAPESP no 2014/06164-8

#### TL060 - ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS COM A INTERRUPÇÃO DA TERAPIA COMBINADA NA DOENÇA DE CROHN

CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; JULIANA MAZZUIA GUIMARAES; DANIELA OLIVEIRA MAGRO; MICHEL GARDERE CAMARGO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; JOAO JOSE FAGUNDES; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: A terapia combinada (associação de tiopurínicos com anti TNF-alfa) na doença de Crohn (DC) relaciona-se a melhores taxas de remissão e diminuição da imunogenicidade da terapia biológica, entretanto seu uso pode ser interrompido por efeitos colaterais ou processos infecciosos. Objetivo: Identificar fatores relacionados com a suspensão da terapia combinada (TC). Casuística e Métodos: Portadores de DC na vigência de TC, oriundos do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais “Prof. Dr. Ricardo Góes” do Gastrocentro UNICAMP. Análise de aspectos relacionados ao uso e interrupção da TC: efeitos colaterais, infecção, ocorrência de neoplasia e falta de aderência ao tratamento. Critérios de exclusão: TC com tempo de uso inferior a 6 meses. Resultados: Foram avaliados 51 pacientes, sendo 27 (52,9%) do sexo feminino, com idade média de 36,3 anos. Com relação à classificação de Montreal os subgrupos predominantes foram: A2 (82,3%), B1 (54,9%) e L2 (54,9%), sendo que o acometimento perineal foi de 70,5%. O imunossupressor tiopurínico foi azatioprina em todos os casos e com relação ao anticorpo anti TNF-alfa, infliximabe foi empregado em 76,9% e adalimumabe nos demais. O tempo médio de terapia combinada foi de 45,8 meses, sendo que a interrupção da mesma ocorreu em 47,0%. A suspensão do uso de azatioprina ocorreu em cinco casos, terapia biológica em nove e azatioprina e biológicos em 10. As causas relacionadas à interrupção da TC foram: efeitos colaterais ( $n=10$ ), falha terapêutica ( $n=8$ ), infecção ( $n=2$ ), desenvolvimento de neoplasia não relacionada à TC ( $n=2$ ), interrupção pós-operatória por orientação médica ( $n=1$ ) e falta de adesão ao tratamento em 4 casos, sendo três associados à falha de resposta. Conclusão: A interrupção da TC foi próxima a 50%, sendo que em 83,3% dos motivos relacionou-se a efeitos adversos ou falha terapêutica. Os dados evidenciam as dificuldades para a manutenção de esquemas terapêuticos eficazes a médio prazo. FAPESP no 205/03101-8

#### TL061 - AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ANTI-INFLAMATÓRIA DO EXTRATO OLEOSO DE CURCUMA LONGA (CURCUMINA) NO TRATAMENTO DA COLITE DE EXCLUSÃO: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS

DANIELA TIEMI SATO<sup>1</sup>; CALED JAOU DAT KADRI<sup>1</sup>; FÁBIO GUILHERME CAMPOS<sup>2</sup>; MURILO ROCHA RODRIGUES<sup>1</sup>; CELENE BENEDITI BRAGIONI<sup>1</sup>; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA<sup>1</sup>; JOSÉ AIRES PEREIRA<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ<sup>1</sup>

1.USF, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.HC FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Colite de exclusão (CE) é uma doença inflamatória que ocorre em segmentos do intestino grosso desprovidos de trânsito intestinal. Estudos vem mostrando que a maior produção de radicais livres de oxigênio pelas células epiteliais desprovidas de trânsito é um dos principais mecanismos responsáveis pelo processo inflamatório na mucosa intestinal. A curcumina, princípio ativo extraído do rizoma da Curcuma longa, apresenta notável atividade antioxidante e anti-inflamatória sendo utilizada para o tratamento das doenças inflamatórias intestinais. Contudo, os efeitos tópicos da curcumina nunca foram avaliados em modelos experimentais de CE. Objetivo: Avaliar se a aplicação preventiva de enemas com curcumina reduz a inflamação na mucosa excluída de trânsito fecal. Método: 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), extrato oleoso de Curcuma longa nas concentrações de 50mg/kg/dia (CUR-1) ou 200mg/kg/dia (CUR-2). Cada grupo experimental por sua vez foi dividido em dois subgrupos, segundo o sacrifício ter sido realizado 2 ou 4 semanas após a derivação intestinal. A intensidade de inflamação tecidual na mucosa cólica foi avaliada por escala histológica previamente validada que considerava a perda de superfície epitelial e intensidade do infiltrado inflamatório. A infiltração neutrofilica foi determinada pelo conteúdo tecidual de mieloperoxidase identificada por imunistoquímica e quantificada por morfometria computadorizada. Os resultados encontrados foram comparados entre os grupos pelo teste t de Mann-Whitney e a variação segundo o tempo de irrigação pelo teste Kruskal-Wallis, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) para ambos os testes. Resultados: O escore inflamatório nos animais irrigados com SF, CUR-1 e CUR-2 após 2 semanas de irrigação foi de  $4,4 \pm 1,2$ ,  $3,0 \pm 1,0$  e  $2,0 \pm 0,7$ , respectivamente. Nos irrigados por 4 semanas o conteúdo encontrado foi de  $3,6 \pm 1,1$ ,  $3,0 \pm 0,9$  e  $1,3 \pm 0,5$ , respectivamente. Verificou-se que o conteúdo de MPO nos animais irrigados com SF, CUR-1 e CUR-2 após 2 semanas de irrigação foi de  $21,81 \pm 4,24$ ,  $4,13 \pm 1,90$  e  $1,01 \pm 0,66$ , respectivamente. O conteúdo de MPO nos animais irrigados com SF, CUR-1 e CUR-2 após 4 semanas de irrigação foi de  $21,91 \pm 3,41$ ,  $2,25 \pm 1,37$  e  $0,85 \pm 0,40$ , respectivamente. Verificou-se que os animais submetidos a intervenção

com curcumina apresentavam diminuição significativa no escore inflamatório e no infiltrado neutrofilico, principalmente com o uso de maiores concentrações da substância por tempo mais prolongado ( $p < 0,01$ ). Conclusão: A aplicação de enemas com curcumina reduz o processo inflamatório e a infiltração neutrofilica na mucosa do intestino grosso exclusiva de trânsito intestinal. Esses achados sugerem que a curcumina pela sua destacada atividade anti-inflamatória e baixo custo pode ser uma estratégia terapêutica valida no tratamento da CE.

**TL062 - DO MORBID OBESE PATIENTS HAVE MORE CLINICAL AND MANOMETRIC PELVIC FLOOR ABNORMALITIES IN COMPARISON TO NON OBESE PATIENTS? RESULTS OF A CASE MATCHED STUDY.**

ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; SERGIO CARLOS NAHAS; RODRIGO AMBAR PINTO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; MARCO AURELIO SANTO; IVAN CEC-CONELLO

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

Resumo: Purpose: Some factors such as parity, pelvic surger-ies and hypoestrogenism are well established to have a di-rect relation to dysfunction of pelvic floor muscles in women. However, other factors related with higher intra-abdominal pressure such as chronic cough, morbid obesity and constipa-tion are also related with pelvic floor dysfunction morbid obe-sity is configured nowadays as a public health problem due to its increasing incidence. Still defecation disturbance and fecal continence are not very well studied in this group of patients. anorectal manometry could objectively represent anorectal dysfunction in this group of patients. therefore, the objective of the present study is to compare manometric and clinical results related to pelvic floor disorders of morbid obese and non obese patients. Methods: a case-matched study between morbid obese patients, elective to bariatric surgery, and non obese patients without anorectal complaints was conducted at the university of São Paulo school of medicine. The groups were paired by age and gender. the number of patients in each group of 26 patients was previously calculated with a power analysis. inclusion criteria was male sex, nuliparous women, absence of abdominal and anorectal surgeries. non obese group was comprised by patients without any symptoms of constipation or pelvic floor dysfunction. anorectal manometry was performed with an eight radial channels catheter water perfused and stationary technique. Results: the mean age was 44.8 years ( $\pm 12.48$ ) in the morbid obese group and 44.1 ye-ars ( $\pm 11.78$ ) in the non obese group ( $p = 0.83$ ) the mean body mass index was 48.79 ( $\pm 8.53$ ) in the morbid obese group and 25.08 ( $\pm 2.84$ ) in the non obese group ( $p < 0.0001$ ). the inciden-ce of any degree of fecal incontinence in the morbid obese group was 65.4% (17 patients); besides a significant reduction of mean squeeze pressure (155.55mmHg vs. 210.06mmHg,  $p = 0.004$ ) and a tendency of reduction of mean rest pressu-

res (63.66mmHg vs. 74.06mmHg,  $p = 0.051$ ) in comparison to non obese. the rectal sensibility and maximum capacity were similar comparing morbid obese and non obese patients there was no significant difference when comparing manometric results of obese patients with and without symptoms of fecal incontinence also, older patients did not have relation to fecal incontinence. Fecal consistency that could be a bias for fecal incontinence was similar for the groups studied. Conclusions: morbid obese patients have an elevated incidence of fecal incontinence, not previously known also, anal squeeze pressures are significantly lower in morbid obese patients and there is a tendency of reduction of rest pressures in this group of pa-tients in comparison to the non obese population.

**TL063 - ESTUDO DA CORRELAÇÃO DOS ACHADOS DA MANOMETRIA ANORRETAL E ULTRASSONO-GRAFIA ENDOANAL 3D EM PACIENTES PORTADO-RES DE INCONTINÊNCIA ANAL**

LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; UMBERTO MORELLI; CLAUDIA LUCIANA FRATTA; CARLOS AU-GUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; JOAO JOSE FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY *FCM-UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: A manometria anorretal por perfusão pneumo-hi-dráulica é um método acessível em nosso meio por ser de baixo custo e possibilitar a avaliação da reserva funcional da musculatura funcional esfinteriana. A identificação de parâ-metros de manometria anorretal que se correlacionem com os achados estruturais da ultrassonografia endoanal pode ser útil para a compreensão dos mecanismos etiopatogênicos da incontinência anal. Objetivos: Correlacionar os achados fun-cionais da manometria anorretal com as medidas de espessu-ra da musculatura esfinteriana por meio de ultrassonografia endoanal em portadores de incontinência anal. Casuística e métodos: Portadores de incontinência anal do Ambulatório de Coloproctologia do HC-UNICAMP. A avaliação clínica do grau de incontinência foi realizada por meio do escore de Jorge-Wexner, sendo incluídos pacientes com valores superiores a 20. Empregou-se manometria com sistema pneumo-hidráulico e cateter axial. Os parâmetros manométricos empregados foram: o valor médio de pressão de repouso em 60 segun-dos(PAMrep), pressão anal máxima de contração voluntária (PACVmax) e a medida da área sob a curva do traçado em contração voluntária por 40 segundos (AREA). Os valores pressóricos foram expressos em mmHg e a AREA em mmHg x segundo. Os exames de ultrassonografia endoanal foram realizados com transdutor de 360 graus (BK-Medical) com frequência de 13 Htz. Na porção média do canal anal foram realizadas em mm as medidas das espessuras dos esfínteres anais interno (EAI) e externo (EAE) e na porção superior as medidas das porções anteriores do músculo puborretal (PR). Para análise estatística foram empregados os testes de Sperm-an, t-Student e Mann-Whitney. Resultados: Foram avaliados 32 pacientes, com média de idade de 60,6 anos, sendo 25 (78,1%)

do sexo feminino. Não se verificou a correlação do valor médio do escore de Jorge-Wexner com os parâmetros PAMrep, PACVmax e AREA. As medidas do EAI, EAE e PR não se correlacionaram com PAMrep, PACVmax e AREA. Conclusão: Os parâmetros funcionais da manometria anorretal por sistema de perfusão pneumo-hidráulico não se correlacionaram com as medidas da musculatura esfinteriana por ultrassonografia endoanal.

#### TL064 - ESFINCTEROPLASTIA ANAL PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL EM HOSPITAL DE ENSINO: CASUÍSTICA DE 10 ANOS

RODRIGO AMBAR PINTO; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; IVAN CECCONELLO; SERGIO CARLOS NAHAS

HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: a incontinência fecal tem prevalência crescente e afeta de forma grave a qualidade de vida dos pacientes acometidos, sendo considerado problema de saúde pública. A principal causa associada a incontinência fecal com defeito esfinteriano em nosso meio é o trauma obstétrico. A esfincteroplastia anal é um método bastante custo-efetivo. Os resultados das esfincteroplastias são pobres no Brasil por tratar-se de procedimento relativamente complexo realizado apenas em centros de referência. Objetivo: apresentar a casuística em curto e longo prazo de pacientes incontinentes submetidos a esfincteroplastia anal dos últimos 10 anos em um hospital de ensino. Métodos: realizado estudo retrospectivo dos pacientes submetidos a esfincteroplastia anal no serviço de cirurgia colo-retal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre janeiro de 2004 e fevereiro de 2014. Avaliados os dados pré-operatórios, como antecedentes obstétricos, causa da incontinência fecal e escore de incontinência de Cleveland Clinic Florida (CCF). Todos os pacientes foram submetidos a manometria anorretal e ultrassom endoanal pré-operatórios. A esfincteroplastia foi associada a perineoplastia nos casos de defeito perineal completo com afilamento importante do corpo perineal. No período pós-operatório foram avaliadas as complicações imediatas, recuperação da incontinência através do escore de CCF e os casos de recidiva de sintomas. Resultados: no período do estudo foram submetidas a esfincteroplastias 33 pacientes, sendo 23 do sexo feminino com idade média de 48,8 anos. A causa da incontinência fecal mais comum foi a obstétrica (21). A média de partos normais nessas pacientes foi de 4. O tempo médio de sintomas foi de 11,65 anos. O ângulo médio do defeito do esfíncter anal externo foi de 115º e a maior parte dos pacientes apresentavam defeito conjunto do esfíncter anal interno. A média do escore de CCF foi 12,88 no pré-operatório para 7,08 na última consulta pós operatória. O tempo cirúrgico médio do procedimento foi de 170,51 minutos. A morbidade pós operatória foi de 33%, sendo que 30% (11 pa-

cientes) apresentaram deiscência de ferida operatória, tratadas clinicamente com limpeza e antibioticoterapia. Uma paciente (3%) apresentou trombose venosa profunda com necessidade de reinternação para tratamento. Em seguimento pós-operatório mediano de 52,97 meses (17 a 138 meses) 3 pacientes (9,09%) apresentaram recidiva dos sintomas de incontinência de maneira significativa, sendo uma submetida a aplicação de agente de preenchimento e uma neuromodulação sacral. A média de tempo para recidiva dos sintomas nessas pacientes foi 32,33 meses. Conclusões: a esfincteroplastia anal mostrou-se segura e efetiva para o controle da incontinência fecal associada a defeito esfinteriano. As deiscências de ferida operatória são comuns e de resolução clínica. A recidiva de sintomas mostrou-se menor que o demonstrado até o momento considerando o tempo de seguimento.

#### TL065 - CORREÇÃO CIRÚRGICA DA PROCIDÊNCIA RETAL POR RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL: RESULTADOS DOS ÚLTIMOS 13 ANOS

RODRIGO AMBAR PINTO; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; JOSÉ MARCIO NEVES JORGE; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; IVAN CECCONELLO; SERGIO CARLOS NAHAS

HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: a incidência estimada anual de procidência de reto é de cerca de 2,5 por 100.000, mais comum no sexo feminino. Sua correção cirúrgica pode ser realizada tanto por procedimentos perineais quanto abdominais. A experiência acumulada com a retossigmoidectomia perineal é bastante restrita em nosso meio. OBJETIVO: analisar os resultados da retossigmoidectomia perineal em pacientes portadores de procidência retal. MÉTODOS: análise retrospectiva de pacientes portadores de procidência retal submetidos a retossigmoidectomia perineal no período de 2001 a 2013 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Avaliados dados pré-operatórios e pós-operatórios imediatos com relação a morbidade e tardios para análise das recidivas. RESULTADOS: foram realizadas 31 retossigmoidectomias perineais com plicatura dos músculos elevadores do ânus para correção da procidência retal no período. Dos pacientes analisados, 87% são do sexo feminino, com média de idade de 66,8 anos. A principal queixa referida foi abaulamento anal com tamanho médio 8,9 cm associado a sangramento. Quanto a continência fecal, cerca de 87% dos pacientes apresentavam-se incontinentes e apenas 22,58% apresentavam constipação. Hipotonia severa dos esfíncteres à manometria anorretal foi encontrada em 82% dos pacientes. O tempo médio de sintomas foi de 4,8 anos. A morbidade cirúrgica pós-operatória global foi de 9,68% (3 casos), sendo um hematoma e duas deiscências de anastomose, havendo um óbito por deiscência da anastomose coloanal. Ocorreu apenas um caso de pneumonia como comorbidade clínica. Em tempo mediano de seguimento de 60 meses ocorreu recidiva do

prolapso retal completo em 5 pacientes (16,13%). CONCLUSÃO: a retossigmoidectomia perineal associada a plicatura dos elevadores apresentou índices relativamente baixos de recidiva, estando consoante com a literatura mundial. Desta forma, ainda deve ser considerada como boa opção para correção cirúrgica da procidência retal considerando-se a idade e condições clínicas do paciente.

#### TL066 - ASSOCIAÇÃO DAS ELETROMANOMETRIAS AO TESTE SIMPLIFICADO DE EXPULSÃO DO BALÃO EM PACIENTES COM QUEIXA DE CONSTIPAÇÃO DISQUÉZICAS.

FRANCIARA LETHICEA MORAES DA CUNHA; FABIO ALVES SOARES; SILVANA MARQUES E SILVA; CYNTHIA ABDALLA CRUZ; SERGIO LUIZ CRUZ CUNHA; ALEXANDRE GHELLER; ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA; JULIANA PORTELLA FONTANA HBDF, LAGO NORTE, DF, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A constipação é um problema que acomete muitas pessoas no mundo, no entanto na literatura não há descrição de exame único com boa acuraria que defina claramente sua etiologia. O exame da eletromanometria anorretal identifica os principais transtornos da evacuação, avaliando a sensibilidade e a capacidade retal, enquanto que o teste de expulsão do balcão avalia a capacidade do paciente em expulsar fezes simuladas, mas não exclui dissinergia, embora tenham seus resultados normais devem ser interpretados com outros testes anorretais. OBJETIVOS: Avaliar a associação do exame de eletromanometria ao teste simplificado de expulsão do balcão para definição de contração paradoxal do puborretal MATERIAL E MÉTODOS: Foram avaliadas 28 pacientes com queixas de constipação disquezica- adultas e do gênero feminino. Realizaram o exame de eletromanometria anorretal com balão, no qual se avaliou o comprimento do canal anal, zona de mais alta pressão, pressão máxima de repouso, pressão voluntária máxima, sustentação da contração voluntária no intervalo de 40s, resposta a manobra evacuatória (redução, manutenção ou elevação das pressões), sensibilidade e capacidade retais, presença ou ausência de contração paradoxal do puborretal. No teste simplificado de expulsão do balão a paciente era orientada a tentar expulsar o balão insulfado com 50ml por três vezes, sendo classificada como expulsão ou retenção do balão, este último sendo diagnostico de contração paradoxal do puborretal. RESULTADOS: A faixa etária variou entre 29 e 74 anos com média de 58 anos. O canal anal funcional variou entre 2-3,5cm com média de 2,57cm, zona de mais alta pressão era 1,58cm. Em relação as pressões médias de repouso foi de 58,64mm Hg e as contração foi 162,75mmHg. Em 73% das pacientes ocorreu sustentação na manobra evacuatória, 36,84% apresentaram redução das pressões a manobra evacuatória, no entanto 26,31% tiveram elevação das pressões. A sensibilidade retal teve média de 17ml e capacidade retal teve média de 214ml. 72,7% expulsaram o balão em até três tentativas. 37% tinham contração paradoxal do puborretal e em 29% houve discordância entre os dois exa-

mes. CONCLUSÃO: A associação entre a eletromanometria anorretal e o teste simplificado de expulsão do balão concordam entre si em 70% dos exames com significância estatística (p:0,0157), sendo fácil sua execução e auxiliando no diagnóstico de contração paradoxal do puborretal.

#### TL067 - UTILIDADE DA MANOMETRIA EM PACIENTES OBESOS COM INCONTINÊNCIA FECAL.

DORYANE MARIA DOS REIS LIMA1; GUSTAVO KURACHI1; VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE2; CARLOS ALBERTO DE CARVALHO3; MAURO WILLEMANN BONATTO4; TOMAZ MASSAYUKI TANAKA4; RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA4; UNIVALDO ETSUO SAGAE4

1.FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL, PR, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.GASTROCLINICA CASCAVEL LTDA, CASCAVEL, PR, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA, CASCAVEL, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: A obesidade tem crescido rapidamente em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. A associação entre obesidade e distúrbios do assoalho pélvico como incontinência fecal ainda está pouco relatada cientificamente. Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar a utilidade da manometria anorretal em pacientes obesos com incontinência fecal (IF) sem cirurgia anorretal prévia. Métodos: Os dados foram colhidos de forma prospectiva e armazenados no banco de dados de todos os pacientes submetidos à avaliação fisiológica proctológica no nosso serviço no período de Julho de 2010 a Julho de 2012. Foram incluídos no trabalho pacientes obesos (IMC>30) com queixa de incontinência fecal. Os pacientes receberam uma pontuação clínica do score da Cleveland clinic de incontinência fecal, além de avaliação clínica e obtenção da história obstétrica. Foram submetidos à manometria anorretal através de um sistema de 8 canais de água perfundido (Dynapack MPX 816, Dynamed). Os dados coletados foram pressão máxima média de repouso (MMRP), pressão máxima média de contração (MMSP), sensação retal mínima, capacidade retal máxima, presença de anismus e pressão de contração sustentada. Foram excluídos os pacientes que apresentavam incontinência fecal devido à cirurgia proctológica ou trauma obstétrico. Resultados: Dos 186 pacientes obesos, 36 apresentavam incontinência fecal (19.35%), 32 eram do sexo feminino. As pacientes mulheres tinham uma idade média de 51 anos (19-81 anos) e os homens 48 (28-65 anos). Média do IMC foi de 35,4kg/m<sup>2</sup> (31-42kg/m<sup>2</sup>). O grupo feminino incluiu 10 nulíparas, 5 com um parto vaginal e 17 com dois ou mais partos vaginais. Alterações manométricas incluem 14 normais ou hipertonia de repouso ou contração (38%) e 22 apresentaram exames compatíveis com a incontinência fecal. No grupo dos pacientes com hipotonia esfinteriana 20 pacientes eram mulheres, sendo que 13 apresentavam anismus (59%), 16 contração sustentada ruim (72%) e 2 pacientes com sensibilidade retal diminuída, enquanto no grupo que apresentou exame normal: 6 apresentaram anismus (42%) e 9 com contração sustentada ruim (64%) e 3 com sensibilidade retal diminuída



e capacidade retal. Não houve diferença entre os dois grupos quanto à paridade, escore de Wexner para incontinência e IMC. Conclusões: A prevalência e a idade da IF entre as pessoas com obesidade mórbida pode ser muito maior e mais precoce do que as taxas relatadas na população em geral. Este estudo mostra que os resultados da manometria anorretal não se correlacionaram bem com sintomas de incontinência fecal. É provável que a manometria anorretal não avalie adequadamente o mecanismo da continência anal nestes pacientes.

**TL068 - ARE THE RESULTS OF MAGNIFYING CHROMOENDOSCOPY EVALUATION OF EXTRA PERITONEAL RECTAL TUMORS COMPARABLE TO ENDORECTAL TRIDIMENSIONAL ULTRASOUND? RESULTS BASED ON THE PATHOLOGIC COMPARISON**  
RODRIGO AMBAR PINTO; FABIO KAWAGUTI; SERGIO CARLOS NAHAS; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introduction: Evaluation of rectal wall invasion of early rectal tumors has a special value to the management of these patients. Objective: to compare the findings of Three-dimensional endorectal ultrasound (3D-ERUS) with magnifying chromoendoscopy (MC). Methods: patients with extra peritoneal rectal tumors evaluated between September 2010 and June 2014 were included. Rectal wall depth of invasion (T), tumor extension and percentage of rectal wall involvement evaluated during 3D-ERUS was compared to the results of MC and pit pattern. The results of the exams were blind from each other. Sensibility, specificity, positive and negative predictive value, accuracy, Kappa index were calculated for the rectal wall invasion. Also lesion extension and percentage of rectal wall involvement were analyzed with intra-class correlation index. Results: at the study period 44 patients were prospectively evaluated using 3d-ERUS and 22 patients also performed MC prior to surgery, 27 (61.36%) female with a mean age of 63.52 ( $\pm 12.23$ ) years. Surgeries performed were 14 radical anterior resections and 30 local resections by transanal endoscopic microsurgery or colonoscopy (endoscopic submucosal dissection). Kappa index for T parameter was 0.64 (CI 95% 0.41-0.86) for 3D-ERUS and 0.69 (CI 95% 0.32-1.1), meaning substantial agreement for both methods. Table 1 state about the rectal wall invasion comparing the methods analyzed. Lesion extension by 3D-ERUS was 3.7 ( $\pm 1.8$ ) as compared to 4.7 ( $\pm 2.7$ ) of pathology, having a moderate intra-class correlation (0.45). A similar intra-class correlation of 0.53 was obtained between MC and histopathology. Bland Altman graph shows that lesions smaller than 5 cm are better estimated with both methods. Percentage of rectal wall involvement was obtained for the radical resections and the intra class correlation was substantial (0.66) for the 14 cases analyzed with 3d-ERUS, also almost perfect for MC (0.96), howe-

ver based only in 4 cases. Conclusion: 3D-ERUS and MC had similar results for depth of rectal wall involvement, meaning they are similar methods for evaluation of rectal wall invasion of rectal neoplasms. MC only distinguish between non invasive (T-) and invasive (T+) lesions as 3D-ERUS differentiate the invasion of rectal wall layers.

**TL069 - EFFICACY OF TRIDIMENSIONAL ENDORECTAL ULTRASOUND IN COMPARISON TO HISTOPATHOLOGY FOR EVALUATION EXTRA PERITONEAL RECTAL NEOPLASMS**

RODRIGO AMBAR PINTO; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; IVAN CECCONELLO

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

Resumo: Introduction: Loco-regional staging and treatment of extra peritoneal rectal neoplasms is still a controversial subject. Objective: to correlate the findings of three-dimensional endorectal ultrasound (3D ERUS) with pathology specimen of extra peritoneal rectal neoplasia. Methods: A prospective study was performed in patients with middle and distal rectal tumors, who underwent 3D-ERUS for preoperative evaluation. The parameters analyzed with 3D-ERUS were compared with pathology findings of the surgical specimen obtained after the procedure. The authors evaluated sensibility, specificity, accuracy, positive and negative predictive values, area under curve and kappa index of the 3D-ERUS as compared to pathologic findings, considered the gold standard. For extension and percentage of tectal wall involvement intraclass correlation index was applied. Results: At 3-years period, 44 patients were studied, 27 females, with a mean age of 63.5 years, who had 12 rectal adenomas and 32 adenocarcinomas and underwent local resection (30) or radical resection (14). Value for 3D-ERUS to determine depth of rectal wall invasion sensibility was 77.3% (CI95% - 54.6%-92.2%), specificity was 86.4% (CI95% - 65.1%-97.1%), positive predictive value was 85% (CI95% - 62.1%- 96.8%), negative predictive value was 79.2% (CI95% - 57.8%-92.9%) and area under curve was 0,82% (CI95% - 0.7%-0.96%). The weighted kappa index for the depth of invasion in the rectal wall (T) evaluation was 0.67 (IC95%: 0.49; 0.85), considered substantial agreement. For N involvement there was any agreement between 3D-ERUS and histopathology, with  $K=-0.164$ . Intraclass correlation was calculated for lesion extension and was moderate (0.45) for extension in centimeters and adequate (0.66) for percentage of circumference involvement. A Bland-Altman graph was performed and showed that tumor extensions until 5 cm and 50% of wall involvement have a good correlation to specimen size. Conclusion: 3D-ERUS was effective for determining rectal wall invasion and evaluation of extension of lesions until 5 cm and 50% of rectal wall involvement. However, this me-

thod showed a lack of efficacy for evaluation of lymph node involvement for early rectal tumors in this limited subset of patients.

**TL070 - EXISTE CORRELAÇÃO ENTRE O PROLAPSO DE PAREDE VAGINAL POSTERIOR E OS DISTÚRBIOS DA EVACUAÇÃO E DA CONTINÊNCIA FECAL?**

CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA1; KATHIANE LUSTOSA AUGUSTO2; SHELIA MARIA MURAD REGADAS1; LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA BEZERRA2; JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO2; CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS2; MANOEL ÍTALO PIMENTEL SANTOS LOPES1; FRANCISCO WENDEL DE SOUSA ARRUDA1

1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: A disfunção do assoalho pélvico (DAP) envolve alterações funcionais e anatômicas nos diversos compartimentos. Mulheres com disfunção do assoalho pélvico frequentemente relatam sintomas de constipação e/ou incontinência fecal(IF). No entanto, estudos que avaliam a correlação entre o grau do prolapso de parede vaginal posterior (PPVP) e a presença de distúrbios evacuatórios(DE) e IF apresentam resultados controversos. Objetivo: Avaliar a relação entre prolapso de parede vaginal posterior utilizando o sistema de quantificação de prolapso de órgãos pélvico(POP-Q) e a presença de DE e IF, correlacionando a gravidade do PPVP com a intensidade das disfunções. Métodos: Análise retrospectiva de dados prospectivos de mulheres com sintomas de DAP atendidas entre julho de 2011 e julho 2013. Foram avaliadas utilizando o POP-Q através da mensuração do ponto Bp(ponto de maior prolapso na parede posterior) e distribuídas em dois grupos: Controle= Bp não ultrapassou o ponto 0 e Caso= Bp ultrapassou o ponto 0. Analisou-se os escores de constipação (incluindo pacientes com pontuação  $\geq 6$ ) e IF( $\geq 1$ ) da Cleveland Clinic(CCF) em cada grupo e a correlação entre a gravidade do Bp com a intensidade dos escores de Constipação e Incontinência fecal. Utilizou-se os testes de t Student ou teste de Mann-Whitney U e Kruskal- Wallis de acordo com dados numéricos ou categóricos e para correlacionar os dados o teste p de Spearman. Resultados: Foram incluídas 265 mulheres, com idade média 53 anos. A maioria apresentava sobrepeso (IMC:  $28,8 \pm 5,1$ ) e uma média de 4 gestações e 3 partos vaginais. O PPVP foi observado em 68% das pacientes, sendo que a maioria apresentava PPVP até fúrcula himenal (estágios I e II). 64 (28%) pacientes apresentaram sintomas de EV e 79(30%) de IF. No grupo Caso foram incluídos 43/16% pacientes e no controle 222/84%. A presença de constipação e IF foram similares nos 2 grupos e não houve correlação entre a intensidade da constipação e da IF pelos escores da CCF e da gravidade do Bp ( $p = 0,191$  e  $p=0,864$ , respectivamente). Conclusão: Não houve correlação da gravidade do PPV e a

presença e intensidade da constipação e incontinência de acordo com os escores da CCF. Portanto, é necessário a inclusão de exames que possam avaliar a dinâmica da evacuação e a morfologia do canal anal e assoalho pélvico para contribuir no entendimento da relação causal entre prolapso de órgãos pélvicos e incontinência fecal e constipação.

**TL071 - ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA E TÉCNICA DE DUPLO-BALÃO: CASUÍSTICA DO GASTROCENTRO/ UNICAMP.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A enteroscopia do intestino delgado por cápsula endoscópica (CE) e por técnica de duplo-balão (DB) foram descritas em 2000 e 2001, respectivamente. As indicações para esses exames são: hemorragia digestiva obscura, neoplasia do intestino delgado, síndromes polipoideas, doença de Crohn e doença celíaca, dentre outras. A DB pode realizar procedimentos como biópsias, dilatações e hemostasia. OBJETIVOS: Descrever as indicações, achados e complicações da enteroscopia do intestino delgado por CE e DB no Gastrocentro/UNICAMP. PACIENTES E MÉTODOS: Entre agosto de 2008 e junho de 2015, foram realizados 120 exames de CE e 168 exames de DB. Foram utilizadas CE Pill-Cam (Given Imaging®) e Mirocam (Intromedic®). Para DB foi usado enteroscópio Fujinon®. RESULTADOS: Quanto à CE, 43 eram homens e 77 mulheres, com idade média de 52,76 anos completos (19-83). As principais indicações foram hemorragia digestiva obscura (60 casos), dor abdominal (22 casos), diarreia crônica (21 casos), síndromes polipoideas (7 casos), doença celíaca (5 casos) e doenças inflamatórias intestinais (5 casos). Todos os pacientes deglutiram a cápsula, exceto um. O tempo médio de permanência da CE no estômago foi 38,67min (5-233). O tempo médio de trânsito no intestino delgado foi 268,7min (113-494). Os principais achados da CE foram: lesões vasculares (68 pacientes), linfangiectasias (24 pacientes), pólipos (19 pacientes), doença de Crohn (22 pacientes), enteropatia hipertensiva (8 pacientes), doença celíaca (2 pacientes) e neoplasia (2 pacientes). Quanto às complicações de CE, houve quatro retenções assintomáticas. CE fez um diagnóstico relevante e/ou mudou o manejo do paciente em 38 casos (31,6%). Quanto à DB, 63 eram homens e 105 mulheres, com idade média de 44,78 anos completos (16-89). Indicações de DB: hemorragia digestiva obscura (63 exames), pesquisa de microbiota (40 exames), síndromes polipoideas (41 casos), doenças inflamatórias intestinais (12 exames), dor abdominal (10 exames) e doença celíaca (2 casos). O tempo médio de duração de exames foi 71,7min (33-137). A extensão média do intestino delgado avaliado pela via anterógrada foi

de 230cm (60-360) e 120cm pela via retrógrada (30-260). Os principais achados da DB foram: lesões vasculares (27 pacientes), pólipos (24 pacientes) e erosões (20 pacientes). DB fez um diagnóstico relevante e/ou mudou o manejo do paciente em 43 casos (25,6%). Quanto às complicações por DB, houve dois casos de sangramento pós-polipectomia que foram manejados endoscopicamente, e dois casos de íleo adinâmico. Não houve óbito. **CONCLUSÕES:** A enteroscopia do intestino delgado por CE e DB foi eficaz e segura, com baixo índice de complicações e alto valor diagnóstico. A CE deve ser usada preferencialmente com intuito diagnóstico, enquanto a DB tem maior indicação para a intervenção no intestino delgado

**TL072 - ACHADOS COLONOSCÓPICOS EM PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO CRÔNICA SEM HISTÓRIA FAMILIAR DE NEOPLASIA COLORRETAL**

GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; NIKOLAY COELHO DA MOTA; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA; BRENDON DA SILVA SANTANA; FABÍOLA NASSAR SOUSA FRAZÃO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO  
*UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A colonoscopia é um método padrão ouro para prevenção de câncer colorretal além de auxiliar na investigação de outras doenças colorretais, sendo considerada diagnóstica e terapêutica. **OBJETIVO:** Avaliar as indicações e os resultados da realização da colonoscopia em pacientes com queixa principal de constipação crônica, sem história familiar de câncer colorretal. **MÉTODO:** Trata-se de estudo retrospectivo através da revisão de laudos de colonoscopia de pacientes cuja indicação do exame era constipação crônica, de ambos os sexos, de qualquer faixa etária, submetidos a colonoscopias eletivas em um Hospital Universitário. O período do estudo foi de junho de 2012 a dezembro de 2014. Neste período foram realizados 202 colonoscopias pelo Serviço de Coloproctologia e 150 exames foram excluídos por serem de pacientes com outras indicações ou com história familiar de neoplasias colorretais. Uma vez tabulados, foram extraídos dados clínicos e demográficos (idade, sexo, indicação do exame, achados do exame). **RESULTADOS:** Dos 52 pacientes avaliados, 43 (83%) eram mulheres e 9 (17%) homens. A média de idade 57,09 (34 – 84) anos. O preparo intestinal estava adequado em 49 (94%) pacientes e ruim ou péssimo em 3 (6%) pacientes. Quarenta e quatro pacientes (85%) tiveram exames completos e 8 (15%) incompletos sendo 5 devido a dificuldades técnicas, 3 devido a preparo inadequado. Quarenta (77%) pacientes apresentaram exame endoscópico normal e 12 (23%) apresentaram exames com alterações sendo 8 (67%) pacientes com doença diverticular dos cólons, 3 (25%) pacientes com pólipos e 1 (8%) pacientes apresentavam inflamação de cólons e/ou reto. **CONCLUSÃO:** A colonoscopia é um exame de grande utilidade na avaliação dos cólons e reto e contribui de maneira efetiva para diagnóstico de afecções colorretais e prevenção de neoplasias colorretais.

**TL073 - ANÁLISE DOS BENEFÍCIOS DA RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL EM PACIENTES COM SUSPEITA DE NEOPLASIA COLORRETAL EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO.**

THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; PAULO VITOR LIMA SOARES; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MARCIO PEREIRA CRUZ; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; MARCOS CLARÊNCIO

*HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** O rastreamento para câncer colorretal (CCR) com retossigmoidoscopia flexível (RSF) reduz a mortalidade em até 59% quando comparado com a população não rastreada. É um exame que diagnostica 50 a 75% dos adenomas e neoplasias de cólon e reto. Em um estudo italiano a detecção de neoplasia avançada com RSF foi três vezes maior que na pesquisa de sangue oculto em fezes, isoladamente. A incidência de CCR reduziu com a realização de colonoscopia após achados na RSF. Pacientes com fatores preditivos para neoplasia, devem ser encaminhados para colonoscopia. A RSF é um exame endoscópico simples e fácil, sem necessidade de sedação do paciente, podendo ser executado em consultório, necessitando apenas de um preparo simples com fleet enema. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é analisar os resultados da RSF em pacientes para rastreamento de câncer de colorretal em um hospital terciário de Salvador. **Métodos:** Retrospectivamente, foram coletados dados dos laudos de pacientes submetidos a retossigmoidoscopia flexível no período de janeiro de 2013 até junho de 2015. **Resultados:** Dos 553 pacientes submetidos a retossigmoidoscopia no período, 14 (2,5%), confirmaram a suspeita de neoplasia colorretal, com a identificação de lesões vegetantes e/ou estenosantes, sendo que 10 (71%) destes pacientes eram do sexo masculino e 4 (29%) do sexo feminino. Quanto a localização das lesões sugestivas, 9 (64,3%) situavam em reto, 3 (21,4%) em junção retossigmóide e 2 (14,3%) em canal anal. A idade média destes pacientes foi 55,5 anos, variando entre 31 e 80 anos. Foram realizadas biópsias das lesões em todos pacientes durante o exame e indicado colonoscopia, posteriormente. **Conclusão:** A retossigmoidoscopia flexível é um exame simples e prático no rastreamento do câncer colorretal, uma vez que favorece a visualização de lesões sugestivas, bem como a possibilidade da coleta de fragmentos das lesões sugestivas e determinação parcial do acometimento, orientando terapêutica posterior. Sua limitação é o alcance do aparelho (até aproximadamente o ângulo esplênico) deixando de identificar mais de um terço dos pacientes com neoplasia avançada, conforme estudos prévios. No presente estudo podemos concluir que a retossigmoidoscopia flexível teve baixa prevalência para pacientes com suspeita de câncer colorretal, sendo o sexo masculino mais incidente do que o sexo feminino e a localização mais frequente das lesões sugestivas situavam em reto.

**TL074 - ANÁLISE DE ACHADOS DE EXAMES DE COLONOSCOPIA EM PACIENTES MENORES QUE 50 ANOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM ENDOSCOPIA DO ESTADO DA BAHIA**

LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; PAULO VITOR LIMA SOARES; THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; RAFAEL FERRAS SANTANA; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; MARCOS CLARÊNCIO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES

*HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

**Resumo:** INTRODUÇÃO: O papel da colonoscopia como exame de rastreamento para câncer colorretal já está bem estabelecido em população de pacientes acima de 50 anos, permitindo diagnóstico precoce, com consequente redução de mortalidade neste grupo. A incidência de neoplasia gastrointestinal é crescente na população jovem ocidental e a pesquisa de doença neoplásica no grupo de pacientes abaixo de 50 anos permanece gerando discussões. O uso de colonoscopia com este fim ainda é controverso mesmo na presença de sintomas, já que as causas de origem benignas ainda são responsáveis pela maioria dos casos e neoplasias avançadas são incomuns. **OBJETIVO:** Avaliar o resultado de colonoscopias realizadas em pacientes sintomáticos abaixo de 50 anos no hospital de referência em diagnóstico endoscópico do estado da Bahia. **MÉTODOS:** Avaliação dos resultados de colonoscopias de paciente abaixo dos 50 anos, sintomáticos, realizadas de janeiro de 2011 a dezembro de 2014. Os dados foram analisados em programa estatístico SPSS versão 20.0. **RESULTADOS:** Um total de 838 exames foi avaliado no período, sendo 450 (53,7%) do gênero masculino e 388 (46,3%) do feminino. A média de idade foi de 35,27 anos, variando de 1 a 49. O preparo de colón foi realizado com bisacodil ou lactulose, seguidos de manitol oral a 20% e a maioria (86,9%) estava com boas condições. Da amostra, 60 (7,2%) pacientes estavam internados no hospital, 110 (13,1%) eram procedentes da emergência e 665 (79,4%) eram de outras unidades ou ambulatoriais. As indicações mais frequentes foram: diarreia crônica (35,3%), sangramento digestivo baixo (28,9%), seguimento de doença inflamatória intestinal (15,3%), rastreamento de câncer colorretal com história familiar positiva (8,1%) e outras indicações (12,4%). Encontramos 237 (28,3%) exames normais, 196 (23,4%) com pólipos colônicos, 142 (18,1%) com doença hemorroidária, 114 (13,6%) com doença inflamatória intestinal, 56 (6,7%) com doença diverticular e 45 (5,4%) exames com neoplasia colorretal, entre outros diagnósticos. **CONCLUSÃO:** O rastreamento do câncer colorretal com colonoscopia em pacientes maiores de 50 anos é consenso na literatura e faz parte da prática clínica. Em pacientes menores de 50 anos o uso de colonoscopia como método de triagem ainda não está bem definido. Estudos que avaliaram este grupo populacional com sintoma de sangramento digestivo baixo associado, não indicam colonoscopia para investigação e outros estudos concluem que o exame só deve ser usado nos pacientes com sangramento e fator de risco para neoplasia colorretal. No

entanto há outros estudos que advogam que pacientes jovens com sangramento digestivo e idade entre 40 e 50 anos devem ter o cólon estudado com o exame endoscópico. Na amostra deste trabalho encontramos 5,4% dos pacientes com menos de 50 anos com exame positivo para neoplasia. Mais estudos que avaliem a eficácia da colonoscopia como exame de rastreio em pacientes jovens com sintomas são necessários para validar o seu uso na prática.

**TL075 - ESTUDO PROSPECTIVO DOS FATORES PREDITORES DO TEMPO DE INTUBAÇÃO CECAL NO BIÓTIPO BRASILEIRO. ANÁLISE DE 138 CASOS.**

OTAVIO NUNES SIA1; MARINA FONTES GONTIJO2

*1. CLÍNICA ENDOSOM, PATROCÍNIO, MG, BRASIL;  
2. FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS - FGV, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A videocolonoscopia é método consagrado de diagnóstico e terapêutica das afecções ileo colon retais. O tempo de intubação cecal (TIC) é importante fator variável na realização do exame. Existem estudos internacionais sobre os fatores que influenciam no TIC, no entanto são raríssimos estudos realizados no biótipo brasileiro. **Objetivo:** Demonstrar a influência do biótipo brasileiro no TIC e quais fatores são preditores de dificuldade para a intubação cecal. **Método:** Foram analisados 138 casos consecutivos, realizados por único colonoscopista e sedados por única anestesiolegista no período de Novembro de 2014 a Junho de 2015. Os critérios de exclusão foram: não concordância em participação do estudo, preparo inadequado, colonoscopia incompleta, história de colectomia prévia ou uso de estoma e polipectomia durante a introdução do aparelho. Foram analisados o gênero, idade, índice de massa corpórea (IMC), presença de divertículos, tempo de intubação cecal e o gasto de anestésico venoso. Os dados foram analisados em regressão log-linear e considerado significância estatística  $p < 0,05$ . **Resultados:** Em 2 casos (1,44%) o ceco não foi alcançado devido a dificuldades técnicas. Dos 138 casos, 52 (37%) foram do sexo masculino. A média de idade foi de 53,4 anos. O IMC médio foi de 26,45 e foram encontrados divertículos em 34% dos pacientes. O tempo médio de intubação cecal foi de 8,49 minutos e o gasto médio de propofol de 10,92ml. Para cada ano a mais de idade, aumenta em 0,6% o tempo do procedimento e diminui em 1,2% a quantidade de anestésico usada ( $p < 0,01$ ). O aumento do IMC também influencia o TIC. Para cada ponto maior do IMC diminui em 1,8% o tempo do procedimento ( $p < 0,05$ ). O gasto total de anestésico está relacionado ao tempo de procedimento e não ao IMC. Analisamos também de acordo com o grau de obesidade do paciente, caracterizando-os em baixo peso, normais, sobrepeso, obesidade grau I, II e III de acordo com o projeto diretrizes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia. Quando analisamos em faixas de IMC, percebe-se que o impacto no tempo do procedimento não é linear. Pessoas com  $IMC < 20$ , baixo peso, há aumento em 46% do tempo de procedimento em relação a pessoas com IMC entre 25 e 30 característicos de sobrepeso ( $p < 0,05$ ). Pessoas normais tem

um tempo 23% maior que as das faixas sobrepeso, obesidade grau I e II (p,0,05). Não há diferença estatisticamente significativa, no tempo do procedimento entre as faixas sobrepeso, obesidade grau I e II. O sexo do paciente e a presença de divertículos não caracterizaram influência significativa no TIC. Conclusão: O presente estudo identificou a influência da idade e do IMC no tempo de intubação colônica associando-os a maior dificuldade técnica na realização do exame no biótipo brasileiro. Há necessidade de menor uso de anestésico com o avançar da idade do paciente. Não há diferença no tempo para intubação cecal quando comparados pacientes sobrepesados e obesos grau I e II.

#### TL076 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE COLONOSCOPIAS REALIZADAS EM PACIENTES MAIORES DE 50 ANOS EM SERVIÇO TERCIÁRIO.

THIAGO FARIA MAGALHAES; PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; RAFAEL FERRAS SANTANA; MARCIO PEREIRA CRUZ; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO  
HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: A colonoscopia é um método diagnóstico e terapêutico para diversas doenças colorretais, sendo rotineiramente indicada para o rastreamento do câncer colorretal (CCR) em pacientes suspeitos ou com idade superior a 50 anos. Objetivo: Analisar os resultados da aplicação de colonoscopia diagnóstica e terapêutica em pacientes acima de 50 anos, em serviço de referência de endoscopia. Métodos: Retrospectivamente, foram coletados dados dos laudos dos pacientes submetidos a colonoscopia no período de janeiro de 2011 até dezembro de 2014. Foram incluídos no estudo todas as colonoscopias realizadas em pacientes acima de 50 anos de idade. Foram analisados em cada laudo a idade, o sexo, a procedência, a condição do preparo, a indicação do exame bem como a(s) conclusão(ões) de cada exame. Resultados: No período citado, 2057 laudos de colonoscopias foram analisadas. A idade média do estudo foi de 64,13 anos, variando entre 50 e 95 anos. Em relação ao gênero, 1243 (60,42%) eram do sexo feminino e 814(39,57%) do sexo masculino. Quanto a procedência dos pacientes, 1704 (82,84%) destes eram externos; 206 (10,01%) eram pacientes oriundos da emergência do serviço e 135 (6,57%) estavam internados no hospital referido. As condições de preparo para realizar o exame descritas foram consideradas: 1812(88,09%) bom, 178(8,65%) regular e 67(3,26%) ruim ou péssima. As principais indicações para o exame na faixa etária considerada foram: sangramentos digestivos (27,32%), rastreamento de CCR (21,29%), alteração do ritmo intestinal(19,34%) e dor abdominal (7,39%). Apesar dos diversos achados patológicos foram encontrados nos exames: pólipos em 777 (37,8%) pacientes; doença diverticular em 734(35,7%); lesões suspeitas de neoplasia em 213(10,35%); doença hemorroidária em 453(22%); doença inflamatória intestinal em 188 (9,14%); colite inespecífica

em 52(2,53%); angiectasia em 112(5,44%); lesão actínica em 49(2,38%); colopatia hipertensiva portal e varizes retais em 85(4,13%); hiperplasia nodular linfóide em 9(0,43%) e parasitose em 8(0,39%). Do total, 342(16,63%) exames foram considerados normais. Conclusão: Conforme resultados apresentados, a principal indicação do serviço referido para colonoscopia em pacientes acima de 50 anos é rastreamento de CCR e seus sinais sugestivos como alteração do ritmo intestinal e sangramentos digestivos. Os achados patológicos encontrados mais frequentes foram pólipos, doença diverticular dos cólons, doença hemorroidária e lesões sugestivas de CCR.

#### TL077 - DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA (ESD) PARA NEOPLASIA COLORRETAL PRECOCE: EXPERIÊNCIA DO GASTROCENTRO/UNICAMP. MICHEL GARDERE CAMARGO; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS; NÉLSON TOMIO MIYAJIMA; LARISA BERBERT ARIAS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A dissecação endoscópica da submucosa (ESD) é uma técnica desenvolvida no Japão para a ressecção em bloco de neoplasias gastrintestinais precoces, com melhor avaliação anátomo-patológica e menores taxas de recorrência. É considerada tecnicamente difícil quando aplicada para lesões colorretais, sendo realizada somente em centros especializados. Apesar do ESD ser comum no Japão, seu uso no Ocidente é restrito. OBJETIVO: Relatar a experiência do Gastrocentro/UNICAMP com ESD colorretal, avaliando sua eficácia e segurança. MATERIAIS E MÉTODOS: As indicações para ESD colorretal foram feitas de acordo com a escola japonesa. Foram excluídos pacientes com sinais de invasão maciça da submucosa. Colonoscopias de controle foram realizadas em 3, 6 e 12 meses. RESULTADOS: Entre setembro/2010 e novembro/2014, ESD colorretal foi realizado em 36 pacientes (22 mulheres e 14 homens), com idade média de 62,7 anos completos (45-85). O tamanho médio das lesões foi 42mm (20-100). As localizações das lesões foram: 18 em reto, 2 em sigmoide, 5 em descendente, 5 em transversos, 3 em ascendente e 3 em ceco. O tempo médio de procedimento foi de 130min (60-420) com ressecção em bloco de 27 lesões (76,6%). Um procedimento foi interrompido por dificuldades técnicas. Houve três complicações (8,3%), uma perfuração e dois sangramentos, com manejo endoscópico satisfatório. Não houve óbitos. Quanto à histologia, 25 lesões eram adenomas e 11 lesões eram adenomas com adenocarcinomas (uma invasão M1, sete invasões M2 e três invasões SM1). Três pacientes (8,3%) tiveram margens focalmente comprometidas, com apenas uma recorrência (2,8%) no seguimento. CONCLUSÃO: Em nossa experiência, o ESD colorretal foi curativo na maioria dos casos, com melhor análise anátomo-patológica e baixos índices de recorrência e complicações, devendo ser realizado por especialistas em casos altamente selecionados.

**TL078 - AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE COLONOSCOPIA DE UM HOSPITAL PRIVADO COM RESIDÊNCIA EM COLOPROCTOLOGIA.**

MARLISE MELO CERATO; ORNELLA SARI CASSOL; RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA; KARINE SABRINA BONAMIGO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU; BRUNA BORBA VAILATI; DAIANE SONZA VIDART; NILO CERATO  
*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O carcinoma colorretal (CCR) é o 2º tipo de neoplasia maligna mais comum no mundo, em mulheres, e o 3º em homens. A remoção de adenomas pode prevenir o câncer, e o diagnóstico precoce permite tratamentos menos onerosos e com chance de cura de aproximadamente 90%. Estudos mostram que a realização de colonoscopia de rastreamento reduz a mortalidade e a incidência de CCR. É indicada para o diagnóstico e avaliação de pacientes com sintomas do trato gastrointestinal, rastreamento de CCR e intervenções terapêuticas, sendo considerada o padrão-ouro para o rastreio da CCR. Portanto, a realização de exames de boa qualidade para a adequada prevenção de CCR é baseada nos indicadores de qualidade. Objetivos: Avaliar os achados endoscópicos, perfil, parâmetros de qualidade e taxa de complicações nos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia, durante o período de 9 meses. Métodos: Estudo transversal, analítico, retrospectivo, no qual foram avaliados os pacientes submetidos a colonoscopia pelos preceptores do serviço de coloproctologia e residentes supervisionados pelos preceptores do programa, no período de abril a dezembro de 2014. Foram revisados laudos dos exames endoscópicos, registrados no sistema Tasy e revisão dos laudos dos exames anatomopatológicos realizados pelos laboratório Geyer. Resultados: Foram realizadas 734 colonoscopias. A idade média foi 62,44 anos. Do total, 518, femininos e 216 masculinos. Foram avaliados todos os segmentos colônicos em 691, sendo que 594 foi avaliado o íleo terminal. Dos 43 exames incompletos, as causas foram patologia nos segmentos avaliados, mau preparo ou exame completo recente, complicação anestésica e/ou dificuldade técnica, portanto a taxa de exames completos foi de 98,36%. Em relação ao número de pólipos, apresentaram ao menos 1 pólipo 463. O número médio de lesões nos pacientes com pólipo foi de 2,63. A localização mais comum foi o cólon esquerdo 224. Foram 1192 pólipos removidos, sendo 874 adenomatosos, 245 hiperplásicos, 63 mucosa normal, 5 serrilhados e 5 adenocarcinoma. Em relação as outras patologias, divertículos colônicos em 299, neoplasia colorretal em 30, processo inflamatório em 59, angiodisplasia em 34, lipoma em 31, melanosi coli em 15, dólco cólon em 13, lesão submucosa em 3, pólipo/lesão em íleo 2, compressão extrínseca 2, lesão cística 2, abscesso 1, isquemia colônica 1 e fistula reto-vaginal 1. Ocorreram complicações em 2 casos, uma síndrome pós-polipectomia e um sangramento pós-polipectomia. O tempo médio de retirada do aparelho foi de 12,4 minutos. Conclusão: Com o aumento da incidência de CCR e a crescente preocupação com a prevenção e diagnóstico precoce da doença, o treinamento adequado torna-se cada vez mais importante. Os exames realizados apresen-

tam padrão de qualidade compatível com indicadores internacionais. Respeitar critérios de qualidade dos exames e ter taxas de complicações baixas é de extrema importância para garantir a excelência do mesmo e do ensino.

**TL079 - AVALIAÇÃO DE ÍNDICES DE QUALIDADE EM COLONOSCOPIA EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DE HOSPITAL TERCIÁRIO PRIVADO.**

RAFAEL CASTILHO PINTO; MARCELA KRUG SEABRA; HELOISA GUEDES MUSSNICH  
*HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: A incidência e a mortalidade do câncer colo-retal continua crescendo em nosso meio. A prevenção e a detecção precoce deste tumor necessitam de estratégias mais efetivas. A colonoscopia é um dos exames mais importantes no seu rastreamento, sendo de suma importância a aferição de índices de qualidade baseadas em critérios internacionais já estabelecidos. A taxa de detecção de adenomas é um dos principais parâmetros de qualidade em colonoscopia. Serviços de referência em rastreamento de câncer colo-retal apresentam taxas superiores a 20 -25% colonoscopias com adenomas e taxas mais altas associam-se a linearmente a melhores resultados e menores índices de câncer de intervalo. O objetivo deste estudo é aferir os índices de qualidade em colonoscopia realizados pelos médicos de um serviço de coloproctologia de um hospital privado terciário. Métodos: Foram analisados os laudos de colonoscopias e de anátomo-patológicos realizados no mês de junho de 2015 por 31 médicos do serviço de coloproctologia, levando em consideração dados como sexo, idade, indicação do exame, qualidade do preparo, tempo de retirada do aparelho ( em exames normais), complicações imediatas, taxa de detecção de pólipos, técnica de retirada dos pólipos e taxas de detecção de adenomas e neoplasias malignas. Resultados: Nos 418 exames analisados verificamos que 181 pacientes eram do sexo masculino (43,4%) e 236 do sexo feminino (56,6%). A idade média dos pacientes foi de 55,1 anos. A indicação principal mais frequente foi a de prevenção (38,8%). O índice de chegada ao ceco foi de 98,3% em pacientes sem lesões obstrutivas e a qualidade do preparo foi boa ou excelente em 92,6% dos casos. O tempo médio de retirada do aparelho foi de 6,02 minutos em exames sem procedimentos. A taxa de ressecção de pólipos foi de 52,6 % e a taxa de detecção de adenomas foi de 31,9 %. Foram encontradas oito neoplasias malignas (1,9%). A taxa de detecção de adenomas foi de 34,1% nos homens e de 30,3% nas mulheres, não sendo encontrada significância estatística. A detecção de adenomas aumentou com a idade iniciando em 13,0% abaixo dos 40 anos, aumentando linearmente e atingindo 39,4% acima dos 70 anos (p=0,002). Conclusão: Os dados obtidos estão compatíveis com os critérios internacionais de qualidade em colonoscopia, que sugerem taxas de detecção de adenomas acima de 20% em exames de rastreamento como adequadas. Mais estudos são necessários para validarmos as taxas de detecção de adenoma na população brasileira e compará-lo com os índices internacionais já estabelecidos na literatura.

**TL080 - A IMPORTÂNCIA DA RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL EM PACIENTES JOVENS COM HEMATOQUEZIA**

GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; NIKOLAY COELHO DA MOTA; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR; BRUNO BARRETO FIGUEREDO SOARES; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A endoscopia digestiva baixa possui grande valia não apenas como método diagnóstico e de rastreio do câncer colorretal, mas também como exame complementar fundamental ao diagnóstico diferencial das hemorragias baixas. A despeito de tal importância, dificuldade de acesso, custo e riscos inerentes ao procedimento proporcionam a necessidade de instituir-se parâmetros objetivos para sua indicação. OBJETIVO: Avaliar a importância da realização da retossigmoidoscopia flexível em pacientes menores de 50 anos com hematoquezia. MÉTODO: Trata-se de estudo prospectivo, observacional. No período de junho de 2012 a fevereiro de 2015, 75 pacientes foram submetidos a retossigmoidoscopia flexível por apresentarem queixas de hematoquezia. Destes, 11 foram excluídos por apresentarem mais de 50 anos. Uma vez tabulados, foram extraídos dados clínicos (indicação do exame, achados do exame proctológico, laudo endoscópico e anatomopatológico) e epidemiológicos, buscando a correlação entre os mesmos. RESULTADOS: Dos 64 pacientes avaliados, 44 (69%) eram mulheres e 20 homens. Todos os pacientes apresentavam menos de 50 anos, sendo a média de idade 33,13 (19 – 47) anos. Dos pacientes avaliados, 42 (66%) possuíam doença hemorroidária e 22 (34%) fissuras anais. Dezesete apresentavam preparo inadequado e em 47 o preparo estava adequado. Cinquenta e quatro (84%) apresentaram exame endoscópico normal. Seis pacientes (9%) apresentaram pólipos, sendo 4 no reto e 2 no sigmoide. Dos pacientes que apresentaram pólipos, 3 (50%) apresentavam idade menor que 40 anos. O exame histopatológico dos mesmos evidenciaram 3 (50%) sendo pólipos hiperplásicos, 2 (33%) pólipos adenomatosos e um permanece no aguardo do resultado do exame. Dos demais pacientes com exame endoscópico alterado, um apresentava sigmoidite, dois apresentavam retite e um apresentava doença diverticular do sigmoide. CONCLUSÃO: A retossigmoidoscopia flexível em pacientes jovens com queixa de hematoquezia mostrou-se relativamente importante, uma vez que em 16% dos pacientes foi evidenciada alterações no exame endoscópico.

**TL081 - ACHADOS COLONOSCÓPICOS DE PACIENTES COM HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA EM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO**

PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; MARCIO PEREIRA CRUZ; MARCOS CLARÊNCIO; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES

HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Sangramento digestivo baixo é um sintoma de ocorrência frequente na prática clínica e pode representar patologia grave. Caracteriza-se por sangramento de origem distal ao ângulo de Treitz, mas pode ocorrer também em sangramentos intestinais do trato digestivo alto quando o sangramento é massivo e eliminado com as fezes. Inúmeras causas podem estar associadas e para o diagnóstico desta entidade clínica podemos usar, entre outros exames, a colonoscopia, que pode também ser uma ferramenta terapêutica em diversas situações. OBJETIVO: O objetivo deste estudo é determinar os achados colonoscópicos em pacientes com sangramento gastrointestinal baixo em serviço terciário. MÉTODOS: Análise retrospectiva dos resultados de colonoscopias realizadas em hospital terciário, referenciado para hemorragia digestiva, no período entre janeiro de 2011 a dezembro de 2014. O critério de inclusão no estudo foram pacientes com queixa de sangramento digestivo - enterorragia, hematoquezia e melena - que foram submetidos a colonoscopia no período determinado. Foram excluídos os casos que apresentavam falta de dados no prontuário e os casos cujo preparo inadequado não permitiu conclusão por parte do examinador. A análise estatística foi feita utilizando o SPSS, versão 20.0. RESULTADOS: Em um total de 2902 colonoscopias realizadas entre os anos de 2011 e 2014, selecionamos 810 exames. A idade variou de 2 a 95 anos (média de 55,68 anos). Dos pacientes, 431 (53,2%) eram do gênero masculino e 379 (46,8%) do gênero feminino. Quanto à procedência, 229 (28,0%) dos pacientes vieram da emergência do hospital, 65 (8,0%) estavam internados no hospital e 509 (62,8%) eram do ambulatório ou encaminhados de outros hospitais. O preparo foi realizado com bisacodil ou lactulose, seguido de manitol oral a 20% e a maioria dos pacientes (89,9%) foi considerada com bom preparo intestinal. O resultado do exame foi normal em 86 (10,6%) dos pacientes. Entre os achados patológicos encontramos: pólipos em 289 (35,7%); doença diverticular em 281 (34,7%); doença hemorroidária em 251 (31,0%); lesão suspeita para neoplasia em 64 (7,9%); colite em 53 (6,5%); angiectasia em 46 (5,7%); úlceras isoladas em 44 (5,4%); lesão actínica em 34 (4,2%); colopatia hipertensiva portal com varizes retais em 34 (4,2%); hiperplasia nodular linfóide em 23 (2,8%); lesão estenosante em 7 (0,8%) e parasitose em 4 (0,4%). CONCLUSÃO: No presente estudo encontramos os pólipos colônicos como resultado mais frequente nos paciente com sangramento digestivo baixo. Os pólipos estão presentes em 30% da população maior que 55 anos e, apesar da maioria ser assintomático e causa incomum de sangramento, quando sintomático o sangramento retal é mais frequente. Encontramos, ainda, um número elevado de exames com diagnóstico de doença diverticular, patologia que vem com aumento de incidência e a principal causa de sangramento digestivo baixo na população e hemorroidas, causa orificial mais comum de sangramento via retal.

### TL082 - A COLONOGRRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SOLUCIONA O PROBLEMA DA COLONOSCOPIA INCOMPLETA?

DARIO ARIEL TIFERES1; BRUNA BORBA VAILATI2; RODRIGO OLIVA PEREZ2; ANGELA H CAIADO1; ANGELITA HABR GAMA2; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO2; MARIA LAURA MORIC12; CHARBEL HALIM CHATER2

1.FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A colonoscopia persiste como método de escolha para investigação e tratamento de lesões do cólon e reto. No entanto, em um número não desprezível de pacientes o exame pode ser incompleto, sem atingir as regiões mais proximais do cólon, por diversas razões. Neste contexto, a avaliação completa do cólon por método alternativo é de grande relevância, com o objetivo de solucionar o diagnóstico e identificar pacientes que necessitem de nova tentativa de colonoscopia. A colonografia por tomografia computadorizada (CTC) é um método de imagem que possibilita a avaliação do cólon e do reto de maneira minimamente invasiva, a partir de imagens de tomografia computadorizada com baixa dose de radiação, após preparo intestinal e distensão gasosa do órgão, sem a necessidade de sedação ou anestesia. Objetivo: Analisar os resultados dos exames de CTC de pacientes em que a colonoscopia foi incompleta. Métodos: Foram revisados os dados de pacientes consecutivos submetidos a CTC, em uma única instituição, que tinham realizado colonoscopia incompleta previamente, no período de 2006 a 2015. A colonoscopia foi considerada incompleta quando não foi possível visualizar o ceco. A CTC foi realizada em equipamento de tomografia computadorizada com múltiplas fileiras de detectores, utilizando técnica com baixa dose de radiação, após preparo intestinal e insuflação retal com ar ambiente ou CO<sub>2</sub>, sem nenhum tipo de sedação ou anestesia. Todos os exames foram interpretados por um único radiologista experiente e treinado para avaliação do método. O exame foi considerado resolutivo quando permitiu o estudo do cólon proximal não examinado pela colonoscopia, com diagnóstico definitivo e sem necessidade de avaliação diagnóstica adicional. Resultados: 378 pacientes foram submetidos a CTC por colonoscopia incompleta. Em 76% dos casos o colonoscópio não ultrapassou o cólon sigmoide. Em 352 (93%) pacientes o exame de CTC foi considerado resolutivo. Dos 352 pacientes, 28 (8%) foram encaminhados diretamente para tratamento cirúrgico por apresentarem lesões compatíveis com adenocarcinomas, 213 (60,5%) foram diagnosticados com patologia benigna sem necessidade de exames adicionais, e 111 (31,5%) apresentaram exames normais. Em 26 (7%) pacientes a CTC foi considerada não-resolutiva. A maioria dos casos não-resolutivos foi decorrente da presença de pólipos proximais, exigindo nova tentativa de colonoscopia. A CTC revelou câncer, não diagnosticado na colonoscopia, em 14 (3,7%) pacientes. Conclusão: A CTC foi o exame definitivo (sem a necessidade de exames diagnósticos

adicionais) em mais de 90% dos pacientes com colonoscopia incompleta, incluindo diagnóstico insuspeitado de câncer em 4% dos pacientes. O método restringiu a indicação de nova tentativa de colonoscopia a apenas 7% dos casos.

### TL083 - QUAL O NÚMERO MÍNIMO PARA APRENDER A FAZER COLONOSCOPIA?

THAIS YUKA TAKAHASHI; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; CHIA BIN FANG; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; KARINA DAGRE MAGRI; MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA; SUZANA LIMA TORRES; MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO SANTA CASA DE MISERICORDIA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A capacitação para realização da colonoscopia implica em competência técnica e cognitiva e é geralmente baseada no número de procedimentos supervisionados e na avaliação subjetiva dos instrutores. OBJETIVO: Avaliar quantos exames são necessários para aquisição da competência técnica em colonoscopia. MÉTODO: Quatro residentes de coloproctologia da Santa Casa de SP, foram acompanhados prospectivamente no seu primeiro ano de treinamento em colonoscopia. Os parâmetros avaliados foram: capacidade de atingir o ceco, tempo de chegada ao ceco e pontos anatômicos de interrupção do exame. RESULTADOS: Foram realizadas 655 colonoscopias pelos quatro residentes (197 pelo residente A, 200 pelo residente B, 195 pelo residente C e 203 pelo residente D). Foram excluídos 140 casos, restando 176, 162, 151 e 166 exames, respectivamente, para avaliação dos parâmetros propostos. Destes 61,4% eram mulheres e a média etária total foi de 56,2 anos (14 a 89 anos). A taxa de sucesso em alcançar o ceco sem ajuda nos primeiros 50 exames do residente A (A) foi de 42%, do residente B (B) de 40%, do residente (C) de 44% e do residente D (D) de 50%. Entre os exames 51 a 100 foi de 74% - A, 74% - B, 83% - C e 90% D. Entre os exames 101 a 150 foi de 96% - A, 96% - B, 98% - C e 98% - D. O tempo médio em minutos de chegada ao ceco nos primeiros 50 exames do A = 32,19 minutos, do B = 19,7, do C = 27,62 e do D = 22,88 revelou diferença estatística ( $p = 0,006$ ). Entre os exames 51 ao 100 o tempo médio de chegada ao ceco foi de A = 22,56, B = 23,34, C = 23,25 e D = 16,73 (mesmo teste  $p = 0,0001$ ) e entre os 101 ao 150 o tempo médio foi de A = 15,11, B = 15,41, C = 20,33 e D = 16,69 (mesmo teste  $p = 0,0001$ ). O tempo em minutos em que chegaram ao ceco, de todos os residentes juntos, nos diferentes períodos, constatamos que; entre os exames de 1 – 50 – 92/200 (41%) - 25,8 minutos +/- 12,3408, entre os exames de 51 – 100 – 155/200 (77,5%) - 21,37 minutos +/- 9,1678 e entre os exames de 101 – 150 – 188/200 (94%) - 16,79 minutos +/- 6,6274 ( $t$  de student período A x B –  $p = 0,001$  B x C  $p = 0,0001$ ). Os pontos anatômicos de interrupção do exame foram ângulo hepático em 42%, ângulo esplênico em 36%, cólon transverso em 7,8%, sigmoide em 7,2%, cólon direito em 5,2% e cólon esquerdo em 1,8% de um total de 152 exames que não chegaram ao ceco pelos residentes. CONCLUSÃO: O tempo de chegada ao ceco diminui conforme o aprendiz au-



menta o número de exames realizados, assim como a porcentagem de exames completos aumenta também com o aumento do número de exames realizados.

**TL084 - ANOPLASTIA V-Y POST CIRUGÍA RADICAL DE LESIONES CIRCUNFERENCIALES EXTENSAS POR HPV EN PACIENTES HIV POSITIVOS.**

LAURA SVIDLER LOPEZ; RITA LILIANA PASTORE; GABRIELA SIDRA; GISELA JIMENA PRESENCIA; CECILIA MAYO; VALERIA FINK; SILVINA FIGURELLI  
*HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ, BUENOS AIRES, ARGENTINA.*

Resumo: Introducción: Los condilomas acuminados causados por el virus del papiloma humano (HPV) son una frecuente manifestación anal y se caracterizan por alta recurrencia y eventual transformación a carcinoma de células escamosas (CCE), especialmente en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV+). Objetivo: Analizar el resultado oncológico y funcional tras exéresis radical de lesiones anoperineales circunferenciales extensas por HPV en HIV+. Diseño: Observacional, retrospectivo. Pacientes y método: Revisión de registros de pacientes HIV+ con condilomas circunferenciales extensos por HPV, reconstruidos con colgajo V-Y, de mayo 1999 a mayo 2012. Variables analizadas: tiempo evolución de HIV y de lesiones por HPV, nivel CD4, tratamiento antirretroviral de alta eficacia (HAART), sexo anal, compromiso del conducto anal, presencia de lesión escamosa intraepitelial anal (ASIL) y CCE en pieza reseca y durante seguimiento. Tiempo de internación y cicatrización, complicaciones, recurrencia y resultados funcionales. Resultados: Quince pacientes (14 hombres). Edad promedio: 35 ± 5 (rango 22-46) años. Mediana tiempo evolución de HIV: 96 (rango: 9-216) meses y de lesiones por HPV: 36 (rango: 3-120) meses. Ocho de 15 (53%) tenían enfermedades marcapos de SIDA. Cinco (33,3%) con CD4<200 células x mm<sup>3</sup>. Ocho con carga viral indetectable. Catorce recibían HAART. Sexo anal: 9 (60%). La mujer presentaba antecedentes de cáncer del cuello uterino. Todos presentaban lesiones circunferenciales extendidas al menos hasta 4 cm del margen anal. Doce tenían compromiso del conducto anal que en 8 (75%) sobrepasaba la línea pectínea. Histopatología: 11 (73,3%) piezas con HASIL, en 3 (20%) asociado a carcinoma microinvasor. Mediana del tiempo de internación: 6 (4-21) días y de cicatrización 50 (21-74) días. Diez pacientes presentaron 19 complicaciones: 7 (46,6%) dehiscencias parciales, 3 (20%) estenosis, dos que respondieron a dilatación y uno con antecedente de radioterapia preoperatoria que requirió ostomía. Mediana de seguimiento: 59,5 (rango: 1-120) meses, 9 (60%) con seguimiento ≥1 año. Recurrencia de condilomas: 6 (40%), con LASIL 3 (20%), HASIL 3 (20%). Un paciente (6,6%) que había abandonado el seguimiento falleció a los dos años de la cirugía por CCE. Escore de incontinencia (Jorge-Wexner) al mes: 8/15 pacientes con incontinencia mínima (≤4/20) y 7/15 con incontinencia moderada a importante (≥11/20). Al año: 4/9 (44,4%) pacientes con incontinencia mínima y 2/9 (22,2%)

pacientes con incontinencia moderada. Conclusiones: La cirugía radical es una opción válida para tratar lesiones por HPV extensas en pacientes HIV+ cuando fracasaron terapéuticas conservadoras. Los resultados funcionales son aceptables. El seguimiento es fundamental para detectar precozmente recidivas y ASIL e impedir su progresión a CCE, pues la cirugía radical no la evita.

**TL085 - CITOLOGIA DO CANAL ANAL: HÁ NECESSIDADE DA 2ª AMOSTRA?**

ALINE POZZEBON GONCALVES; SIDNEY ROBERTO NADAL; LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL; CARMEN RUTH MANZIONE; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE  
*INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: OBJETIVO: Avaliar a necessidade de coletar duas amostras de citologia anal para investigação das alterações pelo papilomavírus humano (HPV) no canal anal. MÉTODO: Realizamos estudo observacional, retrospectivo e comparativo dos resultados da citologia das amostras colhidas do canal anal de 1050 pacientes maiores de 18 anos, de qualquer gênero, em rastreio ou seguimento de lesões pelo HPV, no período de maio de 2010 a abril de 2015. Coletamos duas amostras de material do canal anal, utilizando duas escovas (cytobrush). Pacientes com dados incompletos foram excluídos do estudo. Todos os laudos foram reavaliados e emitidos pelo mesmo patologista. Comparamos os resultados da primeira amostra com a soma da 1ª e 2ª amostras de cada paciente, sendo aplicado o teste Qui-quadrado para a avaliação estatística. Consideramos p<0,05 para rejeição da hipótese de nulidade. RESULTADOS: Em 730 pacientes (69,52%) o resultado da 1ª e 2ª amostra foram iguais e em 320 outros (30,48%) as amostras foram divergentes quanto ao padrão citológico encontrado. Nestas últimas, observamos maior gravidade do padrão celular em 158 doentes (49,37%). Houve diferença estatística (p= 0,0001) quando comparamos os resultados da primeira coleta com a soma das duas amostras. CONCLUSÃO: A análise dos nossos resultados permitiu concluir pela necessidade da coleta da segunda amostra para avaliação da existência de infecção pelo HPV no canal anal para melhor aferir a gravidade da doença.

**TL086 - ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LOS GENOTIPOS DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO EN LA POBLACIÓN DE RIESGO PARA DESARROLLAR LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS ANALES Y CÁNCER ANAL ESCAMOSO.**

GISELA JIMENA PRESENCIA1; RITA LILIANA PASTORE1; JOAQUÍN V. GONZÁLEZ2; LAURA SVIDLER LOPEZ1; MARÍA VICTORIA GALPERÍN1; GABRIELA SIDRA1; MARÍA ANGÉLICA ORELLANA1; MARÍA ALEJANDRA PICCONI2

*1.HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ, BUENOS AIRES, ARGENTINA; 2.SERVICIO VIRUS ONCOGÉNICOS, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS-ANLIS, BUENOS AIRES, ARGENTINA.*

Resumo: Introducción: Aproximadamente 40 genotipos del virus papiloma humano (HPV) infectan la mucosa anogenital. Los de bajo riesgo oncogénico (HPV-BR: 6,11, 34, 40, 42, 43, 44, 54, 55, 57, 61, 70, 71, 72, 81, 83, 84, CP6108) se asocian a verrugas y los de alto riesgo (HPV-AR: 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82) a lesiones intraepiteliales escamosas anales (ASIL), de bajo (LASIL) y alto grado (HASIL). Estas últimas pueden progresar al cáncer anal escamoso (CAE). Objetivo: Conocer la prevalencia del HPV y distribución de los genotipos hallados en la pesquisa de la población de riesgo para desarrollar ASIL y CAE. Diseño: Observacional analítico transversal. Método: Entre marzo 2014-mayo 2015 se incluyeron individuos de alto riesgo (personas HIV+, personas con antecedentes de condilomas anogenitales y mujeres con antecedentes de cáncer o neoplasias intraepiteliales escamosas genitales) con PAP anal patológico. La tipificación de HPV se realizó mediante una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) empleando primers genéricos BSGp 5+/6 +Biot, combinada con posterior hibridación reversa en línea (RLB) con oligosondas tipo específicas, que permite identificar 36 tipos de HPV. Estadística: Chi cuadrado con corrección de Yates y Test de Fischer según correspondiera,  $p < 0,05$  considerada significativa. Resultados: 41 pacientes (33 hombres), edad  $35 \pm 11$  (rango 19-59) años, 29 HIV+, con LASIL: 34 (83%), HASIL: 6 (14,6%) y ASCUS (células escamosas atípicas de significado indeterminado): 1 (2,4%). La prevalencia del HPV fue 100%. Se identificaron 32 genotipos, más frecuentemente HPV 16 (43,9%), HPV 6 (34,1%), HPV 11 (26,8%), HPV 43 (19,5%), 42, 73 y 51 (17% c/u), HPV 18, 44, 52, 54 y 56 (12,1% c/u). La prevalencia de HPV-AR (individuos con uno o más HPV-AR) fue 80,5% y 51,2% tenían infección única o combinada con los genotipos 16/18. Siete (17%) presentaron solo HPV-BR. Todas las HASIL tenían uno o más HPV-AR, genotipos que también predominaron en las LASIL (73,5%) tanto en HIV+ como en HIV- (78,2% vs 45,4%;  $p = 0,42$ ). El 85,3% estaban infectados con múltiples genotipos ( $3,7 \pm 2$ ; rango 2-10). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre HIV+ y HIV- con respecto a prevalencia de HASIL (5,8% vs 8,3%;  $p = 0,80$ ), HPV-AR (82,7% vs 75%,  $p = 0,89$ ), o infecciones múltiples (89,6% vs 75%;  $p = 0,52$ ). Conclusión: Todos los pacientes presentaron infección por HPV, la mayoría con genotipos múltiples y de alto riesgo, independientemente del grado de ASIL. Los HIV+ tuvieron más genotipos de alto riesgo aunque sin diferencia significativa. Más de la mitad tenía genotipos de HPV-AR presentes en las vacunas actualmente licenciadas. Este estudio brinda los primeros datos de prevalencia tipo-específica de HPV en lesiones anales en Argentina, aportando una línea basal que puede servir para posteriores estudios de vigilancia virológica y mediciones del impacto de la vacunación. (Estudio subsidiado por el Instituto Nacional de Cáncer de Argentina).

#### TL087 - MANEJO DE PACIENTES COM ILEOSTOMIAS RECÉM-CONFECCIONADAS: É POSSÍVEL QUE UM PROTOCOLO ESPECÍFICO REDUZA A TAXA DE READMISSÃO HOSPITALAR?

SAVERIO COIRO1; NATALIA PARISI SEVERINO1; JULIE ANN VAN KOUGHNETT1; STEVEN WEXNER1; FABRIZIO CONSORTI2; GIOVANNA DA SILVA1  
1.CLEVELAND CLINIC FLORIDA, WESTON, ESTADOS UNIDOS; 2.SAPIENZA UNIVERSITY OF ROME, ROME, ITALIA.

Resumo: Objetivo: Apesar dos recursos modernos, a readmissão hospitalar entre pacientes com novas ileostomias é um problema constante, principalmente devido ao alto débito da ileostomia e a consequente desidratação. A readmissão atrasa a recuperação pós-operatória, aumenta a morbidade do paciente e os custos relacionados. Apesar do conhecimento dos fatores de risco e o desenvolvimento de protocolos para reduzir a readmissão, aproximadamente 20% dos pacientes ainda são readmitidos após a confecção da ileostomia. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto e a reprodutibilidade de um protocolo que visa a redução das taxas de readmissão hospitalar em pacientes que se submeteram a confecção de uma ileostomia. Os objetivos secundários incluíram a taxa de desidratação e a identificação de possíveis preditores de readmissão. Métodos: Material informativo padronizado foi criado para os pacientes, com base em um protocolo previamente validado. Os pacientes receberam instruções escritas e verbais relacionadas com as ileostomias durante uma visita pré-operatória com estomaterapeuta e instruções sobre manejo da ileostomia durante a internação. Na alta, instruções escritas e verbais, incluindo suprimentos para registrar o débito diário da ileostomia, foram fornecidos. Além disso, os pacientes foram avaliados por telefone no terceiro e quinto dia da alta para identificar riscos individuais de readmissão hospitalar relacionados a ileostomia. Os pacientes foram acompanhados durante 60 dias. Prospectivamente, dados coletados foram comparados com dados semelhantes recolhidos a partir de um banco de dados retrospectivo. Resultados: Retrospectivamente, 317 pacientes que tiveram uma ileostomia criada de 8/2010 a 8/2012 foram incluídos. A taxa de readmissão foi de 22,4% (71/317). As duas causas mais comuns para a readmissão foram desidratação (53,5%) e infecção (23,9%). Em comparação, 59 pacientes, prospectivamente, receberam as instruções e materiais educativos de 5/2013 a 10/2013. Treze desses 59 pacientes (22%) foram readmitidos: 30,7% (4/13), devido a suboclusão intestinal, 23% (3/13) devido à desidratação e 23% devido à infecção. O diagnóstico pré-operatório ( $p = 0,030$ ), particularmente, doença inflamatória intestinal ( $p = 0,002$ ), bem como comorbidades neurológicas ( $p = 0,017$ ), foram fatores de risco para a readmissão após a criação da ileostomia. Conclusão: Informações pré e pós-operatórias padronizadas relacionadas com o manuseio de uma ileostomia, bem como o acompanhamento adequado após a alta, pode reduzir, consideravelmente, a readmissão hospitalar por causas relacionadas à desidratação.

**TL088 - ANÁLISE DE 15 ANOS DE CIRURGIA COLORRETAL VIDEOLAPAROSCÓPICA NO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS DE SÃO PAULO**

MARCELO RODRIGUES BORBA; SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; RODRIGO AMBAR PINTO; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; MURILO PONCE; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO

*HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Este estudo analisa os resultados da cirurgia colorretal vídeo-laparoscópica realizadas pela mesma equipe de 1999 à 2015 no Hospital Sírio Libanês de São Paulo, avaliando morbidade, mortalidade, complicações menores e taxa de conversão. Foram estudados 206 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por laparoscopia com idade entre 25,7 e 89,4 anos, sendo 109 homens e 97 mulheres. Em relação ao diagnóstico foram 98 casos de neoplasias tanto de cólon como do reto, 90 casos de doença diverticular e 18 pacientes com outros diagnósticos, tais como Doença Inflamatória intestinal. Foram analisadas as complicações intra-operatórias, pós-operatórias imediatas e tardias, taxa de conversão e mortalidade. O estudo mostra que com a padronização cirúrgica, a experiência da equipe e após a curva de aprendizado, houve uma diminuição das complicações e da taxa de conversão, o aumento das indicações para a cirurgia da neoplasia do reto, mostrando que a cirurgia colorretal por laparoscopia é uma excelente indicação em colo-proctologia.

**TL089 - INFLUENCIA DOS ADESIVOS TECIDUAIS DE FIBRINA ( EVICEL ) E DE CIANOACRILATO ( OMNEX) SOBRE A AREA DE LINHA DE SUTURA MANUAL DE COLON DE PORCO - ESTUDO EXPERIMENTAL EX-VIVO**

ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; MARCUS CARVALHO; CAROLINE VON ABEL

*FACULDADE MEDICINA JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO :A presença de uma deiscência nas cirurgias abdominais compreende a mais importante e a mais séria complicação pós operatória. Todos os fatores que possam aumentar a chance de deiscência devem ser previamente analisados e evitados para o sucesso da cirurgia. Apesar da incidência desta complicação ter se reduzido muito nos últimos anos, sobretudo devido ao uso de grampeadores, melhoria das técnicas e matérias cirúrgicos de sutura, a deiscência anastomótica configura ainda uma temida ocorrência após as cirurgias colorretais, com taxas de cerca de 5 % em cirurgias eletivas e cerca de 10 a 15 % em cirurgias de emergência. As taxas de mortalidade aumentam consideravelmente após uma deiscência e pioram também o prognóstico oncológico após ressecções de tumores colorretais. Com o objetivo de diminuir a morbi mortalidade destas complicações, os cirurgiões se preocupam cada vez mais com uma boa técnica cirúrgica, uma melhoria nos materiais de sutura, utilização de grampea-

dores e estudos aumentam sobre a utilização de anéis de reforço com substâncias biodegradáveis e uso de adesivos e colas biológicas ao redor da linha de anastomose. OBJETIVO :Avaliar e comparar a eficácia dos selantes de fibrina (Evicel) e do cianoacrilato (Omnex) sobre a linha de sutura de perfuração de cólon de porco ex vivo, observando e comparando estes agentes quanto a sua influência na pressão de ruptura da sutura. Avaliação e comparação dos custos envolvidos com cada tipo de selante. Avaliação e comparação dos adesivos quanto ao seu grau de penetração na parede intestinal e se houve ou não invasão para o interior do lúmen intestinal. MATERIAIS E METODOS :Utilizados 10 segmentos de cólon de porco de 10 cm cada, onde foi realizado incisão com bisturi de lamina fria nº15 de 2 cm em sua extensão no sentido longitudinal, e posteriormente rafia do defeito com ponto total, simples, separados com fio de Vicryl 3.0 - (grupo controle). Realizada mesma técnica no grupo denominado Evicel com revestimento da área de sutura com o adesivo tecidual de evicel e no ultimo grupo realizou-se o revestimento da área de sutura com adesivo de cianoacrilato (Omnex). Após foi submetido os segmentos intestinais a aumento de pressão intra luminal com azul de metileno sob pressão e análise em manômetro das pressões de ruptura de cada grupo, comparando cada grupo e observando se o adesivo penetrava na luz intestinal. RESULTADOS :Após análise das pressões de ruptura de cada grupo foi aplicado o teste Anova e observou-se que a media de pressão de ruptura foi maior no grupo do cianoacrilato ( 105,4 mmhg) do que nos demais. No grupo Fibrina a media ( 77 mmhg) foi maior do que nos valores pressóricos do grupo controle, cuja media foi de 38,7 mmhg. Com nenhum dos adesivos houve penetração para dentro da luz intestinal. Os custos em dólares foram mais elevados no grupo que utilizamos o cianoacrilato (omnex).

**TL090 - ESTUDO PROSPECTIVO DA CASUÍSTICA DO ATENDIMENTO DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO EM SALVADOR.**

THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MARCOS AURELIO MARTINS TRAVES-SA; PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; RAFAEL FERRAS SANTANA; MARCIO PEREIRA CRUZ

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

Resumo: Introdução: A endometriose é uma patologia de etiologia indefinida e se caracteriza pela presença de tecido endometrial funcionante (glândulas e estroma) em sítios fora da cavidade uterina. Acomete 10 a 15% das mulheres durante a vida reprodutiva, principalmente as nulíparas. A endometriose intestinal ocorre entre 5 e 27% das mulheres com endometriose, sendo mais frequente acometimento de reto e junção retosigmóide (70 a 93%), porém outros segmentos usualmente são acometidos como apêndice (19%), íleo terminal (2%), cólon descendente (1%) e ceco (1%). Dor pélvica não cíclica, dispareunia e dor ao defecar são as principais queixas da endometriose colorretal. Normalmente está associada a vários acomet-

timentos pélvicos concomitantemente, sendo raras as apresentações isoladas. O quadro clínico referido pela paciente traz substrato para a hipótese diagnóstica, porém a confirmação da endometriose é histológica. **Objetivo:** Descrever os achados epidemiológicos, clínicos, ultrassonográficos e cirúrgicos dos casos de endometriose intestinal em um hospital terciário de Salvador. **Métodos:** Em caráter prospectivo, foram coletados dados no atendimento de 27 casos consecutivos suspeitos de endometriose, no período de dezembro de 2011 à março de 2015. Os dados foram colhidos da anamnese, dos laudos de ultrassom para pesquisa de endometriose profunda e das descrições cirúrgicas das pacientes. **Resultados:** Das 27 pacientes, 24 (88,88%) foram diagnosticadas com endometriose intestinal, com idade média de 35,5 anos, variando entre 27-44 anos. Entre os motivos das consultas, 18 (66,67%) queixavam-se de dor pélvica crônica; 3 (11,11%) de dismenorréia; 2 (7,41%) de dispareunia; 1 (3,70%) de infertilidade; 1(3,70%) de sangramento retal e 2 (7,41%) eram assintomáticas. Em relação a paridade, 18(66,67%) eram nuligestas. Todas as 24 pacientes diagnosticadas com endometriose intestinal, apresentavam focos de endometriose em reto ou junção de retossigmoide, sendo que em 2(8,33%) apresentavam múltiplos acometimentos. **Conclusão:** Com base nos dados analisados neste estudo, dor pélvica é a queixa mais comum entre as pacientes com endometriose intestinal. A localização mais frequente nas mulheres pesquisadas é em reto e em junção de retossigmoide e as mulheres nulíparas são mais acometidas.

**TL091 - CIRURGIA CITORREDUTORA COMPLETA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EM PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMATOSE PERITONEAL EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO.**

NATALIA REGINA MISSONI<sup>1</sup>; FABIO LOPES DE QUEIROZI<sup>1</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>2</sup>; PAULO ROCHA FRANÇA NETO<sup>1</sup>; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA<sup>1</sup>; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA<sup>1</sup>; ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES<sup>1</sup>; THALLES VALENTE LISBOA<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A cirurgia citorredutora associada a quimioterapia hipertérmica per-operatória (HIPEC) é um procedimento cirúrgico complexo utilizado no tratamento de alguns tipos de tumores com comprometimento peritoneal, principalmente do pseudomixoma. Desde a década passada, a cirurgia citorredutora com HIPEC vem se firmando como tratamento efetivo também em pacientes com tumores gastrointestinais e mesotelioma peritoneal, alcançando resultados promissores em doença, normalmente, associada a prognóstico desfavorável. **Objetivo:** Estudar os resultados da cirurgia citorredutora completa e da quimioterapia hipertérmica (HIPEC) em pacientes portadores de carcinomatose peritoneal em um hospital terciário, avaliando a morbidade e mortalidade do procedi-

mento e fatores prognósticos relacionados à sobrevida. **Método:** Foram avaliados 40 pacientes submetidos a um total de 44 cirurgias de citorredução no período de 2004 a 2015, protocolados em questionários que constituíram o presente banco de dados. **Resultados:** A maioria dos pacientes era do sexo feminino (65,9%) com média de idade de 49,9 anos, tendo variado de 14 e 79 anos, sendo que 10% apresentavam idade superior a 60 anos. O pseudomixoma foi o diagnóstico mais comum (43,2%), seguido pelo carcinoma colorretal em 34,1% dos casos, tumor ovariano (6%) e 9,1% de outros sítios O índice de carcinomatose peritoneal (ICP) apresentou média de 20,35. A droga utilizada na maioria dos pacientes foi a Mitomicina C. O tempo médio de internação no CTI foi de 8,5 dias e o tempo médio de internação total foi 18 dias. A taxa de complicação foi de 56,8%, sendo a síndrome de resposta inflamatória sistêmica, a infecção urinária e a infecção do sítio cirúrgico as mais comuns. A taxa de mortalidade operatória foi de 6,8%. Houve associação do óbito apenas com o ICP (p=0,047) e com a ocorrência de complicações (p=0,004). A única variável que influenciou a sobrevida foi a taxa de complicações (p=0,038). A probabilidade de sobrevida em 1 ano, 3 anos e 5 anos foi de 76%, 49% e 31%, respectivamente. **Conclusão:** A cirurgia citorredutora combinada com a quimioterapia hipertérmica per-operatória deve ser oferecida como uma importante opção terapêutica a pacientes com carcinomatose peritoneal, com perspectiva de aumento de sobrevida e taxas aceitáveis de morbi-mortalidade.

**TL092 - FASCIITE NECROTIZANTE APÓS RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO**

LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; PAULO VITOR LIMA SOARES; SIMONE DIAMANTINO VIANA; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; THIAGO FARIA MAGALHAES; MARCIO PEREIRA CRUZ; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES

*HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

**Resumo:** INTRODUÇÃO: A fasciite necrotizante (FN) é uma infecção bacteriana rapidamente progressiva que atinge fáscia profunda e tecido subcutâneo subjacente, com altos índices de morbidade e taxas de mortalidade elevadas. Diversas etiologias já foram descritas, no entanto a sua ocorrência como complicação em cirurgias videolaparoscópicas é rara, especialmente em cirurgias colorretais eletivas. **OBJETIVO:** Relatar caso de FN como complicação de retossigmoidectomia laparoscópica secundária a adenocarcinoma de reto e seu desfecho favorável com as medidas terapêuticas adotadas. **RELATO DE CASO:** Trata-se de paciente masculino, 55 anos, submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica por adenocarcinoma de reto que evoluiu no 7º PO com edema, rubor e dor em bolsa testicular esquerda além da presença de ponto de necrose com exteriorização de secreção purulenta fétida. Apresentava sinais de sepse sendo prescrito antibiótico de amplo espectro e desbridamento cirúrgico. Encaminhado

para CTI, evoluiu com deiscência da anastomose colorretal e formação de fistula estercoral sendo necessário o desvio de trânsito intestinal. Diante da extensa área desbridada optado pelo uso de curativo com pressão negativa com excelente resposta na cicatrização da ferida. **DISCUSSÃO:** A FN é uma infecção grave dos tecidos subcutâneos e fâscia associado a quadro de resposta inflamatória sistêmica, potencialmente fatal se não for diagnosticada precocemente e instituído tratamento agressivo com mortalidade de até 80%. Fatores predisponentes incluem tabagismo, obesidade, idade avançada e malignidade. Pouco associada a cirurgias videolaparoscópicas eletivas, alguns trabalhos trazem relatos da sua ocorrência nas incisões de retirada da peça cirúrgica e estudos sugerem que a menor tensão de oxigênio nos tecidos em cirurgias videoassistidas pode ter relação com taxas de infecção maiores que o esperado. A identificação precoce da FN e instituição imediata do tratamento adequado são os fatores que mais influenciam na evolução do paciente. O primeiro passo deve ser a alta suspeição em pacientes em pós operatório com sinais de resposta inflamatória sistêmica e alterações ou não na ferida operatória, início de antibióticos venosos de ampla cobertura imediatamente e a intervenção cirúrgica o mais cedo possível são essenciais. Na tentativa de acelerar o processo de cicatrização novos curativos vem sendo usados e o curativo com pressão negativa entra neste contexto com ótimos resultados. **CONCLUSÃO:** Apesar de complicação rara, a FN tem altos índices de morbidade e mortalidade trazendo graves consequências funcionais, sociais e econômicas. Em congruência com a literatura, o tratamento precoce multidisciplinar foi fundamental para o resultado positivo apresentado. Mais estudos observacionais são necessários para que se compreenda melhor a etiologia e etiopatogenia da FN em cirurgias videolaparoscópicas, bem como fatores predisponentes para que possamos atuar na prevenção de entidade.

**TL093 - FECHAMENTO DA PELE EM BOLSA APÓS RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL: RESULTADOS INICIAIS**

ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES; NIKOLAY COELHO DA MOTA; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO; BRUNO BARRETO FIGUEIREDO SOARES; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR  
*HUUFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Uma das complicações mais comuns após a reconstrução do trânsito intestinal é a infecção de sítio cirúrgico com taxas na literatura que variam de 0% a 40%. A técnica ideal para o fechamento da ferida do estoma após a reconstrução do trânsito intestinal tem sido debatida, descrevendo-se o fechamento convencional (FC) e o fechamento em bolsa (FB). O FB consiste no fechamento parcial da ferida, mantendo uma abertura central para drenagem que cicatrizará por segunda intenção. **OBJETIVO:** Determinar as taxas de infecção de sítio cirúrgico utilizando a técnica de fe-

chamento da pele em bolsa, no local do estoma, após reconstrução do trânsito intestinal. **MÉTODO:** Foi realizado estudo prospectivo com 14 pacientes submetidos a reconstrução do trânsito intestinal por colostomia e ileostomia, operados pelo Serviço de Coloproctologia de um Hospital Universitário, no período de Novembro de 2014 a Fevereiro de 2015. Em todos os pacientes, realizou-se o fechamento da pele em bolsa, no local da ostomia. A técnica de fechamento da pele em bolsa foi realizada do seguinte modo: sutura em bolsa, subdérmica, no local do estoma com fio de sutura monofilamentar, sintético e absorvível. As feridas operatórias foram examinadas diariamente durante a internação. Os pacientes foram avaliados entre 7 a 10 dias e após 3 a 4 semanas do pós-operatório. Observou-se o índice de infecção de sítio cirúrgico no local do estoma e o período de cicatrização, considerando-se cicatrização tardia após 30 dias da cirurgia. **RESULTADOS:** Dos 14 pacientes avaliados 3 (21,42%) eram mulheres. A média de idade foi de 40,45 (19-67) anos. Sete (50%) pacientes possuíam colostomia a Hartmann, 5 (35,72%) colostomias em alça, 1 (7,14%) colostomia em dupla boca e 1 (7,14%) ileostomia terminal. Todos realizaram antibioticoprofilaxia com Cefoxitina. Dois (14,28%) pacientes apresentaram infecção de sítio cirúrgico na ferida operatória da incisão mediana sendo que 1 necessitou de antibioticoterapia. Nenhum paciente apresentou infecção de sítio cirúrgico no local do estoma. Treze (92,82%) pacientes obtiveram cicatrização completa da ferida operatória, após fechamento em bolsa, em até 30 dias da cirurgia, com média de 20,85 (12-41) dias. **CONCLUSÃO:** O fechamento da pele em bolsa no local da ostomia após reconstrução do trânsito intestinal apresentou baixos índices de infecção de sítio cirúrgico e cicatrização até 30 dias na maioria dos casos.

**TL094 - ANÁLISE DOS PACIENTES PORTADORES DE MEGACÓLON CHAGÁSSICO SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO**

NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; LEONEL REIS LOUSA; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; PAULA CRISTINA DE ALMEIDA LEITE; KARLA COSTA FERREIRA; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O Ministério da Saúde do Brasil recebeu no dia 9 de junho de 2006, a Certificação Internacional de Eliminação da Transmissão da Doença de Chagas (DC) pelo *Triatoma infestans*, conferida pela Organização Pan-Americana da Saúde. E, apesar de o Brasil ter reduzido o número de novos casos anuais de Doença de Chagas de 150 mil nos anos 1970 para cerca de 150 a 200 atualmente, não se pode falar em erradicação. No nosso meio, o Megacólon Chagásico ainda é uma patologia prevalente, acometendo indivíduos adultos em idade produtiva. **OBJETIVO:** Avaliar a evolução dos pacientes portadores de Megacólon Chagásico que foram submetidos a tratamento cirúrgico no Hospital das Clínicas

da Universidade Federal de Goiás, nos últimos 5 anos. MÉTODO: Realizou-se análise retrospectiva de 50 prontuários de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico, no período compreendido entre janeiro de 2010 e junho de 2015. RESULTADOS: Dos 50 pacientes, 26 eram do sexo masculino (52%). A faixa etária em que a cirurgia foi realizada variou entre 23 a 85 anos, com uma mediana de 55 anos. Vinte pacientes já haviam apresentado complicações do Megacólon Chagásico antes de serem submetidos ao tratamento cirúrgico: 13 (26%) haviam apresentado feecaloma e 7 (14%) volvo de sigmóide. A cirurgia de abaixamento pela técnica de Duhamel-Haddad foi o procedimento mais realizado, totalizando 90% dos casos, sendo que um terço (15) desses foram realizados em tempo único. Dos 45 pacientes submetidos à cirurgia de Duhamel-Haddad, 39 (86,7%) apresentaram melhora dos sintomas de obstipação intestinal. Três pacientes (6%) evoluíram para óbito, sendo dois por complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico e um por morte súbita. CONCLUSÃO: O grande volume de casos de Doença de Chagas nos estados de Goiás, Minas Gerais e Bahia nas décadas de 1970 a 2000, permitiu que o nosso serviço desenvolvesse experiência no tratamento do Megacólon Chagásico com a técnica de Duhamel-Haddad, a qual acreditamos ser a mais adequada para o tratamento da forma intestinal da DC. Conforme observamos nos resultados, os índices de melhora funcional após a cirurgia giram em torno de 90%, melhorando muito a qualidade de vida dos pacientes e, praticamente, eliminando o risco de complicações graves, como o volvo de sigmóide. Devemos sempre ter em mente que a certificação representa somente a eliminação (interrupção momentânea) da transmissão da doença especificamente pelo triatomíneo da espécie *T. infestans* e não a erradicação da mesma. Atualmente, ainda existem cerca de 3 milhões de casos crônicos de DC, adquiridos no passado, que demandam atenção e cuidado da equipes médicas.

**TL095 - INFLUÊNCIA DA APLICAÇÃO DE CLISTERES CONTENDO EXTRATO OLEOSO DE CURCUMA LONGA (CURCUMINA) NO CONTEÚDO TECIDUAL DA PROTEÍNA B-CATENINA NO EPITÉLIO CÓLICO SEM TRÂNSITO INTESTINAL**

CELENE BENEDITI BRAGIONI<sup>1</sup>; CALED JAOU DAT KADR I<sup>1</sup>; FÁBIO GUILHERME CAMPOS<sup>2</sup>; DANIELA TIEMI SATO<sup>1</sup>; MURILO ROCHA RODRIGUES<sup>1</sup>; PAULA DE FREITAS RIBEIRO<sup>1</sup>; JOSÉ AIRES PEREIRA<sup>1</sup>; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZI

*1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: A proteína B-catenina é responsável pela fixação das junções aderentes intercelulares no citoesqueleto celular, bem como pela sinalização da divisão celular. Já se demonstrou que nas células da mucosa cólica desprovida de trânsito fecal existe ruptura das junções aderentes provocada pela maior produção de radicais livres de oxigênio. A ruptura das junções aderentes possibilita a infiltração bacteriana pelo espaço inter-

celular perpetuando o processo inflamatório que caracteriza a colite de exclusão (CE). Estudos mostraram que a curcumina extraída do rizoma da *Curcuma longa*, apresenta notável atividade antioxidante e anti-inflamatória sendo utilizada no tratamento de diferentes afecções inflamatórias. Todavia, os efeitos tópicos da curcumina nunca foram avaliados no epitélio cólico desprovido de trânsito intestinal que desenvolveu CE. Objetivo: Avaliar os efeitos da aplicação preventiva de enemas com curcumina no conteúdo tecidual de B-catenina nas células das glândulas cólicas desprovidas de trânsito intestinal. Método: 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), extrato oleoso de Curcuma longa nas concentrações de 50mg/kg/dia (CUR-1) ou 200mg/kg/dia (CUR-2). Cada grupo experimental por sua vez foi dividido em dois subgrupos grupos, segundo o sacrifício ter sido realizado 2 ou 4 semanas após a derivação intestinal. A expressão de B-catenina na mucosa cólica foi analisada por imunistoquímica e seu conteúdo tecidual mensurado com auxílio de análise de imagem assistida por computador. Os resultados encontrados foram comparados entre os grupos pelo teste t de Student e a variação segundo o tempo de irrigação pelo teste ANOVA, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) para ambos os testes. Resultados: O conteúdo tecidual de B-catenina nos animais irrigados com SF, CUR-1 e CUR-2 após 2 semanas de irrigação foram de  $4,20 \pm 1,30$ ,  $20,14 \pm 0,99$  e  $20,99 \pm 0,84$ , respectivamente. Nos irrigados por 4 semanas o conteúdo encontrado foi de  $5,55 \pm 0,26$ ,  $23,24 \pm 0,67$  e  $24,85 \pm 0,75$ , respectivamente. Houve aumento do conteúdo tecidual da proteína -catenina nas glândulas cólicas expostas a intervenção com curcumina independentemente do tempo de intervenção quando comparados ao grupo controle ( $p < 0,01$ ). O conteúdo tecidual de B-catenina atingia os maiores valores quando se utilizava maiores concentrações e tempo de intervenção mais prolongado ( $p < 0,05$ ). Conclusão: A aplicação de enemas com curcumina aumenta o conteúdo de B-catenina relacionada a concentração utilizada e ao tempo de intervenção. Esses achados sugerem que a curcumina preserva o conteúdo tecidual de B-catenina nas junções aderentes intercelulares no modelo experimental proposto.

**TL096 - CONTRIBUIÇÃO DO ULTRASSOM ENDOANAL 3D NA AVALIAÇÃO DA FÍSTULA ANAL**

JULYANNA CRUZ FRANÇA; JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO; CAROLINA VIEIRA DE FARIA; CHRISTIANO MANHÃES DE CARVALHO; ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; EDNA DELABIO FERRAZ; ROSANE LOUZADA MACHADO; EDUARDO DE PAULA VIEIRA UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO - Fístulas anorretais são processos supurativos crônicos caracterizados por comunicação anormal delimitada à parede do reto e canal anal ou, que se estabelece

entre este, e os tecidos ou órgãos vizinhos. O uso dos métodos de imagem auxilia na identificação completa das fistulas e seus trajetos, na sua relação com esfíncter anal, resultando em melhor planejamento cirúrgico, menor trauma sobre o aparelho esfíncteriano e, conseqüentemente, menor morbidade ao paciente. OBJETIVOS - Avaliar a acurácia do Ultrassom 3D no diagnóstico de fistulas perianais, visando planejamento terapêutico. MÉTODOS - Estudo prospectivo realizado no período compreendido entre maio de 2012 a maio de 2015 incluindo 43 pacientes com diagnóstico clínico de fistula perianal, sendo 32 mulheres e 11 homens, com idades entre 25 a 62 anos, que foram submetidos à Ultrassonografia Endoanal 3D para avaliação pré-operatória dos trajetos fistulosos. Foram avaliados a identificação do orifício interno, do trajeto fistuloso, o grau de comprometimento esfíncteriano e a presença de trajetos secundários. Para identificação dos trajetos fistulosos foi utilizada também injeção de Peróxido de Hidrogênio. RESULTADOS - O orifício interno foi identificado em todos os casos. Na avaliação do trajeto fistuloso, a injeção de peróxido de hidrogênio foi positiva em 40 pacientes. Trajetos insuspeitos foram evidenciados em 14% dos casos (06 pacientes). A presença de lesões esfíncterianas associadas foi observada em 08 pacientes. Em 01 paciente foi diagnosticada fistula reto-vaginal. A avaliação do acometimento esfíncteriano maior que 50% ocorreu em 09 pacientes (21% dos casos). Houve coincidência entre os achados cirúrgicos e ultrassonográficos em todos os pacientes operados, sendo que, 01 teve diagnóstico histopatológico de tuberculose perianal e 01 de doença de Crohn. CONCLUSÃO - A avaliação completa do complexo fistuloso é condição indispensável para escolha adequada da abordagem cirúrgica. A identificação dos trajetos primários e secundários, orifício interno, grau de acometimento esfíncteriano e a presença de lesões esfíncterianas associadas possibilita o planejamento cirúrgico evitando recidivas e prevenindo danos a continência fecal. A ultrassonografia em 3D possibilita identificação da extensão longitudinal do trajeto fistuloso, fornecendo completa orientação com relação ao aparelho esfíncteriano, além de possibilitar, com alta sensibilidade, a identificação do orifício interno em mais de um plano. Além disso, é um método seguro, relativamente barato e simples de ser realizado.

**TL097 - O ULTRASSOM ANORRETAL TRIDIMENSIONAL É ÚTIL NA AVALIAÇÃO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FISTULA ANAL PELA TÉCNICA DO LIFT (LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO)**

STHELA MARIA MURAD REGADAS<sup>1</sup>; LARA BURLAMAQUI VERAS<sup>2</sup>; ÉRICO DE CARVALHO HOLANDA<sup>2</sup>; ALEXANDRE MEDEIROS DO CARMO<sup>2</sup>; BENJAMIN RAMOS DE ANDRADE JÚNIOR<sup>2</sup>; ADJRA DA SILVA VILARINHO<sup>2</sup>; LÍVIA BORGES OLINDA BATISTA<sup>2</sup>; HELIÚ BEZERRA DUARTE SUDÁRIO<sup>2</sup>

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

Resumo: Introdução: A técnica do LIFT tem sido amplamente utilizada no tratamento da fistula anal apresentando índice de cicatrização variando de 40 a 95%. Estudos demonstram bons resultados clínicos e funcionais na avaliação pós-LIFT. No entanto, novos estudos utilizando exames de imagem demonstrando os resultados após essa técnica são necessários. Objetivo: Avaliar a eficácia do Ultrassom Anorretal Tridimensional (US-3D) na avaliação após a técnica LIFT, caracterizando cicatrização, falha técnica ou tipos de recidiva. Método: Pacientes portadores de fistula anal trans-esfíncterica criptoglandular foram submetidos à avaliação clínica (escore de Continência da Cleveland Clinic Florida), manométrica anorretal (quantificadas pressões anais) e ultrassonográfica (US-3D endoanal), identificados trajeto(s) e orifício(s) fistuloso(s) e quantificada a musculatura esfíncteriana envolvida pelos trajetos fistulosos. Foram submetidos a tratamento cirúrgico utilizando técnica LIFT e avaliados no pós-operatório quanto à continência fecal, função esfíncteriana, e US-3D no período de 2 a 6 meses após cirurgia para caracterizar cicatrização, falha no tratamento ou recidiva e comparados com os achados trans-operatórios. Resultados: Foram operados 21 pacientes (11 feminino) com idade variando entre 19 a 67 anos. O tempo de seguimento entre 4 a 36 meses. O percentual de musculatura envolvida pelo trajeto fistuloso variou entre 40-100%. De acordo com os achados do US-3D: 14(67%) pacientes apresentaram cura; 5(24%) não cicatrização, sendo uma persistência da ferida inter-esfíncterica sem orifício interno (tratada com colocação de poliresuleno até cicatrização completa); 2 fistulas inter-esfíncterica (fistulotomia) e uma Trans-esfíncterica (colocação sedenho); e 2(9%) casos de recidiva Inter e trans-esfíncterica (Fistulotomia e sedenho) durante o seguimento pós-operatório de até 6m. Sem caso de incontinência. Os casos de cicatrização e recidiva foram confirmados clinicamente e nos achados intra-operatórios. As pressões anais não se alteraram significativamente. Conclusão: O US-3D é eficaz em definir os resultados da técnica LIFT confirmando os achados com o intra-operatório e descrevendo ecograficamente os casos definidos como cura ou os tipos de falência do tratamento e recidiva.

**TL098 - CIRURGIA DE ALTEMEIER PARA CORREÇÃO DE PROCIDÊNCIA RETAL: ANÁLISE DA CASUÍSTICA**

LILIAN VITAL PINHEIRO; RAQUEL FRANCO LEAL; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; MICHEL GARDERE CAMARGO; JOAO JOSE FAGUNDES; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Procidência retal é uma condição socialmente debilitante que acomete mais frequentemente pacientes idosos com comorbidades, impossibilitando cirurgias complexas. Como opção de tratamento tem-se a cirurgia de Altemeier (retossigmoidectomia perineal) por tratar-se de um procedimento simples e com baixas taxas de complicações. Objetivo: Avaliar os resultados da cirurgia de Altemeier para correção

de procidência retal, realizada em um Hospital Terciário. Casuística e Métodos: Análise retrospectiva de pacientes operados entre 1999 e 2015, sendo avaliadas as complicações da cirurgia e recidiva. Resultados: Foram realizadas no período, 36 cirurgias de Altemeier em 33 pacientes (3 recidivas). Dois doentes tinham antecedente de sacropromontofixação e dois de correção de prolapso mucoso com grampeador circular no Serviço; e cinco, tinham sido submetidos a correção prévia da procidência por via perineal, em outros centros. Vinte e cinco (75%) eram mulheres, com média de idade de 67 (31-91) anos. O tempo médio do aparecimento da procidência foi de 7,8 anos, tendo os pacientes apresentados outras queixas como dor, mucorréia, sangramento e incontinência fecal. Não houve complicações intra-operatórias e o tempo médio de internação hospitalar foi de 3,8 (2-18) dias. Complicações pós-operatórias imediatas ocorreram em 9,1% dos pacientes sendo: edema agudo de pulmão, infecção com deiscência parcial da anastomose e infecção do trato urinário. No seguimento tardio (média de 50 meses), observou-se recidiva da procidência em 08 (23%) doentes. Três deles foram reoperados com a mesma técnica, sendo que um apresentou nova recidiva, porém de menor monta. Muitos pacientes queixam-se de certo grau de incontinência fecal, porém com melhora importante da qualidade de vida. Conclusão: A cirurgia de Altemeier apresentou baixa morbidade, porém foi associada com significativa taxa de recorrência. O mesmo procedimento pode ser repetido em casos de recorrência, com resultados satisfatórios.

#### TL099 - TRATAMENTO DE FÍSTULA ANAL VÍDEO-ASSISTIDA: EXPERIÊNCIA INICIAL EM UM SERVIÇO

LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; PAULO VITOR LIMA SOARES; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; MEYLINE ANDRADE LIMA; EDUARDO COSTA COBAS; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A Fístula anorretal é um processo supurativo que se caracteriza por comunicação anormal entre o reto ou canal anal e tecidos ou órgãos vizinhos; composto por orifício interno, trajeto e orifício externo. É uma condição muito prevalente nos serviços de coloproctologia com incidência estimada de 9 para 100.000 pacientes. Acomete mais o sexo masculino numa proporção de 2:1, principalmente entre a terceira e quinta década de vida. O sucesso no tratamento cirúrgico da fístula depende da erradicação de sepsé, promover fechamento do trato fistuloso e preservação do complexo esfíncteriano e da continência fecal do paciente. Visando o tratamento cirúrgico ideal, diversas técnicas foram descritas, mas com índices de recidiva e complicação não desprezíveis, especialmente no tratamento de fístulas complexas. Neste contexto de busca de um tratamento pouco invasivo e eficaz, Meinerio desenvolveu em 2006 a técnica de tratamento de fístula anal vídeo assistida (VAAFT). OBJETIVO: Apresentar experiência do serviço com VAAFT entre julho 2013 e julho de 2015. MÉTODO: Foram selecionados pacientes com fístula anorre-

tal complexas com origem criptoglandular, excluindo pacientes com neoplasias e doenças inflamatórias. O ato cirúrgico compreende duas etapas com o uso de fistuloscópio da Karl Storz®; a etapa de diagnóstico, quando o trajeto é estudado e trajetos secundários e coleções são identificados; e a etapa de tratamento que consiste na destruição e limpeza do trajeto seguido de fechamento do orifício interno. RESULTADOS: Entre julho 2013 e julho de 2015, 28 pacientes foram submetidos ao VAAFT, sendo 23 masculinos e 5 femininos. A média de idade foi de 45,3 anos (variando de 18 a 79 anos). Quanto às características anatômicas, 12 pacientes possuíam fístula transesfíncteriana, 7 interesfíncteriana, 6 em ferradura, 1 paciente tinha fístula complexa recidivada e uma fístula em fundo cego. Para tratamento do orifício interno, 17 pacientes tiveram o orifício interno suturado e em 9 pacientes foram confeccionados retalhos. Após tempo médio de acompanhamento de 49,13 semanas, 28 casos (71,43%) evoluíram com fechamento e cura da fístula e nenhum caso de incontinência fecal foi observado. CONCLUSÃO: O VAAFT é uma técnica minimamente invasiva, segura e reprodutível. Nesta série apresentamos resultados que se encontram em congruência com o trabalho original de Meinerio. Os resultados obtidos nos poucos estudos realizados são encorajadores, visto que, quando comparamos com as técnicas convencionais, o retorno às atividades é precoce, a dor pós operatória é menor, a taxa de cura é similar e não há relato de incontinência fecal.

#### TL100 - AVALIAÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA ANAL COM LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT): ESTUDO MULTICÊNTRICO

GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES<sup>1</sup>; SHELMA MARIA MURAD REGADAS<sup>2</sup>; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO<sup>2</sup>; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR<sup>1</sup>; CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA<sup>2</sup>; ADJRA DA SILVA VILARINHO<sup>2</sup>; BRUNO BARRETO FIGUEREDO SOARES<sup>1</sup>  
1.UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2.UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: A fístula anal é uma afecção comum da região anorretal. O tratamento cirúrgico tem como opções técnicas com e sem secção da musculatura esfíncteriana. Em 2007 foi publicada uma nova técnica para tratamento de fístula anal, com preservação esfíncteriana chamada ligadura interesfíncteriana do trajeto fistuloso (LIFT). Objetivo: Avaliar os resultados clínicos e funcionais de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da fístula anal com a técnica LIFT. Método: No período de novembro de 2011 a novembro de 2014, foram avaliados prospectivamente pacientes portadores de fístula anal transefínctéricas submetidos ao procedimento LIFT em dois hospitais universitários. Os pacientes foram avaliados clinicamente utilizando – se escore de incontinência de Wexner. A função enfíncteriana foi avaliada através da manometria anorretal. As avaliações foram realizadas no pré



operatório e três meses após a cirurgia. Para o diagnóstico do tipo de fistula foi utilizado a ultrassonografia anorretal tridimensional (US3D). Foi considerada ausência de cicatrização as fistulas que permaneceram com drenagem de secreção após três meses da cirurgia. Resultados: Foram incluídos no estudo 39 pacientes submetidos à LIFT sendo 22(56%) do sexo feminino e 17 (44%) do masculino. A média de idade foi 40 (19-68) anos. Vinte e três (59%) apresentavam fistulas anteriores e 16 (41%) posteriores. Não houve alteração significativa das pressões anais de repouso quando comparadas no pré operatório(média 68 + 26,7 mmHg) e no pós-operatório (média de 65 + 16,5 mmHg)(p=0,7045) e nem entre as pressões voluntárias máximas no pré-operatórias (média de 172

+ 97,7mmHg) e pós-operatórias (média de 165 ±52,3mmHg) (p=0,8718). No pós operatório, apenas uma (2,5%) paciente apresentou escore igual a 1. Os demais pacientes apresentaram continência perfeita. Vinte e quatro(62%) pacientes tiveram completa cicatrização da ferida em média em 6,5(4-12) semanas. Quinze (38%) não obtiveram a cura. Não houve correlação significativa entre a localização da fistula e a cura da mesma. (p=0,7721). Dos 15 pacientes não-curados, 4(27%) mantiveram fistulas transesfinctéricas enquanto que 11 (73%) recidivaram como fistula interesfinctéricas. Conclusão: A técnica do LIFT apresenta boas taxas de cura dessa afecção, além de manter boa continência anal e a função esfinteriana dos pacientes após o procedimento.

## PÔSTERES

### PT001 - SURGICAL MANAGEMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME

JULIO CESAR MONTEIRO DOS SANTOS JR.

*HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO, GUARATINGUETA, SP, BRASIL.*

Resumo: Surgical management of irritable bowel syndrome (IBS) Santos Jr. JCM, Oliveira ACC, Caso CEQ. Abstract: Background: Mobile cecum (incidence 11 - 26%) is cause of abdominal disturbances that overlap those of (IBS). Topographic investigation of cecum and ascending colon segment showed mobile cecum in all IBS patients. Purpose: This study was designed to evaluate the outcome of cecocolopexy as a treatment of intermittent abdominal complains of pain, colic, distension, constipation and/or diarrhea in patients managed as having IBS. Patients and Methods: From 1996 to 2014, 309 IBS patients (282 women and 27 men (median age 36 yr; ranged 3 to 72 yr) seen in private office had radiologic diagnosis of mobile cecum; 272 patients (88%), prior this evaluation, had been seen as having IBS; third two (10%) had others associated disorders. All patients of this series were programmed for surgical treatment; 163 patients (53%) underwent cecocolopexy. Among 146 non-operated patients (47%), 117 refused the surgical treatment and 29 are waiting for operation. In that group, 76 patients are on follow-up and clinical management in private office. Results: Ninety-two percent of operated patients followed from 4 months to 19 yr are well; 8 constipated patients (5%) require fiber and laxatives, and 4 (2,5%) remain unchanged. The non-operated patients, clinically managed and followed from 2 to 48 months (median 21) are with the same complains. Conclusion: Mobile cecum may be an anatomic marker for IBS. Then, we recommend that all patients with obscure cause for intermittent right lower abdominal pain, distension, colic; constipation or diarrhea with or without diagnosis of IBS must be investigated as sick person probably with mobile cecum needing cecocolopexy. Reference: Cash BD, Chey WD. Diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 2005;34:205-20. Rogers RL. Mobile cecum syndrome. *Dis Colon Rectum* 1984;27:399-402. Hellinger MD, Steinhagen R M. Cecal volvulus in Wolff BG et al (Ed) *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*, Springer 2007;286-98.

### PT002 - FÍSTULA ANAL DE ETIOLOGIA TUBERCULOSA - RELATO DE CASO

JAYNA MARTINS MARTINS NENO ROSA; JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; RENATA ROCHA BARBI; JORGE BENJAMIN FAYAD; ISADORA MENDONÇA BOTELHO DE SOUZA; JOAQUIM TIAGO CARDOSO LELES DE JESUS

*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Apenas 10% dos abscessos anais terão causas diferentes da infecção criptoglandular. Destes menos de 1% serão de etiologia tuberculosa. Em fistulas perianais complexas, recidivadas ou associadas a sintomas clínicos específicos deve-se suspeitar desta forma de tuberculose. Estes pacientes devem receber tratamento medicamentoso específico e serem submetidos se necessário a cirurgia. Objetivo: Relato de caso de paciente do sexo masculino, jovem, com fistula anal de etiologia tuberculosa, atendido no Hospital Federal de Ipanema, associado a breve discussão do tema. Discussão: Segundo o Ministério da Saúde, a taxa de incidência da tuberculose no Brasil é de 35,4 casos para cada 100 mil habitantes. A doença pode acometer qualquer tecido, e a região perianal não é poupada. Todavia, sua raridade (menos de 1% dos casos) faz com que as lesões não sejam reconhecidas, retardando o tratamento específico. A tuberculose perianal é mais comum em homens e ocorre secundariamente à doença pulmonar. A fistula é o sintoma mais freqüente da tuberculose anorretal (80% a 91% dos casos) e é indistinguível da afecção de origem criptoglandular, embora a incidência de lesões complexas seja maior (62% a 100%). O período longo de instalação e a recidiva, apesar do tratamento cirúrgico bem conduzido, sugerem o diagnóstico, bem como a história de doença pulmonar prévia. O diagnóstico deve ser feito através de exclusão por exames da forma pulmonar, pesquisando-se doenças de base associadas, da presença e posição da fistula por um método de imagem e da etiologia utilizando-se análise de material, produto de cirurgia. Dentre tais análises destacam-se a baciloscopia por coloração de Ziehl- Nissen, análise histopatológica, cultura em meio específico e PCR. Os casos

respondem bem a terapia medicamentosa padrão, podendo-se necessitar de terapia clínico cirúrgica combinada. O exame histológico da fistula excisada é mandatório para o diagnóstico de tuberculose anal.

Conclusão: Em um país onde a tuberculose é doença endêmica, esta não pode ser esquecida na presença de fistulas anais complexas e/ou recidivadas. Amostras histológicas e bacteriológicas devem ser obtidas destes pacientes para que o tratamento específico possa ser instituído.

#### PT003 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E NEOPLASIAS. O QUE FAZER: CIRURGIA OU IMUNOSSUPRESSÃO?

DRA. VIVIAN SATI OBA BOURROUL1; DR. FERNANDO BRAY BERALDO2; DRA. CASSIANA ALVES DA SILVA2; PROF. DR. NAGAMASSA YAMAGUCHI2; PROF. DR. JOSE CARLOS AGUIAR BONADIA2

1.FMABC/IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: CASO 1: M.C.M, 58 anos, feminino, nat e proced de SP, branca, casada, auxiliar administrativa. Diarria crônica há 9 meses. TC de abdômen: Imagem nodular com atenuação de partes moles e realce heterogêneo pelo meio de contraste no terço superior do rim D, medindo 2,0 x 1,7 cm, suspeito de neoplasia primária. Espessamento parietal do íleo distal (Doença de Crohn?). Colono: Até ceco, mucosa edemaciada, hiperemiada, com aspecto inflamatório envolvendo papila que impossibilita a passagem do aparelho, associado a várias úlceras encobertas por fibrina, entumecidas com áreas de tecido com aspecto normal. Cd: Mesa 3g/dia. Encaminhado ao ambul de DII e Uro. Nefrectomia D por VLP. AP: Carcinoma de células renais do tipo células claras. Margem cirúrgica capsular focalmente comprometido pela neoplasia e margem cirúrgica parenquimatosa livre de comprometimento neoplásico. pT1pNx pMx. Ambul. DII. Dor abdominal tipo cólica, diária, que melhora após evacuação. Sem mudança do hábito intestinal. EF: Abdome doloroso a palpação, descompressão brusca negativa Colono: Estenose circunferencial de aspecto inflamatório em íleo terminal com 8mm de diâmetro, concêntrica, intransponível ao aparelho. Ceco com várias úlceras com fibrina entremeadas por áreas normais. Cólon e reto normais, sem melhora endoscópica em relação ao exame prévio de 2012. CD: Iniciado Anti-TNF. CASO 2: A.P.M., sexo masculino, 39 anos, nat e proced de Sorocaba, professor, casado. Queixa-se de enterorragia há 7 meses com distensão e desconforto abdominal. HI de 1 evacuação ao dia, com fezes em fita e tenesmo. Colono: Até ceco. Mucosa retal com múltiplas ulcerações e sangramento ativo e ceco com lesões elevadas em submucosa e mucosa ulcerada. Iniciado corticoide e Mesalazina com melhora clínica e encaminhado ao ambul de DII para investigação do quadro. Durante a consulta o paciente queixava-se de dor abdominal em cólica, associado aumento do número de evacuações 6x/dia, sem produtos patológicos. TC de abdômen e pelve: Espessamento parietal de cólon ascendente associado a linfonodos locais. Pequeno nódulo sólido e

hipervascular em Rim E (Orientado repetir o exame em 3 m pela Urologia). Colono: Até íleo terminal. Reto com áreas esbranquiçadas cicatriciais com vascularização submucosa bem evidente. Todos os segmentos colônicos até cólon ascendente proximal com diminuição das haustrações e distribuição difusa de áreas esbranquiçadas de aspecto cicatricial, ilhotas e pseudo-pólipos de mucosa, sem lesões em atividade. Compatível com Retocolite Ulcerativa em fase de quiescência com alterações cicatriciais difusas e ileite erosiva. Consulta com Urologia. Nova TC de abdômen com nódulo renal mantendo as mesmas características. Realizado Nefrectomia radical. AP: Carcinoma de células renais, tipo células claras, sem invasão vascular, de cápsula renal e da gordura perirrenal; margens cirúrgicas livres; pT1a pNxMx. Ambul DII. Pct assintomático em uso de mesalazina.

#### PT004 - DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE SUBMUCOSA E MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: MÉTODOS COMPLEMENTARES E NÃO RIVAIS

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ELOAH GAMBOGI LIMA; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; RAISSA AMELIA SILVA REIS; ILSON GERALDO DA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: Com o avanço da tecnologia e da habilidade cirúrgica, o tratamento local de grandes adenomas, pólipos com displasia de alto grau e câncer de reto precoce tem apresentado menores complicações e melhores resultados funcionais. Em certos grupos de pacientes com adenocarcinomas invasores da submucosa e características histológicas favoráveis, tem resultados oncológicos comparáveis aos das operações radicais, entretanto com uma morbimortalidade muito menor. Relato de caso: A.E.B., sexo masculino, 72 anos, portador de fistula perianal após drenagem de abscesso na urgência. Procurou atendimento proctológico para tratamento definitivo. Durante o pré-operatório foi submetido a colonoscopia com detecção de extensa LST granular em reto médio. Encaminhado para dissecação endoscópica da submucosa (ESD). Procedimento realizado com dificuldade técnica devido a extensão da lesão e equipamento limitado disponível em serviço do sistema único de saúde resultando em fragmentação da peça. Histologia mostrou adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau. Após 03 meses, colonoscopia de controle evidenciou cicatriz retraída com sinais de recidiva central. Devido a falta de equipamento adequado e pouca experiência do colonoscopista em lesões com fibrose para dissecar endoscopicamente, optou-se por microcirurgia endoscópica transanal (TEM). Ressecção da área de recidiva com sucesso. Novas colonoscopias de controle sem lesões. Discussão: A ESD foi inicialmente estabelecida como uma técnica minimamente invasiva para o câncer gástrico precoce e, nos últimos anos, tem sido cada vez mais aplicada para lesões colorretais planas

mais extensas. Em comparação com as técnicas endoscópicas convencionais, é vantajosa porque permite remoção em bloco e uma avaliação histopatológica mais precisa, além de uma taxa de recorrência local mais baixa. A TEM é uma estratégia promissora na abordagem de lesões retais, com diversos benefícios no tratamento de adenomas com displasia de alto grau, inclusive volumosos, e adenocarcinomas iniciais, T1, de baixo risco. Os resultados oncológicos são comparáveis aos das operações radicais convencionais, com trauma mínimo e menor índice de complicações. Um dos fatores de risco mais importantes para a recidiva de lesões retais é a sua ressecção fragmentada. Uma revisão sistemática realizada por Barendse et al. relatou uma taxa de recorrência de 11,2% em 3 meses após fragmentação para lesões colorretais, que caiu para 1,5% em 3 meses depois de um novo tratamento endoscópico. Conclusão: O procedimento ESD é uma técnica segura, mas com taxas relevantes de recidiva quando ocorre fragmentação da peça. Uma reabordagem com TEM atinge uma taxa de ressecção R0 maior e pode ser utilizada de forma complementar a primeira, reduzindo significativamente a necessidade de tratamento cirúrgico radical via abdominal.

#### PT005 - TROMBOSE DO SEIO CAVERNOSO E DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

KARLA COSTA FERREIRA; PAULO PHELIPPE BARBOSA MONTEIRO; NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; LEONEL REIS LOUSA; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; PAULA CRISTINA DE ALMEIDA LEITE; RANIERE RODRIGUES ISAAC; ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Caso clínico: HSMD, 18 anos, feminino, há 6 meses iniciou quadro de diarreia mucossanguinolenta (mais que 10 episódios diários) associado a queda do estado geral e inapetência, com perda ponderal de 18 Kg. À colonoscopia, visualizado pancolite e proctite, com presença de úlceras longitudinais e pseudopólipos sobretudo em ceco, transverso e cólon esquerdo e enantema em ileo terminal. A biópsia revelou colite crônica moderada indeterminada. No período de 10 dias que antecederam a internação, paciente iniciou cefaleia temporal a direita, estrabismo convergente e diplopia binocular. O exame de fundo de olho evidenciou papiledema e a ressonância magnética de crânio, trombose de seio sagital superior e transverso a esquerda. Paciente em seguimento conjunto pelos serviços de coloproctologia, neurologia e nutrição tendo sido iniciado tratamento da colite com antibioticoterapia (ceftriaxone e metronidazol), mesalazina e imunossupressão com corticoterapia associado a suporte nutricional. Em concomitância, realizado anticoagulação plena da paciente. Após início do tratamento, houve melhora dos sintomas neurológicos, cessação da diarreia e recuperação ponderal. Discussão: as doenças inflamatórias intestinais (DII) têm chamado a atenção da comunidade científica pela multiplicidade de manifestações no trato digestivo e extra-intestinais. A prevalência de manifestações extra-intestinais varia de 24 a 65%. As manifestações extra-

-intestinais neurológicas foram muito pouco estudadas, sendo sua exata incidência desconhecida. A doença vascular cerebral se configura como a complicação neurológica mais estudada até o momento. A incidência de eventos tromboembólicos na DII é maior que na população geral e parecem ocorrer em pacientes mais jovens. Em diversos estudos realizados, a frequência de eventos tromboembólicos parece ser maior durante a fase ativa da DII, e correlacionada com a extensão colônica da doença. A DII é reconhecida por proporcionar um estado de hipercoagulabilidade tanto na microvascularização intestinal quanto em eventos sistêmicos, sobretudo venosos. Vários estudos têm demonstrado um desequilíbrio dos fatores pró-coagulantes, anticoagulantes e fibrinolíticos, predispondo os doentes à trombose. Conclusão: A DII é uma doença sistêmica cujas manifestações clínicas podem envolver qualquer órgão, através de um conjunto de processos ainda pouco elucidados. À semelhança de outras doenças crônicas, a diminuição da morbidade e o aumento da sobrevida são objetivos que devem exigir toda a atenção e esforço. Numa abordagem aos doentes com DII, a nível de prevenção primária, controlar a inflamação ativa, induzindo e mantendo a remissão da doença por mais tempo, é o primeiro passo para diminuir o risco aumentado de eventos tromboembólicos.

#### PT006 - FISTULA ENTEROCUTÂNEA APÓS APENDICECTOMIA INCIDENTAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN ILEOCECAL

MARUSKA DIB IAMUT; ANDRE DA LUZ MOREIRA; ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; ANA TERESA PUGAS CARVALHO; BARBARA CATHALÁ ESBERARD; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR

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

Resumo: INTRODUÇÃO: A principal localização da doença de Crohn é a região ileocecal, apresentando na inflamação aguda sinais e sintomas que podem mimetizar o quadro clínico de apendicite aguda. Em alguns casos, o diagnóstico de doença de Crohn pode ser feito durante laparoscopia ou laparotomia por suspeita de apendicite aguda. Em situações como esta, a realização da apendicectomia é controversa devido ao risco de complicações pós-operatórias. Portanto, relatamos um caso de fistula enterocutânea após apendicectomia incidental em paciente com doença de Crohn ileal. RELATO DE CASO: Paciente de 30 anos, masculino, portador de doença de Crohn ileocecal, diagnosticado durante o intraoperatório de suposta apendicite em 2013. Durante o ato cirúrgico, a ressecção do apêndice foi realizada através de uma incisão transversa de Davis. O paciente evoluiu no pós-operatório com abscesso localizado e fistula enterocutânea em fossa ilíaca direita. Durante dois anos, o paciente foi tratado conservadoramente sem resolução do quadro clínico. O paciente foi internado em Março de 2015 apresentando febre, emagrecimento relevante, anemia, desidratação e 2 fistulas enterocutâneas em fossa ilíaca direita com saída de secreção purulenta e líquido entérico. O paciente fazia uso de Azatioprina, não apresentava outras

comorbidades. Realizada êntero-tomografia a qual evidenciou 3 trajetos fistulosos a partir do segmento íleo-cecal, sendo 2 para a pele e 1 para o músculo íliaco, comunicantes entre si e coleções com gás de permeio, além de acentuado infiltrado inflamatório em fossa ilíaca direita, adjacente aos segmentos intestinais acometidos, estendendo-se aos músculos íliacos e psoas. Optou-se pela nutrição parenteral total durante 1 mês além de antibioticoterapia e estabilização clínica pré-operatória. Foi realizada laparotomia exploradora, na qual foi identificada doença de Crohn ileocecal curta e massa inflamatória fistulizada. Ileocectomia foi realizada com anastomose término-terminal e ileostomia em alça de proteção. O paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, tendo alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório. Atualmente encontra-se clinicamente bem, com progressivo ganho de peso e em aguardo para reconstrução de trânsito. Discussão/conclusão: A opção pela apendicectomia incidental durante o diagnóstico intra-operatório de íleíte terminal por doença de Crohn é controversa. O risco de fistula pelo coto apendicular não é claramente definido na literatura. Além disso, fistulas cirúrgicas no pós-operatório não devem ser confundidas com fistulas espontâneas uma vez que o tratamento clínico com imunossuppressores podem piorar o quadro séptico abdominal.

**PT007 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA RETOVAGINAL NA DOENÇA DE CROHN COM RETALHO DE MARTIUS MODIFICADO: RELATO DE CASO.**

LEONARDO WANDERLEY SOUTINHO; FELIPE MAIA VIEIRA; HENRRIQUE SETTI BARROSO; MARJORIE COSTA ARGOLLO; RENATO ARIONI LUPINACCI; SARHAN SYDNEY SAAD  
*UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A comunicação do reto com a vagina, denominada fistula retovaginal (FRV), pode ser oriunda de trauma direto durante o parto, infecção local, cirurgias retal ou vaginal. Os casos decorrentes de doença inflamatória intestinal são incomuns e de difícil resolução. A FRV persistente geralmente necessita de abordagem cirúrgica. Vários procedimentos foram descritos para tratar a FRV com abordagens transanais, transvaginais e transperineais. Pode ser realizado fechamento com interposição de tecido autólogo (Retalho de Martius "Martius flap", músculo grácil) ou material biológico. Realiza-se ostomia protetora a critério clínico ou técnico baseado na extensão da fistula e no comprometimento local. Nos pacientes com doença inflamatória intestinal, o tratamento medicamentoso com imunomoduladores e anti-TNF-alfa tem seu papel na correção primária da FRV e também pode ser usado em adjuvância com a correção cirúrgica. Objetivo: Relatar à comunidade científica a experiência adquirida com o tratamento cirúrgico de uma paciente portadora de doença de Crohn e fistula retovaginal com o retalho de Martius modificado. Método: Relato de caso e revisão da literatura. Resultados: Paciente feminina, 45 anos, portadora de Doença de Crohn diagnosticada há 11 anos, apresentou episódio de agudização decorrente da interrupção do infliximabe com o aparecimen-

to de fistula retovaginal. Portadora de Síndrome de Cushing devido ao uso prolongado de corticóide, hipertensão, obesidade, diabetes e depressão. Durante internação, otimizou-se o tratamento clínico com infliximabe, prednisona, metotrexate por 30 dias. Exame proctológico mostrou hiperemia em mucosa retal anterior e Enema opaco evidenciou extravasamento de contraste para vagina. RM de pelve mostrou trajeto a três centímetros da borda anal. Realizado abordagem transperineal, observamos trajeto trifurcado confluindo para o septo retovaginal, comunicando-se com a pele, a vagina e o reto. Foram isolados e ressecados os trajetos. O defeito foi coberto por retalho modificado de Martius de tecido gorduroso labial. A paciente teve boa evolução pós operatória, recebeu antibioticoterapia até o sétimo dia, e, nos retornos ambulatoriais até o quinto mês, esteve sem queixas e com exame proctológico normal, recebendo alta da cirurgia. Conclusão: O tratamento da fistula retovaginal (FRV) é complexo e deve ser individualizado. Várias abordagens podem ser usadas dependendo da localização, tamanho e etiologia da FRV. A escolha da técnica de reparo da FRV depende da experiência do cirurgião, que deve ter no arsenal múltiplas opções técnicas de reparos cirúrgicos. O fechamento da fistula com interposição de um flap (seja muscular ou de gordura) é uma abordagem cirúrgica útil para reconstruir o espaço perineal e prover neovascularização para o local.

**PT008 - SANGRAMENTO PÓS-POLIPECTOMIA**

ARTHUR HENRIQUE DA SILVA1; BRUNO LORENZO SCOLARO1; FANGIO FERRARI1; GIANNA LUISSA COELHO1; FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI1; GUSTAVO BECKER PEREIRA1; RODRIGO BECKER PEREIRA2; JULIANO DE PAULA LOBLEINI  
*1. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ, SC, BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A colonoscopia é um método de extrema segurança, mas o risco de complicações se eleva em 9 vezes quando associada a polipectomia. O sangramento é o evento mais comum e ocorre em 0.3 a 6.1% dos casos. Variam em gravidade e tempo de surgimento. O risco se relaciona ao tipo e tamanho do pólip, a técnica empregada e a função de coagulação do paciente. O controle é, frequentemente, alcançado por via endoscópica. Relato de caso: Paciente masculino, 30 anos, vem à consulta com queixa de alteração do hábito intestinal recente e sangue junto às fezes. Negava outras queixas. Negou história pessoal ou familiar de neoplasia colorretal. Ao exame físico não foram constatadas alterações abdominais. À anuscopia revelou hemorroidas internas de pequeno volume, sem alterações na mucosa do reto distal. Foi solicitada colonoscopia, que detectou um pólip pediculado, de aproximadamente 1.5cm, no reto proximal. Excisou-se com alça de polipectomia sem intercorrências. Três dias após, o paciente retornou com palidez cutânea +/4+, taquicárdico com 110bpm e normotenso. Referia enterorragia há 1 dia. Imediatamente realizou-se nova colonoscopia que constatou sangramento do

pedículo residual do pólipo e a hemostasia deu-se com a aplicação de clip vascular. O resultado anatomopatológico foi de pólipo inflamatório e o paciente segue em acompanhamento regular. Revisão de literatura: Fatores de risco independentes para sangramento pós polipectomia colônica são idade superior a 65 anos, doença cardiovascular ou renal crônica, uso de anticoagulantes, pólipo maior do que 1cm, preparo intestinal inadequado e a secção inadvertida do pólipo. Sangramento imediato ocorre em 1.5% dos casos e pode ser controlado com compressão direta, injeção de epinefrina, cauterização, uso de cliques vasculares e bandas para ligadura. O quadro tardio ocorre em 2% dos pacientes. Em média de 5 a 7 dias após o procedimento, mas podendo ocorrer em até 30 dias. O risco supera 6% quando se trata de pólipos de mais de 20mm de diâmetro. A maioria dos sangramentos tardios podem ser controlados por via endoscópica. Sangramento ativo normalmente conta com enterorragia e hiperperistalse. É possível e seguro tomar a conduta expectante quando não há indícios de sangramento ativo, mas sua recorrência durante a observação requer colonoscopia imediata. Pacientes instáveis hemodinamicamente devem ser abordados em caráter emergencial com colonoscopia. Os estáveis podem esperar algumas horas e preparar o cólon. A terapia mais comum é a injeção endoscópica de epinefrina, por vezes associada a termocoagulação. Nos casos recorrentes e de difícil controle o tratamento cirúrgico está indicado.

**PT009 - ABORDAGEM CIRÚRGICA COMBINADA (VIA TRANSANAL E TRANSVAGINAL) NO TRATAMENTO DA RETOCELE**

EULER DE MEDEIROS AZARO FILHO; THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA; LINA MARIA GOES DE CODES; ALINE LANDIM MANO; FLAVIA DE CASTRO RIBEIRO FIDELIS; ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ; MAYARA MARAUX BRAGA

*HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: A retocele é definida como herniação da parede anterior do reto para a vagina. Clinicamente apresenta-se sob a forma de sensação de defecação obstruída e de preenchimento vaginal durante o esforço evacuatório, especialmente em mulheres idosas e múltiparas. Geralmente é ocasionada por fraqueza ou defeito no septo retovaginal, que pode estar relacionada ao envelhecimento, traumas obstétricos ou esforço evacuatório crônico. Quando sintomática, está indicado tratamento cirúrgico. A melhor técnica ainda é motivo de discussão, sendo descritos os acessos transvaginal, transperineal e transanal, entretanto as abordagens combinadas ainda são pouco relatadas. O objetivo deste trabalho é descrever a técnica combinada para correção de retocele através dos acessos transanal e transvaginal. O procedimento foi realizado em paciente do sexo feminino, 50 anos, múltipara, sem partos vaginais, constipada crônica e com necessidade de manobras digitais para evacuar, portadora de retocele grau III confirmada por exame clínico e radiológico. Inicia-se a técnica com

incisão semi-circular no intróito vaginal, seguida de dissecação da submucosa vaginal e secção longitudinal da mucosa. Em seguida, por via transanal, procede-se a confecção de sutura em barra grega na base da retocele, com excisão do tecido excedente, seguida de confecção de bolsa circunferencial, acima da ferida remanescente. Posiciona-se o grameador circular transanal, com sutura mecânica e ressecção simultânea de banda circular do reto sob visão direta da parede vaginal aberta previamente, tracionada. O procedimento é finalizado com a plicatura da porção muscular da parede anterior do reto, realizando-se um sanfonamento crânio-caudal, de modo a compor um reforço do septo retovaginal. Finaliza-se o procedimento com a rafia da parede vaginal seccionada utilizando pontos invertidos. Paciente evoluiu sem intercorrências, com melhora dos sintomas, em seguimento há 7 meses. A correção da retocele através de técnica combinada parece ser um procedimento seguro e de baixa morbidade. A seleção cuidadosa dos pacientes é crucial, investigando não somente sintomas relacionados à retocele como também outros distúrbios do assoalho pélvico, distúrbios urinários e avaliação da continência fecal. Mais estudos, com maior casuística e tempo de seguimento, são necessários para definir a eficácia da técnica.

**PT010 - O USO DO PLUG DE COLÁGENO EM FÍSTULA INTERESFINCTERIANA.**

PAULO FREDERICO OLIVEIRA COSTA1; EDUARDO FONSECA1; ALEXANDRE LOPES DE CARVALHO2

*1.HOSPITAL PORTUGUÊS, LAURO DE FREITAS, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL PORTUGUÊS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: A fístula peri-anal é uma comunicação anômala entre o reto ou canal anal e um orifício no períneo. Sua incidência é normalmente de 1 a cada 10000 pessoas. Tem maior prevalência nos homens e é rara na infância. Seus sintomas geralmente são saída de secreção pio-hemática e proctalgia ao defecar. Sua classificação segundo Parks pode ser: interesfincteriana, supraesfincteriana, transesfincteriana e extraesfincteriana. Sua etiologia pode ser decorrente de um abscesso perianal, doença de Crhon, tuberculose, criptite piogênica. O diagnóstico é realizado através do exame proctológico podendo ser complementado com colonoscopia, RNM de assoalho pélvico, USG endoanal. Existem várias opções de tratamento cirúrgico : fistulotomia, fistulectomia, avanço de retalho mucoso, fistulotomia em 2 tempos(colocação de sétón), LIFT (ligation of the interesfincteric fistula tract), plug de colágeno. Neste caso será abordado o uso de Plug de Colágeno, uma técnica pouco invasiva, que tem resultados que variam de 15 à 65% de sucesso, porém sem qualquer risco de lesão esfíncteriana. Além do resultado limitado, tem como fator limitador o custo elevado. RELATO DE CASO: RIPS, 31 anos, sexo masculino, deu entrada na emergência do HP no dia 24/12/2012 com proctalgia e abaulamento em região perianal. Relatava discreto abaulamento há 03 meses da admissão. Ao exame, abaulamento, hiperemia e dor à palpação em BALD. Foi submetido à drenagem de abscesso anorretal. Optado por colocar sétón. Paciente evoluiu bem e tem alta no mesmo dia do procedimento com

antibiótico oral. Retorna no 7º DPO com redução da secreção purulenta e sem dor. No 21º DPO permanece com pouca secreção em FO. Realizado RNM de assoalho pélvico que mostra fistula inter-esfincteriana as 11 horas. Colonoscopia normal. Manometria anorretal com normotonia e normocontratibilidade. Optado por colocação de Plug de Colágeno. Paciente submetido à passagem de Plug de Colágeno no dia 24/04/2013. No 7º DPO sem secreção em FO e sem proctalgia. No 15º DPO, FO com tecido de granulação e sem secreção. No 30º DPO, FO com bom aspecto e paciente sem queixas. Encontra-se no 45º DPO com FO totalmente íntegra e sem queixas. Conclui-se que o Plug de Colágeno é uma boa opção de tratamento para fístulas complexas, porém com taxas de recidiva discutíveis. Necessita de maiores estudos. Referências Bibliográficas: 1. McElwain JW, McLean DM, Alexander RM, Hoexter B, Guthrie JF. Anorectal problems: Experience with primary fistulotomy for anorectal abscess, a report of 1000 cases. *Dis Colon Rectum*. 1975;18:646-9. 2. Ewerth S, Ahlberg J, Collste G, Holmstrom B. Fistulain-ano. A six year follow-up study of 143 operated patients. *Acta Chir Scand*. 1978;482:53-5. 3. Henry MM, Swash M. *Coloproctology and Pelvic Floor*. 2th edition. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd; 1992. 4. Seow-Choen F, Hay AJ, Heard S, Phillips RK. Bacteriology of anal fistulae. *Br J Surg*. 1992;79:27-8. 5. Polple IK, Ralphs DN. An etiology for fistula-in-ano. *Br J Surg*. 1998;75:904-905.

**PT011 - REAÇÕES ADVERSAS À AZATIOPRINA – RELATO DE TRÊS CASOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO PARA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**  
FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI1; BRUNO LORENZO SCOLARO1; JULIANO DE PAULA LOBLEIN1; GIANNA LUISSA COELHO1; GUSTAVO BECKER PEREIRA1; FANGIO FERRARI1; RODRIGO BECKER PEREIRA2; ARTHUR HENRIQUE DA SILVA1

1.UNIVALI, ITAJAI, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL E MATER-NIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAI, SC, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A Azatioprina (AZA, droga imunossupressora desenvolvida na década de 1950, é utilizada principalmente na terapia medicamentosa de pacientes com doenças inflamatórias intestinais (DIIs), que compreendem principalmente a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI). **OBJETIVO:** Relatar 3 casos de pacientes, atendidos no ambulatório de coloproctologia da Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI, que apresentaram reações adversas ao uso da Azatioprina. **MÉTODOS:** Revisaram-se os dados referentes aos efeitos adversos causados pelo uso da AZA, sua evolução clínica, exames laboratoriais e de imagem (tomografia computadorizada de abdômen) dos casos em estudos, assim como as medidas terapêuticas tomadas. **RESULTADOS:** Dois pacientes possuíam diagnóstico de doença de Crohn e o um de retocolite ulcerativa inespecífica. As reações ocorreram entre o terceiro e o sétimo dia após o início da medicação e incluíram erupções cutâneas dolorosas em membros inferiores, mialgia e artralgia de forte intensida-

de e pancreatite edematosa. Todos os três pacientes cessaram os sintomas após a suspensão da medicação, e seguiram com acompanhamento regular tendo sua doença controlada com outras medicações. **CONCLUSÃO:** A Azatioprina é considerada uma droga relativamente segura para o tratamento das DIIs. Seus efeitos adversos são comuns, ocorrendo principalmente nas primeiras semanas através de rash cutâneo, febre, mialgias, dor abdominal, sendo na grande maioria dos casos de caráter leve e autolimitados. Portanto, se faz necessário o acompanhamento contínuo do paciente, tanto clínico quanto laboratorial, para reconhecimento e terapêutica precoce dessas adversidades.

**PT012 - TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA PELO SISTEMA HEMORPEX**

VANESSA MEDEIROS LOUREIRO

HOSPITAL PRONCOR GERAL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.

Resumo: **Introdução:** A técnica pelo sistema HemorPex é um método não excisional de tratamento da doença hemorroidária sintomática que proporciona recuperação pós-operatória rápida e pouco dolorosa. Contudo, esse procedimento não contempla as situações em que as hemorroidas grau II e III são acompanhadas por plicomas e mamilos associados. **Objetivo:** Usar as técnicas HemorPex, HemorPex associada à exérese do plicoma e HemorPex associada à ressecção à Milligan-Morgan, e compará-las entre si. **Pacientes e Métodos:** Entre março de 2013 e junho de 2015, foram operados 47 pacientes (14 homens (30%) e 33 mulheres (70%) com idade de 29 a 70 anos (média 46 anos). Três (6%) tinham hemorroidas grau II, 11 grau III (23%) e 33 grau IV (70%). 17 (37%) possuía componente externo importante. O ato operatório foi feito com o paciente em posição de litotomia e durou de 20-30 minutos. HemorPex foi feito em 21(44%); HemorPex e exérese de um ou mais plicomas anais em 20 (42%) em 6 (14%) realizado HemorPex e Hemorroidectomia à Milligan-Morgan, envolvendo um ou dois mamilos hemorroidários. Assim, em 26 (56%) houve necessária associação de técnica excisional. **Resultados:** Grupo HemorPex: com 20 pacientes (50 % homens e 50% mulheres). Sete (35%) tinham hemorroidas grau III e 13 (65%) grau IV. Em Treze (65%): 30% com edema de borda anal, 25% frouxidão do fio cirúrgico com prolapso de 1 mamilo e 10% com trombose hemorroidária de 1 mamilo. Sete (35%) evoluiu sem queixas; 7(35%) referiu somente incomodo, 4 (20%) referiu pouca dor e 2(10%)dor intensa. Dois tiveram recidiva da hemorroida: um no 8º e outro no 24º mês. Todos satisfeitos com o procedimento. Grupo HemorPex - exérese de plicomas: com 20 pacientes (90% homens e 10% mulheres). Dois (10%) tinham hemorroidas grau II; 3 (15%) grau III e 15 (75%) grau IV. Nove(45%) evoluiu com: 25% edema de borda anal, 15% frouxidão do fio cirúrgico com prolapso de 1 mamilo e 5% com trombose hemorroidária de 1 mamilo. Houve melhora do hábito intestinal em 20%. Cinco (25%) evoluiu sem queixas, sete (35%) referiu incomodo, 4 (20%) pouca dor, 4 (20%) dor intensa. Houve uma recidiva de hemorroidas no 27º. mês. Todos satisfeitos com o procedi-

mento .Grupo HemorPex - Milligan-Morgan: com 7 pacientes (5 homens(71%) e 2 mulheres(29%). Um (14%) com hemorroidas grau III e 6 (86%) grau IV. Dois (28%) evoluíram com complicações no pós-operatório:14% frouxidão do fio e 14% com trombose hemorroidária de 1 mamilo. Dois (28%) evoluiu sem queixas, 2 referiu incomodo e 3 (42%) pouca dor. Todos ficaram satisfeitos. Conclusão: Observado que o sistema Hemorplex oferece comodidade pós-operatória imediata e pouca dor, mesmo quando associado a exêrese de componentes externos, como os plicomas, retirados para contemplar o melhor efeito estético ou os mamilos extranumerários para completar a cura da doença. Referências1.Tagliabue M, Cusumano C, Kechoud ES, Paternicò D, Rasini M, Carriero D, Paladino FP. Hemorrhoidopexy with the HemorPexsystem. TechColoproctol. 2015 Apr;19(4):255-7.

**PT013 - EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL PARA TRATAMENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN DE DELGADO: RELATO DE CASO**

NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; LEONEL REIS LOUSA; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; RANIERE RODRIGUES ISAAC; MONICA MEIRELES COSTA; ANA BITTENCOURT DETANICO; HENRIQUE GONÇALVES; JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A Doença de Crohn (DC) 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. Seu caráter crônico pressupõe um tratamento a longo prazo, com uso de medicações diárias, que nem sempre é favorável à adesão do paciente. Mesmo nos dias atuais, em que dispomos de amplo arsenal terapêutico, a DC permanece um desafio para o paciente, o médico e para a relação médico-paciente. OBJETIVO: Relatar um caso de paciente portador de DC de delgado, com seguimento irregular, que evoluiu com hemorragia digestiva baixa maciça, demandando tratamento multidisciplinar. RELATO DE CASO: Paciente de 27 anos, que em 2008 abriu quadro agudo de hemorragia digestiva baixa com instabilidade hemodinâmica, sendo então submetido a Colectomia Total com ileostomia terminal, na urgência. Anatomopatológico do cólon revelou tratar-se de Doença de Crohn. Desde então, paciente apresentou-se pouco colaborativo com o tratamento, uso irregular de medicações e perda do seguimento ambulatorial. Em fevereiro de 2015, paciente procurou o serviço com piora do estado geral, perda ponderal e ulcerações visíveis na ileostomia. Foi internado e iniciado suporte clínico, com antibióticos, nutrição parenteral e corticoterapia, visando a indução de remissão clínica. No terceiro dia de internação, o paciente evoluiu com hemorragia digestiva exteriorizada pelo estoma, de pequena monta, realizou Endoscopia Digestiva Alta que estava normal. No dia seguinte, o sangramento tornou-se volumoso, necessitando de transfusão de 4 concentrados de hemácias; realizou-se

então enteroscopia, que identificou úlceras difusas em todo o delgado, desde o ângulo de Treitz, sem sinais de sangramento ativo. O sangramento cessou por 48h, e após esse período retornou intenso, gerando instabilidade hemodinâmica. Nesse momento, a equipe de Cirurgia Vascular realizou arteriografia, que identificou um ponto de sangramento ativo, no delgado, próximo à ileostomia. Realizada embolização, com parada do sangramento. De imediato, foi associado Anti-TNF alfa ao tratamento do paciente. Após 72horas, o paciente recebeu alta da UTI, estável e com boa aceitação da dieta oral. Mantém-se sem novas crises desde essa data com tratamento otimizado com imunossupressor e agente biológico. DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: O paciente com DC é sempre um desafio para o médico assistente. A relação médico-paciente é ponto fundamental na adesão ao tratamento, o que diminuiu os riscos de intercorrências graves, como a que o paciente apresentou. O uso de terapia biológica em pacientes com intercorrências como essas, em nossa opinião, é útil na aceleração do processo de cicatrização da mucosa e deve ser estimulado.

**PT014 - FÍSTULA ÍLEO-PSOAS-CUTÂNEA ESPONTÂNEA NA DOENÇA DE CROHN**

ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; ANDRE DA LUZ MOREIRA; MARUSKA DIB IAMUT; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; ANA TERESA PUGAS CARVALHO; BARBARA CATHALÁ ESBERARD; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR

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

Resumo: Introdução: O sucesso do tratamento conservador das fístulas abdominais espontâneas por doença de Crohn é controverso, mesmo com o aparecimento da terapia biológica anti-TNF alfa. A evidência científica na literatura sobre este tema é escasso e discutível. Portanto, apresentamos um relato de caso de paciente do sexo feminino portadora de doença de Crohn fistulizante para músculo psoas e região lombar. Relato de caso: Paciente de gênero feminino, 43 anos, portadora de doença de Crohn diagnosticada em 2002, sendo tratada com prednisona, azatioprina e mesalazina. Em 2006 apresentou abscesso para músculo psoas direito e fistula enterocutânea em região lombar com resolução clínica após tratamento conservador com antibióticos parenterais seguido de terapia biológica com infliximabe após controle da sepse. Em março de 2015 evoluiu com febre, lombalgia, claudicação em membro inferior direito e leucocitose após interrupção da terapia biológica por 1 ano. Tomografia de abdome evidenciou abscesso em músculo psoas direito, estendendo para tecido subcutâneo da região dorsal direta imediatamente acima do ilíaco, sugerindo recidiva da fistula enterocutânea. Novo tratamento conservador foi realizado com antibióticos parenterais e nutrição parenteral com resolução da sepse. Nesse momento o tratamento cirúrgico foi oferecido à paciente. Esta inicialmente recusou cirurgia e foi de alta à revelia da equipe médica, retornando após 10 dias com os mesmos sintomas anteriores. Nova tomografia de abdome observou recidiva do abscesso em músculo psoas direito medindo 3.8x3.0cm associado a

coleção subcutânea e musculatura da parede abdominal em adjacência. O tratamento cirúrgico foi então realizado com colocação de cateter duplo J em ureter direito antes da incisão cirúrgica. No intra-operatório, observou-se uma fistula ileocecal para psoas com íntima relação com ureter direito com origem em segmento curto intestinal acometido por doença de Crohn. A cirurgia realizada foi uma ileocelectomia com ileostomia em alça de proteção e drenagem de abscesso em psoas. Paciente evolui no pós-operatório satisfatoriamente exceto por infecção do trato urinário. Discussão/conclusão: Apesar da paciente com fistula íleo-psoas-cutânea ter respondido inicialmente com tratamento conservador, a recidiva posterior foi refratária ao tratamento clínico acarretando significativa morbidade ao tratamento cirúrgico necessitando de realização de um estoma temporário que será revertido após 3 meses.

#### **PT015 - DOLICOMEGACOLON SECUNDÁRIO A ESTENOSE DIVERTICULAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES; MAYARA MARAUX BRAGA; ALINE LANDIM MANO; LINA MARIA GOES DE CODES; ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ; FLAVIA DE CASTRO RIBEIRO FIDELIS; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA; EULER DE MEDEIROS AZARO FILHO

*HOSPITAL SAO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: A estenose do cólon associada a doença diverticular habitualmente ocorre após episódios repetidos de diverticulite. O estreitamento é resultado do processo inflamatório recorrente, levando a fibrose progressiva e redução da luz do órgão, sendo necessário diagnóstico diferencial com neoplasia. Entretanto, pode-se observar esta mesma complicação em pacientes portadores de doença diverticular, porém sem crises de diverticulite clinicamente identificada. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de paciente portador de dolico-megacólon, secundário a estenose diverticular, e apresentar revisão da literatura e respeito do tema. Trata-se de paciente do sexo masculino, 49 anos, previamente hígido, com relato de aumento de volume abdominal há nove meses, associado a perda ponderal importante (30kg), com dor abdominal, vômitos esporádicos e ritmo intestinal diário. Submetido a investigação diagnóstica com TC de abdome que mostrou distensão de todo o cólon, exceto do retossigmóide, sem fator obstrutivo identificado. Realizada Colonoscopia, interrompida em sigmóide devido a angulação intransponível. Submetido a laparotomia exploradora com identificação de intensa dilatação de alças e espraiamento lateral das tênias, estendendo-se do ceco ao sigmóide, onde foi evidenciada área de estreitamento da alça com aderência firme local. Submetido a colectomia total com anastomose íleorretal látero-terminal e ileostomia protetora. Paciente evoluiu sem complicações pós-operatórias, submetido a fechamento de ileostomia três meses após o procedimento. Anatomia patológica identificou estenose ao nível do sigmóide à custa de processo inflamatório associado a doença diverticular. A estenose é uma complicação da doença

diverticular, principalmente associada a episódios recorrentes de diverticulite. Relatamos um caso de estenose diverticular causando dolico-megacólon, com necessidade de colectomia total, em paciente sem diagnóstico prévio da doença.

#### **PT016 - COLONOSCOPIAS REALIZADAS NO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO: ANÁLISE CONSECUTIVA DE 2000 CASOS**

JOSE HUMBERTO BAETA FROES; LORENA WILLERS COUTINHO; PAULA MENDONÇA TAGLIETTI; THIAGO AGOSTINI BRAGA; THIAGO IBIAPINA ALVES  
*HSPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A colonoscopia tem indicação para diagnóstico em pacientes sintomáticos e é eficaz no rastreamento e vigilância de pacientes assintomáticos. Tem potencial terapêutico em diversas situações, principalmente na remoção das lesões polipóides, potenciais precursores de câncer colorretal (CAMPOS, 2012). A proficiência e a competência do endoscopista é o esteio para o sucesso da colonoscopia diagnóstica e terapêutica. Método: Será realizado um estudo retrospectivo, descritivo, transversal incluindo pacientes que realizaram o exame de colonoscopia no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015.

#### **PT017 - SEPSE COMO COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL GUIADA POR DOPPLER: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO**

MAYARA MARAUX BRAGA; EULER DE MEDEIROS AZARO FILHO; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA; LINA MARIA GOES DE CODES; ALINE LANDIM MANO; FLAVIA DE CASTRO RIBEIRO FIDELIS; ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ; THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES

*HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: No tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, a Desarterialização Hemorroidária Transanal (THD) é uma alternativa às abordagens convencionais. O referido procedimento consiste na identificação do suprimento arterial hemorroidário através de um doppler acoplado a um anuscópio especial, com posterior ligadura de cada vaso. Sabidamente a grande vantagem desta técnica cirúrgica é uma menor ocorrência de dor pós-operatória e, entre as complicações associadas ao método, a mais frequente é sangramento pós-operatório (5% dos casos), seguida por trombose hemorroidária, dor anal, retenção urinária, estenose anal e incontinência fecal. Objetivo: Apresentar um caso clínico de THD que evoluiu com sepse de origem pélvica e retroperitoneal no pós-operatório e discutir os aspectos relacionados a esta complicação, embasados em revisão de literatura sobre o tema. Resultado: Paciente de 63 anos, sexo feminino, hipertensa, portadora de hepatite auto-imune e doença diverticular, com diagnóstico pré-operatório de doença hemorroidária de 3º grau e prolapso mucoso. Submetida a tratamento cirúrgi-



co pela técnica THD, sob antibioticoprofilaxia pré-operatória, sem intercorrências. A paciente recebeu alta no 1º dia pós-operatório, sendo readmitida no 5º dia após a cirurgia com sinais de resposta inflamatória sistêmica. Realizada tomografia computadorizada do abdome, que evidenciou espessamento parietal da transição retossigmóide e duas áreas focais de conteúdo gasoso no espaço perirretal, a maior medindo 2,8 x 2,1cm, além de dissecação do espaço retroperitoneal até nível dos vasos renais. Foi instituído tratamento clínico com antibioticoterapia, evoluindo satisfatoriamente. Após 10 dias de terapêutica, em exame radiológico de controle, observou-se formação de coleções com conteúdo líquido-gasoso, em topografia e com dimensões similares às do exame anterior, sendo optado por punção guiada da coleção e estudo microbiológico. Mantida antibioticoterapia por 28 dias, com melhora clínica e radiológica, recebendo alta hospitalar. Discussão: a técnica THD possui resultados e complicações bem conhecidas através de estudos randomizados e metanálises, sendo opção cirúrgica terapêutica segura e eficaz. É importante o conhecimento das complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos em geral, visando o reconhecimento precoce do evento, o domínio da terapêutica adequada e o esclarecimento ao paciente. Em revisão da literatura, não foram achados relatos de sepse abdominal como complicação do tratamento da doença hemorroidária com THD. Desta forma, a exposição deste caso possibilita o conhecimento de tal complicação rara para este procedimento, para que se possa discutir possíveis fatores de risco relacionados, medidas preventivas possíveis (como esquemas adequados de antibioticoprofilaxia) e definição do melhor tratamento (reabordagem cirúrgica, radiointervenção e/ou antibioticoterapia).

#### PT018 - TROMBOSE MESENTÉRICA E PORTAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DA DOENÇA DE CROHN

MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; DANIEL PAULINO SANTANA; SILVIO GUEDES DE ASSIS MARTINELLI; MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS; FELIPE FERNANDES MACEDO; SAMUEL SOSTENES SANTOS; RODOLFO DE MORAIS ARAUJO; ANA CAROLINA FERREIRA BRANT COSTA  
*HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*  
Resumo: INTRODUÇÃO: A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII) crônica, transmural do trato gastrointestinal, de etiologia ainda desconhecida e incurável por tratamento clínico ou cirúrgico. Pode acometer qualquer porção do trato alimentar, da boca até o ânus, acometendo mais frequentemente o intestino delgado e o cólon. Sabe-se que as DII não se limitam apenas às manifestações no aparelho digestivo, havendo uma grande prevalência de manifestações extra-intestinais (MEI), podendo ocorrer em até 30% dos pacientes acometidos pela DC. As DII são reconhecidas por causarem complicações com eventos tromboembólicos. Pacientes portadores de DII apresentam um risco aumentado em relação a população geral, de evoluírem com estes eventos, envolvendo tanto o sistema venoso quanto o

arterial, em consequência de um estado de hipercoagulabilidade. A trombose do sistema esplênico-mesentérico-portal é um evento raro, porém, potencialmente catastrófico. OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente portador de trombose mesentérica e portal inicialmente associada a hepatopatia esquistossomótica, porém foi definida a etiologia correta da DC após a laparotomia indicada pelo sofrimento de alça do jejuno. METODOLOGIA: Revisão de prontuário e pesquisa bibliográfica. RESULTADO: HML, 45 anos, previamente hígido, iniciou com quadro de dor abdominal e vômitos dois meses antes de sua internação. Na propedêutica foi identificada trombose mesentérica e portal, provavelmente associada a hepatopatia esquistossomótica. Entretanto, paciente evoluiu com piora da dor abdominal e tomografia evidenciou sofrimento de alça do jejuno. Indicada laparoscopia que visualizou extenso processo inflamatório no jejuno aderido a parede abdominal anterior, realizado enterectomia segmentar e anastomose primária grampeada lateral. Paciente evoluiu com fistula anastomótica sendo tratado com outras duas laparotomias para drenagens de abscessos e direcionamento das fistulas. Boa evolução e histopatológico confirmou tratar-se de DC. CONCLUSÃO: A incidência das trombozes venosas relacionadas a DC estão diretamente relacionadas ao grau de acometimento intestinal e muitas vezes não são diagnosticadas ou tem seu diagnóstico tardio. A associação de trombose venosa mesentérica e portal, rara mas potencialmente fatal, se devidamente abordada com intervenção clínico/cirúrgica em tempo hábil, pode evoluir favoravelmente.

#### PT019 - DISFUNÇÃO HEPÁTICA POR ANTI-TNF: RELATO DE CASO

PIETRO DADALTO OLIVEIRA; IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE; RENATA BANDINI VIEIRA; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA

*HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Adalimumabe (ADA) é um anticorpo monoclonal da classe IgG1 totalmente humano contra o TNF-alfa, eficaz para o tratamento da doença inflamatória intestinal (DII) moderada e grave. Reações adversas aos anti-TNF são relatadas durante o tratamento dos pacientes com DII, sendo classificadas em imediata que ocorrem no durante a administração tais como anafilaxia, convulsão, rash cutâneo e hipotensão, e em tardias como a hepatotoxicidade. Relato de caso: Masculino, 20 anos, branco. Há três anos com diagnóstico de doença de Crohn (DC) penetrante, e em pós-operatório tardio de laparotomia exploradora com ileocelectomia, sepultamento do cólon ascendente e ileostomia terminal por fistula êntero-vesical, em acompanhamento no ambulatório de DII e uso de ADA 80mg/mês há oito meses. Há duas semanas com queixa de fraqueza e icterícia. Fez uso prévio de Infiximabe por um ano e seis meses, suspenso por alteração na função hepática. Não há história familiar para doenças hepáticas. Ao exame físico afebril e ictérico (2+/4+). Exames complementares mostravam aumento de bilirrubinas, enzimas hepáticas e canaliculares. Com o diagnóstico de hepatotoxicidade por

ADA, foi então suspensa à medicação. Discussão: As opções das medicações utilizadas no tratamento da DII incluem os derivados salicílicos, corticosteroides, antibióticos, imunomoduladores ou imunossuppressores e os biológicos. Os agentes biológicos são efetivos para a indução e manutenção da remissão clínica. No entanto, estão associados com complicações e efeitos adversos. As complicações durante a terapia com ADA são as infecções, principalmente a tuberculose e o herpes zoster. A hepatotoxicidade pode ocorrer por reações idiossincráticas ou de hepatotoxinas intrínsecas. A exposição ao ADA tem pouca relação com a disfunção hepática no entanto, quando ela acontece deve-se fazer diagnóstico diferencial e suspender a medicação. Conclusão: Esse relato demonstra que a disfunção hepática ao anti-TNF foi um evento relacionado a classe do medicamento. Sendo portanto necessário um rigoroso acompanhamento clínico e laboratorial nos pacientes expostos a terapia biológica.

**PT020 - RELATO DE CASO – HEMANGIOMA RETAL**  
NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; RAISSA AMELIA SILVA REIS; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; ELOAH GAMBOGI LIMA; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ

*SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: HMA: Paciente R.S.V, 35 Anos, Sexo Masculino, com quadro de hematoquezia e proctalgia desde os 18 anos, sem diagnóstico definido. foram realizados vários exames: TC abdome e pelve - sem alterações; exames laboratoriais: sem alterações; colonoscopia – no reto baixo, estendendo-se até o reto médio, presença de lesão nodulada, deprimindo-se com a compressão pela pinça e aparentemente de origem vascular (não realizada biópsias). Paciente procurou o serviço de coloproctologia com queixa de proctalgia intensa e incapacitante. paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico para exame sob anestesia e a hipótese diagnóstica era de abscesso anal. Durante o exame físico detalhado, não foi identificada nenhuma área abaulada e nem orifício fistuloso, sendo a hipótese de abscesso anal descartada. Realizou-se uma retossigmoidoscopia e, durante o procedimento, houve uma hematoquezia volumosa. o sangramento foi controlado com medidas clínicas e foi solicitado ao paciente a realização de uma rnm de pelve. a ressonância evidenciou hemangioma em reto baixo volumoso. Paciente foi então encaminhado ao bloco cirúrgico e realizada uma retossigmoidectomia abdomino perineal vídeolaparoscópica com anastomose t-t grampeada. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós operatório imediato. No pós operatório tardio, apresentou impotência sexual que melhorou com o tratamento clínico. AP: hemangioma retal. Conclusão: a suspeição diagnóstica e o exame físico proctológico detalhado pode fazer a diferença no diagnóstico diferencial das patologias anorretais. Muitas vezes, a extensão da propedêutica é necessária para se definir a melhor conduta, e nesse caso, a melhor proposta cirúrgica.

**PT021 - DOENÇA DE CROHN EM DELGADO: DIFICULDADE DIAGNÓSTICA E MANIFESTAÇÃO EXTRA INTESTINAL.**

DR. FABIO PIOVEZAN FONTE; DR. GUILHERME MUNIZ BOURROUL; DR. HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; DR. THIAGO BASSANEZE; DRA. VIVIAN SATI OBA BOURROUL; PROF. DR. RENE CREPALDI FILHO; PROF. DR. ROGERIO TADEU PALMA; PROF. DR. JAQUES WAISBERG

*FMABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A doença de Crohn (DC), descrita pela primeira vez em 1932 por Crohn, Ginzburg e Oppenheimer, é uma doença inflamatória intestinal crônica transmural, ainda de etiologia desconhecida, incurável e acomete qualquer parte do tubo digestivo, embora frequentemente se localize no segmento ileocólico em 40 a 60% dos casos e poupando o reto em 90% deles. O eritema nodoso é a lesão dermatológica mais comum quando surgem sintomas de atividade da DC. Caracteriza-se por nódulos dolorosos em faces extensoras das pernas, mais palpáveis que visíveis que evoluem com aspecto de contusão residual. OBJETIVO: Relatar um caso de eritema nodoso na DC em vigência do tratamento com azatioprina e adalimumabe. MÉTODO: Relato de caso com levantamento prático e revisão da literatura. RELATO DE CASO: homem, 45 anos, iniciou quadro de diarreia alternando com períodos de obstipação intestinal durante 5 anos. Há dois anos esses sintomas se exacerbaram chegando à apresentar 20 episódios de evacuações diarreicas ao dia, acompanhado de cólicas de forte intensidade, perda de 16kg e por vezes febre no período de 7 meses. Apresentava colonoscopia e endoscopia digestiva alta normais. Realizado transito intestinal que evidenciou atividade inflamatória em jejuno. Iniciada mesalazina em dose plena sem melhora do quadro. Optado por terapia biológica com adalimumabe e desmame da mesalazina. Houve remissão clínica após 6 semanas. Passado 5 meses do diagnóstico houve o aparecimento de uma mácula descamativa, eritematosa, pruriginosa e ascendente em região do maléolo medial esquerdo e 60 dias depois surgiu outra lesão semelhante em maléolo contralateral, demonstrando ainda atividade da DC. Associada azatioprina ao biológico, com remissão clínica e endoscópica da doença. DISCUSSÃO: O diagnóstico da DC resulta da análise de dados clínicos, endoscópicos, radiológicos, laboratoriais e histológicos. A avaliação endoscópica é fundamental na DC, sendo a ileocolonosopia considerada o padrão ouro para o diagnóstico nas doenças inflamatórias intestinais e o transito intestinal o exame mais utilizado na prática para avaliação do intestino delgado. Mais recentemente, novas tecnologias para diagnóstico têm sido desenvolvidas para avaliação principalmente do intestino delgado, tais como a enterorressonância, cápsula endoscópica e enteroscopia com balão. O eritema nodoso tem prevalência de 3 a 8%, sendo mais comum em mulheres, pacientes com acometimento do cólon e artrite e manifesta-se mais frequentemente nos dois primeiros anos da DC. O anátomo patológico se faz necessário para confirmação diagnóstica do eritema e estes respondem bem à corticosteróides sistêmicos.

**PT022 - NEUROFIBROMA SOLITÁRIO DO CÓLON SIMULANDO LESÃO POLIPOIDE – RELATO DE CASO**  
GIANNA LUISSA COELHO; ARTHUR HENRIQUE DA SILVA; FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI; RODRIGO BECKER PEREIRA; GUSTAVO BECKER PEREIRA; BRUNO LORENZO SCOLARO; FANGIO FERRARI; JULIANO DE PAULA LOBLEIN  
*UNIVALI, ITAJAÍ, SC, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os neurofibromas são tumores benignos originados do tecido endoneural dos nervos periféricos, constituídos por diferentes combinações de células de Schwann, fibroblastos e axônios. Apresentam-se clinicamente como massas bem circunscritas, isoladas ou múltiplas, podendo ou não estar associado a Neurofibromatose Tipo I. Em geral, podem ocorrer em todos os tecidos do organismo, sendo raro seu aparecimento no trato gastrointestinal. Objetivo: Demonstrar uma apresentação rara de Neurofibroma, com localização em cólon sigmóide. Métodos: Apresentamos o caso de um paciente, masculino, 48 anos, que vem a consulta para avaliação geral e exames preventivos. Negava quaisquer queixas gastrointestinais. Hígido, sem história pessoal ou familiar de neoplasia colorretal. Ao exame físico, ausência de anormalidades. Foi realizado colonoscopia, na qual diagnosticou-se um pólipóide sésil de 5mm no cólon sigmóide, sendo este removido e encaminhado ao anatomopatológico. Resultados: O exame anatomopatológico evidenciou-se tumor neural polipoide benigno do cólon, e a imuno-histoquímica confirmou presença de Neurofibroma benigno. Conclusão: É importante atentarmos para o diagnóstico diferencial das lesões colônicas, sejam elas polipóides ou planas, uma vez que estas quando detectadas e tratadas em seus estágios iniciais podem reduzir a mortalidade relacionada ao câncer colorretal. O neurofibroma é uma lesão benigna que faz parte do diagnóstico diferencial da lesão polipoide. Seu achado isolado no cólon é bastante raro. O diagnóstico definitivo da lesão só é possível através da análise histopatológica e da imuno-histoquímica da tumoração.

**PT023 - USTEKINUMABE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN REFRATÁRIA AO ANTI TNF**  
ROGERIO SERAFIM PARRA; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; BRUNO ZENNE MOTTA; ENRICO SFOGGIA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Um número significativo de pacientes com doença de Crohn (DC) moderada a grave são refratários a terapia biológica convencional com uso de anti TNF (Adalimumabe e Infliximabe). Estudos mostram que o Ustekinumabe, um novo medicamento biológico que atua em outra via de ação (anti Interleucina 12/23), pode ser utilizado com sucesso como tratamento de indução e manutenção nestes pacientes. Objetivo: Apresentar dois casos de sucesso do uso do Ustekinumabe no tratamento da DC grave refratária ao anti TNF, tratados no Hospital das Clínicas da FMRP-USP e na

Proctogastroclínica de Ribeirão Preto / SP. Métodos: Indicamos o uso do Ustekinumabe em cinco pacientes com DC grave, refratários ao Infliximabe e ao Adalimumabe, com múltiplas cirurgias prévias. Dois pacientes já conseguiram a medicação (Ustekinumabe - Stelara®, 1 ampola / 45mg) por meio de ação judicial, e estão usando o remédio há mais de 6 meses. Foi feita dose de indução (3 ampolas, 145mg) nas semanas 0, 3 e 9 e depois a dose de manutenção (2 ampolas, 90mg) a cada 9 semanas. Foi utilizado o índice de Harvey-Bradshaw (HBI) e alguns parâmetros clínicos antes e após o tratamento. Resultados: Paciente 1: AFS, 31 anos, masculino, com DC há mais de 10 anos, já submetido a várias cirurgias abdominais entre os anos de 2006 a 2014, com quadro de diarreia crônica e desnutrição significativa (40kg, 1.72m, IMC 13,52, albumina 1.3, Hb 9.8). O HBI do paciente era de 13. Iniciou o Ustekinumabe em novembro 2014 e apresentou resposta clínica significativa (dados atuais: peso 47kg, IMC 15,88, albumina 3.2 e Hb 16.2). O HBI atual é 3. Não apresentou complicações relacionadas ao tratamento e atualmente encontra-se assintomático do ponto de vista intestinal. Paciente 2: MFS, 32 anos, feminino, DC íleo colon anal desde 1999 (há 16 anos) submetida várias cirurgias abdominais, entre elas a proctocolectomia total, amputação do reto e anus, ileostomia definitiva, por DC grave e refratária e fistulas entero cutâneas. Apresentava HBI de 12 antes do tratamento, eritema nodoso e pioderma gangrenoso de difícil controle. Iniciou o medicamento em dezembro 2014, apresentou resposta clínica significativa e atualmente apresenta HBI de 4 e não apresenta mais as manifestações extra intestinais. Durante o tratamento apresentou lesão de pele no membro inferior direito (isquemia? Trombose?) atribuída, após investigação, ao uso do metotrexate. Estas alterações resolveram completamente após suspensão do metotrexate. Atualmente está assintomática do ponto de vista intestinal, sem manifestações extra intestinais. Conclusões: Este é o primeiro relato de uso do Ustekinumabe em pacientes no Brasil. Com base nos estudos já publicados com a medicação, acreditamos que esta é uma boa opção para pacientes refratários ao tratamento clínico com biológicos convencionais (anti TNF) disponíveis no Brasil. Há necessidade de um maior número de pacientes para confirmar estes achados.

**PT024 - LESÕES PRECOSES DE RETO: UM DESAFIO PARA OS MÉTODOS PROPEDEÚTICOS E TECNOLOGIAS ASSOCIADAS**

MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; SAMUEL SOSTENES SANTOS; PETERSON MARTINS NEVES; MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS; DAVID DE LANNA; FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR; RODOLFO DE MORAIS ARAUJO; CAMILA GOMES DE SOUZA  
*HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Um dos grandes desafios dos métodos propedêuticos dos testes de screening do câncer colorretal é o diagnóstico diferencial das lesões precoces. Esforços têm sido feitos no sentido de agregar tecnologias e ampliar a

fidedignidade dos exames endoscópicos, a fim de estabelecer os tratamentos adequados para as lesões malignas ou benignas. O uso cromoscopia, filtros ópticos, magnificação de imagens são algumas das alternativas empregadas para aumentar a acurácia dos achados endoscópicos. Entretanto, ainda há inconsistências e o risco de se tratar minimamente uma lesão maligna e, radicalmente, uma lesão benigna é consequência inexorável desta realidade. OBJETIVO: Relatar caso de incoerência da ultrassonografia endoscópica no diagnóstico diferencial de lesão de reto inicial. MÉTODO: Dados obtidos por revisão de prontuário e pesquisa na literatura médica. RESULTADOS: MDDS, feminino, 67 anos, seis meses com alteração no hábito intestinal: diarreia, muco e sangue, associada a episódios de urgência. Realizou colonoscopia: pólipos séssil, volumoso, granular, a 07cm da margem anal – cromoscopia com magnificação padrão de pits IIII na classificação de Kudo – e ultrassonografia endoscópica sugerindo lesão infiltrando a submucosa (T1). Apesar da ultrassonografia endoscópica indicar invasão da submucosa, os critérios histológicos favoráveis poderiam evitar a cirurgia radical, para tanto, era necessário uma boa avaliação da peça cirúrgica. Submetida a ressecção por Microcirurgia Endoscópica Transanal (TEM). AP: Adenoma viloso com displasia de baixo grau; margens cirúrgicas livres. CONCLUSÃO: A TEM apresenta indicação precisa e consistente para as lesões volumosas ou malignas iniciais (T1 com critérios histológicos favoráveis). Todos estes métodos apresentam alta complexidade tecnológica e alto custo, além de ainda estarem associados a outros fatores que interferem no seu desempenho, tais como a experiência do endoscopista, o preparo adequado do cólon, o equipamento utilizado, dentre outros. Conviver com este dilema é cada vez mais desafiador devido à popularização da colonoscopia e, conseqüentemente o aumento da detecção de lesões precoces.

**PT025 - CORRELACIONAR PATOLOGIAS ANORRETAIS COM O SINTOMA DE DOR ANAL NAS MANOMETRIAS ANORRETAIS**

JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; THIAGO FARIA MAGALHAES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; PAULO VITOR LIMA SOARES; RAFAEL FERRAS SANTANA; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES

*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A importância da compreensão da dor anal está associada a sua elevada incidência e aos avanços no conhecimento da neurofisiologia. Apresenta afecções multifatoriais, fatores traumáticos e/ou neurológicos, além de psicológicos. A característica principal é a ausência de achados no exame físico, diagnóstico por exclusão, com base na descrição clínica e nos achados dos exames endoscópicos e na avaliação da fisiologia anorretal. O estudo busca identificar fatores etiológicos, para dessa forma, realizar uma terapêutica eficaz e definitiva. Objetivo: O objetivo deste trabalho é identificar as causas de dor anal, e dessa forma poder contri-

buir com o mecanismo fisiopatológico. Materiais e Métodos: A casuística foi representada por 35 pacientes que tiveram como queixa principal para realizar a manometria anorretal dor anal. No período entre Janeiro de 2014 a Março de 2015, em hospital terciário em Salvador, Bahia. Resultados: Dos 35 pacientes, 14% (5 pacientes) eram do sexo masculino e 86% do sexo feminino (30 pacientes) média de idade de 50 anos. Pacientes que apresentavam dor anal e alguma patologia associada representavam 48%, pacientes que portavam somente dor anal representavam 51%. Das patologias apresentadas associadas a dor anal doença hemorroidária tinha 31% dos casos, 17% tinham constipação intestinal, 11% eram portadores de fissura anal, 3% com prolapso retal e 6% com fistula anorretal. Dos resultados encontrados, em relação a contratilidade 51% apresentaram normocontratilidade, hipocontratilidade 31% e hipercontratilidade 17%. Em relação a tonicidade, 37% dos pacientes com hipertonia, normotonia 31% e hipotonia 31%. Sensibilidade retal aumentada representavam 11% dos resultados dos exames e diminuída 8%. Conclusão: As análises realizadas com este estudo mostram que a dor anal é inespecífica, não podendo associá-la com nenhuma patologia, já que mais da metade dos pacientes que realizaram o exame, apresentavam apenas um quadro de dor anal isolado. Necessitando de novos estudos que busquem identificar fatores etiológicos, para que dessa forma se desenvolva uma modalidade terapêutica eficaz e preventiva. O presente estudo pode contribuir para ajudar na interpretação dos mecanismos fisiopatológicos e na prevenção dos sintomas, demonstrando a importância da avaliação manométrica nestes pacientes.

**PT026 - SINDROME DE FOURNIER: RELATO DE CASO TECNICA TRIANGULAR**

ULISSES CARDOSO MARQUES; REGINALDO RODRIGUES DO PRADO; MEIBEL MELO E SILVA; PAULA ROBERTA ISMAIL SILVA

*HOSPITAL SÃO FRANCISCO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier é uma patologia infecciosa grave, caracterizada por necrose e destruição de tecido subcutâneo e fáscia muscular, de rápida progressão, envolvendo principalmente a região perineal, perianal e genital, com alto índice de mortalidade, causada por bactérias aeróbias e anaeróbias que, atuam de maneira sinérgica, levando a uma fascíte necrotizante. Abscesso anorretal é uma doença que se traduz pela presença de uma coleção de pus sob a pele da região anal ou perianal, de forma aguda cuja etiologia principal é devida à penetração de germes contidos nas fezes ou no muco dentro de uma cripta. Esses germes, ao penetrarem nessa cripta, atingem os ductos glandulares, que se infectam e criam uma coleção de pus. É caracterizado por dor intensa na região afetada, aumento da temperatura local e rubor associado, o que denota um processo infeccioso subjacente, formando um abaulamento localizado na região perianal. OBJETIVO: Mostrar que a técnica descrita a seguir evita grandes ressecções de tecido desnecessariamente, evitando grandes desbridamentos de pele, com melhor fechamento da ferida

operatória, minimizando a necessidade de rodar retalho ou enxerto. MÉTODO: A técnica elaborada pela nossa equipe de coloproctologia faz o desbridamento de todo tecido necrótico e drenagem de toda secreção purulenta em forma de triângulos na transição do processo infeccioso e do tecido com vitalidade preservada, sendo que todos esses triângulos se comunicam, deixando drenos laminares de látex entre as comunicações, favorecendo a drenagem do processo infeccioso e controlando a progressão da doença. RELATO DE CASO: Dps, masculino, 66anos, diabético, com quadro de dores em região anal por 10 dias, insidiosa, com piora repentina em 1 dia associado a edema local importante, febre, taquicardia, região anal e glútea endurecida, nódulos palpáveis em região glútea de 10x8 cm em ambos os glúteos, com presença de orifício de drenagem de secreção purulenta em região perianal com odor fétido. Realizado estabilização hemodinâmica, antibiótico terapia com ciprofloxacino e metronidazol e encaminhado a tratamento cirúrgico na mesma data, e cuidados intensivo. Primeira abordagem realizado debridamento cirúrgico em 3 abordagens em mesma internação, transversostomia e câmara hiperbárica em varias sessões. Após 4 meses realizado enxerto de pequena extensão por cirurgia plástica e reconstrução de transito intestinal. CONCLUSÃO: Com esta técnica é possível reabordar várias vezes o mesmo paciente, caso seja necessário, retirando todo tecido desvitalizado e o processo infeccioso, evitando o desbridamento excessivo de pele sadia, melhor reabilitação do local, com melhor fechamento da ferida operatória e menor quantidade de rotação de retalhões. REFERENCIAS: Arquivos Catarinenses de Medicina - Volume 38 - Suplemento 01 - 2009. Laucks SS. Fournier's gangrene. Surg Clin North Am 1994; 74: 1339-52. Urdaneta Carruyo E, Méndez Parra A, Urdaneta Contreras A. Gangrena de Fournier. Perspectivas actuales. An Med Interna (Madrid) 2007; 24: 190-4. Coloproctologia - 4ª Ed. - Capítulo 05 - Abscessos Anorretais.

#### PT027 - TUMOR CARCINOIDE RETAL: RELATO DE CASO

OLANE MARQUEZ DE OLIVEIRA; PAULO HENRIQUE PISI; RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA; FELIPE BARUFALDI; JOSIANE HARUMI CIHODA LOPES; VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES

SANTA CASA RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Tumores carcinóides são neoplasias neuroendócrinas que acometem com frequência o trato gastrointestinal, cerca de 73,7%, sendo a localização retal menos comum (16,3%). Esse tumor quando no reto pode provocar sangramento, constipação, dor e prurido anal, mas aproximadamente 50% dos pacientes são assintomáticos. É relatado o caso de um paciente de 52 anos em acompanhamento devido à doença hemorroidária. O diagnóstico foi feito pela colonoscopia através da qual foi possível a ressecção completa da lesão. Relato de caso. NSN, 52 anos, feminino, branca, procedente e residente em Ribeirão Preto, acompanhada neste serviço devido a doença hemorroidária. Realizou colonoscopia de rastreamento que evidenciou lesão numular de aproximadamente 0,4 cm no

reto baixo, que foi totalmente ressecada durante o procedimento. O anátomo patológico mostrou neoplasia neuroendócrina bem diferenciada – tumor carcinóide. Os achados imuno-histoquímicos (anticorpos sinaptofisina positivo, cromogranina A negativo, AE1/AE3 positivo e KI-67 positivo) confirmaram o diagnóstico. O estadiamento da paciente foi realizado com radiografia de tórax, tomografia computadorizada de abdome, e ressonância magnética de pelve que não evidenciou alterações, este último solicitado pela indisponibilidade de ultrassom endoscópico no serviço. Realizada colonoscopia de controle após 90 e 270 dias da ressecção, sem sinais de lesão e apresentando apenas cicatriz linear sem elevação. Paciente permanece assintomática em acompanhamento ambulatorial com exames de imagem sem alterações, mostrando boa evolução. Discussão: Os tumores carcinóides foram descritos pela primeira vez em 1888 por Lubarsh. O termo karzinoide foi usado por Obendorfer em 1907 para descrever tumores ileais com comportamento mais benigno que os adenocarcinomas típicos. O gene PLCβ3 está envolvido na fisiopatologia desses tumores, provocando o descontrolo no crescimento das células e distorcendo o processo de apoptose. São tumores que podem ter diferentes produções hormonais dependendo de seu sítio. A incidência é de 0,7 casos/100mil habitantes com média de idade de 50 anos. Os sintomas são escassos e o diagnóstico se dá através da colonoscopia com estudo anátomo-patológico e imuno-histoquímico. Estadia-se o tumor com radiografia de tórax, tomografia computadorizada de abdome e ultrassom endoscópico. O tratamento cirúrgico é prioritário e se houver necessidade pode-se complementar com métodos adjuvantes. Em lesões menores que 1 cm sem invasão das camadas musculares, baixo índice mitótico e baixo Ki-67 pode-se optar pela ressecção endoscópica ou local. No entanto se houver invasão da muscular, o tratamento é a excisão cirúrgica radical (ressecção anterior ou amputação abdominoperineal do reto). A sobrevida dos pacientes com tumor carcinóide no reto diagnosticados inicialmente é de 85,4% em 5 anos. Lesões maiores que 2 cm com disseminação da doença, tem sobrevida de 70%.

PT028 - INFARTO ESPLÊNICO APÓS MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA DO CÓLON : RELATO DE CASO. MICHEL GARDERE CAMARGO; UMBERTO MORELLI; CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A mucosectomia endoscópica (ME) é o método preferencial DE ressecções de lesões colorretais precoces, mesmo que estas sejam extensas. Pacientes em uso de anticoagulação regular são avaliados conforme o risco de eventos tromboembólicos (ETE) e de hemorragia peri-procedimento. O tratamento endoscópico deve ser influenciado por características da lesão, localização, fatores do paciente e experiência do serviço. A taxa de complicações decorrentes da ME aumenta em proporção direta à complexidade do procedimento, e o colonoscopista deve estar familiarizado com fatores

de risco, métodos de detecção precoce e manejo dos pacientes. **OBJETIVO:** Relatar um caso de infarto esplênico após mucosectomia endoscópica do cólon em paciente em regime de anticoagulação regular. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino de 92 anos de idade, referindo há 6 meses melena e anemia ferropriva refratária à reposição de ferro. Era usuária de varfarina por fibrilação atrial crônica e portadora de insuficiência cardíaca. Foi submetida a endoscopia digestiva alta normal e colonoscopia com achado de lesão de crescimento lateral granular heterogênea medindo 35mm no cólon transverso. Após avaliação cardiológica e hematológica, devido ao alto risco de sangramento foi optado pela suspensão da varfarina 5 dias antes da segunda colonoscopia para ressecção da lesão, com introdução de terapia-ponte com heparina não-fractionada quando o RNI ficou menor que 2,0, que foi suspensa seis horas antes do procedimento. A ME foi realizada com técnica de piecemeal sem intercorrências e sem evidência de lesão residual. Seis horas após o procedimento, devido ao alto risco de ocorrência de ETE, foi reintroduzida a heparina não fractionada e no primeiro dia pós-ME evoluiu com enterorragia, sendo optado por suspensão da anticoagulação e administração de vitamina K por orientação da Hematologia. Teve parada do sangramento, mas no terceiro dia pós-ME evoluiu com dor abdominal intensa no andar superior e sudorese fria. Realizados eletrocardiograma e enzimas cardíacas com resultados normais. A tomografia computadorizada do abdome total demonstrava infarto esplênico e ausência de pneumoperitônio. Sob orientação da Hematologia foi realizada anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular, com melhora rápida dos sintomas e sem ocorrência de nova hemorragia. Foi reintroduzida a varfarina e teve alta no nono dia pós-ME. O anatomopatológico demonstrou adenoma com displasia de alto grau (classificação de Viena 4). Após seu tratamento, a paciente não mais apresentou melena ou anemia. Após 6 meses foi realizada nova colonoscopia que não evidenciou recidiva da lesão. **CONCLUSÃO:** Enquanto o risco de sangramento depende principalmente do tipo de procedimento endoscópico a ser realizado, o risco de ocorrência de ETE está ligado à indicação prévia da anticoagulação. O manejo de pacientes de alto risco para ETE que serão submetidos a procedimentos endoscópicos é complexo e deve ser multidisciplinar.

**PT029 - LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA COLOVESICAL PÓS-DIVERTICULITE**  
MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; THAÍS PEREIRA; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; RODRIGO AMBAR PINTO; SERGIO EDUARDO ARAUJO; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A formação de fistulas é uma das complicações da diverticulite aguda, compreendendo cerca de 20% dos casos dos pacientes tratados com cirurgia. As fistulas mais frequentes são a colovesical e a colovaginal. A abordagem cirúrgica desses casos por laparoscopia tem sido cada vez mais empregado, mostrando bons resultados pós-operatórios e bai-

xas taxas de morbidade e mortalidade. **Objetivo:** Demonstrar a abordagem laparoscópica de um paciente com fistula colovesical devido a doença diverticular do cólon com episódios prévios de diverticulite. **Método:** Paciente do sexo masculino de 59 anos com história de pneumatúria e infecções urinárias recorrentes que apresenta histórico prévio de diverticulite aguda. Realizado exames investigatórios sendo que a tomografia de abdome e pelve mostrava: moderada dilatação pieloureteral e afilamento cortical à esquerda. Múltiplos divertículos no cólon esquerdo, até a transição reto-sigmoide. Acentuado espessamento parietal do cólon sigmoide que se apresenta contraído. Trajeto fistuloso entre o cólon sigmoide e a bexiga urinária. O processo inflamatório decorrente se manifesta também com aderências às vesículas seminais e por retração medial do ureter esquerdo com consequente dilatação ureteral a montante. Há também trajeto fistuloso do sigmoide para o meso-sigmoide. Sendo diagnosticado com de fistula colovesical. **Resultado:** Realizado o acesso laparoscópico através da colocação de 5 trocâteres: 10mm na cicatriz umbilical para a óptica, 5mm em hipocôndrio direito, fossa ilíaca esquerda e hipocôndrio esquerdo e 11mm em fossa ilíaca direita. Fez-se a abordagem médio-lateral, com ligadura da veia mesentérica inferior e dissecação da fâscia de Gerota, liberação do ângulo esplênico acima do pâncreas. A seguir, ligadura da artéria mesentérica inferior e dissecação e preservação dos elementos do retroperitônio. A liberação lateral do sigmoide e a dissecação do reto foram dificultadas pelo processo inflamatório estabelecido, com presença de abscesso local. Foi necessária ressecção de parte da parede posterior da bexiga pela presença da fistula, sendo realizada sutura em dois planos da mesma. Passado cateter de duplo J no ureter esquerdo, que estava acometido pelo processo inflamatório. Secção do reto com grampeador curvo cortante por incisão de Pfannenstiel e retirada da peça. Realizada anastomose colorretal término-terminal mecânica por duplo grampeamento e derivação do trânsito com ileostomia em alça devido ao tempo cirúrgico longo e presença de comorbidades. Paciente teve evolução favorável no pós-operatório, mantido sonda vesical de demora por duas semanas, sem evidência de fistula urinária. **Conclusão:** O acesso laparoscópico, em pacientes com doença diverticular com episódios prévios de diverticulite que desenvolveram complicações, é factível no entanto exige adequado planejamento pré-operatório pois muitas vezes necessita abordagem multidisciplinar.

**PT030 - CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CANAL ANAL EM PORTADOR DE RETOCOLITE ULCERATIVA: UM DESAFIO NO MANEJO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**  
PATRICIA ZACHARIAS; JAIME FONTANELLI FREITAS; JULIANA GONCALVES ROCHA; ERON FABIO MIRANDA; PAULO GUSTAVO KOTZE  
PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: O câncer anal corresponde a 4% de todas as neoplasias malignas do trato digestivo baixo. A maioria dos carcinomas no canal anal é de origem escamosa, com incidên-

cia de 1 para 100 casos/ano na população geral. Este tipo de carcinoma tem como fatores de risco: tabagismo, papiloma virus humano (HPV) e imunossupressão. Antigamente, suspeitava-se que a inflamação anal fosse um fator de risco para carcinoma espinocelular (CEC) de canal anal. Tal inflamação pode estar presente em pacientes com doença inflamatória intestinal (DII). A ocorrência de CEC nas DII é rara. Uma revisão sistemática descreveu 33 casos na literatura, sendo 7 na Retocolite Ulcerativa (RCUI) e 26 na doença de Crohn (DC). O objetivo deste relato é a descrição detalhada de um caso de CEC de canal anal em uma paciente portadora de RCUI. Relato do caso: T. O. A., 60 anos, feminina, diagnóstico de RCUI há 10 anos, com vários episódios de agudização no período, com piora gradual do quadro clínico mesmo com terapia combinada com infliximabe, azatioprina e mesalazina. Paciente com intratabilidade clínica ao tratamento convencional e biológico, já com indicação cirúrgica evidente. Realizou colonoscopia pré-operatória que demonstrou proctocolite esquerda em atividade e presença de lesão plana de 3 cm de diâmetro, endurecida, a cerca de 1 cm da borda anal, com biópsias evidenciando carcinoma de células escamosas moderadamente invasor. Avaliação radiológica não demonstrou metástases à distância. Após discussão do caso sobre a opção de realização de neoadjuvância ou cirurgia como primeira opção de tratamento, optou-se pela realização da cirurgia pelo mau estado geral da paciente, anemia e exacerbação dos sintomas com difícil controle clínico. Realizada proctocolectomia total com ileostomia terminal e fechamento do períneo primariamente, com amputação do reto com princípios oncológicos. A análise histológica da peça cirúrgica demonstrou RCUI crônica, com fibrose e atividade inflamatória, com CEC de canal anal estadiamento pT2N1M0, margens cirúrgicas livres e metástases em 2 de 36 linfonodos dissecados. Paciente teve boa evolução no pós-operatório, com cicatrização total do períneo, em acompanhamento ambulatorial sem medicações. Conclusão: a ocorrência de CEC em portadores de DII, e principalmente na RCUI, é rara. A maioria dos casos relatados realizou tratamento cirúrgico primário, sem realização do esquema de radio e quimioterapia. A proctocolectomia total com amputação do reto seguindo princípios oncológicos é a melhor forma de tratamento. Neoadjuvância é indicada em tumores grandes em pacientes estáveis.

**PT031 - CAPNOGRAFIA VOLUMÉTRICA: MÉTODO NÃO-INVASIVO, SEGURO E EFICAZ NA AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA DE PACIENTES SUBMETIDOS À COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA COM INSUFLAÇÃO DE AR COMPRIMIDO E GÁS CARBÔNICO**

MICHEL GARDERE CAMARGO; MARCOS MELLO MOREIRA; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS; UMBERTO MORELLI; RAQUEL FRANCO LEAL; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A utilização de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) em exames endoscópicos associa-se a maior con-

forto após os procedimentos. O desenvolvimento de métodos não-invasivos de monitorização do CO<sub>2</sub> é interessante pois promove maior segurança do paciente. OBJETIVOS: Avaliar a eficácia da capnografia volumétrica (CV) em pacientes submetidos a colonoscopia com insuflação de ar comprimido e de CO<sub>2</sub>. MATERIAIS E MÉTODOS: Randomizaram-se dois grupos, Grupo A (n=23) insuflação de ar e Grupo B (n=26) insuflação de CO<sub>2</sub>. Exames sob sedação com cateter nasal de oxigênio a 3L/min. Registraram-se pressão expiratória final de CO<sub>2</sub> (PETCO<sub>2</sub>), frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC), volume minuto alveolar (VM alv) e saturação de oxigênio (spo<sub>2</sub>) com oxi-capnógrafo CO<sub>2</sub>S-MO-Plus-8100®\_Dixtal. Conectou-se o sensor do capnógrafo a uma máscara anestésica e esta ao rosto do paciente. Analisamos os parâmetros no primeiro minuto (PI), ceco (PC) e último minuto (PF). Foram excluídos portadores de pneumopatias. RESULTADOS: A idade média em anos completos dos grupos A e B foi 56,5 e 50,9, respectivamente. Os pacientes do sexo masculino correspondiam a 65 e 50% dos grupos A e B, respectivamente. Não se observaram diferenças nos parâmetros avaliados nos três tempos e não ocorreu hipercapnia. Quanto a PetCO<sub>2</sub> (mmHg) nos grupos A e B nos PI (28/27), PC (30/30) e PF (28/31); FR em incursões respiratórias por minuto nos PI (18/17), PC (26/22) e PF (19/19); FC em batimentos por minuto nos PI (78/82), PC (84/86) e PF (74/86); VM alv em litros nos PI (4,7/4,6), PC (5,7/4,4) e PF (4,5/5,6). Quanto a spo<sub>2</sub>, um paciente de cada grupo apresentou queda de saturação abaixo de 85% por 5 segundos no grupo A e 6 segundos no grupo B. CONCLUSÕES: A CV mostrou-se eficaz na monitoração dos parâmetros ventilatórios nos pacientes submetidos à colonoscopia com insuflação de ar comprimido e de gás carbônico.

**PT032 - HÉRNIA LOMBAR DE GRYNFELT COMPLICADA: RELATO DE CASO**

RENATO MASON RODRIGUES DA CUNHA; TÁCITO LEANDRO BORGES DE BESSA; JUAN THOMAZ GABRIEL DE SOUZA RAMOS; EDUARDO RODRIGUES CHAGAS SILVEIRA; GABRIELLY BERTOLDI SILVA; LANA GABRIELA DE SOUSA SILVA; JULIANA DE OLIVEIRA SALGE; GLENIO FERNANDES MORAES UNIUBE, UBERABA, MG, BRASIL.

Resumo: Introdução: Hérnias lombares são protrusões de estruturas intra ou extra-peritoneais através da descontinuidade da parede abdominal póstero-lateral. É um defeito incomum, na ordem de 2% de todos os casos de hérnias da parede abdominal. As hérnias de Grynfelt resultam de um enfraquecimento da fâscia fibromuscular posterior ao nível do Triângulo de Grynfelt. Apesar de incomum, podem complicar com destaque ao estrangulamento, encarceramento, isquemia e perfuração intestinal, com relatos de necessitarem tratamento cirúrgico de urgência. Relato de Caso: C.M.P., 60 anos, feminino, natural e procedente de Uberaba/MG, procurou nosso serviço em setembro/14, queixando-se de dor moderada e intermitente, em cólica, localizada em hipocôndrio direito com irradiação para

o esquerdo há seis horas, associada a abaulamento crescente em flanco esquerdo há três meses. Após avaliação clínica foi feito o diagnóstico de hérnia em região lombar, concomitante ao diagnóstico ultrassonográfico de colelitíase. Durante o período pré-operatório, paciente retornou à emergência, apresentando dor abdominal há 1 semana, com piora há 1 dia. Em nova avaliação evidenciou-se abdome doloroso e tenso, principalmente na região lombar, acompanhado de sinais de necrose da parede abdominal. Com o quadro acima, foi encaminhada para realização de laparotomia exploradora que evidenciou a presença de necrose isquêmica e perfuração de cólon transverso e epíplon. Realizou-se ressecção de segmento necrosado e anastomose mecânica látero-lateral dos cólons direito e esquerdo, e reconstrução simples da parede abdominal, sem uso de próteses. Paciente foi então encaminhada à UTI, em grave instabilidade hemodinâmica, evoluindo para o óbito, dois dias após. Discussão: As hérnias lombares se formam preferencialmente no triângulo lombar superior, ou de Grynfelt, que é delimitado pela borda inferior da 12ª costela, músculo oblíquo interno, músculos para-espinais, o teto pelo músculo latíssimo do dorso e o assoalho pela fáscia do músculo transverso do abdome. São mais frequentes unilateralmente à esquerda e em pacientes entre a 5ª e 7ª década de vida e do sexo masculino. Esta predominância de localização se dá pela fragilidade da área, cujo assoalho é composto apenas pela fáscia transversal. O diagnóstico é feito pela história de abaulamento na região posterior do abdome, associado a dor, náuseas e vômitos. No exame físico, é possível observar a presença de palpação dolorosa na área fragilizada e aumento de volume da massa lombar durante a realização da manobra de Valsalva. Os exames de imagem permitem a confirmação da suspeita em casos duvidosos e a exclusão de diagnósticos diferenciais. O tratamento é feito através de correção cirúrgica, na qual deve ser feita uma reconstrução da parede abdominal, por laparotomia ou laparoscopia. Técnicas como reparo primário, tecidos autólogos ou colocação de próteses, podem ser utilizadas nestes casos, sendo que a abordagem preferencial deve ser a retroperitoneal.

**PT033 - COLONOSCOPIA AMBULATORIAL DIAGNÓSTICA COM DIÓXIDO DE CARBONO: USO DE UM NOVO SISTEMA DE INSUFLAÇÃO DE BAIXO FLUXO**  
MICHEL GARDERE CAMARGO; MARCOS MELLO MOREIRA; JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS; PRISCILLA DE SENNE PORTEL OLIVEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Sabe-se que a colonoscopia realizada com insuflação de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) gera mais conforto ao paciente, uma vez que é rapidamente absorvido e excretado pela respiração. **OBJETIVOS:** Avaliar a segurança do método, intensidade da dor pós-exame, alterações da saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) e da pressão expiratória final

de CO<sub>2</sub> (PetCO<sub>2</sub>) em pacientes submetidos a colonoscopia diagnóstica com novo sistema de insuflação de baixo fluxo de CO<sub>2</sub> e monitorização online da PetCO<sub>2</sub>. **MÉTODOS:** entre 04/2014 a 04/2015 realizou-se trabalho prospectivo e randomizado em 49 pacientes submetidos a colonoscopia diagnóstica ambulatorial, sem cardiopatias ou pneumopatias e sob sedação, encaminhados ao Gastrocentro-Unicamp. Divididos em 2 grupos (Ar=23 e CO<sub>2</sub>=26). Monitorados com oxícapnógrafo CO<sub>2</sub>SMO-Plus-8100®\_Dixtal. Idade média em anos completos (Ar=56,5 e CO<sub>2</sub>=50,9), sexo masculino (Ar=15 e CO<sub>2</sub>=13), risco anestésico ASA I (Ar=19 e CO<sub>2</sub>=22) ASA II (Ar=4 e CO<sub>2</sub>=4) e índice de massa corpóreo médio (kg/m<sup>2</sup>) (Ar=28,5 e CO<sub>2</sub>=27,8). **RESULTADOS:** A PetCO<sub>2</sub> (mmHg) média foi 27,1 (máx: 39) no grupo Ar e 28,86 (máx: 39) no grupo CO<sub>2</sub>. A SpO<sub>2</sub> média foi de 97% para o grupo Ar e de 96% para o grupo de CO<sub>2</sub>. Houve um caso de hipóxia (SpO<sub>2</sub><85%) em cada grupo, com duração de 5 segundos no grupo Ar e 6 segundos no grupo CO<sub>2</sub>. Em relação à dor, foi utilizado escore de Gloucester (0-4), com média de 0,74 para o grupo Ar e 0,28 para o grupo CO<sub>2</sub> ao término do exame; após 10min do término do exame com média de 0,35 para o grupo Ar e 0,12 para o grupo CO<sub>2</sub>; após 24h do término do exame a média foi de 0,04 para ambos os grupos. Não ocorreram complicações durante ou após os exames. **CONCLUSÕES:** A colonoscopia com insuflação de CO<sub>2</sub> utilizando este novo dispositivo de baixo fluxo mostrou-se segura, não causando riscos ou complicações quanto às trocas gasosas, além de causar menos dor no pós-exame imediato quando comparado ao grupo Ar.

#### **PT034 - TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEOASSISTIDO DA FÍSTULA ANORRETAL (VAAFT): RESULTADOS PRELIMINARES DA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA NO ESTADO DO MARANHÃO**

GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES<sup>1</sup>; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES<sup>2</sup>; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO<sup>1</sup>; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES<sup>1</sup>; NIKOLAY COELHO DA MOTA<sup>1</sup>; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR<sup>1</sup>; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA<sup>1</sup>; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO<sup>1</sup>

*1.UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2.HOSPITAL SAO ROBERTO, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A fistula anorretal é um trajeto epitelizado que estabelece comunicação entre o reto ou canal anal com a região perineal. A associação da videocirurgia com o procedimento minimamente invasivo levou ao desenvolvimento do tratamento vídeo-assistido da fistula anorretal. A técnica VAAFT é utilizada para o tratamento cirúrgico de fistulas anorretais complexas e de fistulas recidivadas. A taxa de recidiva descrita é de aproximadamente 30%. **OBJETIVO:** Descrever os resultados preliminares da primeira experiência de realização da cirurgia vídeo-assistida para tratamento da fistula anorretal complexa em Hospital Universitário no Maranhão. **MÉTODOS:** Em janeiro de 2015, 3 pacientes do sexo masculino foram submetidos ao procedimento VAAFT



no Hospital Universitário. O critério de inclusão foi o diagnóstico de fístulas complexas, não passíveis de tratamento por fistulotomia simples. O critério de exclusão foi a suspeita ou o diagnóstico de doença de Crohn, neoplasia ou radioterapia prévia. Um dos pacientes apresentava 2 fístulas anorretais independentes e os demais uma única fístula cada. Foram realizados quatro procedimentos em fístulas anorretais complexas. As avaliações clínicas no pós-operatório foram realizadas após 15 dias e 2 meses. O tratamento vídeo-assistido da fístula anal foi realizado com um fistuloscópio fabricado pela Karl Storz (Tuttlingen, Germany), seguindo-se os passos da técnica proposta por Meinero. RESULTADOS: Todos os pacientes eram do sexo masculino. A média de idade foi de 24,66 (19-33) anos. A distância média entre a rima anal e o orifício externo foi de 4,3 (4-5) cm. Todos os casos foram classificados como fístulas transesfintéricas. Um dos casos tratava-se de fístula recidivada após LIFT e outro paciente apresentava dois orifícios externos com trajetos fistulosos distintos. A duração média do procedimento cirúrgico foi de 46,66 (40-70) minutos. O orifício interno foi identificado em todos os casos, sendo realizado seu fechamento com sutura simples. Não houve complicações intra ou pós-operatórias imediatas. Após seguimento inicial de 2 meses, os dois pacientes mantiveram queixas de drenagem de secreção através dos orifícios externos sugerindo recidivas. CONCLUSÃO: No presente estudo preliminar foi possível demonstrar que a técnica de VAAFT para o tratamento cirúrgico da fístula anorretal complexa é segura e reproduzível, porém, os resultados preliminares nesta pequena caustica foi de alto índice de recidiva.

#### PT035 - COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA EM PACIENTES ABAIXO DE 50 ANOS: AVALIAÇÃO DE INDICAÇÕES E DOS RESULTADOS

GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; NIKOLAY COELHO DA MOTA; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA; BRENDA DA SILVA SANTANA; FABIOLA NASSAR SOUSA FRAZÃO; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO  
*UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A colonoscopia é um método adequado na investigação das doenças colorretais, com destaque para os pólipos e neoplasias, sendo considerada diagnóstica e terapêutica. Permite a identificação precoce de lesões em pessoas de grupos de risco, investiga os sinais e sintomas, visualiza a mucosa do íleo terminal, cólons, reto e faz a análise macroscópica das lesões encontradas. OBJETIVO: Avaliar as indicações e os resultados da realização da colonoscopia em pacientes menores de 50 anos submetidos ao exame. MÉTODO: Trata-se de estudo retrospectivo através da revisão de laudos de colonoscopia de pacientes com idade inferior a 50 anos, de ambos os sexos, submetidos a colonoscopias eletivas em um Hospital Universitário. O período do estudo foi de junho de 2012 a dezembro de 2014. Neste período foram realizados 202 colonoscopias pelo Serviço de Coloproctologia

e 135 exames foram excluídos por serem de pacientes com idade superior a 50 anos. Uma vez tabulados, foram extraídos dados clínicos e demográficos (idade, sexo, indicação do exame, achados do exame) buscando a correlação entre os mesmos. RESULTADOS: Dos 67 pacientes avaliados, 37 (55%) eram mulheres e 30(45%) homens. Todos os pacientes apresentavam menos de 50 anos, sendo a média de idade 39,32 (14 – 49) anos. As indicações mais comuns para o exame foram: Hematoquezia(n=20; 30%), Constipação Crônica (n=13; 19%)e pré-operatório de cirurgia orificial (n=12; 18%). Outras indicações foram: pré-operatório de reconstrução de trânsito (n=6; 9%), dor anorretal (n=3; 4%), controle pós colectomia (n=3; 4%), controle de retocolite ulcerativa (n=3; 4%), controle de pós-polipectomia(n=2; 3%), dor abdominal (n=2; 3%), controle pós tratamento de neoplasia de canal anal (n=1; 2%), diarreia (n=1; 2%), prevenção(n=1; 2%). Cinquenta e três pacientes (79%) tiveram exames completos e 14 (21%)incompletos sendo 10 devido a dificuldades técnicas, 3 devido a preparo inadequado e 1 devido a lesão estenosante. Cinquenta e dois (78%) pacientes apresentaram exame endoscópico normal. Oito(12%) pacientes apresentavam inflamação de cólons e/ou reto. Quatro(6%) apresentavam doença diverticular. Dois pacientes (3%) apresentaram pólipos e um(1%) paciente apresentava lesão estenosante no cólon transverso. CONCLUSÃO: A colonoscopia é um exame de grande utilidade na avaliação dos cólons e reto mesmo em pacientes com idade inferior a 50 anos, respeitando-se as indicações para sua realização. Contribui de maneira efetiva para diagnóstico de afecções colorretais e prevenção e identificação de neoplasias colorretais.

#### PT036 - USO DA DIETA POLIMÉRICA COM TNF-B NA REMISSÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA DE CROHN ENRICO SFOGGIA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; RAFAEL COSTA JOMAH; LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES *HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: até 80% dos pacientes com doença de Crohn podem apresentar comprometimento do estado nutricional, causado por resposta inflamatória sistêmica exacerbada, má absorção de nutrientes e baixa ingestão oral. A terapia nutricional enteral pode ser efetiva na manutenção da remissão da doença em adultos e, em crianças, é considerada como tratamento de primeira linha na prevenção da desnutrição proteico-calórica e atraso do crescimento. Seu uso pode também ser recomendado em pacientes com inflamação intestinal persistente e nos corticodependentes. O objetivo do estudo é relatar o benefício do uso perioperatório da terapia nutricional enteral em uma paciente portadora de doença de Crohn refratária ao tratamento clínico. Caso Clínico: mulher, 30 anos, com diagnóstico de doença de Crohn há 06 anos e comprometimento colorretal. Tratamento prévio com mesalazina e azatioprina sem melhora. Iniciado terapia biológica (infiximab).

Não obteve melhora e evoluiu com fístula reto-vaginal refratária associada a infecções urinárias de repetição. Foi internada com queixas de fortes dores abdominais. Ao exame físico: descorada, emagrecida e abdome distendido. Dor a palpação difusa sem sinais de massas ou peritonismo. Peso: 42,9 kg. IMC: 15.75 kg/m<sup>2</sup>. Devido piora progressiva do quadro, optou-se por cirurgia. Realizado colectomia esquerda, enterectomia segmentar e ileostomia protetora. No pós-operatório foi iniciado dieta oral polimérica com TNF-β (600kcal/dia) e adalimumabe. Após 6 meses de uso da terapia nutricional e biológica, houve melhora do quadro estado nutricional com recuperação do peso e ganho em qualidade de vida. A reconstrução de trânsito intestinal foi realizada sem intercorrências e a paciente segue em remissão completa da doença. Conclusão: A terapia nutricional enteral pode ser recomendada no período perioperatório de pacientes com doença de Crohn e comprometimento nutricional.

#### PT037 - CIRURGIA DE DUHAMEL: ABORDAGEM POR VIDEOLAPAROSCOPIA

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA; SÉRGIO OLIVA BANCÍ; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR; JOAQUIM SIMÕES NETO; IVNA HOLANDA VIANA

*CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Baseados na experiência adquirida nos últimos 50 anos com a técnica de Duhamel, e devido a introdução crescente da videolaparoscopia em nosso meio, aconteceu, de forma, quase natural, a abordagem por videolaparoscopia para o tratamento da doença do megacólon chagásico. Objetivo: Este trabalho tem a finalidade de apresentar os resultados obtidos com a cirurgia de Duhamel realizada por via laparoscópica para o tratamento da obstipação advinda do megacolo adquirido, utilizando-se absolutamente a mesma técnica e tática utilizadas na cirurgia dita convencional. Metodologia: Serão analisados os resultados obtidos com a técnica de Duhamel realizada por laparoscopia. Devemos posicionar o paciente posição dupla. A cirurgia terá dois tempos cirúrgicos: abdominal por videolaparoscopia e, o segundo, por via perianal. Resultados: Em paciente algum da presente série foi necessária a reposição sanguínea, seja intra ou pós-operatória. Não foi registrado caso algum de necrose do cólon abaixado ou de infecção do espaço pré-sacro. Em 5 (8,9%) pacientes houve a necessidade de liberação do ângulo esplênico. O tempo cirúrgico variou de um mínimo de 95 minutos a um máximo de 240 minutos, com a média de 142 minutos. O fechamento da ampola retal foi realizado com aparelhos de sutura mecânica, carga verde. O número de cargas utilizadas foi variável, de acordo com o diâmetro do reto, de um mínimo de 2 cargas a um máximo de 4 cargas. Entretanto, não se observou deiscência da ampola retal, mesmo nos pacientes em que se utilizou o número máximo de cargas. Em um paciente (1,78%) ocorreu o não grameamento do reto. Tempo de eliminação de gases variou de um a três dias; tempo de

eliminação de fezes variou de um a 6 dias. A alimentação foi re-introduzida entre um a três dias, com média de 1,7 dias. O tempo de internação hospitalar variou de um mínimo de dois dias a um máximo de onze dias, com média de 3 dias. Conclusão: A abordagem laparoscópica é uma via de acesso válida para a realização da técnica de Duhamel para o tratamento do megacólon onde observamos início da alimentação precoce, redução do tempo de internação e das comorbidades. Discussão: A utilização da sutura mecânica, eliminando a necessidade de uma colostomia perineal, proporcionou os elementos finais para a aceitação praticamente universal desta técnica, como a melhor proposta atual de tratamento cirúrgico do megacolo adquirido. A grande vantagem da cirurgia é que, ao mesmo tempo em que se procede a uma anastomose cólon-retorretal com eliminação do segmento responsável pela falta de coordenação motora, não se realiza uma grande dissecação pélvica. Quanto à retirada do cólon, a grande vantagem da anastomose cólon-retorretal reside na possibilidade da retirada do segmento de cólon a ser ressecado por via perineal, sem necessidade de uma incisão abdominal. O cólon passa pelo espaço retro-retal com facilidade e exterioriza-se no períneo através da incisão realizada no canal anal.

#### PT038 - PROLAPSO DE BOLSA ILEAL - RELATO DE CASO

ALINE POZZEBON GONCALVES; MAGALY GEMIO TEIXEIRA; JULIANA FORMENTI ZANCO; TAUANA FERREIRA GONÇALVES; LORENA REUTER MOTTA GAMA HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Proctocolectomia total com anastomose ileoanal (AIA) com bolsa em J é o padrão ouro para o tratamento cirúrgico da colite ulcerativa e polipose familiar. Apesar de resultados favoráveis a longo prazo, este procedimento está associado a várias complicações. O prolapso de espessura total da bolsa ileal em J é uma complicação rara, mas debilitante. Descrevemos um caso tratado com pexia da bolsa com tela não absorvível. Relato de Caso: SLS, 29 anos, sexo masculino, portador de retocolite ulcerativa desde 1995, tratado com mesalazina, azatioprina, prednisona e anti-TNF, sem sucesso. Em 2013, foi submetido a bolsa ileoanal em J com ileostomia de proteção, sem complicações, reconstruindo o trânsito três meses depois. Após um ano, o paciente queixou-se de sensação de evacuação incompleta, com várias evacuações por dia com esforço evacuatório e ainda prolapso, com rápida evolução para prolapso total, responsivo à redução (Figura 1). O exame anorretal revelou ânus patuloso e tônus esfínteriano diminuído. A endoscopia da bolsa demonstrou edema de mucosa, sem bolsite. Foi realizado uma pexia da bolsa via transabdominal com fixação da mesma ao sacro, utilizando suturas não absorvíveis, sendo a bolsa envolvida por tela macroporosa não absorvível de polipropileno. A bolsa tinha tamanho normal. Não havia aderências, sendo fácil mobilizar a bolsa e aplicar a tela (Figura 2), tomando-se cuidado para preservar os nervos autonômicos da pelve e a vasculatura do mesentério da bolsa. Paciente mantém-se sem queixas,

após 9 meses sem recorrência. Discussão: O prolapso da bolsa é uma complicação rara (0,3 %) da AIA com bolsa<sup>2,4</sup>, que pode ser devido a tensão do mesentério do intestino delgado, limitando o potencial de intussuscepção distal<sup>4</sup>. É difícil identificar fatores de risco significativos associados, devido ao número reduzido de pacientes com essa complicação. A condição é desagradável ao paciente, comprometendo a função e afetando sua qualidade de vida. A diferenciação dos tipos de prolapso é importante para assegurar um tratamento adequado. O prolapso de mucosa pode ser controlado com sucesso usando agentes de volume ou técnicas de excisão de mucosa<sup>2</sup>. Já o prolapso de espessura total da bolsa requer sua fixação utilizando uma abordagem abdominal ou perineal. Segundo a literatura, a maioria dos pacientes apresenta prolapso dentro de 1 a 2 anos após confecção da bolsa<sup>1,4,5</sup>, sendo esta em configuração de “J” com um AIA grampeada, como o nosso paciente. A abordagem abdominal usando tela parece ser a melhor indicação para o tratamento do prolapso de espessura total<sup>1,3,4</sup>. A pexia sem tela resultou na recorrência em 50% dos pacientes operados por Joyce et al<sup>4</sup>. Não há relatos sobre o seguimento, nem da taxa de recorrência com uso de tela. Aqueles que recorrem, tem a opção de um novo reparo ou como um último recurso, a excisão da bolsa com ileostomia definitiva. Seguimento a longo prazo dos pacientes tratados serão necessários para determinar resultados.

#### PT039 - O TOQUE RETAL É UM BOM MÉTODO PARA AVALIAÇÃO DAS PRESSÕES ANAIS?

NATHALIA LINS PONTES VIEIRA; LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI; ANDREA PECCI; WALTER RODRIGO MIYAMOTO; KARINA DAGRE MAGRI; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELARIA; CHIA BIN FANG  
*IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A manometria anorretal (MA) é o método de escolha para a avaliação da pressão anal de repouso e contração, porém como ainda hoje é um exame pouco acessível, muitas vezes a conduta é baseada na avaliação clínica.

OBJETIVO: Correlacionar os achados do toque retal com os resultados de a MA. MÉTODOS: Foi comparado os tónus esfinterianos obtido pelo toque retal por dois especialistas experientes, em 28 pacientes consecutivos submetidos à manometria anorretal posteriormente por indicações distintas, de março a maio de 2015. As manometrias foram feitas por um único médico, utilizando o mesmo equipamento. No TR, foram avaliados o tónus anal (TA), classificando-o como normal, hipertônica ou hipotônica, e a contração voluntária (CV), classificando-a como normal ou diminuída. Estes achados foram comparados às conclusões das MA: hipotonia ou hipertonia de esfíncter anal interno, contração voluntária aumentada ou diminuída, ou achados dentro da normalidade. RESULTADOS: Foram examinados 28 pacientes decido à: incontinência fecal, dor anal, constipação, fistula anal, megacólon, defecação obstruída e pré-operatório de cirurgia orificial. A maioria

dos pacientes eram mulheres (76,7%), e a idade média geral foi de 51,9 anos. O achado do exame físico foi coincidente com a MA nos casos de hipotonia em 91% (MA:11 e TR:10), em 100% dos casos de hipertonia (3 casos) e em 92,9% dos casos normais (MA:14 e TR:13). Na avaliação das pressões de contração, 12 paciente apresentavam pressões reduzidas sendo coincidente com o TR em 8 casos (66,7%) e normais em 14 pacientes, com 92,9% de acerto ao TR (13 casos). Com isso, o TR apresenta uma sensibilidade que varia de 66 a 100%, e uma especificidade de 92,9%. CONCLUSÃO: O TR pode ser usado para avaliação das pressões anais de repouso.

#### PT040 - RETOCELE - TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PPH

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMÕES NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA; IVNA HOLANDA VIANA  
*CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Retocele é uma das principais causas da síndrome da defecação obstruída, especialmente em mulheres, causando evacuação incompleta e obstipação intestinal. É definida como uma hérnia da parede retal após o enfraquecimento do assoalho pélvico e afinamento do septo reto-vaginal devido a partos vaginais, história de constipação e história ginecológica (histerectomia) ou cirurgias retais. O diagnóstico é realizado por exame físico e sua gravidade e relação com os sintomas do paciente pode ser determinada por meio de defecograma ou defecorressonância. O tratamento clínico com biofeedback e dieta é indicada antes do tratamento cirúrgico, no entanto, o sucesso desta terapia é improvável para retoceles volumosos. Portanto, para estes casos, o tratamento cirúrgico é a melhor opção. O uso de sutura mecânica para destruir a parede retal anterior é uma alternativa que traz excelentes resultados com baixos índices de complicações. OBJETIVO: O vídeo mostra a técnica cirúrgica utilizada na reconstrução do septo reto-vaginal por abordagem endoanal.

#### PT041 - LESÃO DE DIEULAFOY DE RETO - RELATO DE CASO

RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO; MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS; FABER HENRIQUE CACCIA; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA; FABIO LOPES DE QUEIROZ; RAQUEL MARTINS CABRAL  
*IPSEMG/HGIP, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Lesão de Dieulafoy corresponde a 1-2% dos sangramentos agudos do trato gastrointestinal (TGI), com potencial para ameaçar a vida. Relativamente rara, faz parte do diagnóstico diferencial dos sangramentos ocultos do TGI. Constitui-se por um vaso tortuoso na camada submucosa, que não tem seu diâmetro diminuído ao adentrar a parede do órgão. O estômago é o órgão mais acometido, podendo ocorrer em outros locais como o cólon e reto. OBJETIVO: Relatar o caso de paciente admitido com quadro de

hematoquezia sem repercussões hemodinâmicas ou hematemáticas em que foi diagnosticado lesão de Dieulafoy em reto, tratado endoscopicamente. **MÉTODOS:** Relato de caso de paciente, sexo masculino, 80 anos, em uso domiciliar irregular de ácido acetilsalicílico, com quadro de hematoquezia de grande volume, indolor, sem repercussão clínica ou laboratorial. Emagrecimento e história familiar para câncer colorretal ausentes. **RESULTADOS:** Exames solicitados durante a internação evidenciaram gastrite leve de antro à endoscopia digestiva alta; achado colonoscópico de diverticulose colônica, principalmente em cólon descendente, sem sinais de sangramento ou complicações, presença de vaso visível a 1,0cm da linha pectínea com sinais de sangramento recente, sem alterações na mucosa adjacente. Posicionado clips metálicos na lesão sem intercorrências. Paciente evoluiu com resolução do sangramento, recebendo alta após o procedimento. **CONCLUSÃO:** A lesão de Dieulafoy tem baixo índice de detecção e pode ameaçar a vida do paciente quando complicada com sangramento. Deve ser considerada na investigação de sangramento oculto do trato gastrointestinal. São mais comuns em estômago, porém podem ocorrer em duodeno, cólon, reto, ou até mesmo em brônquios. O tratamento endoscópico tem sucesso em 90% dos casos, principalmente o mecânico. A associação de mais de uma modalidade terapêutica endoscópica (térmica, como a eletrocoagulação, plasma de argônio; injeções de adrenalina, esclerosantes; mecânico como ligaduras e clips metálicos) apresenta menor taxa de ressangramento.

#### PT042 - LIPOMA DE CÓLON - RELATO DE CASO

RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO; MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS; ALEXANDRE MIRANDA SILVEIRA; GUSTAVO AMBROSI EVANGELISTA; LUIZ FERNANDO ABRAHÃO REIS; RAQUEL MARTINS CABRAL

*IPSEMG/HGIP, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** Lipomas do trato gastrointestinal são tumores subepiteliais, benignos, de crescimento lento. Apesar de raramente sintomáticos, podem cursar com sangramento, dor abdominal, obstrução intestinal, intussuscepção, principalmente se maiores do que 2,0cm. O diagnóstico é incidental, em sua maioria, e ocorre através de endoscopia. Mais comumente encontrados no cólon, não sofrem malignização. O tratamento é conservador, porém, se sintomas, podem ser submetidos a ressecção endoscópica ou até cirúrgica. **OBJETIVO:** Relatar o caso de paciente, MIFT, sexo feminino, 63 anos, com história de alteração de hábito intestinal, evoluindo com diarreia, dor abdominal e mucorreia, não associados a perda de peso, com história familiar negativa para câncer colorretal. **MÉTODOS:** Relato de caso de paciente em que foi observada lesão de aspecto neoplásico, durante colonoscopia, em cólon sigmóide cuja biópsia demonstrou exsudato fibrinoso neutrofílico, sem atipias celulares. Apresentou evacuação espontânea de lesão semelhante à encontrada na colonoscopia um dia após o exame. Este material foi enviado para estudo de anatomopatológico que evidenciou lesão de 4,0cm, composta

por tecido adiposo com hemorragia e infiltrado inflamatório. Em nova colonoscopia, realizada 15 dias após a primeira, foi evidenciada lesão protrusa, revestida por mucosa normal, mas com bordas ulceradas, em local da antiga lesão. Nova biópsia foi inconclusiva. Exames de estadiamento (tomografia computadorizada de tórax e de abdome) e antígeno carcinoembrionário não mostraram alterações. Paciente persistiu com sintomas (mucorreia, hematoquezia), sendo optado pelo tratamento cirúrgico. **RESULTADOS:** Foi submetida a retossigmoidectomia videolaparoscópica com anastomose colorretal término-terminal grampeada, apresentando boa evolução no pós-operatório. Exame de anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou lipoma submucoso polipóide e ulcerado. **CONCLUSÃO:** Lipomas do trato gastrointestinal se desenvolvem na camada submucosa, assintomáticos em sua maioria, sendo diagnosticados por endoscopia. Normalmente são lesões únicas, ocorrendo principalmente em cólon. O peristaltismo do trato gastrointestinal pode provocar extrusões repetidas do lipoma para o lúmen do órgão, o que resulta na formação de pseudopéndice e até na sua eliminação. Não necessitam de tratamento se assintomáticos, porém a ressecção deve ser avaliada em caso de complicações como dor, sangramento, obstrução intestinal. O uso da endoscopia como modalidade terapêutica tem crescido e é segura e eficaz no tratamento dessas lesões. A recorrência é incomum.

#### PT043 - TUMOR NEUROENDÓCRINO DE ÍLEO TERMINAL - RELATO DE CASO

RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO; MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS; ALEXANDRE MIRANDA SILVEIRA; GUSTAVO AMBROSI EVANGELISTA; LUIZ FERNANDO ABRAHÃO REIS; RAQUEL MARTINS CABRAL

*IPSEMG/HGIP, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** Tumores neuroendócrinos (TNE) se desenvolvem a partir de células neuroendócrinas distribuídas por todo o corpo. TNE gastrointestinais são raros, correspondendo a menos de 2% das neoplasias malignas do trato gastrointestinal (TGI). Constituem-se por lesões intramucosas, com potencial maligno, assintomáticas na maioria dos casos, sendo diagnosticadas, mais comumente, por endoscopia. O intestino delgado, principalmente o íleo terminal, é a sede mais comum no TGI, e pode estar relacionado a metástases linfonodais e hepáticas. O tratamento das lesões localizadas é a ressecção cirúrgica; se há doença metastática, deve-se considerar associação de outras terapias visando a melhora dos sintomas. **OBJETIVO:** Relatar caso de paciente com tumor neuroendócrino em íleo terminal, assintomática, descoberto durante rastreamento para câncer colorretal. **MÉTODOS:** Paciente ES, sexo feminino, 37 anos, foi submetida a colonoscopia em novembro de 2014 para rastreamento de neoplasia colorretal devido a história familiar. Durante o exame, foi identificada e retirada lesão polipóide em íleo terminal. Resultado de anatomopatológico sugeriu tumor carcinóide. Imunohistoquímica concluiu tratar-se de tumor neuroendócrino grau 2 NET

G2, sem invasão angiolinfática ou perineural, com margens acometidas. Tomografia computadorizada de tórax, abdome e enterotomografia de abdome não evidenciaram alterações. As dosagens de cromogranina A sanguínea e ácido hidroxindolacético em urina de 24h estavam normais. Realizada nova colonoscopia para marcação do sítio de ressecção. **RESULTADOS:** Paciente foi submetida à hemicolectomia direita videolaparoscópica em padrão oncológico com anastomose ileocólica láterolateral anisoperistáltica grampeada. Apresentou boa evolução no pós-operatório, recebendo alta no 4º dia de internação. Exame de anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou tumor neuroendócrino grau 2 NET G2, na base da ressecção da polipectomia, sem acometimento linfonodal. **CONCLUSÃO:** Os TNE de intestino delgado são, em sua maioria, pequenos, multicêntricos e frequentemente associados a massa linfonodal e metástase hepática. Sua descoberta, como nos demais TNE do TGI, é feita incidentalmente durante endoscopia em pacientes assintomáticos ou a partir de investigação de sintomas abdominais vagos. O diagnóstico inclui estudos bioquímicos, de localização, histopatológicos e imunohistoquímicos apropriados. A ressecção cirúrgica do tumor primário é o tratamento de escolha para as lesões pequenas e localizadas.

#### PT044 - TUMOR NEUROENDÓCRINO DE APÊNDICE CECAL - RELATO DE CASO

RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO; SINARAMÔNICA DE OLIVEIRA LEITE; RAQUEL MARTINS CABRAL; MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS *IPSEMG/HGIP, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** Tumores neuroendócrinos são a neoplasia mais comum do apêndice cecal. Originam-se de suas células neuroendócrinas subepiteliais. Os pacientes podem apresentar quadro clínico de apendicite aguda ou ser assintomáticos. É comum seu achado incidental durante o exame histopatológico do apêndice cecal ressecado. A apendicectomia é tratamento suficiente em grande parte dos casos, porém, para lesões maiores, a colectomia direita deve ser realizada. **OBJETIVO:** Relatar caso de paciente com tumor neuroendócrino de apêndice cecal descoberto durante colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal. **MÉTODOS:** Paciente MFL, sexo feminino, 59 anos, em acompanhamento com a Coloproctologia devido a queixas de incontinência fecal. Em colonoscopia realizada em dezembro do 2014 para rastreamento de câncer colorretal, foi identificado, no óstio apendicular, lesão subepitelial de 10mm, endurecida e não móvel. Biópsia da lesão evidenciou mucosa normal. Tomografia computadorizada de tórax, abdome e dosagem de antígeno carcinoembrionário não mostraram alterações. Solicitada nova colonoscopia após três meses do primeiro exame que confirmou tratar-se de lesão subepitelial, endurecida em óstio apendicular. Optado pelo tratamento cirúrgico. **RESULTADOS:** Paciente foi submetida à hemicolectomia direita videolaparoscópica em padrão oncológico com anastomose ileocólica término-terminal manual. Apresentou boa evolução no pós-operatório, recebendo

alta no 5º dia de internação. Exame de anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou neoplasia neuroendócrina medindo 2,5cm em seu maior diâmetro, infiltrando focalmente o mesoapêndice e ausência de doença linfonodal (pT2pN0pMX). A imunohistoquímica confirmou diagnóstico de neoplasia neuroendócrina bem diferenciada (G1). **CONCLUSÃO:** Tumores neuroendócrinos do apêndice cecal são neoplasias raras que, apesar de em grande parte dos casos se comportarem de forma benigna, podem malignizar e apresentar metástases a distância. Seu tamanho é o principal preditor do potencial de malignização. A ressecção é recomendada para o tratamento destes tumores, que possuem bom prognóstico a longo prazo. A técnica cirúrgica empregada dependerá do tamanho e localização do tumor no apêndice cecal (base ou extremidade).

#### PT045 - PREVALÊNCIA DE QUEIXAS ASSOCIADAS A PROBLEMAS NA VIA DE SAÍDA ENTRE PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL RECRUTADOS EM AMBULATÓRIO DE COLOPROCTOLOGIA DE HOSPITAL TERCIÁRIO.

LAURA BRANDÃO BARROS; IVAN TRAMUJAS DA COSTA E SILVA; FELICIDAD SANTOS GIMENEZ; GABRIELA SANTIAGO EUFRASIO; MARCOS VINICIUS DA SILVA AGUIAR; IURI MATIAS OLIVEIRA SCHREINER *UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** A constipação intestinal, presente em cerca de 15% da população em geral, é uma queixa definida pela dificuldade na defecação seja pelo emprego de força para evacuar o intestino, seja por diminuição na frequência da passagem das fezes. Para facilitar seu diagnóstico, utilizam-se os Critérios de ROMA III. Dentre os pacientes com Constipação Funcional, há os que a tem devido a anormalidades na via de saída numa frequência significativa segundo a literatura. **OBJETIVOS:** 1. Estimar a prevalência pontual de constipação associada a queixas relacionadas a problemas da via de saída entre pacientes com diagnóstico de constipação funcional atendidos em ambulatório de hospital terciário. 2. Cotejar achados retossigmoidoscópicos com o diagnóstico de síndrome da defecação obstruída pelos critérios de ROMA III para constipação funcional. **MÉTODOS:** Após assinatura do TCLE, por meio de um estudo descritivo transversal, no período de agosto de 2014 a maio de 2015, foram atendidos ambulatorialmente pacientes recrutados para avaliação e tratamento de constipação intestinal. Os pacientes responderam a um questionário para determinar se eram portadores dos Critérios de ROMA III para Constipação Funcional e também para os da Síndrome da Defecação Obstruída. Todos foram encaminhados para realização de exame proctológico, do qual constou a retossigmoidoscopia rígida (RSGCP). De acordo com os dados obtidos, os pacientes foram divididos em 4 grupos: A: critérios positivos de ROMA III para constipação funcional (RIII) + critérios positivos para defecação obstruída (DO); B: RIII positivo + DO negativo; C: RIII negativo + DO positivo; D: RIII negativo + DO negativo. Os resultados da RSGCP foram anotados individualmente.

Os dados foram avaliados estatisticamente por meio de análise de frequências. RESULTADOS: Dentre os 141 pacientes atendidos no período, 65 pertenceu ao grupo A (46,1%), 12 ao B (8,51%), 31 ao C (21,99%) e 33 ao D (23,4%). Apenas 81 pacientes submeteram-se à RSGCP. Destes, 39 pertenceram ao Grupo A, dos quais apenas 7 (17,95%) apresentaram achados retossigmoidoscópicos compatíveis com afecções motivadoras da síndrome da defecação obstruída (Retocele, fixação da junção retossigmoidea, subestenose anal e prolapsos). Dentre os pacientes do grupo C que realizaram a RSGCP (19), da mesma forma, apenas 5 (15,79%) apresentaram diagnósticos relacionados com a defecação obstruída. CONCLUSÕES: 1. A prevalência pontual de constipação intestinal associada a queixas relacionadas a problemas da via de saída entre pacientes com diagnóstico de constipação funcional atendidos em ambulatório de hospital terciário foi de 46,1%. 2. A retossigmoidoscopia rígida apresentou baixo poder diagnóstico (17,95%) nos pacientes com Constipação Funcional pelos critérios de ROMA III quanto à elucidação das causas da síndrome da defecação obstruída.

**PT046 - CROHN PERIANAL GRAVE: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; DANIEL DE CASTILHO; JULIANO NORONHA RIBEIRO HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A doença de Crohn pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal caracteriza-se por ser descontínua, com áreas completamente normais entre as áreas inflamadas. O processo inflamatório é transmural da mucosa à serosa. Apresenta um pico de incidência entre os 20 – 30 anos, podendo acometer qualquer idade, aproximadamente 10% dos casos ocorrem em indivíduos menores de 18 anos, com distribuição uniforme entre os gêneros. Cerca de 10 – 20% apresentam sintomas anais (abscessos e fistulas), às vezes como primeira queixa, antecedendo os abdominais. Objetivo: Relatar 4 casos de doença de Crohn com manifestação perineal grave. Relato de Caso: F.C., mulher, branca, 20 anos, com disenteria, perda ponderal de 10 % do peso corpóreo, com saída de secreção perineal há 8 meses, em seguimento ambulatorial em outro serviço há 2 anos com diagnóstico de doença inflamatória intestinal. Exame físico: dermatite perianal, com orifício de fistula à 2,5cm da BA em parede posterior. G.S., menino, 14 anos, dor abdominal, anemia, disenteria e perda ponderal há 2 anos, associada a dores articulares e saída de secreção perianal há 1 ano. Exame físico: dermatite perianal, úlcera de 2,5 cm em parede anterior do reto junto a borda anal e orifício de fistula perianal à 2 cm da BA, póstero lateral esquerdo. J.M.S., homem, 34 anos, branco, déficit mental leve, com alteração do hábito intestinal para disenteria, perda ponderal de 10%, úlceras perianais, inguinais e orais e incontinência fecal há 4 meses. Exame físico: múltiplas úlceras perianais variando de 0,5 a 5 cm com destruição do esfíncter anal e orifício de

fistula posterior à 1,5 cm da BA. F.Z. 30 anos, com quadro de mucorréia, e saída de secreção perianal há 6 meses. Ao exame: Múltiplas fistulas perianais com abscessos associados, e dermatite perianal. Em todos os pacientes foi realizado terapia de resgate de agudização de doença de Crohn, com corticoterapia, antibioticoterapia, seguido de abordagem cirúrgica com passagem de sedenho nas fistulas e em um dos casos que apresentava destruição perineal e quadro de sepse grave foi realizado ostomia derivativa. Iniciada posteriormente a terapia com imunobiológicos com melhora da doença perineal. Discussão: O aparecimento de fistula perianal é uma das manifestações mais graves da doença de Crohn, o risco cumulativo de surgir uma fistula varia de 20 – 35% em 10 anos de doença e a sua incidência varia de 23% a 38% em dois estudos populacionais. O tratamento da fistula perianal tem como princípio o controle da sepse perineal, juntamente com o controle do processo inflamatório. O Tratamento cirúrgico será empregado em pelo menos 80 – 90% dos pacientes ao longo dos anos.

#### **PT047 - SERVIÇOS DE PROCTOLOGIA PÚBLICO E PRIVADO NO ESTADO DO TOCANTINS: UM ESTUDO COMPARATIVO**

VIVIANE TIEMI KENMOTI1; ANA CAROLINA OLIVEIRA2; LETÍCIA DO VALE REIS2; LARISSA PRISCILLA ALMEIDA OLIVEIRA3; GABRIELLA CAROLINE MACEDO DOS SANTOS4; MICHEL ALEXANDER ARAÚJO GARCEZ4; WESLLEN MOURA PIRES4

1.GASTROPALMAS, PALMAS, TO, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - UFT, PALMAS, TO, BRASIL; 3.FACULDADE DE PALMAS - FAPAL, PALMAS, TO, BRASIL; 4.INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - ITPAC, PORTO NACIONAL, TO, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde – SUS – responde pela saúde de cerca de 190 milhões de indivíduos e o segmento de seguros e planos de saúde por 49,2 milhões, representando uma cobertura duplicada para 25,9% da população. É de conhecimento geral que o acesso do usuário aos serviços de especialidade do SUS é dificultado pela limitação burocrática e número reduzido de instituições e profissionais disponíveis para o atendimento dessa parcela significativa de habitantes. Sendo assim, sabe-se que o número de atendimentos não representa a real situação de morbidade dos cidadãos brasileiros. OBJETIVO: Analisar os atendimentos realizados em consultório privado e ambulatório do SUS na especialidade de Coloproctologia, com ênfase nas doenças anorretais, traçando um perfil comparativo, com relação a prevalência de doenças, principais queixas e perfil do paciente atendido. MÉTODO: Estudo retrospectivo no qual foram analisados os prontuários de ambos os serviços, do período de abril de 2012 a junho de 2015 e incluídos todos os pacientes com doenças anorretais. RESULTADO: Foram analisados um total de 176 prontuários de atendimento no sistema público e 686 de atendimento particular. No público, 92 (52,27%) eram homens e 84 (47,73%) mulheres, com idade média de 41,6 anos. Enquanto no particular, 201 (29%) eram homens e 485 (70%)

mulheres, com idade média de 40 anos. A faixa etária mais prevalente em ambos sistemas foi entre 30 e 50 anos – 49,4% dos atendimentos públicos e 58% dos particulares. Também em ambos sistemas, as queixas mais comuns foram dor, sangramento e nodulação, sendo no público 35%, 33% e 29% respectivamente; e no particular 43%, 22% e 32% respectivamente. Os diagnósticos mais frequentes no sistema público foram hemorroida interna (28 - 15,90%), plicoma (25 - 14,20%) e hemorroida mista (22 - 12,5%), enquanto no particular foram fissura (148 - 21%; trombose 135 - 19%, hemorroida externa 109 - 15%). A taxa de absenteísmo foi ligeiramente maior no setor público (57%), sendo a hemorroida interna o diagnóstico mais comum no público (14%) versus trombose hemorroidária (21%) no privado. A faixa etária mais comum de evasão no setor privado foi entre 30-50 anos x acima de 50 anos no setor público. **CONCLUSÃO:** A maioria dos pacientes estudados são da clínica privada. Há uma diferença no que se refere ao sexo, diagnóstico mais comum, diagnóstico mais relacionado com o absenteísmo e faixa etária mais prevalente da evasão. Porém, quanto ao sintoma mais comum, ainda permanece a dor anal, como a queixa mais prevalente. A taxa de absenteísmo foi maior no setor público.

**PT048 - GRACILIS MUSCLE INTERPOSITION FOR THE MANAGEMENT OF RECTO URETHRAL FISTULA CONSEQUENT TO RADIOTHERAPY**

SERGIO CARLOS NAHAS; MIGUEL SROUGI; FABIO BUSNARDO; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; RODRIGO AMBAR PINTO; DIEGO FERNANDES MAIA SOARES; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; IVAN CECCONELLO

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

Resumo: Introduction: Recto urethral fistula is a rare pathology consequent to prostate cancer treatment, such as radiation therapy, cryotherapy, or brachytherapy. Post radiation fistulas are complex and require detailed radiological studies for a complete comprehension of the anatomy and to identify associated pelvic pathologies. Objective: To demonstrate the surgical management of recto urethral fistula due to radiotherapy for prostate cancer. Methods: A 80 years old male patient with the diagnosis of a T3b Gleason 9 metastatic prostate adenocarcinoma underwent a 8000 cGy radiotherapy treatment. After 2-years he complained of rectal pain associated with episodes of intestinal bleeding and urine output through the anus. Magnetic Resonance Imaging confirmed diagnosis of recto urethral fistula. Multidisciplinary approach was held with urology, colorectal and plastic surgery teams. Results: Initially a Laparoscopic Intestinal bypass with a loop ileostomy was performed followed by insertion of urinary catheter for urinary diversion. The main correction, held immediately after, consisted of perineal dissection, separation and closure of the fistulae compounds and interposition gracilis muscle interposition between both defects. The procedure lasted 400 minutes without the need of blood transfusion and the postoperative

period was uneventful. Urinary catheter was removed after CT scan control at the fifth week however a minimal rectal fistula was still present. A new CT scan performed at 14 weeks postoperatively showed complete resolution of the rectal fistula. Loop ileostomy closure had no complications and the patient evolved without perineal pain among good fecal and urinary continence. Conclusion: Treatment of recto urethral fistulas requires appropriate investigation with clinical history and pre-operative exams. The chosen surgical technique should be individualized for each case. Sequential steps should be taken, therefore, performing surgical correction after intestinal and urinary diversion, which should only be reversed after control image exam confirming complete resolution of the fistula. Multidisciplinary collaboration is critical to treatment success.

**PT049 - DIVERTICULITE JEJUNAL COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO**

CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ENRICO SFOGGIA; BRUNO ZENNE MOTTA; MAURICIO GODINHO; SANDRO SCARPELINI; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: a diverticulose de delgado é uma entidade incomum e pouco diagnosticada. A maioria dos casos não apresenta sintomas e não necessita de tratamento específico. Alguns pacientes, no entanto, podem evoluir com complicações da doença e necessitar de tratamento cirúrgico. O objetivo deste relato é ilustrar um caso de diverticulose jejunal que evoluiu para um quadro de abdome agudo. Relato do caso: Homem de 77 anos, com dor abdominal progressiva, vômitos e febre há 3 dias. Ao exame apresentava dor abdominal difusa, mais importante na fossa ilíaca direita, distensão e ruídos hidroaéreos diminuídos. A proteína C reativa era de 19,64 e o leucograma normal. A radiografia do abdome evidenciou distensão e níveis hidroaéreos no intestino delgado. A tomografia do abdome revelou alças jejunais aglomeradas e com paredes espessadas na fossa ilíaca direita. Foi submetido à laparotomia exploradora de urgência com achado de doença diverticular do jejuno. O maior divertículo mediu 5x4cm com intenso processo inflamatório e adesão ao íleo terminal e ceco. O estudo anatomopatológico confirmou diverticulite jejunal. O paciente recebeu alta após a recuperação completa. Discussão: A maioria dos pacientes com diverticulose de delgado é assintomática. Até 40% experimentam sintomas não específicos, como dor abdominal vaga, náuseas e vômitos ocasionais. Em 70% dos casos os divertículos são múltiplos. Complicações como inflamação, sangramento e obstrução são encontradas em 10% dos casos. Em situações de abdome agudo pode ser erroneamente diagnosticada como apendicite, colecistite, úlcera péptica ou diverticulite colônica. Pacientes assintomáticos não requerem intervenção específica. Aqueles com discinesia intestinal podem ter seus sintomas tratados. Enterectomia eletiva é indicada para pacientes com sintomas refratários, porém os resultados são controversos. A mortalidade nos casos de abdome agudo com necessidade de cirurgia de urgência pode

chegar a 40%. Conclusão: Doença diverticular do intestino delgado é uma patologia incomum, porém com riscos potenciais. Seus sintomas são inespecíficos e relacionados normalmente à discinesia intestinal, permanecendo alguns pacientes sem manifestações gastrointestinais. O tratamento clínico é direcionado ao alívio dos sintomas e cirurgia é reservada para pacientes com sintomas refratários ou complicações agudas, como inflamação com perfuração, sangramento e obstrução.

#### **PT050 - ABSCESSO PERIANAL: ANÁLISE DESCRITIVA DE CASOS ATENDIDOS.**

JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES

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

Resumo: Supurações perianais têm incidência de 1:10000 habitantes por ano e representam cerca de 5% das consultas proctológicas, com maior frequência no sexo masculino. Nos Estados Unidos da América, a incidência estimada oscila entre 68000 e 96000 casos por ano. Porém, a real incidência é subestimada, uma vez que pode ter drenagem espontânea, e ser tratado no próprio pronto socorro ou consultório. Objetivo: Demonstrar levantamento dos casos de abscesso perianal e anorretal operados em hospital terciário da zona leste de São Paulo. Materiais e Métodos: Trata-se de estudo retrospectivo através de análise de prontuário informatizado de pacientes operados em caráter de urgência por abscesso perianal e/ou anorretal em entre outubro de 2011 e dezembro de 2014, excluídos portadores de doença inflamatória intestinal. Analisaram-se dados de sexo, idade, quadro clínico, época do ano da ocorrência do abscesso, tempo de evolução dos sintomas, comorbidades, sinais de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) na admissão, cirurgias realizadas, reoperações e desfecho clínico. Resultados: Foram analisados prontuários eletrônicos de 52 pacientes submetidos à tratamento cirúrgico de abscesso anorretal e perianal, dos quais 73,1% eram masculinos. A média de idade geral foi de 43 anos (20-77 anos), sendo a mesma no sexo masculino e de 42,2 anos no gênero feminino. Com relação às queixas, todos relataram dor como sintoma, 23 pacientes (44,2%) referiram abaulamento perianal e 9 disseram apresentar secreção (17,3%) e sinais flogísticos (17,3%). A média de evolução dos sinais e sintomas foi de 6,5 dias (1- 30 anos). Metade dos pacientes não apresentavam comorbidades, 21,2% eram tabagistas e 15,4% eram portadores de Diabetes Mellitus. Na admissão, SIRS constatou-se em 3 pacientes (5,8%). O diagnóstico ocorreu nos meses de verão e primavera em 61,5% dos pacientes. Em 47 pacientes (90,4%) foi realizado apenas drenagem do abscesso, sendo necessário a confecção de colostomia em um desses casos após se constatar durante abordagem cirúrgica que se tratava de fascíte necrotizante. Nos outros 5 pacientes (9,6%) foi realizado drenagem e passagem de sedenho. Em apenas um paciente, excluindo o caso de Fascíte necrotizante, foi necessária reoperação dentro dos 10 primeiros dias após a cirurgia inicial.

A média de tempo de internação foi de 1,63 dias (1-21 dias) e ao se excluir o paciente com Gangrena de Fournier esse tempo foi em média de 1,25 dias com variação de 1 a 3 dias. Vinte e nove pacientes (55,8%) perderam o seguimento e por isso não foi possível avaliar o desfecho. Treze dos 23 pacientes (56,5%) restantes desenvolveram fístula perianal na evolução e 10 pacientes receberam alta sem necessidade de reabordagem cirúrgica. Conclusão: Neste estudo, observou-se maior incidência de abscesso perianal no sexo masculino e nos meses mais quentes e que mais da metade dos pacientes desenvolveram fístula perianal na evolução.

#### **PT051 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE EXAMES ELETIVOS DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA REALIZADAS PELO SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE COLOPROCTOLOGIA.**

JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES

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

Resumo: Introdução: O exame proctológico, apesar de profundamente íntimo e de lidar com área do corpo na qual imperam preconceitos, tabus e constrangimento, podendo inclusive relacionar-se a traumas prévios, é de suma importância para a investigação de pacientes com sintomas que predizem patologias associadas ao cólon distal, reto e ânus. Objetivos: Analisar os casos de retossigmoidoscopia rígida realizadas de forma agendada pelo serviço de Coloproctologia de um hospital da Zona Leste de São Paulo em 8 de seus 10 anos de residência médica na especialidade. Materiais e Métodos: Analisou-se a média de idade, distribuição por sexo, origem do paciente, ou seja, se interno ou externo do serviço, altura de alcance do aparelho em relação à borda anal, percentagem de exames anormais com extratificação, quando realizado ou não a anuscopia e retossigmoidoscopia e as principais doenças detectadas. Foram excluídas aquelas retossigmoidoscopia rígidas realizadas durante consulta em ambulatório. Resultados: Foram avaliadas 844 retossigmoidoscopia rígidas realizadas pelo serviço de Coloproctologia, de forma agendada, entre setembro de 2006 e agosto de 2014. A distribuição foi semelhante entre os sexos e a média de idade foi de 51,2 anos. Com relação à altura em relação à borda anal, estratificou-se esses valores em maior que 15 cm, entre 10 e 15 cm da borda anal e alcance inferior a 10 cm da borda anal. Em 692 exames foi possível alcance superior a 15cm da borda anal (82% das RR), em 94 (11,1%) entre 10 e 15cm e em 58 (6,9). Além disso, em 71,4% dos exames proctológicos anormais na presente análise era possível o diagnóstico da patologia orificial apenas com a inspeção e toque retal. Conclusão: Verificou-se em nosso estudo que o exame proctológico é mandatório em casos de sintomatologia que assim o necessitam e que em 71,4% dos exames anormais o diagnóstico era possível apenas com a inspeção e toque retal.



**PT052 - CASO RARO DE PÓLIPO FIBROEPITELIAL GIGANTE DE CANAL ANAL**

JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Pólipo fibroepitelial também denominado acrocordón (grego: corda de extremidade), é uma tumoração benigna, de poucos milímetros, pediculada e principalmente localizada na axila e pescoço. Seu componente vascular é formado por vasos de paredes delgadas que correm em seu trajeto longitudinal. De etiologia desconhecida associa-se à obesidade e diabetes mellitus tipo II. O diagnóstico correto tem base na história clínica e nos exames macro e microscópico da lesão. **OBJETIVO:** Relatar um caso de localização e tamanho incomum de pólipo fibroepitelial gigante no canal anal e o manejo cirúrgico. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 56 anos, pedreiro natural e procedente de São Paulo. Queixava há 2 anos de sensação de corpo estranho anal, com crescimento progressivo e protusão de tecido pediculado ao esforço evacuatório, provocando dificuldade de higienização. Ao exame proctológico, verificado presença de tumoração pediculada fibroelástica de 7 cm em toda hemircunferência direita do canal anal. A terapêutica realizada foi exérese da lesão com incisão em raquete, dissecação e preservação dos esfíncteres e síntese de mucosa. O paciente evoluiu sem sintomas ou sinais de incontinência anal ou recidiva. O estudo anatomopatológico constatou pólipo fibroepitelial com ectasia vascular hemorroidária, sem sinais de malignidade. **DISCUSSÃO:** Pólipos fibroepiteliais são incomuns no canal anal, porém tem caráter benigno e não acometem tecidos profundos. O diagnóstico diferencial desses pólipos pode ser feito com neurofibromatose, lipoma, hérnia, fibroma, fibromioma, podendo até ser confundidos com condilomas. Seu prognóstico é bastante satisfatório. Podem ter terapêutica conservadora na maioria dos casos ou cirúrgica quando causam problemas estéticos, traumatismo ou sintomas constritivos. **CONCLUSÃO:** Lesões perianais ou de canal anal de apresentação atípica devem ser preferencialmente tratadas com ressecção cirúrgica e posterior estudo histopatológico visto elevada gama de patologias possíveis.

**PT053 - DIVERTÍCULO DE CECO COMPLICADO COM DIVERTICULOSTOMIA E PROLAPSO DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; DANIEL DE CASTILHO  
*HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** Diverticulite do colon direito é uma 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 pólipo sésil 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 paciente deve ser submetido ao tratamento cirúrgico.

**PT054 - TRATAMENTO CLÍNICO DA INCONTINÊNCIA ANAL**

ANA LUCIA CORONEL; CARLOS ZASLAWSKY; MARCIA TERESINHA JURACH  
*SANTA CASA- PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: A incontinência anal (IA), definida como a perda involuntária de gases e fezes pelo ânus, é uma patologia de etiologia multifatorial, cuja prevalência real permanece indeterminada devido à relutância dos portadores em abordar o assunto, causando impacto social pelo transtorno e isolamento que acarreta. O objetivo deste estudo é apresentar a experiência brasileira, em um serviço assistencial público, com o tratamento clínico da IA. **Métodos:** É um estudo longitudinal, retrospectivo, desenvolvido no Ambulatório do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), de Porto Alegre, no período de novembro/2011 a abril/2014, com pacientes consecutivos, acima de 12 anos de idade, primeiramente avaliados por coloproctologista e encaminhados ao gastroenterologista para tratamento clínico. Todos foram submetidos à mesma rotina de consulta médica e tratamento clínico. Foi utilizado o Índice da Escala de Gradação da Continência de Wexner,

para medida objetiva da resposta ao tratamento e autoavaliação, ambas na primeira consulta e na última. Resultados: De novembro/2011 até abril/2014 foram atendidos, para tratamento clínico, quarenta e dois pacientes, com idade média de 59,0 anos e 39 (92,9%) do sexo feminino. Na última consulta 34 (80,9%) se consideraram melhores e seis (14,3%) não melhoraram ( $P < 0,001$ ). O Índice da Escala de Graduação da Continência de Wexner foi diferente na última consulta entre os dois grupos ( $P < 0,001$ ). Vinte e seis (61,9%) apresentavam incontinência urinária associada. Conclusão: O tratamento clínico inicial foi efetivo neste grupo de pacientes com IA. É a primeira descrição brasileira de tratamento clínico. Os autores sugerem a realização de mais experiências, para continuar avaliando estas medidas simples de tratamento, aprovadas internacionalmente.

**PT055 - FÍSTULAS PERIANAIS: EXPERIÊNCIA EM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DE HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE**

MARLISE MELO CERATO; ORNELLA SARI CASSOL; NILO CERATO; RUY TAKASHI KOSHIMIZU; RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA; KARINE SABRINA BONAMIGO; BRUNA BORBA VAILATI; DAIANE SONZA VIDART

*HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Fístula anal é a comunicação entre duas superfícies epiteliais. Sua classificação segue a proposta por Park's. Acomete mais comumente indivíduos de meia idade e do sexo masculino. Mais de 90% são de origem criptoglandular, sendo o restante secundário a DII, tuberculose, traumas, entre outros. Objetivo: caracterizar os procedimentos realizados, evolução e o perfil dos pacientes submetidos a cirurgia por fístula anal no período de 3 anos. Metodologia: Foi realizada revisão do prontuário médico de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico por fístula anal no Serviço de Coloproctologia de janeiro de 2011 a dezembro de 2013. Foram excluídos pacientes com fístula ano ou retovaginal ou que não tinham origem criptoglandular provável. Resultados: No período, 71 pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico, 18 (25,35%) do sexo feminino e 54 (76,05%) do sexo masculino. A idade média foi de 54,14±13,91 anos e 33 (46,47%) apresentavam comorbidades. Já haviam realizado cirurgias anais previamente 36 (50,7%) pacientes (21 drenagem de abscesso, 10 tratamento de fístula e 5 outros). Do total, 43 (60,56%) foram submetidos a somente um procedimento cirúrgico, 26 (36,61%) a dois e 3 (4,22%) a três procedimentos. A técnica utilizada em 3 pacientes foi LIFT (4,22%), sendo que um (33%) apresentou recidiva em 30 dias. Três pacientes retalho mucoso, 2 com fístula transesfincteriana e 1 interesfincteriana, com tempo médio de cicatrização de 60 dias. Em 37 casos (52,11%) foi realizada fistulotomia; 24 pacientes com fístula interesfincteriana (64,86%), 13 submucosa (35,13%) e 2 transesfincteriana (5,4%), o tempo médio de cicatrização foi de 49,72 ±28,15 dias e ocorreram

2 complicações (soiling e abscesso anal precoce – 5,4%) e uma recidiva (2,7%) em 15 dias. Em 29 casos (40,48%), foi realizado isolamento, curetagem e passagem de sedenho; em 1 fístula Supraesfincteriana(3,44%), 13 interesfincterianas (44,82%) e 12 transesfincterianas (41,37%) e o tempo médio para cicatrização foi 60,83±34,48 dias, ocorrendo 2 recidivas (6,89%) em 60 dias. Conclusão: Os pacientes submetidos a cirurgia para fístula anal no Serviço de Coloproctologia no período de 3 anos foram, na sua maioria, homens com fístula interesfincteriana. O procedimento mais comumente realizado foi a fistulotomia anal e houve uma baixa taxa de recidiva e de complicações no período avaliado.

**PT056 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA POR MALFORMAÇÃO VASCULAR EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN**

CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS; YURI MACIEL CARVALHO; JOSE VALERIO STEFANELLO II; FLAVIO RENATO SENE FONTE

*HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal de etiologia desconhecida, de caráter crônico e recidivante, em que uma resposta inflamatória resulta da interação de fatores imunológicos, genéticos e ambientais. Acomete igualmente ambos os sexos, com distribuição bimodal por faixa etária, atingindo picos entre 15 e 25 anos e 55 e 60 anos. Pode acometer qualquer parte do TGI, sendo o cólon o segmento mais atingido (40%). Seu diagnóstico baseia na análise conjunta de dados clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. Objetivo: Relatar um caso de paciente jovem com doença de Crohn associado a uma malformação arteriovenosa em mesentérica superior e inferior. Relato de Caso: Paciente masculino, 19 anos, natural e residente em Campo Grande – MS, sem comorbidades, com achado inicial de retite inespecífica (RCU?) há dez anos. Há sete anos colonoscopia com ileite e colite crônica inespecífica, iniciando tratamento com mesalazina + prednisona + terapêutica biológica (influximabe). Apresentou melhora do quadro, com nova colonoscopia com doença em remissão, sendo suspenso uso da mesalazina e mantido influximabe. Há quatro anos apresentou novamente hematoquezia / enterorragia, iniciando imunossupressor (azatioprina), com aumento gradativo da dose junto com influximabe. Há um ano novo quadro de sangramento baixo, com colonoscopia evidenciando reto distal com extensa área arrocheada/azulada, sugerindo isquemia ou hemorragia subepitelial (biopsia com ileite e colite crônica inespecífica, sem sinais de malignidade e ausência de atividade inflamatória crônica granulomatosa). Exame proctológico com vasos hemorroidários dilatados em toda circunferência anal. TC de abdome com espessamento leve e hipotonia de alças ilíacas + espessamento e hipotonia de sigmoide distal e reto. Arteriografia intestinal (12/06/15) com malformação arteriovenosa em mesentérica superior e inferior, sem sinais de isquemia, com levantamento da hipótese de ser a fonte de sangramen-

to. Mantem em tratamento com seguimento ambulatorial. Discussão: A doença de Crohn tem como complicações mais comuns manifestações perianais, estenose e obstrução, perfuração, abscessos, colite fulminante, neoplasia maligna e sangramentos (40-50%). Como etiologia do sangramento temos a perfuração, recidiva da doença inflamatória, entre outras, porém a malformação arteriovenosa não foi encontrada na literatura como causa de sangramento, assim como sua associação com os efeitos adversos das medicações utilizadas no tratamento de doença inflamatória intestinal. Conclusão: Não se sabe a real associação da malformação arteriovenosa com o sangramento em pacientes com doença de Crohn.

**PT057 - CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS EM PACIENTE COM RCU (PANCOLITE)**

FELIPE FERREIRA DA MOTA<sup>1</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>1</sup>; GABRIEL CARVALHO LACERDA<sup>2</sup>; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA<sup>1</sup>; FABIO LOPES DE QUEIROZ<sup>1</sup>; ALEXANDRE FONSECA DE CASTRO<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: **INTRUDUÇÃO:** A doença inflamatória do intestino grosso, principalmente a retocolite ulcerativa (RCU), está associada a um risco elevado de desenvolvimento de câncer colorretal. Esse risco aumenta em pacientes com mais de 20 anos de doença e com pancolite, podendo muito raramente, diferenciar-se em tumor neuroendócrino (TNE). Quando se trata da variedade de pequenas células, a doença costuma ser diagnosticada em estágio avançado, com importante comprometimento locorregional e desenvolvimento de metástases sistêmicas. **OBJETIVO:** apresentação de relato de caso de paciente portadora de RCU que evoluiu com tumor neuroendócrino agressivo no cólon. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 61 anos, portadora de RCU, caracterizada como pancolite, com diagnóstico há mais de 25 anos. Estava em uso regular e exclusivo de mesalazina com sintomatologia em remissão. Apesar de estar em programa bianual de vigilância colonoscópica, no último exame foram encontradas lesões polipoides grosseiras confluentes em todo o cólon, sendo a lesão do sigmoide, volumosa e com depressão central. A histopatologia evidenciou a presença de displasia de alto grau nas lesões biopsiadas. Indicado tratamento cirúrgico, sendo realizada proctocolectomia total, reservatório íleo-anal, ileostomia em alça e ooforectomia bilateral por via aberta (conversão pró-ativa) devido a presença de doença locorregionalmente avançada no sigmoide, com implantes no meso, até junto da raiz da AMI. Paciente evoluiu satisfatoriamente com alta no 9º DPO. O estudo anatomopatológico evidenciou adenomas túbulo-vilosos com displasia de alto grau e adenocarcinoma de sigmoide, pouco diferenciado, com áreas de tumor neuroendócrino e com metástase em linfonodos regionais e ovário. Estadiamento T3N1M1a. Enviado material para imunohistoquímica, sendo

confirmado tumor neuroendócrino grau III (oat-cell pouco diferenciado). Paciente encaminhada ao serviço de oncologia para tratamento quimioterápico. Inicialmente apresentou boa resposta, mas desenvolveu metástases hepáticas múltiplas, tendo evoluído para óbito, após um ano da cirurgia. **DISCUSSÃO:** A incidência de TNE's colorretais varia entre 0,1 e 3,9% entre todos os tipos de neoplasias. Com base nos achados histopatológicos e imunohistoquímicos, os TNE's podem ser divididos em tumores carcinoides (grau I), moderadamente diferenciados (grau II) e pouco diferenciados (grau III), que englobam tumores de pequenas ou grande células. Lesões pouco diferenciadas, tipo tumor de pequenas células são ainda mais raramente descritos em associação com as doenças inflamatórias e têm prognóstico bastante reservado. Provavelmente a diferenciação neuroendócrina nestes casos, diferentemente dos carcinoides, estaria relacionada ao desenvolvimento de células multipotentes a partir do epitélio displásico. Dentre os poucos casos relatados na literatura, as diferenças de apresentação não permitem que se estabeleçam subgrupos de risco para o desenvolvimento deste tipo de tumor.

**PT058 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE ANAL PÓS HEMORROIDECTOMIA POR RETALHO CUTÂNEO TIPO "HOUSE".**

ANA CAROLINE FERNANDES FONTINELE; DR. GUILHERME MUNIZ BOURROUL; DR. HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; DR. THIAGO BASSANEZE; DRA. VIVIAN SATI OBA BOURROUL; PROF. DR. ROGERIO TADEU PALMA; PROF. DR. JAQUES WAISBERG; PROF. DR. RENE CREPALDI FILHO  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A estenose anal (EA) é um estreitamento anormal do canal anal, decorrente da substituição do seu revestimento epitelial por tecido fibro-cicatricial. Geralmente a EA resulta de complicações de procedimentos cirúrgicos, sobretudo as hemorroidectomias. O tratamento da EA deve considerar a intensidade dos sintomas e os aspectos anatômicos e funcionais do canal anal. Para o tratamento dos casos mais severos, diversas técnicas cirúrgicas reparadoras foram desenvolvidas, dentre estas o retalho em "house". **OBJETIVO:** apresentar um caso de EA submetido a anoplastia anal em "house", discutir suas características e indicações. **MÉTODO:** Relato de caso com levantamento de dados do prontuário. **RELATO DE CASO:** homem, 55 anos, pós operatório tardio de hemorroidectomia a Milligan-Morgan. Evoluiu com dor anal e afilamento das fezes seis meses após o procedimento. Realizou inúmeras dilatações anais com velas de Hegar de calibres crescentes, porém com alívio fugaz dos sintomas. Ao exame proctológico: ânus com tecido fibro-cicatricial em toda sua circunferência, com evidente redução do seu diâmetro; toque retal: diâmetro justo de uma polpa digital, sem fissura anal ou hipertonia esfínteriana; anus-copia com trave fibrótica esbranquiçada circunferencial em

todo canal anal, mais acentuado em linha média posterior. Apresentava também colonoscopia e manometria anorretal normais. A técnica operatória foi o retalho em “house”: na posição de ginecológica, o defeito fibrótico em linha média posterior foi ressecado no plano submucoso, com a identificação e preservação dos esfíncteres anais. O retalho foi criado mediante uma incisão longitudinal feita na pele perianal, a partir da linha denteada. A incisão prosseguiu proximal e transversalmente para que o retalho fosse concebido na forma de uma “house”, com a base orientada proximamente. A largura da base do retalho é projetada para combinar com as incisões transversais e, conseqüentemente, a largura do defeito da mucosa a ser substituído. Preservou-se o pedículo vascular subcutâneo e a “house” foi avançada para o canal anal onde é suturado, seguida do fechamento da área doadora. O paciente recebeu alta sem nenhuma intercorrência. Está assintomático até o presente momento (3º mês de pós-operatório) com substancial melhora da dor e da exoneração das fezes. **DISCUSSÃO:** O tratamento cirúrgico da EA têm desafiado os cirurgiões por muitos anos. Numerosas técnicas foram desenvolvidas para tratar esta doença, com indicações e resultados variáveis. A técnica do retalho em “house” proposta por Christensen (1992) pode ser utilizada no caso em que a EA envolva todo o perímetro e o comprimento do canal anal. Esta técnica cirúrgica tem duas vantagens principais: fornecer um retalho de pele amplo para todo o comprimento do canal anal envolvido aumentando seu diâmetro; e prever o fechamento primário da área doadora. Além de evitar a mobilização extensiva de tecido, com isso o retalho mantém bom fornecimento de sangue, com o mínimo de tensão.

#### PT059 - PSEUDOLIPOMATOSE DE COLON- RELATO DE 3 CASOS

LEONARDO HUBER TAUILL; ALFREDO RICARDO TAUILL2; FERNANDO ZARONI SEWAYBRICKER1; MARCELO RAPOSO CAMARA1; RODRIGO REGO LINS1; RODRIGO FELIPPE RAMOS2; THAMIRES HUBER TAUILL3; MARIANA DIAS CAMPOS1

1.HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.UFF, NITEROI, RJ, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Introdução: A Pseudolipomatose colônica é uma doença rara com poucos casos relatados na literatura. Sua causa ainda é desconhecida, mas a evolução é benigna, não necessitando de tratamento. Métodos: Foram estudados três casos dessa doença, com imagens de seu aspecto endoscópico e sua evolução e sua evolução. Resultados: Os três casos estudados, tiveram confirmação patológica da doença, apresentavam diferentes patologias concomitantes e aspecto endoscópico semelhante. A evolução foi com desaparecimento da imagem, quando a colonoscopia foi repetida. Conclusão: a pseudolipomatose colônica é uma doença rara e benigna, de origem ainda desconhecida com aspectos endoscópicos e patológicos típicos.

#### PT060 - ATUALIZAÇÃO DE DADOS - MACROLIGADURA ELÁSTICA ALTA

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; SÉRGIO OLIVA BANCI; LUCIANE HIANE OLIVEIRA; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR; IVNA HOLANDA VIANA; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA

CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: A macroligadura alta é um procedimento minimamente invasivo utilizado para o tratamento da doença hemorroidária. Objetivo: Demonstrar a técnica e expor dados estatísticos relacionados à Macroligadura Elástica Alta. Método: Incluídos pacientes com doença hemorroidária interna, sem doença hemorroidária externa, de qualquer idade ou sexo, com seguimento pós-operatório de 24 meses. Foram tratados, em caráter ambulatorial, 2008 pacientes com doença hemorroidária graus II e III, preferencialmente abordando todas as áreas em uma única sessão. Técnica: Com o paciente em posição de Sims, foi utilizada anestesia local (0,5 ml de lidocaína na camada submucosa). Realizada Macroligadura com aspiração da mucosa retal do mamilo interno acometido, aproximadamente 3 ou 4cm acima da linha pectínea. Procedimento realizado com um aparelho aplicador de anéis de borracha por aspiração, confeccionado especialmente para esse tipo de procedimento, com maior calibre e com anuscópio também mais largo e mais longo, permitindo uma melhor visualização do canal anal. Resultados: Após seguimento clínico por dois anos, foi evidenciado baixo índice de recidiva, sendo maior nos pacientes com apenas uma área tratada. Os pacientes com recorrência foram reabordados com uma nova sessão de macroligadura. Foram identificadas as seguintes complicações: sangramento (1,7%), dor com necessidade de medicação endovenosa (1,5%), edema perianal (1,2%), tenesmo (0,7%), retenção urinária (0,1%). Nenhum paciente apresentou sepse ou necessidade de internação hospitalar após o procedimento. Conclusão: A Macroligadura Elástica Alta mostrou ser uma técnica eficiente, com uma pequena taxa de recidiva, pouco ou nenhum desconforto durante ou após sua realização, além de apresentar baixo custo e fácil execução.

#### PT061 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA TRANSESFINCTERIANA COM PLUG DE COLÁGENO

FELIPE FERREIRA DA MOTA; ANTONIO LACERDA FILHO; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA; FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: A fistula anorretal é composta por um trajeto anormal que une um orifício externo situado mais comumente na pele da região perianal a um orifício interno situado no canal anal, geralmente a partir das criptas anais. Raramente o orifício interno pode ter localização mais alta no reto. O tratamento cirúrgico consiste em eliminar a fistula, prevenindo a recorrência e preservando-se a função esfínteriana. No caso das fistulas mais altas com muito comprome-

timento esfínteriano, as fistulotomias não devem ser realizadas. Nestes casos, assim como em fistulas recidivadas, devem ser empregadas outras técnicas, como o abaixamento mucoso ou o uso de cola de fibrina ou plug de colágeno. OBJETIVO: apresentar vídeo do tratamento cirúrgico de uma fistula transesfínteriana pela técnica de aplicação de um plug de colágeno. VÍDEO: Paciente masculino, 45 anos, com história de volumoso abscesso perianal drenado cirurgicamente em serviço de urgência, há cerca de um ano. Desde então persiste com desconforto na região e drenagem crônica de secreção pio-serosa por orifício fistuloso, localizado na posição de 3 horas, a cerca de 6 cm do ânus. Paciente não apresentava co-morbidades. Por se tratar de fistula transesfínteriana com acometimento de importante massa muscular, optou-se por aplicação de plug de colágeno. Neste caso específico, o paciente apresentava orifício externo acessório que foi aberto. Realizada curetagem apenas deste trajeto secundário, uma vez que está contraindicada a curetagem do trajeto principal, onde o plug foi posicionado. Será apresentado, de forma clara, a técnica de aplicação do plug. Paciente apresentou evolução favorável, com cicatrização completa após 30 dias. Seguimento de um ano, sem sinais de recidiva.

**PT062 - ESTENOSE ANAL TRATADA COM HOUSE FLAP**  
ANTONIO EDNARDO DE SOUZA; NADJA KAMILA SRO SANTOS

*HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU, IGUATU, CE, BRASIL.*

Resumo: O objetivo do trabalho é apresentar um caso de estenose anal em uma paciente submetida a hemorroidectomia, utilizando um retalho de avanço do tipo house flap. Demonstra-se que a técnica é de fácil execução e com bom resultado funcional.

**PT063 - PÓLIPO CLOACOGÊNICO: UMA CAUSA RARA DE HEMATOQUEZIA**

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ELOAH GAMBOSI LIMA; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; RAISSA AMELIA SILVA REIS; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ; ILSON GERALDO DA SILVA  
*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Pólipos cloacogênicos são lesões inflamatórias raras que ocorrem na zona de transição anorretal e reto baixo, que podem simular uma neoplasia. Os sintomas mais comuns são sangramento retal, tenesmo e alteração do hábito intestinal. Relato de caso: E.C.S., sexo masculino, 14 anos, história de sangramento anal e prolapso de lesão às defecações há três anos. Exame proctológico evidenciou lesões vegetantes e friáveis, no canal anal, reto baixo e médio. Realizado colonoscopia com detecção de tumoração retal. Cólon e íleo terminal sem alterações. Biópsias evidenciaram apenas tecido inflamatório crônico, ou seja, inconclusivas. Ressonância Magnética: lesão expansiva de reto médio/baixo, a dois centí-

metros do esfínter anal, acomete a camada muscular do reto, sem sinais de transfixação da serosa retal. Dois linfonodos em gordura mesorretal posterior direita. Sem linfonodomegalias pélvicas e/ou inguinais. Tomografia Computadorizada: área de espessamento retal, com aparente lesão vegetante em sua parede anterior a esclarecer (neoplasia? Doença de Crohn?). Pequenos linfonodos mesentéricos e pararretais. Diagnóstico diferencial com doenças infecto-parasitárias (Sorologias para Sífilis, Citomegalovírus, Mononucleose, Leishmaniose, Hepatite B e C, HIV, e exame parasitológico de fezes) com resultados negativos. Submetido a Microcirurgia Endoscópica Transanal com ressecção da lesão. Histologia: pólipo cloacogênico inflamatório com lagos de mucina. Discussão: Pólipos Cloacogênicos parecem relacionados com prolapso crônico da mucosa retal e síndrome da úlcera retal solitária. Alguns autores sugerem que o prolapso, esforço evacuatório e espasmo do esfínter anal externo causem pressões elevadas no interior do reto e conduzem a isquemia e ulceração. Podem ser confundidos com doenças malignas anorretais e o diagnóstico diferencial deve incluir pólipos adenomatosos e juvenis. Não são neoplasias, mas representam um processo de regeneração inespecífico. Prevalecem no sexo feminino entre a 4ª e 6ª décadas e é raro em crianças. Os achados endoscópicos podem mostrar pólipos no reto baixo, pediculados ou, mais comumente, sésseis. Tratamento conservador inicial é recomendado (aumento da ingestão de líquidos e fibras). Ressecção transanal deve ser considerada quando não houver controle adequado dos sintomas, ou certeza do diagnóstico. A longo prazo pode ocorrer recorrência da lesão, desenvolvimento de Carcinoma Células Escamosas (infecção pelo HPV), intussuscepção e prolapso retal, síndrome do descenso perineal e incontinência.

Conclusão: Os pólipos cloacogênicos inflamatórios são lesões a serem consideradas no diagnóstico diferencial de lesões polipóides anorretais. O mecanismo subjacente é desconhecido, mas podem ser desencadeados pela isquemia secundária ao prolapso crônico da mucosa. O sangramento retal é a forma mais comum de apresentação. Polipectomia simples parece ser o tratamento de escolha.

**PT064 - DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG DO ADULTO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BERNARDO HANAN; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A Doença de Hirschsprung (DH) é a aganglionose congênita dos plexos nervosos submucoso e mioentérico afetando principalmente o cólon sigmóide distal e o reto. Normalmente é diagnosticada nas primeiras semanas ou meses de vida e, quando não reconhecida, pode determinar constipação intestinal refratária por longos períodos. OBJE-

TIVO: Esse trabalho visa apresentar um caso de um paciente com diagnóstico tardio de DH, o tratamento empregado e breve revisão da literatura. MÉTODO: Trata-se de paciente masculino, 17 anos, com quadro de constipação intestinal desde o primeiro ano de vida, dor, distensão abdominal e soiling, com grande impacto psicossocial. Propedêutica complementar ainda na infância com enema opaco evidenciava megacólon sigmóide e megarreto. Epidemiologia e sorologias negativas para Doença de Chagas. Encaminhado ao ambulatório de Coloproctologia e nossa instituição aos 17 anos. Realizada manometria anorretal com achado de reflexo inibitório retoanal ausente. Submetido a biópsia de parede retal em espessura total, com achado histopatológico de hipoganglionose colônica. Estabelecido o diagnóstico de DH em sua forma frustra ou DH do adulto. RESULTADOS: Paciente foi submetido a laparotomia com achado de megarreto e megacólon sigmóide com distensão colônica pronunciada e nítido ponto de transição entre o cólon descendente de calibre normal e o cólon sigmóide dilatado. Realizada retossigmoidectomia a Duhamel modificada com ressecção de todo o cólon dilatado, seguido de anastomose colorretal baixa término lateral posterior grampeada e ileostomia em alça à Brooke. Estudo anatomopatológico evidenciou hipoganglionose colônica em parte da peça, mas com corpos neuronais sem alterações em plexos submucoso e mioentérico na margem proximal da ressecção. Após 10 semanas enema opaco de controle evidenciou anastomose colorretal baixa posterior sem evidência de fistulas. Realizada reconstrução de trânsito por fechamento de ileostomia por incisão específica. Dois tempos cirúrgicos realizados sem intercorrências. No momento paciente encontra-se em seguimento ambulatorial, resolução da constipação intestinal (duas evacuações ao dia) e soiling, com melhora significativa de sua qualidade de vida. CONCLUSÃO: O diagnóstico da DH em adultos é desafiador pela raridade da afecção. O caso clínico abordado é um típico aganglionose colônica: paciente adolescente ou adulto com histórico de constipação desde a infância, com necessidade de utilização frequente de catárticos e enema. O tratamento empregado e os desfechos cirúrgicos dependem da experiência dos cirurgiões envolvidos. Não há uma única opção terapêutica universalmente aceita. Neste caso foi realizada a Cirurgia de Duhamel modificada, reconhecidamente um procedimento seguro e eficaz com resultados funcionais a longo prazo excelentes.

**PT065 - TROMBOSE VENOSA PORTOMESENTÉRICA PÓS PROCTOCOLECTOMIA COM BOLSA ILEOANAL LAPAROSCÓPICA NA RETOCOLITE ULCERATIVA**  
MATUSKA DIB IAMUT; ANDRE DA LUZ MOREIRA; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA  
*UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Pacientes com doença inflamatória intestinal são de alto risco para fenômenos tromboembólicos, especialmente a trombose venosa profunda. Trombose venosa portomesentérica é uma complicação rara porém grave pós

proctoclectomia e sua etiologia ainda não é bem definida. Apresentamos um caso de trombose de veia porta e veia mesentérica superior no pós-operatório de um paciente com retocolite ulcerativa refratária ao tratamento clínico e suas manifestações clínicas. Relato de caso: Paciente de gênero masculino, 40 anos, com diagnóstico de retocolite ulcerativa há 11 anos. Este foi encaminhado ao serviço de cirurgia devido a cortico-dependência e por ser refratário a imunossuppressores e terapia anti-TNF alfa. A história patológica pregressa apresentava trombose venosa profunda há 4 anos e anticoagulação por 6 meses após esse episódio. O paciente foi submetido a proctoclectomia total com formação de bolsa ileoanal com ileostomia em alça de proteção por videolaparoscopia. Inicialmente o paciente evoluiu muito bem e foi de alta hospitalar no quinto dia de internação. No décimo primeiro dia de pós-operatório o paciente procurou o setor de emergência devido a fraqueza, tonturas e falta de ar. Negava febre e dor abdominal, porém no exame físico estava hipohidratado, com frequência cardíaca elevada e leucocitose no exame laboratorial. Após reposição volêmica o paciente foi encaminhado para tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve que descartou sepse abdominal porém evidenciou trombose de veia porta e veia mesentérica superior. Trombose venosa profunda em membros inferiores e embolia pulmonar foi descartada. O paciente foi readmitido e a anticoagulação foi realizada inicialmente com heparina plena em bomba infusora seguida de heparina de baixo peso molecular e posteriormente cumarínico por via oral com resolução rápida dos sintomas. Após 6 meses de anticoagulação realizamos o fechamento da ileostomia sem outras intercorrências. Discussão/conclusão: A trombose venosa portomesentérica é uma complicação grave no pós-operatório de pacientes com doença inflamatória intestinal e deve ser suspeitada na presença de sinais de inflamação sistêmica. Apesar disso, seu curso é benigno e a anticoagulação é eficaz na sua resolução clínica.

**PT066 - SANGRAMENTO DE ANASTOMOSE COLORRETAL: RELATO DE CASO**

JOSIANE HARUMI CIHODA LOPES; PAULO HENRIQUE PISI; RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA; VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES; OLANE MARQUEZ DE OLIVEIRA; FELIPE BARUFALDI

*SANTA CASA RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O sangramento gastrointestinal baixo é frequente após anastomoses colorretais, manifesta-se como hematoquezia na primeira evacuação e, em geral, é autolimitado. De 0,3 a 4% dos pós operatórios evoluem com hemorragias severas, que se iniciam entre 30 minutos a 9 dias após a cirurgia. A maioria apresenta resolução com tratamento conservador através de angiografia com embolização, aplicação de drogas vasopressoras ou endoscópico e raramente necessitam de reintervenção cirúrgica. Relato de caso: JJAV, 62 anos, masculino, com neoplasia de reto alto sem neoadjuvância, submetido a retossigmoidectomia eletiva com anastomose término-terminal mecânica com duplo grampeamento. Evoluiu com enterorragia de grande volume 12 horas após a cirurgia,

que não cessou com medidas clínicas (ácido tranexâmico 1g em bolus e 1g a cada 8 horas durante 24 horas e soro fisiológico gelado com adrenalina em uma concentração de 80mcg/ml cada 6 horas via retal). Apresentou queda na hemoglobina de 12g/dl para 9g/dl, necessitando de transfusão de 2 concentrados de hemácias. Hemoglobina pós transfusional de 10g/dl. Não houve remissão do sangramento após 24h de tratamento clínico, realizada colonoscopia que evidenciou coágulo aderido à anastomose com sangramento ativo em gotejamento, sem sinais clínicos ou endoscópicos de deiscência. Realizada retirada do coágulo e clipagem do local de sangramento com 3 cliques, obtendo-se resolução imediata do sangramento. Recebeu alta no 5º PO (pós operatório). Discussão: O sangramento de anastomoses colorretais é considerado severo quando é necessária reintervenção cirúrgica ou transfusão sanguínea, sendo raro independentemente da técnica, manual ou mecânica. O tratamento conservador, em geral, é bem sucedido, através de angiografia com embolização ou emprego de drogas vasoativas como a vasopressina e terapia endoscópica com colonoscopia através de infusão de adrenalina, eletrocoagulação ou clipagem. A angiografia é reservada para os casos em que não é possível acessar a anastomose ou utilizar outras opções de tratamento conservador, devido a possibilidade de isquemia miocárdica, intestinal e até infarto. A embolização é usada se não houver resposta à vasopressina. A colonoscopia possui vantagens sobre as demais técnicas: menos estresse fisiológico; necessita apenas de leve sedação; menor custo e menor permanência hospitalar e é segura mesmo no 1º PO. As limitações são: parecer agressiva por insuflar ar e por trauma local na anastomose, o que exige profissional experiente e possibilidade de deiscência tardia da anastomose na eletrocoagulação. Diante disto, foi eleita a colonoscopia para intervenção do caso, realizada clipagem que imediatamente deteve o sangramento. A cirurgia é indicada somente em casos com instabilidade hemodinâmica ou falha no tratamento conservador. O tratamento colonoscópico constitui um tratamento seguro e efetivo nos sangramentos de anastomoses colorretais, devendo sempre ser considerada antes de uma nova cirurgia.

**PT067 - BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS FUNCIONAIS DO ASSOALHO PÉLVICO POSTERIOR – FATORES ASSOCIADOS AOS RESULTADOS?**

CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA<sup>1</sup>; STHELA MARIA MURAD REGADAS<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS<sup>1</sup>; LUSMAR VERAS RODRIGUES<sup>1</sup>; FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO<sup>2</sup>; ADJRA DA SILVA VILARINHO<sup>2</sup>; SAULO SANTIAGO ALMEIDA<sup>1</sup>; LÍVIA BORGES OLINDA BATISTA<sup>2</sup>

1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Resumo: Introdução: Anismus e a incontinência fecal (IF) são distúrbios funcionais comuns do assoalho pélvico posterior que acometem principalmente as mulheres. O biofeedback (BFD) é

uma modalidade terapêutica já bem estabelecida para o tratamento dessas disfunções. Estudos clínicos randomizados relatam taxas de resposta à terapia com BFD de 70% a 80% para anismus e 55% a 75% para a IF. Objetivo: Comparar o papel do BFD no tratamento do Anismus e da IF em mulheres, analisando se há fatores preditores de resposta à terapia. Métodos: Análise retrospectiva de dados prospectiva de pacientes com diagnóstico clínico e manométrico de anismus ou incontinência fecal. Foram utilizados os escores de constipação e incontinência da Cleveland Clinic para quantificar os sintomas. Os dados foram analisados de acordo com o percentual(%) de resposta ao tratamento, sendo distribuídos em: satisfatória(Melhora  $\geq$  50%)e insatisfatória(< 50%)correlacionando fatores que poderiam interferir nos resultados: idade, parto vaginal (presença e o número de partos), histerectomia, cirurgia colorretal e/ou proctológica prévia. Utilizou-se os Testes t Student eFisher de acordo com dados numéricos ou categóricos. Resultados: Foram incluídas 136 mulheres, sendo 75 com diagnóstico de anismus e 61 com IF, apresentando idade média de 56 e 64 anos, respectivamente. As pacientes com anismus apresentaram um % de melhora médio significativamente maior ao comparar àquelas com IF (mediana 54% vs.42%, respectivamente /  $p=0.008$ ). As pacientes do grupo da IF apresentaram diferença significativa do grupo do anismus: idade superior, presença de parto vaginal e paridade maior, número maior de cirurgias proctologica e/ou colorretal e pressões anais de repouso e contração mais baixa. No entanto, foi similar o número de pacientes com resposta satisfatória nos 2 grupos (Anismus= 41/55% vs. IF=28/46 %). Quando analisados os pacientes comparados dentro de cada grupo: Resposta satisfatória, 39(56,5%) tiveram parto vaginal (17=Anismus vs. 22=IF  $p=0.003$ ), 10(14,5%) foram histerectomizadas (12 Anismus vs. 3=IF /  $p=0,0811$ ), 20(29%) apresentavam cirurgia prévia (11 Anismus vs. 9 IF /  $p=0,7877$ ). No grupo de pacientes que apresentaram resposta insatisfatória, 46 (68,6%) tiveram parto vaginal (16- anismus vs. 31-IF /  $p=0,001$ ), 9(13,4%) submetido a histerectomia (6 vs. 3 IF /  $p=0,7840$ ), 17 apresentavam cirurgia prévia (8 IAP vs. 9 IF /  $p=0,7840$ ). Conclusão: O biofeedback representa uma boa opção para o tratamento dos distúrbios funcionais do assoalho pélvico posterior, desde que metade das pacientes obtiveram uma resposta satisfatória após a terapia. Não houve correlação entre os fatores idade, parto vaginal, histerectomia e menopausa com o tipo de resposta (satisfatória x insatisfatória) ao tratamento, comparando-se as pacientes com anismus e incontinência fecal.

**PT068 - ADENOCARCINOMA DE RETO COM MÚLTIPAS METÁSTASES CUTÂNEAS**

KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; RAISSA AMELIA SILVA REIS; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; ELOAH GAMBOSI LIMA; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; ILSO GERALDO DA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: Metástases cutâneas de adenocarcinoma possuem incidência de 1-2% e apenas 4% destes tem

como sítio primário o colon e o reto. É uma condição rara, que indica pior prognóstico, com sobrevida de 3 a 18 meses. O seu reconhecimento é importante para diagnóstico e tratamento dos pacientes acometidos. **RELATO DE CASO:** Paciente S.R.A, 72 anos, sexo masculino, apresentando quadro de semi-obstrução intestinal, retenção urinária e lesões cutâneas em abdome e membros inferiores. Identificada no toque retal lesão obstrutiva a 6 centímetros da borda anal. Realizada retossigmoidoscopia rígida com biopsia, concluindo-se o diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor do reto no histopatológico. Paciente internado para estadiamento, com evidência de múltiplas metástases pulmonares, hepáticas e cutâneas, desde a cicatriz umbilical até a região proximal das coxas. Realizada colostomia, transversostomia, em alça derivativa por incisão específica para tratamento da semi-obstrução; além de biopsia de lesões cutâneas; e sondagem vesical de demora. Resultado da biópsia de pele com evidência de adenocarcinoma colônico metastático em fragmentos de pele e tecido fibroconjuntivo, clinicamente compatível com sítio primário de reto. Paciente encaminhado à oncologia clínica para seguimento terapêutico. **DISCUSSÃO:** As lesões dermatológicas geralmente ocorrem nos dois primeiros anos após a ressecção do tumor primário. Muitas vezes associadas a lesões em fígado, peritônio e pulmão, como no caso do paciente estudado. O local mais freqüente das lesões cutâneas é a região abdominal. Outros sítios em ordem decrescente de freqüência são a pele, dorso, tórax e membros superiores. Locais pouco freqüentes incluem couro cabeludo, face, pálpebras e genitália. Podem ocorrer através de disseminação linfática, intravascular, extensão direta do tumor e implantação cirúrgica. **CONCLUSÃO:** Metástases cutâneas e subcutâneas são raras e geralmente significam doença disseminada com pior prognóstico. Um alto índice de suspeita é recomendado quando identificadas lesões de pele em pacientes oncológicos.

**PT069 - USO DA DILATAÇÃO ANAL PROGRESSIVA PARA O TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO SECUNDÁRIA À CONTRAÇÃO PARADOXAL DO M. PUBORRETAL (ANISMUS): DADOS PRELIMINARES**  
UMBERTO MORELLI; CLAUDIA LUCIANA FRATTA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOSE JOAO FAGUNDES; MICHEL GARDERE CAMARGO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A contração paradoxal do músculo puborectal (anismus) é causa comum de evacuação obstruída. O tratamento convencional inclui exercícios de reabilitação do assoalho pélvico associados a biofeedback. A dilatação anal progressiva já foi estudada como técnica alternativa para a resolução do anismus, porém com resultados discordantes. **Objetivo:** Estudar a eficácia de um novo dispositivo para dilatação anal progressiva na resolução da constipação secundária à anismus. **Método:** Portadores de constipação com queixa de evacuação incompleta foram considerados aptos para partici-

parem do estudo. O diagnóstico de evacuação obstruída secundária à anismus foi estabelecido por meio de manometria anorretal com sistema de perfusão pneumohidráulico e considerou-se para o diagnóstico a elevação dos valores de pressão ao esforço de evacuação em relação à pressão de repouso. Foram dadas as orientações para o uso domiciliar de um dispositivo intra-anal inflável (Dilagent TM- Sapimed Itália-Proctoshop Brasil) que permite uma dilatação anal progressiva por meio de insuflação de ar com volumes crescentes de 5 ml, até 40 ml. A avaliação inicial consistiu em entrevista inicial com avaliação por meio de três parâmetros clínicos subjetivos (facilidade para emissão de flatos, facilidade de evacuação e melhora global da sensação evacuatória), escore de Agachan e questionário de qualidade de vida (SF 36). Uma avaliação intermediária foi realizada após seis semanas avaliando os três parâmetros clínicos subjetivos. A avaliação final será realizada por meio de novo cálculo do escore de Agachan, SF36, e manometria anorretal, com 20 semanas de uso do dispositivo. **Resultados:** Para um total de 12 dispositivos disponíveis, foram incluídos até o momento, oito pacientes, com média de idade de 51,5 (34-70 anos) anos, sendo cinco do sexo feminino (62,5%). Os valores de escores médios pré-tratamento do SF 36 e Agachan foram respectivamente 29,25 (12 -57) e 17 (12 - 26). A avaliação inicial com seis semanas, evidenciou que cinco pacientes (62,5%) relataram melhora para eliminação de flatos, quatro (50%) relataram melhora na facilidade de evacuação e cinco (62,5%) melhora global da sensação evacuatória. **Conclusão:** Os resultados iniciais da dilatação anal progressiva (Dilagent) evidenciou dados promissores e poderá apresentar-se como alternativa terapêutica aos métodos convencionais de tratamento do anismus.

**PT070 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO AMBULATÓRIO DE DST DO HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE**  
PAULA BARROSO ARAUJO; PAULA RODRIGUES GUIMARAES; RAQUEL ESPINDOLA MACHADO; MONIQUE COUTO MATOS; NUALA MAIA DA FONSECA; MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS; ANTONIO CARLOS MIRANDA; DINA MARTINS RODRIGUES DE SOUZA  
*HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** A incidência e a variedade de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) vêm apresentando crescimento nas últimas décadas. A região perianal, o ânus e o reto podem ser acometidos por essas doenças adquiridas por infecções bacterianas, virais ou por fungos. A apresentação clínica também é variada podendo aparecer como doenças ulcerativas, doenças de aspectos tumorais e até evoluir para o desenvolvimento de neoplasias malignas. Dentre essas doenças podemos citar: gonorréia, linfogranuloma venéreo, cancro mole, Donovanose, sífilis, herpes genital, molusco contagioso, doenças causadas pelo HPV. A infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) influencia na aquisição, na transmissão e na resposta do hospedeiro para a ampla varie-



dade de DSTs. OBJETIVO: analisar o perfil epidemiológico dos pacientes que foram atendidos no ambulatório de DST do Hospital Municipal da Piedade, visando esclarecer as principais características dos pacientes acometidos por esse tipo de patologia. MÉTODOS: O estudo foi realizado com todos os pacientes que foram atendidos no ambulatório de DST do Hospital Municipal da Piedade, localizado na cidade do Rio de Janeiro, no período de Julho de 2013 a Janeiro de 2014. A coleta de dados foi realizada através de um questionário padronizado respondido pelos próprios pacientes na primeira consulta no ambulatório. Foram coletados 87 questionários para análise e considerados como variáveis do estudo os seguintes parâmetros: idade, sexo, infecção pelo HIV previamente conhecida na primeira consulta, em uso ou não de TARV, queixa principal, diagnóstico prévio de câncer. RESULTADOS: Houve predomínio de pacientes masculinos atendidos no ambulatório de DST nesse período (62%). A maioria dos pacientes (71,3%) se encontrava entre 21-40 anos. Em relação à infecção por HIV, 39% dos pacientes analisados já sabiam ser portadores do vírus na primeira consulta no ambulatório. Sobre a queixa principal dos pacientes, a maioria (85%) procurou o ambulatório devido a presença de verrugas perianais. CONCLUSÃO: Podemos concluir que a multiplicação dos grupos de risco para aquisição de DST/AIDS fez com que praticamente toda a população sexualmente ativa pudesse se contagiar. É fundamental que todos os pacientes que apresentem algum tipo de DST sejam rastreados o mais precocemente possível para as outras doenças sexualmente transmissíveis (HIV, hepatites, sífilis), já que não é incomum a presença de mais de uma doença no mesmo paciente. É fundamental que os pacientes sejam informados sobre a forma de contágio para tentar diminuir a disseminação desses tipos de patologias. O esclarecimento sobre as formas de prevenção é a principal forma para combater o crescente aumento do número de casos nos dias atuais.

**PT071 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ACHADOS ENDOSCÓPICOS REALIZADOS NO HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ ENTRE JANEIRO E JUNHO DE 2015**  
ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; FLAVIA FELIX AZEVEDO; TAMARA DURCI MENDES; ARY AUGUSTO DE CASTRO MACEDO; CAROLINE GOMES DE ALMEIDA ROCHA; SHEILA MARIA VAZ MORENO; PAULO EDUARDO LUCISANO BIN  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

Resumo: O exame colonoscópico é um procedimento tecnicamente difícil e a sua eficácia depende de variáveis tais como a capacidade do examinador, a qualidade da preparação do intestino e material adequado para realização de terapêutica ou biópsias. Pretendemos com este trabalho conhecer a prevalência de doenças colorretais e relacionar dados como idade, sexo, preparo colonico no hospital Regional de Jundiaí. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo e documental. Foram analisados os dados contidos nos laudos das colonoscopias realizadas no Hospital Regional de Jundiaí. Levou-se

em consideração a faixa etária, o sexo, os achados endoscópicos e a qualidade do preparo intestinal. Não foram levados em consideração o motivo do pedido do exame e o resultado de anátomo patológico pois tais dados não constavam no laudo ou foram inacessíveis. Este trabalho está de acordo com as normas para Pesquisa em Seres Humanos. Foram realizadas 96 colonoscopias entre os dias dois de janeiro e 30 de junho de 2015. Destes, 65 pacientes eram do sexo feminino e 31 do sexo masculino, correspondendo a 68% e a 32%, respectivamente. O preparo intestinal foi classificado como bom e irregular. Pode se observar que em 95% das vezes o preparo foi bom, em 5% o preparo foi irregular. Dentre as 96 colonoscopias realizadas, 43 laudos estavam normais (45%) e 53 laudos (55%) possuíam alguma alteração. Considerando que um mesmo paciente pode ter mais do que um achado endoscópico sendo os principais, em ordem de frequência, divertículos (21%), pólipos (14%), DII (6%) e neoplasia (5%). Foi possível observar também que as colonoscopias com laudos sem alterações teve prevalência entre 51-60 anos com 30% seguida de 26% encontrado em pacientes com idade entre 61-70 anos. Analisando os resultados obtidos, pudemos perceber que a maioria dos exames realizados foram solicitados para pacientes na faixa etária acima de 60 anos, além de prevalecer o sexo feminino. Devido a estes dados, possuímos um viés no diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais e nas doenças hemorroidárias, que foram diagnosticadas em sua maioria nestes pacientes com idade superior a 60 anos, o que não ocorre normalmente. Porém o diagnóstico de doenças diverticulares, neoplasias e pólipos encontraram-se em uma porcentagem dentro da esperada. Foi identificada apenas uma perfuração colônica, sem outras complicações documentadas. Pudemos perceber também que a grande maioria dos exames que foram realizados obtiveram resultado normal em pacientes sintomáticos, o que nos leva a repensar a hipótese diagnóstica à partir da historia clinica e exame físico, com ajuda de outros exames complementares menos invasivos. A seleção dos pacientes é fundamental para evitar exames colonoscópicos desnecessários em pacientes.

**PT072 - COLECTOMIA TOTAL E ILEORRETOANASTOMOSE LÁTERO-TERMINAL EM PACIENTE COM INÉRCIA CÓLICA: RELATO DE CASO**

BRUNA FERREIRA BERNERT; RAFAELA DE ARAUJO MOLTENI; RINA MEGUMI MASHIBA; MARLUS TAVARES GERBER; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; MARIA CRISTINA SARTOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Constipação crônica idiopática severa em adultos é predominantemente uma doença de mulheres, e compreende vários subtipos, que podem ser distinguidos por estudos de função intestinal. Um destes subtipos é a inércia cólica, que consiste em trânsito cólico lento, definido pela persistência de pelo menos 80 % dos marcadores radiopacos no cólon após 120 horas, na ausência de anormalidades da defecação. O manejo de constipação crônica inclui mudanças comportamentais,

dietéticas e uso de laxantes. Constipação intratável de trânsito lento revela-se uma afecção rara, e para um pequeno número de pacientes com manejo clínico falho, opções cirúrgicas devem ser consideradas. Objetivo: Relatar um caso de colectomia total com ileorretoanastomose para tratamento de uma paciente com inércia cólica. Relato do caso: V.F.C., 37 anos, feminina, apresenta história de constipação intestinal desde a infância, associada a dor e distensão abdominal. Quando usava laxantes diariamente, evacuava uma vez por semana. Sem laxantes permanecia cerca de 20 dias sem evacuar. Ultrassonografia de abdome e enema opaco normais. Manometria anorretal evidenciou contração paradoxal do músculo puborretal, que foi corrigida com biofeedback, porém sem melhora da constipação. No estudo do tempo de trânsito cólico, mais de 80% dos marcadores radiopacos persistiram na topografia do ceco e cólon ascendente após cinco dias da radiografia inicial, sendo então definido o diagnóstico de inércia cólica. A paciente foi então submetida a colectomia total com ileorretoanastomose látero-terminal manual. Começou a evacuar no terceiro dia de pós-operatório, com mais de 20 episódios diarreicos. Evoluiu com redução progressiva do número diário de evacuações e recebeu alta com loperamida via oral. Em acompanhamento ambulatorial, a paciente mantém o uso de loperamida, com evacuações pastosas variando de quatro a oito vezes ao dia no terceiro mês de pós operatório. Conclusão: O tratamento cirúrgico apresenta-se como satisfatória opção terapêutica para pacientes com constipação por trânsito lento refratária a medidas clínicas. Vários estudos demonstraram que colectomia total com ileorretoanastomose é o procedimento de escolha na inércia cólica. Ressalta-se, entretanto, a importância da seleção criteriosa dos pacientes para a cirurgia, embasada em história clínica, exame físico, estudo anatômico (enema opaco, colonoscopia, cinedefecografia ou defecorressonância), estudo do trânsito cólico e testes de fisiologia anorretal. A taxa de sucesso nas colectomias totais com ileorretoanastomose tem sido demonstrada em torno de 90%. A paciente do caso relatado evoluiu com resolução do quadro de constipação e dor abdominal recorrente. Outrora controverso, hoje há sólido embasamento na literatura para realização de colectomia total em pacientes com inércia cólica e contração paradoxal do músculo puborretal coexistente, obtendo-se resultados pós-cirúrgicos satisfatórios em pacientes adequadamente selecionados.

**PT073 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO PARA CÍSTO PILONIDAL (EPSIT): EXPERIÊNCIA PIONEIRA NO SERVIÇO DE SALVADOR - BAHIA**

JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; RAFAEL FERRAS SANTANA; THIAGO FARIA MAGALHAES; EDUARDO COSTA COBAS; RICARDO AGUIAR SAPUCAIA; LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA; MEYLINE ANDRADE LIMA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: O cisto pilonidal é uma infecção da pele e do tecido subcutâneo, secundário a um processo inflamatório crônico que ocorre com frequência na região sacrococcígena, geral-

mente associado à presença de pêlos nesta região. É mais comum no sexo masculino e mais frequente na terceira década. Ocorrência é associada a obesidade, sedentarismo e inflamação local ou trauma. O tratamento é eminentemente cirúrgico com diversas formas de realização. Em busca de tratamento minimamente invasivos em 2013 Meineiro desenvolveu a técnica para o tratamento do cisto pilonidal vídeo assistida (endoscópica). Com o intuito de melhores resultados estéticos e menos morbidade. Objetivo: O presente estudo tem como objetivo mostrar a eficácia e avaliar o tempo de cicatrização do tratamento endoscópico de cisto pilonidal. Materiais e Métodos: A casuística foi representada por 4 pacientes (incluindo aquele do SI) que tiveram como indicação o diagnóstico de cisto pilonidal. No período de agosto de 2014 a maio de 2015, em Salvador, Bahia. O aparelho é composto de um fistuloscópio, fabricado pela Karl Storz GmbH (Tuttlingen, Alemanha), um eletrodo monopolar, uma escova e pinça endoscópica. O fistuloscópio tem um diâmetro é de 3,2 9 4,8 milímetros, e o seu comprimento operacional é de 18 cm. A alça removível permite fácil manobra. O fistuloscópio tem duas torneiras uma das quais está conectado a um sistema de irrigação de glicina a 3% ou manitol solução a 1%. Resultados: Dos 03 pacientes, 66 % (2 pacientes) eram do sexo masculino sendo 33% (1 paciente) do sexo feminino. Média de idade de 32 anos (17 a 38 anos). Tempo cirúrgico com uma média de 110 minutos. Tempo de cicatrização em torno de 6 semana. Não houveram recidivas clínicas até o momento, 100% dos resultado favorável. Conclusão: O tratamento endoscópico de cisto pilonidal tem muitas vantagens comparado as outras técnicas cirúrgicas, pois define toda a área envolvida com a remoção completa do tecido de granulação e cabelo. Apresentando um bom resultado, estético em todos os pacientes e um retorno imediato ao trabalho.

**PT074 - DESARTERIALIZAÇÃO E HEMORROIDOPEXIA NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA - EXPERIÊNCIA INICIAL.**

JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA1; BEATRIZ DE OTI E SILVA RODRIGUES2; CINTHIA MAGALHÃES ULHOA1; CHISTIANE DIVA CAMPOS VENEROSO1; DIEGO FELIPE SILVA1; FREDERICO MOREIRA CARDOSO AYRES1; RAMON COELHO CAETANO1; VITOR PEREIRA AQUINO1

*1.HOSPITAL THEREZINHA DE JESUS, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A doença hemorroidária é uma patologia frequente e acomete mais de 50% da população acima dos 50 anos. As técnicas cirúrgicas convencionais, baseadas na ressecção dos coxins hemorroidários com ou sem ligadura do pedículo vascular, cursam com índice de morbidez pós-operatório considerável. O uso do sistema Hemorpex propõe um método alternativo de tratamento, realizando o reposicionamento dos mamilos hemorroidários no canal anal por meio de suturas que determinam a plicatura da mucosa, ao

mesmo tempo, que promove a ligadura de ramos da artéria hemorroidária superior. Esse procedimento está relacionado a uma menor dor pos-operatória e a rápida reintegração a vida laborativa. **OBJETIVO:** Avaliar os resultados iniciais da hemorroidopexia e desarterialização no tratamento da doença hemorroidária. **MÉTODO:** Foram estudados dez (n=10) pacientes portadores de doença hemorroidária, todos tratados cirurgicamente pela mesma técnica: Hemorroidopexia com desarterialização. Os pacientes receberam acompanhamento pós-operatório, e foram avaliados os seguintes parâmetros: dor, sangramento, perda de muco, hábitos intestinais e presença de prolapso. **RESULTADOS:** A avaliação inicial ocorreu primeiro dia pós-operatório antes da alta hospitalar e o primeiro retorno se deu no décimo quinto dia pós-operatório. Dos dez pacientes tratados cirurgicamente, um não compareceu a consulta de retorno. Dor leve a moderada foi a principal queixa pós-operatória, presente em 4 pacientes. Sangramento discreto foi relatado em 2 pacientes da amostra, assim como o prolapso que também esteve presente em dois pacientes. Apenas um paciente relatou perda de muco e prurido no pós-operatório, com melhora espontânea. Um paciente apresentou trombose no pós-operatório imediato que regrediu com tratamento clínico. Um paciente apresentou quadro de incontinência para gases e fezes no 15º dia pós-operatório. Nenhum paciente apresentou alterações dos hábitos intestinais. **CONCLUSÃO:** Pela experiência inicial, a nova técnica foi considerada um procedimento seguro que diminuiu a morbidez pós-operatória.

#### **PT075 - TRANSPOSIÇÃO DO TRAJETO FISTULOSO DE FÍSTULAS ANAIS NA DOENÇA DE CROHN**

RAFAELA DE ARAUJO MOLteni; MARLUS TAVARES GERBER; VANESSA NASCIMENTO KOZAK; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; MARIA CRISTINA SARTOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER

*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: As manifestações perianais da Doença de Crohn estão presentes em 14-38% dos pacientes e as fistulas perianais são uma significativa causa de morbidade. Elas geralmente são múltiplas, complexas e recorrentes, sendo, portanto, de difícil manejo. Existem múltiplas opções de tratamento para as fistulas e a técnica cirúrgica empregada depende da anatomia da fistula e da experiência individual do cirurgião. Os tratamentos mais populares, fistulotomia e fistulectomia, apresentam altas taxas de recidiva e podem causar comprometimento esfinteriano. Método: Análise retrospectiva a partir da revisão de prontuários de cinco casos de pacientes com Doença de Crohn com fistula perianal extraesfinteriana que foram submetidos a técnica de transposição do trajeto fistuloso. A técnica consiste na rotação do trajeto fistuloso da porção extraesfinteriana para uma posição interesfinteriana entre o orifício externo e o interno. O novo trajeto interesfinteriano envolve agora uma porção muito menor do esfíncter interno, que é imediatamente reparado, e a nova fistula é tratada em um segundo tempo. Resultados: Quatro pacientes eram mulheres e um homem. A idade média foi de 43,6 (32-

56) anos. Três usavam terapia combinada com Azatioprina e anti-TNF e dois apenas terapia biológica. Todos os pacientes apresentavam fistula perianal já reparada com sedenho e dois apresentavam fistula retovaginal associada. O tempo médio de seguimento foi de 10,2 (4-18) meses e a mediana foi de 8 meses. Um paciente evoluiu com recidiva da fistula perianal. E todos mantiveram-se continentes para gases e fezes. Discussão: A transposição do trajeto fistuloso é uma técnica pouco descrita na literatura. No banco de dados Pubmed não existem referências ao seu emprego na Doença de Crohn. O resultado funcional e de cicatrização dos casos relatados foi bom, com apenas um caso de recidiva associado a formação de novos trajetos. Conclusão: A transposição de trajeto fistuloso é uma opção para o tratamento de fistula perianal na Doença de Crohn com trajeto fibrótico, que permita a dissecação dos tecidos ao redor e posterior reparo com fio de algodão. O sedenho cortante é reparado após ter sido transposto através da massa esfinteriana que o envolvia, restando uma quantidade visivelmente pouco significativa de fibras musculares do esfíncter interno. Além de ser uma técnica poupadora de esfíncter, é uma boa opção também para se tentar diminuir a permanência de sedenho não cortante por prazo indeterminado, o que é muito comum no cenário da DC fistulizante perianal. Maiores estudos e com tempo de seguimento mais longo são necessários para confirmar nossos resultados positivos.

#### **PT076 - ESTENOSES DO INTESTINO DELGADO NA DOENÇA DE CROHN: DILATAÇÃO COM ESFERAS DE VIDRO**

RAFAELA DE ARAUJO MOLteni; FABIANE DA SILVA RIGUEIRA; MARLUS TAVARES GERBER; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; MARIA CRISTINA SARTOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER

*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória transmural e recidivante caracterizada por inflamação descontínua dos segmentos digestivos acometidos. Apesar dos avanços na terapia clínica e de tratamentos endoscópicos e guiados por imagem, a cirurgia ainda é necessária em cerca de 70 a 90% dos pacientes no decorrer de sua vida, variando entre simples drenagens de abscessos anais até ressecções intestinais. As indicações cirúrgicas são intratabilidade clínica e complicações, como fistulas, estenoses, neoplasias e abscessos. As estenoses, que ocorrem em cerca de 30% dos pacientes com DC, devem ser tratadas quando ocasionam sintomatologia evidente, sem melhora com medicamentos. As opções de tratamento incluem ressecções dos segmentos estenosados, estenoplastias, dilatação com balão e, terapia utilizada no caso relatado, dilatação com esferas de vidro. A presença de múltiplas estenoses e a característica recidivante da doença são fatores que determinam o uso de técnicas nas quais se evitam as ressecções intestinais, como dilatações e estenoplastias. Objetivo: relatar o caso de uma paciente com Doença de Crohn com sintomas de suboclusão e portadora de múltiplas estenoses do intestino delgado, submetida a este-

noplastias e dilatações com esferas de vidro. Relato do caso: RB, feminina, 32 anos, diagnóstico de Doença de Crohn há 17 anos, em uso de Azatioprina 2,5mg/kg/dia, apresentava sintomas de suboclusão intestinal e enterorressonância com múltiplas estenoses do intestino delgado com sinais de inflamação em atividade. Devido a desnutrição da paciente, a paciente recebeu nutrição parenteral total no pré-operatório por 6 semanas. A paciente foi submetida a uma videolaparoscopia exploradora, que detectou alças intestinais hiperemiadas com vários pontos de dilatação, ao longo de quase todo o jejuno, exceto nos 50 cm proximais. Pela existência de múltiplas estenoses, foi optado por conversão do procedimento laparoscópico para a laparotomia mediana de 10cm para exteriorização das alças intestinais. Há cerca de 80cm do ângulo de Treitz, realizou-se uma incisão na alça intestinal e introduziu-se uma esfera de vidro estéril de 15mm de diâmetro para a pesquisa de estenoses. Foram identificadas dezesseis áreas, sendo seis dilatadas somente com a passagem da esfera de vidro, e dez submetidas a estenoplastia a Heinecke-Mickulicz, que consiste em uma incisão longitudinal sobre a área de estenose com fechamento no sentido transversal. A paciente recebeu alta no 10 PO com boa evolução e após 5 meses de seguimento mantém-se sem sinais de novas estenoses e boa aceitação de dieta via oral e sem cólicas nem distensões abdominais. Conclusão: A esfera de vidro foi eficiente para promover a dilatação de segmentos estenosados do delgado e para identificar áreas de maior estenose, nas quais foi realizada a estenoplastia a Heinecke-Mickulicz.

#### PT077 - LACERAÇÃO DE ESFINCTER ANAL: RELATO DE TRÊS CASOS

LINO LUIS SANCHES LARANJEIRA; LIGIA GARCIA SANTOS; POLIANA WADA POYANCO; RAFAELA CLAUDINA SILVA; VANESSA SCREPANTE FORTE; VICTOR HUGO PIZZAIA; KAREN PARRON FERNANDES PUC, LONDRINA, PR, BRASIL.

Resumo: Introdução: A prevalência de incontinência anal na população adulta é 2,2% a 7%. Objetivo: alertar para casos de incontinência anal. Método: três casos de incontinência, causa e consequências. Resultado: FDSM, f, 52 anos, incontinência fecal e perda de gases, sem esforço, desde a hemorroidectomia há 10 anos. Ao exame físico apresentava óstio anal entreaberto e hipotonia esfinteriana. O escore de Wexner foi 20. Indicado esfinteroplastia anal. Incisão curvilínea à margem anal anterior, identificação das extremidades do esfínter anal externo e uso de técnica de sobreposição, fio de vicryl. Toque: melhor tonicidade do ânus. Escore de Wexner em seis meses: 12 e em doze: 09. LCS, f, 59 anos, referindo perda de fezes há 38 anos por trauma em região perianal em parto normal instrumentado. Perda fezes e sucederam-se cinco partos normais. Envolvimento familiar e religioso dificultou tratamento inicial. Exame: rotura perineal músculo-aponeurótica completa, deiscência do corpo perineal e septo retovaginal com pseudo-cloaca, ruptura do esfínter anal e prolapso epitélio anal. Escore de Wexner foi 20, lesão perineal de quarto grau.

Indicado esfinteroplastia anal com anoplastia. Adentrado no espaço retovaginal, individualizando a vagina anterior e o reto posterior, até expor músculos elevadores e pontos de vicryl fortalecendo parede posterior vagina. Retirado o excesso de mucosa vaginal/anal e fechamento da vagina com fio absorvível. Identificação do esfínter interno e dissecação das extremidades do esfínter externo e sobreposição com fio de vicryl. Retalho de pele para confecção da parte cutânea do septo retovaginal. Escore de Wexner em seis meses de 10 e em doze meses de cinco. CDB, f, 38 anos, com perda de fezes há 05 anos, após parto com episiotomia. Exame: deiscência parcial do corpo perineal e perda metade do septo retovaginal. Tônus diminuído ao toque retal. Escore de Wexner mostrou valor de 15 e classificação de lesão perineal de terceiro grau B. Indicado esfinteroplastia anal. Escore de Wexner em seis meses de 5 e em doze de 5. Escore Wexner: Estatisticamente significativa ANOVA de medidas repetidas,  $p < 0,05$ . Discussão: A prevalência de incontinência na população é de 8,3% e pós-hemorroidectomia de 9,5%. O trauma vinculado à episiotomia é a causa mais frequente em mulheres. A esfinteroplastia com sobreposição permite resultados satisfatórios em 30 a 80 % dos pacientes. Conclusão: A cirurgia é eficaz em melhorar o escore de incontinência fecal, pós-trauma.

#### PT078 - USO DE FLEXI SEAL COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO PARA COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA DE RETOSSIGMOIDECTOMIA VIA PERINEAL: RELATO DE CASO

JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; MARCIO PEREIRA CRUZ; RAFAEL FERRAS SANTANA; SIMONE DIAMANTINO VIANA; MARCUS VINICIUS CASTRO OLIVEIRA; THIAGO FARIA MAGALHAES; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

Resumo: Introdução: As complicações cirúrgicas da retossigmoidectomia por via perineal ( cirurgia de Altemeier) são recorrência ,incontinência fecal, deiscência de anastomose, sangramento e estenose. O Dispositivo para incontinência fecal ( Flexi Seal) é indicado para o controle da incontinência fecal em pacientes com pouco ou nenhum controle intestinal e fezes líquidas ou semilíquidas. Tem como objetivo melhorar a higiene local, diminuindo a chance de desenvolver úlceras de pressão, lesão por humidade e infecção. As contra-indicações para o uso do dispositivo são a presença de cirurgia prévia ( menos um ano da cirurgia) no cólon ou no reto, lesão retal ou anal, estenose, mucosa distal prejudicada e tumores ou lesões no reto ou ânus. Objetivo: Mostrar a eficácia do dispositivo para incontinência fecal em pacientes com anastomose colorretais. Resultado: Paciente A.R.N, masculino, 67 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e doença crônica parenquimatosa do fígado. Submetido a cirurgia de Altemeier, sem intercorrências. Paciente evoluiu com complicação da doença parenquimatosa do fígado após 1 semana do procedimento

cirúrgico. Associado a incontinência esfíncteriana, deiscência de anastomose e dermatite em região glútea. Ao exame paciente apresentava edema e lesão hipocrômica em região glútea, estendendo até região posterior de bolsa escrotal. Ao toque retal, esfíncter hipotônico, presença de deiscência de anastomose, porém bloqueada. Submetido a introdução de dispositivo de incontinência fecal ( Flexi Seal ), dispositivo fixado após anastomose, insuflado balão do aparelho com metade da capacidade. Paciente evoluiu sem intercorrências, com remissão da ferida com 1 semana de uso do dispositivo, quando foi optado por retirar o mesmo. Durante o período houve exteriorização espontânea do dispositivo duas vezes, sendo o mesmo reintroduzido. Devido a presença de deiscência em terço distal e a não resolução para a diarreia líquida (paciente em uso de lactulona para encefalopatia hepática) e incontinência do paciente, foi optado por introduzir o dispositivos com balão insuflado com apenas 20ml ( no produto a sugestão para insuflar o balão é de 45ml) e acompanhar diariamente, retirar apenas quando o paciente não se beneficiar mais do produto ou se ocorrer intercorrências. O paciente recebeu alta com 2 meses após o procedimento cirúrgico e 1 mês após do uso do flexi seal, continua em acompanhamento no serviço ( 6 meses), com deiscência resolvida, fezes consistentes e continente. Conclusão: Podemos concluir que o dispositivo é eficaz e seguro mesmo em pacientes com lesões no reto e cólon, principalmente neste caso, deiscência de anastomose colorretal. Pacientes com patologias no reto ou cólon também podem se beneficiar com o uso quando necessário.

**PT079 - ABDOME AGUDO PERFURATIVO SECUNDÁRIO A MEGACOLON TÓXICO DEVIDO A RETOCOLITE ULCERATIVA - RELATO DE CASO**

TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; EDER MASSUCATO; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; JEDAIAS ALMEIDA ROSA JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A Retocolite ulcerativa é caracterizada pela recorrência de episódios de inflamação limitada a mucosa do cólon. Comumente, o reto está acometido, assim como outras partes do cólon. As manifestações clínicas geralmente são as dor abdominal, diarreia e sangramento nas fezes, em graus e intensidades diferentes. As complicações agudas da Retocolite Ulcerativa incluem: sangramento, colite fulminante e megacólon tóxico e perfuração. A perfuração colônica geralmente ocorre como consequência do megacólon tóxico, porém, pode ocorrer na ausência do megacólon tóxico, nos pacientes durante o primeiro episódio de retocolite, e nos pacientes que não se recuperaram de crises anteriores. Nestes casos, a mortalidade reportada é de até 50%. OBJETIVO: relatar uma complicação da evolução da Retocolite Ulcerativa (megacólon tóxico), que evoluiu para abdome agudo perfurativo, com necessidade de laparotomia exploradora, e chamar atenção para aspectos importantes da evolução e tratamento das complicações das doenças inflamatórias intestinais. MÉTODO: Relato de caso e

revisão de literatura. Expõe-se um caso de um paciente de 27 anos, feminino, portadora de Retocolite Ulcerativa, com quadro de dor abdominal, de forte intensidade em todo abdome, refratária a analgesia e ao tratamento clínico. Evoluiu com piora dos sintomas e sinais de choque classe I. Submetida a tomografia de abdome e pelve que evidenciou espessamento heterogêneo, do reto, sigmoide, cólon descendente, até flexura esplênica, com estratificação de camadas e realce de contraste, associado a importante densificação dos planos adiposos nessa topografia, líquido livre e vesículas gasosas extraluminais, com presença também de coleção pélvica, hipocóica heterogênea. Indicado laparotomia exploradora, no intra-operatório, evidenciado cólon esquerdo, sigmoide e reto com intenso processo inflamatório, presença de perfuração em transição retossigmoide, optado pela retossigmoidectomia e colostomia terminal. Paciente evoluiu em leito de UTI estável hemodinamicamente, sem queixas, com bom funcionamento da colostomia. Recebeu alta no 10ºPO com melhora dos sintomas. RESULTADOS: A perfuração colônica pouco é relatada como uma complicação da Retocolite Ulcerativa intestinal nos pacientes sem megacolon tóxico, sendo, porém mais frequente dentre as doenças inflamatórias intestinais, na Doença de Crohn, devido ao padrão de acometimento da parede intestinal. CONCLUSÃO: A perfuração de cólon na doença inflamatória intestinal está associada principalmente aos casos de doença de Crohn e raramente associada a Retocolite Ulcerativa. Quando ocorre esta associação, a mortalidade é alta e geralmente os resultados das abordagens cirúrgicas são ruins, o que não foi evidenciado com a paciente descrita.

**PT080 - TUMOR NEUROENDÓCRINO DE CANAL ANAL**  
ISADORA MENDONÇA BOTELHO DE SOUZA; JORGE BENJAMIN FAYAD; LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO; JAYNA MARTINS MARTINS NENO ROSA; JOAQUIM TIAGO CARDOSO LELES DE JESUS; CHRISTIAN SPALLA LEPESTEUR  
*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Os Carcinomas de canal anal representam aproximadamente 4% de todos os cânceres diagnosticados no trato gastrointestinal nos Estados Unidos da América. Aproximadamente 74% deles são do tipo Escamoso e 19% do tipo Adenocarcinoma, cujos tratamentos e prognósticos já são bem estabelecidos. O restante dos tumores nessa região, correspondem a: carcinoma basalóide, melanoma, leiomiomasarcoma e carcinoma neuroendócrino (CNE). O CNE tem incidência entre 0,2 a 3,9% no cólon e reto e, de 1 a 2% no canal anal. O CNE tipo pequenas células (CPC) possui curso agressivo e com tendência a metástase precoce, não havendo tratamento padrão-ouro. O objetivo desse pôster é relatar um caso de CPC de canal anal bem como nosso protocolo de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Paciente 54 anos, feminino, hipertensa, tabagista, com queixa de diarreia quase diária associada a sangue, muco e tenesmo. Refere emagrecimento de 8 Kg neste período. Ao exame identificamos úlcera de 4cm em região mediana posterior, dolorosa, cuja biópsia evidenciou

neoplasia maligna pouco diferenciada. A imuno-histoquímica definiu carcinoma pouco diferenciado do tipo neuroendócrino (pequenas células), de alto grau. Paciente foi tratada com quatro ciclos de radioterapia e quimioterapia, mantendo-se assintomática por sete meses. Após reiniciar dor e sangramento, foi reexaminada no centro cirúrgico e identificadas três nodulações consistência elástica em parede posterior de reto inferior, cuja biópsia revelou recidiva do CPC. Paciente em preparo para amputação abdominoperineal. A conclusão após acompanhar tal caso e revisar a literatura é que o CPC de canal anal é muito raro e, quando em estágios iniciais, pode ter apresentação similar a outras patologias anorretais, como fissura. A Imuno-histoquímica é essencial para o diagnóstico e exames de imagem ajudam a identificar metástases desses tumores e diferenciá-las daquelas de outros sítios primários. Não há estudos que comprovem o melhor tratamento, sendo a quimioterapia o padrão-ouro até o momento, apesar de não oferecer uma grande sobrevida. A radioterapia alivia os sintomas locais, mas também não muda o prognóstico. São necessários estudos randomizados para estabelecer protocolos de diagnóstico e tratamento.

**PT081 - ADENOCARCINOMA DO CECO EM PORTADOR DE SÍNDROME DE BLOOM**

LILIAN VITAL PINHEIRO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; BRENO SANTOS AMARAL; MICHEL GARDERE CAMARGO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: A Síndrome de Bloom (SB) é uma síndrome de instabilidade cromossômica extremamente rara com herança autossômica e recessiva decorrente da mutação do gene BLM localizado no braço longo do cromossomo 15 (15q26.1) que codifica uma enzima de reparo do DNA denominada Rec-Q3helicase. Mutação no gene BLM ocasiona defeito do sistema de reparo do DNA levando a erros nas fitas de DNA copiadas durante o processo de duplicação. Os doentes com SB apresentam deficiência do crescimento pré e pós-natal, baixa estatura, microcefalia, pavilhões auriculares proeminentes e com implantação baixa, hipoplasia malar, micrognatia, palato ogival, timbre vocal agudizado, eritema telangiectásico na face, dermatofitose solar, diabetes tipo II, imunodeficiência com tendência a infecções repetidas, hipogonadismo e, infertilidade no homem e subfertilidade na mulher. Os enfermos com SB tem risco aumentado para o desenvolvimento de neoplasias do trato gastrointestinal, particularmente no intestino grosso em idade precoce, sendo a principal causa de óbito. O objetivo do presente pôster é apresentar um caso de câncer de ceco em doente com diagnóstico genético de SB. Relato do caso: Homem, 34 anos, branco, procurou o Serviço de Coloproctologia com quadro de anemia hipocrômica e microcítica e perda ponderal de 9 quilos em seis meses. Foi

submetido a colonoscopia que mostrou a presença de lesão vegetante medindo 5.0x40 cm de diâmetro localizada no ceco, cuja biópsia confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma bem diferenciado. O doente fazia acompanhamento no Serviço de Dermatologia da FCM-Unicamp por apresentar dermatofitose solar com telangiectasias, eritema e descamação localizada na região frontal e malar. Como apresentava além das alterações dermatológicas, baixa estatura, implantação baixa das orelhas, fôvea coccígea, hipoplasia de genitália e prega única palmar a esquerda e diabetes tipo II e episódios recorrentes de infecção pulmonar foi encaminhado para avaliação genética de possível SB. O cariótipo era 46, XY, encontrando-se 5 metáfases com quebra cromossômica entre as 32 analisadas. Também foram encontradas anomalias cromossômicas (figuras trirradiais e quadrirradiais) entre 100 células observadas, que confirmou o diagnóstico genético de SB. Pelo risco aumentado de neoplasia em outros locais do intestino grosso optou-se por colectomia total com linfadenectomia intercavo-aórtica e ileorretostomia a 8 cm da margem anal, associada a colecistectomia em virtude de colelitíase. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma bem diferenciado classificado no estágio II (T2N0Mx) da classificação TNM. O doente apresentou boa evolução recebendo alta no 4º dia. No momento encontra-se no 8º ano pós-operatório em acompanhamento semestral sendo submetido a retoscopia e endoscopia digestiva alta de seguimento anualmente.

**PT082 - GIST DE RETO – EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

BELISA GOMES MÜLLER; DANIEL DE CARVALHO DAMIN; PAULO DE CARVALHO CONTU; CLÁUDIO TARTA; TIAGO LEAL GHEZZI; FERNANDO LUIZ ZANCHET JUNIOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Tumores raros, os GISTs são originados nas células intersticiais de Cajal, e constituem as neoplasias mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal. Seu sítio primário mais comum é o estômago e apenas 5% dos casos são originados no reto. Os sintomas usualmente não diferem daqueles de outras neoplasias retais e a investigação é semelhante. O tratamento curativo do GIST de reto é a ressecção com margens livres. A neoadjuvância com Imatinib é uma opção nas lesões muito volumosas, reduzindo o tamanho do tumor e seu índice mitótico e diminuindo recorrência. Nos pacientes que respondem à neoadjuvância há um aumento da ressecabilidade, aumentando a chance de preservação esfinteriana. Série de Casos: A série de casos do HCPA conta com 5 pacientes, sendo 4 mulheres e 1 homem, com idades variando de 43 a 71 anos no diagnóstico. Todos realizaram investigação com colonoscopia e ressonância magnética para planejamento cirúrgico. A localização mais comum do tumor foi o reto baixo. A cirurgia mais comumente realizada foi amputação abdomino-perineal de reto, em 4 pacientes. Um dos pacientes foi submetido a retossigmoidectomia com anastomose. O

imatinibe foi utilizado como neoadjuvância em dois pacientes e como adjuvância em 4 deles. Dos 5 pacientes 1 apresentou recidiva (tratada com ressecção) e 1 com metástases pulmonares. Apenas 1 paciente evoluiu a óbito (o paciente que apresentou metástases torácicas). Os outros 4 pacientes estão em seguimento, sem sinal de recidiva. Discussão: Os GIST de reto, apesar de raros, devem fazer parte do diagnóstico diferencial das massas retais. Seu tratamento é eminentemente cirúrgico e o uso de neoadjuvância diminui expressivamente a lesão facilitando a cirurgia e diminuindo recorrência.

**PT083 - ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA DE ABDÔMEN AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A INTUSSUSCEPÇÃO POR ADENOCARCINOMA EM RETOSSIGMÓIDE**

PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; RAFAEL FERRAS SANTANA; MEYLINE ANDRADE LIMA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES

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

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal é o quarto em incidência no Brasil e o segundo em mortalidade por câncer. Acomete, principalmente, pacientes acima de 50 anos, mas recentemente temos observado um número cada vez maior de pacientes jovens diagnosticados com essa patologia. Sintomas são observados em tumores avançados e variam de acordo com localização do tumor no cólon. Quando presentes, os principais sintomas são sangramento digestivo baixo, alteração do hábito intestinal e perda de peso. Entretanto, observamos, em algumas situações, apresentações atípicas que retardam o diagnóstico e tratamento. **OBJETIVO:** Relatar caso de apresentação atípica de câncer colorretal em paciente jovem. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 31 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias admitido em serviço de emergência de hospital terciário com quadro de dor abdominal, diarreia aquosa e vômitos há 15 dias com piora nos últimos 5 dias. Há relato de sangue e muco nas fezes. Exame físico sem evidências de resposta inflamatória sistêmica, com abdome flácido, levemente doloroso e sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais mostravam leucocitose com desvio para esquerda e VHS elevado. Tomografia de abdome evidenciou, apenas, linfonodomegalia interaórticocavais ao nível de hilo renal esquerdo. Demais exames dentro do limite da normalidade. Paciente internado e submetido a antibioticoterapia, recebendo alta após melhora da diarreia e leucocitose. Após 10 dias paciente retorna à emergência com mesmo quadro clínico e exame físico. Exames laboratoriais mostram nova leucocitose com desvio para esquerda. Iniciado novo curso de antibiótico e realizado retossigmoidoscopia flexível, sem alterações. Pesquisa para HIV, doença celíaca e doença inflamatória intestinal negativas. Apresentou melhora clínica e recebeu alta com antibióticos e tratamento para parasitoses, além de colonoscopia agendada ambulatorialmente. Antes da realização do exame retorna à emergência com tenesmo e dificuldade para evacuar. Ao exame físico apresentava abdome

distendido, hipertimpânico e pouco doloroso. Ao toque retal, observado tumoração a 6 cm da borda anal, endurecida, dedo de luva sem sangramentos. Realizada nova retossigmoidoscopia flexível que evidenciou lesão tumoral extensa de limites imprecisos, maior parte de superfície lisa e enantemática, apresentando em sua porção distal área rugosa, vegetante e friável que impedia a progressão do aparelho. RNM pélvica sugestiva de tumor em retossigmoide com intussuscepção. Optado por retossigmoidectomia videolaparoscópica, sem intercorrências. Anatomia da peça cirúrgica confirmou adenocarcinoma pouco diferenciado. **CONCLUSÃO:** O caso apresentado ilustra uma apresentação atípica de câncer colorretal em pacientes jovem chamando atenção para a importância da correta investigação diagnóstica em pacientes jovens sintomáticos mesmo que não possuam história familiar positiva para neoplasia, quando devemos ter um índice de suspeição ainda maior.

**PT084 - CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS (CCE) LOCALMENTE AVANÇADOS EM MARGEM ANAL ORIUNDOS DE HIDRADENITE SUPURATIVA – SÉRIE DE TRÊS CASOS CONDUZIDOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO**

RODRIGO GOMES DA SILVA; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS; GABRIEL BRAZ GARCIA; FRANCISCO NOLASCO DE CARVALHO NETO  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Os três casos relatados neste trabalho referem-se a pacientes do sexo masculino com quadro de hidradenite supurativa perineal extensa com longos períodos de evolução sem tratamento adequado, com posterior malignização e infiltração do canal anal por contiguidade. **OBJETIVO:** Esse trabalho visa apresentar três casos de CCE de margem anal relacionados a hidradenite supurativa. **MÉTODO:** O primeiro caso refere-se ao paciente G.C.F., 53 anos, com diagnóstico de hidradenite supurativa perianal há 20 anos, tendo negligenciado os tratamentos oferecidos. Queixava-se de dor e exsudação local. Apresentava fibrose, cicatrizes, formação de sinus e endureção de região perianal, sacral e glúteas bilateralmente, e grande massa tumoral com focos necrose acometendo a região perianal, o canal por contiguidade e a região glútea a esquerda. Submetido a sigmoidostomia em alça e biópsia da lesão tumoral. Biópsia revelou tratar-se de CCE. O segundo caso refere-se ao paciente J.A.S., 55 anos, portador de hidradenite supurativa perianal com 10 anos de evolução, episódio anterior de miíase em ferimento tratado em outra instituição, ocasião em que foi realizada sigmoidostomia em alça. Procurou atendimento com quadro de piora da dor. Apresentava tumor de aspecto semelhante à descrição do caso anterior, mas com extensão até a fossa poplíteia à direita. RNM evidenciava ainda acometimento sacral e prostático. O terceiro caso refere-se ao paciente V.P.S., 63 anos, com hidradenite

supurativa de 15 anos de evolução, com achados ao exame clínico semelhantes ao primeiro caso apresentado, diferindo, no entanto, por acometimento da região escrotal e base do pênis ao exame clínico e RNM da pelve. RESULTADOS: O primeiro paciente, G.C.F., foi submetido à amputação abdominoperineal do reto alargada, com confecção de retalhos para síntese da área cruenta. O segundo paciente, J.A.S., não foi abordado cirurgicamente, decisão tomada após discussão multidisciplinar e com o próprio paciente, tendo em vista a grande dimensão do procedimento necessário para ressecção R0. O terceiro paciente, V.P.S., foi submetido a sigmoidostomia videoassistida apenas, sem abordagem da lesão tumoral, e início de quimioterapia, após decisão multidisciplinar levando em consideração a necessidade de realização de amputação abdominoperineal do reto alargada e emasculação. CONCLUSÃO: O tratamento da hidradenite supurativa é muitas vezes frustrante, fazendo com que o paciente muitas vezes negligencie a afecção. O paciente deve ser orientado desde a primeira consulta e encorajado a seguir com o tratamento oferecido, sob pena, caso perda de seguimento, de evolução para malignização por vezes sem possibilidade de tratamento operatório.

**PT085 - ADENOMAS RESIDUAIS EM RESPOSTA COMPLETA À QUIMIORRADIOTERAPIA NA NEOPLASIA DE RETO: RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO MICROCIRÚRGICO TRANSANAL (TEM)**

ANGELITA HABR GAMA; RODRIGO OLIVA PEREZ; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO; JOAQUIM GAMA RODRIGUES; BRUNA BORBA VAILATI; JACYARA PEREIRA ALVES; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES

*INSTITUTO ANGELITA E JOAQUIM GAMA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Pacientes com neoplasia de reto médio e inferior submetidos à Quimiorradioterapia Neoadjuvante (QRT) evoluem com regressão completa do tumor em até 40% dos casos, o que é denominado resposta patológica completa (pCR). Entretanto, apesar da regressão do tumor maligno alguns pacientes permanecem com lesões adenomatosas residuais próximas ao local do tumor original. Objetivo: Avaliar fatores preditivos da ocorrência e os resultados do tratamento local de adenomas residuais nos pacientes com neoplasia de reto e resposta completa após QRT. Métodos: Foram revisados todos os pacientes com adenocarcinoma de reto distal (cT2-4NxM0) submetidos a QRT neoadjuvante, sendo incluídos aqueles com resposta clínica completa com ou sem adenoma residual. Pacientes com resposta clínica quase completa e lesões residuais pequenas ( $\leq 3$ cm, ycT1-2N0M0) foram submetidos a ressecção local por TEM. Foram comparadas características clínicas e estadiamento em pacientes com pCR após QRT neoadjuvante com e sem adenoma residual. Resultados: Nove pacientes (19%) apresentaram pCR. Entre esses, 6 mostravam adenomas residuais no local da neoplasia de reto (67%). Todos os pacientes foram submetidos a ressecção da lesão com margens livres e nenhum apresentou recidiva

local (mediana 32 meses). Não foram identificados fatores associados à ocorrência de adenomas residuais em pacientes com resposta completa no tumor primário. Conclusão: Nos pacientes com neoplasia de reto com boa resposta à terapia neoadjuvante, adenomas residuais próximos ao local da lesão original são comuns. A ressecção local por TEM permite a excisão do leito da neoplasia inicial em espessura total da parede do reto proporcionando avaliação patológica definitiva tanto do tumor primário como do adenoma residual com excelentes resultados tardios. Os adenomas residuais podem corresponder à tecido com baixa sensibilidade à QRT.

**PT086 - NEOPLASIA DE APENDICE CECAL - RELATO DE CASO**

TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; DANIEL SCHMIDT PEREZ; RAFAELA MOSNA ADAMI; VITOR FEITEN BECK

*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: As neoplasias de apêndice cecal são raras, correspondem a 0,5% das neoplasias intestinais. Correspondem a 1% de anatomopatológicos pós- apendicectomia. Sua origem embriológica é a mesma do cólon, portanto, os fatores de risco são os mesmos. Na literatura, os tipos histológicos mais comuns são: carcinóide (50%); adenocarcinoma; adenocarcinóide. Pode-se dividir as neoplasias de apêndice conforme seu tipo histológico. Os tumores epiteliais abrangem desde uma mucocela benigna até um Adenocarcinoma invasivo tornando a classificação de tumores epiteliais confusa, especialmente com o tipo mucinoso. A mucocela de apêndice é qualquer lesão que deixa o apêndice distendido e cheio de secreção mucóide, podendo ser benigno ou maligno. Dentre as causas, podemos citar: Hiperplasia de mucosa com hiperprodução de muco; Obstrução mecânica por fecalito com acúmulo de muco no apêndice; Cistoadenoma mucinoso, que é histologicamente benigno e morfológicamente parecido com pólipos adenomatosos de cólon; Cistoadenocarcinoma mucinoso, que demonstra invasão glandular no estroma e/ou pseudomixoma peritoneal (PMP). OBJETIVO: Relatar um caso não comum de achado histológico após cirurgia convencional de apendicectomia. METODOS: Revisão de literatura e relato de caso. Relata-se o caso de um paciente de 33 anos, do sexo masculino, que deu entrada no serviço com quadro de dor em fossa ilíaca direita há 2 meses com piora 12 horas, sem outras queixas associadas, porém permanecia com a dor refrataria a analgesia simples. Submetido a exames laboratoriais, e exames de imagem. Em ultrassonografia de abdome, sinais sugestivos de apendicite aguda. Submetido a apendicectomia. Em retorno ambulatorial, no anatomopatológico: Neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice cecal, medindo 2 cm, com margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico e 1 linfonodo adjacente livre de comprometimento neoplásico. Paciente submetido a estadiamento com colonoscopia, tomografias de tórax e abdome, e CEA. Exames de imagem realizados nor-



mais e o CEA negativo. O paciente mantém acompanhamento em ambulatório de cirurgia oncológica e seguimento clínico. RESULTADOS: A sintomatologia mais comum da mucocèle de apêndice é a dor abdominal, de intensidade e duração variáveis. Embora uma parte dos casos sejam assintomáticos, alguns estudos demonstram a correlação entre uma sintomatologia mais exuberante e um maior grau de displasia. Mais da metade dos casos, o diagnóstico é feito no intra-operatório de laparotomias indicadas por outras patologias, ou no pós-operatório durante o exame histopatológico, conforme o ocorrido com o paciente acima relatado. CONCLUSÃO: Por ser uma patologia rara e geralmente confirmada com o anatomopatológico, ou seja, no pós-operatório, sabe-se que o estadiamento destes pacientes é essencial assim como uma reabordagem se necessário. No caso reportado acima, optou-se pelo seguimento clínico, com marcadores tumorais e exames de imagem.

#### PT087 - TUMOR COLORRETAL INCIDENTAL EM INVESTIGAÇÃO DO CÓLON PRÉ-FECHAMENTO DE ESTOMA PÓS-TRAUMÁTICO EM JOVEM

ANDREA PECCI; NATHALIA LINS PONTES VIEIRA; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; KARINA DAGRE MAGRI; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELARIA; JORGE ORTIZ; CHIA BIN FANG

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

Resumo: INTRODUÇÃO: As colostomias temporárias são amplamente utilizadas em pacientes vítimas de trauma colorretal. O estudo do cólon, para identificação de doenças colorretais antes do fechamento de colostomias, tornou-se rotina em muitos serviços, com enema opaco e/ou colonoscopia. No entanto, diversos autores defendem que não há necessidade de investigação do cólon em pacientes jovens vítimas de trauma. OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente jovem em que foi diagnosticado adenocarcinoma de sigmóide em estudo endoscópico para fechamento de colostomia após trauma. RELATO DE CASO: Homem, 31 anos, previamente hígido e sem antecedentes familiares. Foi submetido a laparotomia exploradora com sigmoidostomia em alça por perfuração traumática de reto extra-peritoneal. Após um mês, foi realizado enema opaco para confirmar ausência de complicações do reto para seguro fechamento da colostomia. Paralelo a isso, solicitou-se também uma colonoscopia não protocolar que, no entanto, diagnosticou um adenocarcinoma de cólon sigmóide. Após estadiamento, o paciente que se manteve assintomático durante toda a investigação, foi então submetido à retossigmoidectomia com anastomose primária evidenciando se tratar de lesão T1N0M0. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Apesar de diversos estudos defenderem ser desnecessário a avaliação de doenças colorretais antes do fechamento de colostomias pós-traumáticas em jovens, o caso relatado mostra que a colonoscopia foi útil para diagnóstico de neoplasia incidental. A discussão sobre a real utilidade desses exames se agrava à luz desse achado não descrito na literatura.

#### PT088 - RELATO DE CASO - CIRURGIA MULTIVISCERAL NO CÂNCER COLORRETAL

EDUARDO LARCHERT GUIMARÃES; JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; ERTON RIVO BANCHER; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES

HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O câncer colorretal localmente invasivo, que acomete por contiguidade estruturas adjacentes e sem metástases à distância, ocorre de 5 a 18% dos casos. São adequadamente tratados com ressecção do tumor e órgãos comprometidos em monobloco. OBJETIVO: Relatar caso de paciente admitida em pronto atendimento e operada com ressecção em monobloco de tumor de cólon direito com invasão de duodeno e pâncreas. RELATO DO CASO: Paciente feminina, 51 anos, com queixa de dor em flanco direito, associado a astenia, náuseas, e emagrecimento de 10kg (22%) em 3 meses. Internada com quadro, distensão abdominal, inapetência e parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico: regular estado geral, hipocorada 1+/4+, desidratada 1+/4+ e sem sinais de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). Abdome: plano, doloroso a palpação profunda, RHA diminuídos, tumoração palpável em flanco direito de aproximadamente 8 cm, de consistência endurecida, irregular e aderida a planos profundos. Exame proctológico: sem anormalidades. Colonoscopia revelou lesão vegeto-infiltrativa em ângulo hepático e anátomo-patológico diagnosticou denocarcinoma. Tomografia de abdome/pelve com espessamento concêntrico de cólon, em ângulo hepático, sem planos de clivagem com o pâncreas. Houve melhora do quadro obstrutivo com tratamento clínico, então optado por nutrição parenteral e posterior laparotomia, que revelou lesão de cólon em ângulo hepático com extensão para duodeno e cabeça de pâncreas, sem planos de clivagem. Realizado hemicolecotomia direita com íleo-transverso anastomose + gastroduodenopancreatotomia + colecistectomia. Recebeu alta no 17º dia de pós-operatório sem queixas, aceitando dieta com funções fisiológicas preservadas. Anatomia patológica de peças: estômago, duodeno, segmento de pâncreas, segmento ileo-cólico (hemicolecotomia em monobloco) com laudo de adenocarcinoma grau II. Margens cirúrgicas livres de células neoplasias. Não detectado invasão sanguínea e linfática. (T4bN0/28M0). Proposto quimioterapia adjuvante. DISCUSSÃO: O câncer de cólon direito e transversal proximal apresenta-se aderido a órgãos adjacentes em 11% a 28% dos casos, e pode invadir, principalmente, o duodeno e cabeça de pâncreas. Antes, entretanto, de se programar uma ressecção multivisceral, a condição clínica do paciente e a presença ou não de metástases à distância devem ser consideradas. As ressecções multiviscerais em monobloco associam-se com tempo de sobrevivência médio de 40 meses e taxa de sobrevida em cinco anos livre de doença de 54%. Por outro lado, a sobrevida média do “bypass” paliativo é de nove meses, e da ressecção incompleta, incluindo a ressecção com separação de órgãos é de 11 meses. A taxa de mortalidade das

ressecções em bloco é de 3%. **CONCLUSÃO:** Quando possível sempre deve ser tentado a ressecção em monobloco de tumores colorretais localmente avançados pela maior chance de sobrevida livre de doença. Entretanto, enfatiza-se um adequado preparo e suporte pré-operatório.

#### **PT089 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE CÂNCER DO RETO EXTRAPERITONEAL**

VALQUÍRIA DA SILVA BENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; LAURA CREDIDIO; LILIAN VITAL PINHEIRO; MICHEL GARDERE CAMARGO; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; RAQUEL FRANCO LEAL; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

**Resumo:** A Psicologia aplicada a área da saúde preocupa-se com a promoção da saúde, a prevenção de doenças e minimização do sofrimento do paciente em caso de doença. Devido a crescente incidência de câncer colorretal (CCR) no Brasil e a desestruturação que a doença causa na vida do indivíduo, torna-se necessária a intervenção psicológica para restabelecimento da qualidade de vida do mesmo. **Objetivo:** O presente estudo foi realizado no ambulatório especializado no tratamento de CCR do Gastrocentro/UNICAMP, tendo como objetivo principal avaliar a qualidade de vida dos pacientes e a influência da Psicologia. **Casuística e Método:** Foram realizadas observações de campo em atendimento psicológico e aplicado questionário multidimensional em 32 pacientes com câncer exclusivamente localizados no reto, recém-diagnosticados e virgens de tratamento a fim de avaliar de forma ampla a qualidade de vida dos pacientes. O instrumento escolhido foi o SF-36 (Medical Outcomes Study 36- Item short-Form Health Survey). Foram excluídos os menores de 18 anos e doentes submetidos a protocolos de radioterapia ou quimioterapia neoadjuvante ou de resgate. **Resultados:** A pesquisa analisou os escores médios obtidos em cada dimensão que compõem a qualidade de vida, como: capacidade funcional (74,84), aspecto físico (36,72), aspecto emocional (57,29), dor (54,47), estado geral de saúde (72,78), vitalidade (61,72), aspectos sociais (63,67) e saúde mental (65,38). Assim, observa-se que a capacidade funcional, apresenta nível satisfatório, relacionada ao grau de preservação da capacidade do paciente, em realizar atividades da vida cotidiana, como: andar, subir lances de escada, tomar banho e vestir-se. O aspecto físico apresenta resultado insatisfatório, indicando que uma quantidade considerável de pacientes, possuem muitas limitações físicas em seu trabalho, ou atividade regular. No aspecto emocional, o resultado demonstra que grande parte dos pacientes, apresenta fragilidade psicológica. Muitos pacientes também apresentam um quadro significativo de dor, que geralmente interferem em suas atividades rotineiras. O estado geral de saúde, a vitalidade, os aspectos sociais e a saúde mental, em média apresentam níveis moderados. Dessa forma, a partir da análise dos resultados, observa-se que as dimensões que possuíram escores mais baixos foram físicas, dor e emocional, sendo esta última,

acompanhada de muitas limitações. **Conclusões:** Concluiu-se que a Psicologia está fortemente ligada à qualidade de vida, pois as mesmas envolvem questões subjetivas em relação ao homem, considerado como um ser biopsicossocial. Dessa forma, entende-se que a doença ocasiona uma fragilidade nos aspectos emocionais do paciente, acarretando em uma diminuição da qualidade de vida do mesmo, tornando necessária a intervenção do psicólogo, que atuando com equipe médica e multidisciplinar, desenvolverá técnicas para que os pacientes consigam aliviar suas tensões, elaborar conflitos e encontrar uma maneira de aceitar e conviver com as transformações ocorridas pela doença, restabelecendo a qualidade de vida.

#### **PT090 - INTUSSUSCEPÇÃO DE TUMOR EM SIGMÓIDE MIMETIZANDO TUMOR RETAL COM RESPOSTA COMPLETA A TERAPIA NEOADJUVANTE**

RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA; JOAO GOMES NETUNHO; FRANCISCO DE ASSIS GOLÇALVES FILHO; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; RODRIGO PADILLA; ALISSON TEIXEIRA SILVA MARTINS; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** **Introdução:** O câncer colorretal (CCR) é o terceiro câncer mais comum entre os homens e o segundo entre as mulheres em todo o mundo, com mais de 1,2 milhões de novos casos e 608.700 mortes estimadas em 2008, sendo substancialmente maior no sexo masculino. Sabe-se que aproximadamente 20 % de todos os CCR encontram-se no reto e 25% no sigmóide. A divisão anatômica cirúrgica normalmente aceita para o reto considera uma extensão deste de 12 a 15 cm, com limite inferior na linha pectínea (2 - 3 cm da borda anal) e o superior na junção retossigmóide (ao nível do promontório sacral), com o reto alto iniciando-se a 10 cm da borda anal. **Relato de caso:** Paciente, masculino, 54 anos, com quadro de hematoquezia há 6 meses, piora progressiva e alteração do hábito intestinal, havendo aumento da frequência evacuatória, foi diagnosticado com tumor, adenocarcinoma túbulo-viloso, em reto médio (a 8 cm da borda anal). Realizado estadiamento e constatado não tratar-se de doença metastática e lesão local ocupando 80% da luz retal. Foi submetido a neoadjuvância, com radioterapia e quimioterapia, e na retossigmoidoscopia para reestadiamento observou-se que a lesão passou a se encontrar a 17 cm da borda anal, ocupando 50% da circunferência e 20% da luz. Foi realizada retossigmoidectomia e o anátomo patológico evidenciou um adenoma tubular com displasia epitelial glandular de baixo e alto grau, sem comprometimento linfonodal (pT0 pN0 pMx). **Discussão:** O diagnóstico inicial de adenocarcinoma de reto localizado no seu terço médio, contribuiu para a submissão do paciente a radioterapia neoadjuvante, levando ao benefício na resposta terapêutica. **Conclusão:** A localização do tumor retal interfere diretamente na indicação de radioterapia, mudando assim a tática terapêutica.

**PT091 - RÁPIDO CRESCIMENTO INTRALUMINAL DE UM CÂNCER RETAL: RELATO DE CASO.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; JULIA CUTOVOI GIRARDI; PRISCILLA DE SENNE PORTEL OLIVEIRA; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

**Resumo:** INTRODUÇÃO: O crescimento do câncer colorretal (CCR) é considerado relativamente lento. Por meio de estudos prévios, estima-se que o intervalo médio de duplicação de tamanho desta neoplasia seja de 6 meses, embora haja variação interindividual. O crescimento rápido do CCR é incomum, podendo estar associado a câncer de intervalo e implicações médico-legais. **OBJETIVO:** Relatar caso de rápido crescimento intraluminal de um câncer retal. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino de 75 anos de idade referia há 1 ano sangramento anorretal junto às evacuações. Foi realizada colonoscopia em nosso serviço que diagnosticou no reto, a 10cm da linha pectínea, lesão polipoide de base larga com extensão de 40mm e padrão predominante de criptas de Kudo tipo IV, com discreta área deprimida com padrão Vi. Optado por realizar tatuagem com nankin e biópsias, que demonstraram adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau (classificação 4 de Viena). Decidiu-se pela conduta cirúrgica em virtude da evidência de invasão da submucosa. O paciente foi submetido a retossigmoidectomia videoassistida cerca de 8 semanas após a colonoscopia, com achado na peça de lesão tumoral de aspecto vegetante, ulcerada e infiltrativa medindo 70mm de extensão, com aspecto significativamente mais avançado do que aquele visto na colonoscopia. Não houve intercorrências no período peri-operatório, recebendo alta no quinto dia pós-cirúrgico. O anátomopatológico demonstrava adenocarcinoma moderadamente diferenciado oriundo de adenoma túbulo-viloso com estadiamento T3N1Mx. O paciente no momento está em regime de quimioterapia adjuvante. **CONCLUSÃO:** Apesar de incomum, o adenocarcinoma moderadamente diferenciado colorretal pode apresentar rápido crescimento intraluminal. Tal fato deve ser considerado no estabelecimento de prazos para ressecções endoscópicas e cirúrgicas de CCR.

**PT092 - FÍSTULA RETOVESTIBULAR, DIAGNÓSTICO EM PACIENTE ADULTA SEM COMPLICAÇÕES: RELATO DE CASO.**

RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ1; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS1; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR1; RODRIGO PADILLA1; ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS1; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA1; FRANCISCO DE ASSIS GOLÇALVES FILHO2; JOAO GOMES NETINHO3

*1.RESIDENTE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.PROFESSOR DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE*

*SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.CHEFE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: As anomalias anorretais são patologias normalmente diagnosticadas no período neonatal, uma vez que suas complicações são vistas nas primeiras horas de vida. Sua incidência varia de 1:400 a 1:5000 nascimentos. No sexo feminino o tipo de anomalia mais comum é a fistula retovestibular. O diagnóstico é feito pelo exame minucioso da genitália. **Relato de caso:** Paciente feminina, DOF, 22 anos encaminhada pela equipe de ginecologia e obstetrícia após exame ginecológico evidenciar abertura do reto no vestíbulo vaginal. Em primeira consulta com equipe de coloproctologia negava sintomas referente à alteração anatômica citada, e que nunca havia percebido ou sido diagnosticada com tal anomalia. Referia um episódio prévio de infecção do trato-urinário baixo, sem queixas urinárias ou gastrointestinais atuais. Após interrogatório direcionado referiu dispaurenia esporádica. Sem comorbidades, internações prévias, relatou somente cirurgia eletiva para correção de septo nasal. Sem antecedentes familiares relevantes. Ao exame físico paciente em bom estado geral, sem fácies sindrômicas, abdome plano, sem massas, proctológico a inspeção abertura do reto no vestíbulo vaginal, realizado toque retal com normotonia, mucosa lisa sem sinais de fistulas, meato uretral preservado, exame ginecológico dentro da normalidade. Foi realizada retossigmoidoscopia rígida com aparelho pediátrico que não mostrou alterações até 20 cm. Como a paciente se mantinha assintomática optou por seguimento ambulatorial e recusou prosseguir com investigação, não realizou exames complementares sugeridos para excluir malformações associadas. **Discussão:** Na literatura anomalias congênitas como as malformações anorretais são principalmente descritas na infância, com diagnóstico no recém-nascido ainda nas primeiras horas de vida. É atípico, assim como o caso relatado, paciente na idade adulta jovem sem diagnóstico prévio. Pacientes com fistula retovestibular geralmente apresentam complexo muscular esfíncteriano e região sacral bem desenvolvidos, com sulco Inter glúteo bem delineado e impressão anal bem marcada, o que pode dificultar o diagnóstico no recém-nascido, quando o exame físico fica prejudicado. Anomalias urinárias podem estar associadas em 30% dos casos, a paciente negava queixas relacionadas ao trato urinário, porém uma investigação complementar, principalmente com ultrassonografia de rins e vias urinárias seria importante para afastar tais anomalias. O prognóstico quando tratadas precocemente é excelente, sendo indicada a anoretoplastia posterior com colostomia derivativa. Não foi localizado relato de reparo em paciente já na fase adulta, apenas de reabordagens para pacientes com correções realizadas na Infância. **Conclusão:** Anomalias anorretais são desafio para diagnóstico e tratamento, sendo a fistula retovestibular o tipo mais comum na mulher. A paciente em questão teve diagnóstico tardio, e por ser assintomática não desejou realizar cirurgia reparadora.

**PT093 - TRATAMENTO VÍDEO-ASSISTIDO DE FÍSTULA ANORRETAL (VAAFT) VÍDEO**

VANESSA MEDEIROS LOUREIRO

*HOSPITAL PRONCOR GERAL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A visão direta de trajetos fistulosos - orifício primário e secundário e suas ramificações - amplia as expectativas de tratamento e cura com preservação esfinteriana. Essa observação é válida, sobretudo, para as fistulas anais denominadas altas e as complexas. O método de tratamento vídeo-assistido para fistulas anais (VAAFT), recém introduzido<sup>1-3</sup>, coleciona centenas de casos com bons resultados. Objetivo: Apresentar nossa experiência com VAAFT para fístulas complexas. Pacientes e Métodos: Entre abril de 2014 e março de 2015, excluídas as fistulas simples e as associadas com doença de Crohn, 5 pacientes (4 homens e 1 mulher) com idade de 31 a 61 anos (média=44 anos), peso de 62 a 131 Kg (média=100 kg), com fistulas anais complexas foram selecionados para VAAFT. Sessenta por cento tinha história de abordagem cirúrgica prévia para a fistula. Todos foram submetidos a exame proctológico completo e à colonoscopia. O ato operatório foi feito após o bloqueio anestésico raquídeo e estando o paciente em posição de litotomia. O procedimento endoscópico durou de 30-40 minutos (média 37,5 min), excluído o tempo gasto para a raquianestesia e posicionamento do paciente. Resultado: Em sessenta por cento dos pacientes foram identificados trajetos fistulosos secundários laterais; 40% tinha trajeto único. As medidas entre o orifício externo e interno variaram de 4,5 a 13 cm (média = 9,6 cm). O orifício interno foi encontrado em 4 pacientes (80%); contudo, esse número incluiu um orifício que não era patente, mas cujo ponto interno pode ser notado pela cripta abaulada e trans iluminada, na linha pectínea, pelo fistuloscópio. Os orifícios internos foram fechados em 80% das vezes; em 2 casos (40%) foi utilizado o selante de fibrina. Em 3 casos (60%) o tratamento foi bem sucedido, com acompanhamento que varia de 9 a 5 meses (média= 6,6 meses). Dois primeiros pacientes dessa série, apresentaram “recidivas” das fistulas: no 14º dia e no 20º dia após o procedimento. Conclusão: O tratamento vídeo-assistido de fistula anal é procedimento seguro e não mutilante que possibilita manter a integridade esfinteriana. Observamos maior sucesso nos casos de fistula anal de trajeto único em que o orifício interno foi identificado, suturado e oclusão do trajeto fistuloso com selante de fibrina, independente de relato ou não de tratamento cirúrgico prévio. Referências: 1. Meinero P, Mori L, Gasloli G. Video-assisted anal fistula treatment: a new concept of treating anal fistulas. *DisColon&Rectum*. 2014;57(3):354-9. 2. Kochhar G, Saha S, Andley M, Kumar A, Saurabh G, Pusuluri R, et al. Video-assisted anal fistula treatment. *JLS* 2014: Jul-Sep;18(3). 3. Mendes CR, Ferreira LS, Sapucaia RA, Lima MA, Araujo SE. Video-assisted anal fistula treatment: technical considerations and preliminary results of the first Brazilian experience. *Arq bras cir diges*, 2014;27(1):77-81.

**PT094 - METÁSTASES HEPÁTICAS COLORRETAIS, COM RESPOSTA COMPLETA APÓS QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE**

RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ<sup>1</sup>; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS<sup>1</sup>; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR<sup>1</sup>; RODRIGO PADILLA<sup>1</sup>; ALISSON TEIXEIRA SILVA MARTINS<sup>1</sup>; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; MARCELO MAIA CAIXETTA DE MELO<sup>2</sup>; JOAO GOMES NETINHO<sup>3</sup>

*1.RESIDENTE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.PROFESSOR DA DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.CHEFE DA DISCIPLINA DE PROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: O câncer colorretal ocupa grande importância nas pesquisas mundiais devido sua alta incidência, sendo hoje o terceiro mais comum do mundo ocidental. O sítio mais comum de metástase é o fígado, sendo que cerca de 50 a 75% dos pacientes vão apresentar as mesmas na evolução da doença. O avanço dos esquemas de quimioterapia permitiu melhor evolução dos paciente, aumentando inclusive a taxa de cura e ressecabilidade. Relato de Caso: Paciente MT, feminina, 57 anos, submetida a laparotomia exploradora de urgência por abdome agudo obstrutivo, no intra-operatório identificada massa em ângulo hepático com distensão à montante e lesão nacarada nodular de 1,5 cm em segmento VII hepático, realizada colectomia direita e ressecção de lesão hepática citada. Anátomo patológico com resultado de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, e lesão hepática mostrando adenocarcinoma colônico metastático no parênquima hepático subcapsular (T2N1M1). Foi realizado estadiamento pós-operatório com Tomografia computadorizada de tórax e abdome total que evidenciou nódulos pulmonares sólidos e milimétricos bilateralmente, presença de 2 lesões hepáticas hipodensas uma de 2,7 cm em segmento VIII, e outra de 0,6 cm em segmento IVb sugestivas de implantes secundários. Indicada quimioterapia adjuvante pelo esquema XELOX (Capecitabina + Oxaliplatina) e após 5 ciclos indicada hepatectomia segmentar para ressecção de lesões identificadas em estadiamento. Anátomo patológico mostrando somente área de reação gigante-celular com cistificação central e necrose com fibrose circunjacente, sem sinais de neoplasia residual. A paciente retornou após 4 semanas ao esquema de quimioterapia adjuvante, no momento suspensa no sétimo por quadro de diarreia refratária a medidas clínicas, segue sem sinais de recidiva. Discussão: Apenas cerca de 25% das metástases hepáticas são ressecáveis ao diagnóstico, por isso as pesquisas e estudos para desenvolvimento de novos esquemas de quimioterapia na tentativa de se aumentar a resposta dessas lesões proporcionando aumento nas taxas de conversão para ressecabilidade. Na literatura são poucos os dados sobre resposta completa a quimioterapia das metástases hepáticas colorretais, como foi o caso da pacien-

te relatada, que após 5 ciclos de XELODA não apresentava neoplasia nos tecidos hepáticos removidos. O tratamento cirúrgico continua sendo o único comprovadamente capaz de proporcionar a cura, não sendo defendido quimioterapia exclusiva nesses casos, mesmo quando há provas por exames de imagem (tomografia computadorizada) de reposta a mesma. O esquema terapêutico sempre deve ser individualizado para cada paciente, baseado em local do sítio primário, história familiar e local da metástase. Conclusão: Resposta completa a quimioterapia em lesões hepáticas metastáticas colorretais é rara, sendo o tratamento cirúrgico o mais seguro para possibilitar a cura.

**PT095 - ESTATÍSTICAS DE ADENOCARCINOMA COLORRETAL EM UMA CIDADE DE APROXIMADAMENTE 100.000 HABITANTES**

ARTHUR CASOLARI ARAUJO MANSUR DAVIDI<sup>1</sup>; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA<sup>1</sup>; LUIZ HENRRIQUE BONARDI<sup>1</sup>; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA<sup>1</sup>; LEILA DE MENDONÇA FERREIRA<sup>2</sup>; TIAGO PAULINO VILELA<sup>1</sup>; YAN CACHONI SENI<sup>1</sup>; RODRIGO TOGNON ROSSII

*1.ASCMO, OURINHOS, SP, BRASIL; 2.UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: no contexto atual, o câncer configura-se como um dos principais problemas de saúde pública mundial. Essa doença crônico-degenerativa afeta várias dimensões da vida humana e causa importante impacto econômico na sociedade, necessitando de tratamento especializado prolongado e oneroso. São esperados mais de 15 milhões de novos casos de câncer no mundo no ano de 2020. Objetivo: relatar incidência de adenocarcinoma colorretal em uma cidade de aproximadamente 100.000 habitantes. Método: trata-se de um estudo qualitativo, documental e retrospectivo, realizado a partir da análise de prontuários de uma clínica especializada em anatomopatologia, localizada na cidade de Ourinhos-SP, que apresenta cerca de 100.000 habitantes. Considerou-se as ocorrências registradas no período de setembro de 2012 a setembro de 2014. Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia, sendo enviadas amostras pós-cirúrgicas para análise. O estudo apresenta a incidência de câncer colorretal registrada a cada ano e traça o perfil da amostra de acordo com o local afetado. Resultados: no ano de 2012, foram registrados 21 casos de câncer colorretal. No ano de 2013, 44 casos. Já no ano de 2014, a incidência diminuiu para 23 casos. Observou-se que dentre os 88 casos de câncer colorretais registrados no período datado, 52 (59,1%) dos pacientes eram do gênero masculino e 36 (40,9%) eram do gênero feminino. Quanto à região afetada, registrou-se a maior incidência em reto (47 casos – 52%), cólon direito (15 casos – 17%), sigmoide (14 casos – 16%), transverso (7 casos – 8%) e cólon esquerdo (5 casos – 6%). Conclusão: de acordo com pesquisas já realizadas na área da oncologia, os tumores colorretais tem taxas de incidência e mortalidade que variam em todo o mundo. Globalmente correspondem ao terceiro tipo de câncer mais

comumente diagnosticado entre a população masculina e ao segundo entre mulheres. No Brasil corresponde como o terceiro tipo mais incidente em ambos dos sexos, segundo a World Health Organization. A maioria são adenocarcinomas, sendo que a ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha na maioria dos casos onde ainda não existe acometimento metastático. Conclui-se que os dados obtidos através desta pesquisa documental estão de acordo com o que é afirmado na literatura vigente que aponta o câncer colorretal sendo mais no sexo masculino, evidenciando o reto como local mais afetado. O pico de registros considerando-se o período estudado ocorreu no ano de 2013, com 44 casos registrados.

**PT096 - CARCINOMA BASOCELULAR ANORRETAL: RELATO DE CASO**

JULIANA DE OLIVEIRA SALGE; GABRIELLY BERTOLDI SILVA; MARIA VITÓRIA MATTAR MARTELETO; LANA GABRIELA DE SOUSA SILVA; TÁCITO LEANDRO BORGES DE BESSA; JUAN THOMAZ GABRIEL DE SOUZA RAMOS; RENATO MASON RODRIGUES DA CUNHA; GLENIO FERNANDES MORAES  
*UNIUBE, UBERABA, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O carcinoma basocelular é uma neoplasia epitelial frequente em regiões expostas ao sol, sendo raramente encontradas em regiões protegidas da luz solar. As lesões na região perianal são extremamente raras, com frequência que pode variar entre 0,1 e 0,4% dos tumores anorretais. Poucos são os relatos na literatura, onde podem ser encontrados como relatos, ou como citações em capítulos de neoplasias perianais menos comuns. Relato de caso: Paciente M.N.R., 86 anos, sexo feminino, natural e procedente de Uberaba, solteira, aposentada, previamente hígida, foi atendida no Serviço de Coloproctologia em Abril-2014, com história de lesão pruriginosa e sangrante na roupa íntima há vários meses. Durante a avaliação proctológica, foi visualizada lesão ulcerada, elevada, eritematosa na região póstero-lateral direita da borda anal. Não foram identificadas lesões endoanais, colorretais ou lesões secundárias durante a investigação. Foi optada pela realização de biópsia para a definição diagnóstica. Os resultados microscópicos foram sugestivos de Carcinoma Basocelular. Foi realizada a ressecção local com raquianestesia, com margens de 1 cm, com aproximação simples da pele da borda anal. O exame histológico demonstrou carcinoma basocelular com margens livres da neoplasia. A paciente apresentou boa evolução pós operatória, sem sinais de recidiva após 1 ano de seguimento. Discussão: Devido à baixa incidência do carcinoma basocelular, quando comparado as outras neoplasias de borda anal, a abordagem literária do assunto se resume a alguns relatos de casos e pequenas séries de pacientes. Clinicamente são lesões de crescimento lento, com bordos elevados e irregulares, com uma extensão geralmente inferior a 2 cm. Estas lesões se originam da borda anal, e eventualmente podem acometer o canal anal. Não apresentam diferença significativa em relação ao sexo, sendo mais frequentes após a sétima década de vida. Segundo algumas séries de casos, o

trauma local pode ser fator contribuinte. A maioria dos autores acreditam que essas lesões não tenham capacidade de metastização. A biópsia da lesão é um procedimento indispensável, pois dará o diagnóstico definitivo e propiciará o planejamento terapêutico. O diagnóstico diferencial é com a variante basaloide do carcinoma espinocelular, sendo de suma importância essa diferenciação, já que o comportamento deste último é bem diferente do primeiro, com capacidade de metastização inguinal de até 50%, e disseminação a distância em até 10% dos pacientes no momento do diagnóstico. O tratamento do CBC da borda anal, fica restrito entre a excisão local ou a radioterapia, com preferência pela excisão local, estando a sobrevivência estimada em cinco anos superior a 70%.

**PT097 - ADENOCARCINOMA DE CÍLON ASSOCIADO À SCHWANNOMA GÁSTRICO SINCRÔNICO**

JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA; RAISSA FORTUNA CAVALIERE; CINTHIA MAGALHÃES ULHOA; LUISA PIRES COSTA; JOSE AUGUSTO DUARTE NETO; LÚCIO HENRIQUE ROMÃO DOS SANTOS JUNIOR; DIEGO FELIPE SILVA; PAULA VALENTE SILVA

*HOSPITAL THEREZINHA DE JESUS, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os Schwannomas surgem a partir das células de Schwann, sendo tumores da bainha dos nervos periféricos. Os locais mais frequentemente acometidos são a região cervical, os membros superiores e inferiores, o mediastino posterior e o retroperitônio. É sabido que raramente está localizado na parede abdominal ou em órgãos abdominais. A associação de Schwannoma gástrico com adenocarcinoma colônico é bastante rara e pouco abordada na literatura. Relato de caso: A.D.B., feminino, 77 anos, com quadro de dor em região anal há cerca de 1 ano, associada a quadro de hematoquezia intermitente. Colonoscopia evidenciava lesão elevada no cólon ascendente, pólipos sesséis no transverso, descendente e sigmoide, além de lesão vegetante no descendente distal. Biópsia revelava adenoma tubular com displasia epitelial de baixo grau. Submetida a procedimento cirúrgico, durante o qual evidenciou lesão exofítica em grande curvatura gástrica. Optado pela realização de gastrectomia parcial e colectomia subtotal com anastomose íleo-sigmoideana termino-terminal em dois planos. O exame patológico da neoplasia gástrica revelou um quadro de tumor de células fusiformes que foi fortemente positivo para S-100, e não reativos para CD34, CD117,  $\alpha$ -actina, DOG1 e h-caldesmona, consistente com schwannoma gástrico. Anatomopatológico colônico: Adenocarcinoma bem diferenciado túbulo viloso. Paciente evoluiu favoravelmente, mantendo acompanhamento clínico oncológico. Discussão: O diagnóstico diferencial do schwannoma gástrico deve ser realizado com outras doenças malignas. A distinção entre Schwannomas e tumores do estroma gastrintestinal (GISTs) é importante porque os GISTs são os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal sendo significativamente mais frequente do que os schwannomas. Essa distinção é fundamental, visto que as duas doenças

têm implicações clínicas bastante diferentes: schwannoma é um tumor caracterizado por diferenciação celular, crescimento lento e bom prognóstico após a remoção cirúrgica; já os GIST têm potencial maligno e frequentemente podem estar sujeitos a recidivas após a excisão. O Schwannoma gástrico é um tumor extremamente raro, correspondendo a apenas 0,2% de todos os tumores gástricos. O diagnóstico no pré-operatório é difícil de ser realizado, pois muitas vezes os pacientes são assintomáticos e os achados radiológicos são frequentemente inespecíficos. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica completa com margens livres devido à incerteza diagnóstica, apresentando prognóstico favorável em longo prazo, pois são lesões benignas. Conclusão: Tendo em vista não só a raridade da associação de adenocarcinoma colônico e Schwannoma gástrico, mas também a dificuldade de diagnóstico preciso para a propedêutica adequada tornam-se relevantes a realização deste relato de caso e o aprofundamento do estudo sobre o tema tão pouco disponível na literatura médica.

**PT098 - CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE VULVA E ÂNUS METACRÔNICOS: RELATO DE CASO**

ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; ELOAH GAMBOGI LIMA; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; RAISSA AMELIA SILVA REIS; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; ILSON GERALDO DA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ

*SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O carcinoma de células escamosas (CCE) de canal anal é afecção rara, correspondendo a somente 2 a 4% dos tumores colorretais; e o de vulva menos de 5% dos tumores malignos ginecológicos. Aproximadamente 40% destes são diagnosticados em estágios avançados. Ambos os tumores estão intimamente associados a infecção crônica pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), imunossupressão, intercurso sexual e antecedente pessoal de neoplasias ou displasias de alto grau do colo uterino e/ou vulva. Relato de caso: R.L.S., sexo feminino, 56 anos, submetida a radioterapia e vulvectomia há 04 anos devido a CCE de vulva. Abandonou o tratamento evoluindo com recidiva local há 01 ano e relato de CCE de canal anal pela oncologia. Radioterapia de resgate sem sucesso. Apresentava grande úlcera perianal com infecção local frequente e péssima qualidade de vida (incontinência fecal e urinária, dor intensa, desnutrição). Biópsias perianais inconclusivas. Sem indicação de novos tratamentos pela oncologia. Ressonância magnética: lesão infiltrativa perineal, englobando notadamente o canal anal, a partir do introito vaginal e questionavelmente o terço distal da uretra. Não há definição dos esfíncteres internos e externos no presente estudo e existe aparente comunicação entre o canal anal e o introito vaginal. Sem metástases a distância no estadiamento. Realizado Amputação abdomino-perineal do reto com ressecção distal da uretra, vagina e útero, rotação de retalho glúteo e confecção de cistostomia. Evoluiu com deiscência parcial do reta-

lho no 12º dia de pós-operatório necessitando reintervenção cirúrgica. Histologia: compatível com processo inflamatório crônico ulcerado perianal inespecífico. Uretra livre de neoplasia. Internada por mais trinta dias para reabilitação e nutrição recebeu alta com melhora importante da qualidade de vida e independência para atividades diárias. Discussão: O tratamento padrão do CCE de canal anal consiste na combinação de radioterapia e quimioterapia, sendo a cirurgia radical realizada na ausência de resposta, tumor residual, recidiva e casos selecionados de dúvida diagnóstica associado a radiodermite ou radionecrose extensa com limitação funcional importante. São consideradas neoplasias de crescimento agressivo, que invadem com muita frequência os músculos que compõem o aparelho esfinteriano, com capacidade de promover metástases à distância. Nos estádios mais avançados do câncer de vulva, o tratamento cirúrgico complementado com radioterapia também pode ser a melhor opção. Conclusão: Diante de quadros graves com intenso comprometimento do reto, ânus e períneo, e indefinição da presença de neoplasia, a amputação abdominal-perineal do reto é uma alternativa que, embora mutilante, pode melhorar a qualidade de vida do paciente.

**PT099 - RESPOSTA SATISFATÓRIA APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANCIA, FRENTE A CÂNCER RETAL LOCALMENTE INVASIVO POSSIBILITANDO CIRURGIA COM INTENÇÃO DE CURA.**

ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS<sup>1</sup>; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ<sup>1</sup>; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS<sup>1</sup>; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR<sup>1</sup>; RODRIGO PADILLA<sup>1</sup>; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; LUIZ SERGIO RONCHI<sup>2</sup>; JOAO GOMES NETINHO<sup>3</sup>  
*1.RESIDENTE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.PROFESSOR DA DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.CHEFE DO SERVIÇO DO COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Anualmente, cerca de 40.000 pacientes são diagnosticados com câncer retal nos Estados Unidos e a ressecção cirúrgica é a pedra angular do tratamento curativo para tais. Entretanto, alguns casos podem ser beneficiados com a quimioterapia neoadjuvância, a exemplo de tumores localmente avançados que são aderidos ou fixos a estruturas adjacentes, tais como o sacro, paredes laterais pélvicas, próstata ou bexiga. Metodologia: Relato de Caso: Paciente atendido no Hospital Escola, nos anos de 2014 e 2015, com adenocarcinoma de reto alto, a 12 cm da borda anal, obstrutivo, localmente invasivo, aderido anteriormente a bexiga urinária e parede lateral de pelve esquerda, sem plano de clivagem para ressecção cirúrgica, porém, sem metástases a distancia. O mesmo foi submetido a transversostomia e quimioterapia neoadjuvância, apresentando bom resposta, confirmada com exames de tomografia computadorizada. Paciente foi submetido a re-

tossigmoidectomia, sem dificuldades técnicas e sem agressão aos órgãos adjacentes, apresentando no anátomo patológico margens livres da neoplasia (T3N1Mx). Discussão: Pelas características anatômicas do reto, trata-se de uma víscera fixa e localizada dentro dos estreitos limites da pelve, a radioterapia assume um papel muito importante no tratamento adjuvante do câncer de reto. Como terapia neoadjuvante a resposta patológica completa pode ser observada em até 40% dos pacientes, dependendo do esquema realizado e do estadiamento inicial da doença. A intervenção cirúrgica está associada a uma alta taxa de mortalidade, à ocorrência de complicações pós-operatórias e ao aparecimento de disfunções esfinterianas, urinárias e sexuais tardias, mas mesmo assim sua realização deve ser sempre considerada na resposta completa para melhor prognóstico e sobrevida. No caso do paciente do relato com a resposta satisfatória ao esquema neoadjuvante foi possível realizar cirurgia com intenção de cura com menor dificuldade técnica e risco de complicação peri-operatória. Conclusão: Diante do caso exposto, pode-se concluir que alguns casos de câncer colorretal localmente invasivos, podem apresentar boa resposta à terapia neoadjuvante, visando uma maior sobrevida ao paciente.

**PT100 - CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL ATENDIMENTOS EM UM HOSPITAL ESCOLA DA REGIÃO NOROESTE PAULISTA**

ALISSONN TEIXEIRA SILVA MARTINS<sup>1</sup>; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ<sup>1</sup>; LAURA FERREIRA MARTINEZ<sup>2</sup>; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; LIZANDRA AKINA CORRÊA<sup>2</sup>; ROBERTA CRISTINA JARDIM GALLUZZI<sup>2</sup>; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR<sup>1</sup>; JOAO GOMES NETINHO<sup>3</sup>

*1.RESIDENTE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.ESTUDANDE DO 5º ANO DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.CHEFE DA DISCIPLINA DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Segundo estimativas mundiais, o câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia de alta incidência e prevalência, sendo o terceiro tipo de câncer mais frequente nos homens e o segundo nas mulheres. A sintomatologia do CCR é variável e depende da localização e extensão do tumor. O diagnóstico precoce é fundamental no aumento da sobrevida desses pacientes. Nos Estados Unidos, aproximadamente 20% dos pacientes com CCR apresentam metástases à distância no momento do diagnóstico, sendo os locais mais comumente afetados linfonodos regionais, fígado, pulmão e peritônio. O objetivo deste estudo será investigar o estadiamento do câncer colorretal em pacientes atendidos em um hospital universitário da região noroeste do Estado de São Paulo considerando-se a incidência de metástases linfonodal, hepática e pulmonar no momento do diagnóstico ou no início de seguimento, além da dosagem do an-

tígeno carcinoembrionário (CEA). Serão incluídos no estudo todos os pacientes portadores de CCR atendidos na Disciplina de Coloproctologia do Hospital de Base / FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP), no período entre janeiro/2000 a dezembro/2014. Os dados serão obtidos por meio de revisão de prontuários. Resultados parciais: Dos pacientes até então avaliados, com câncer CCR, observamos no perfil que 69,4% homens e 30,6% mulheres, sendo que 83,5% apresentavam mais de 50 anos no momento do diagnóstico, enquanto 16,5% tinham 50 anos ou menos. Os locais de acometimento são: 50% no reto, 25,8% sigmóide, 21,9% em colon direito e 2,3% em transverso. Foram submetidos à cirurgia de retirada do câncer 87,4% e 12,6% não foram operados. Observou-se que 19,3% apresentaram metástases hepáticas e 14,7% pulmonares. Houve linfonodos acometidos em 51,1% dos casos e 48,9% livres de metástases linfonodais, no exame anatomo patológico. O Antigenocarcino- embrionário (CEA) se encontrava elevado (maior que 6,5) em 40,9% dos pacientes e normal em 59,1%. Conclusão: Observa-se que a maioria dos pacientes acometidos são homens e acima dos 50 anos. O local mais acometido é a porção de retossigmoide. A grande maioria dos pacientes foi submetida à ressecção cirúrgica. Mais da metade (51,1%) dos pacientes atendidos tinham metástases linfonodais no momento do diagnóstico. Quase 20% dos pacientes já apresentavam metástases hepáticas e aproximadamente 15% já tinham os pulmões atingidos por doença metastática quando chegaram para o primeiro atendimento no hospital. Por fim o valor do CEA no início do quadro, elevado em mais de 40% dos pacientes, assim como o grande número de pacientes com metástases, indica que grande parte da população acometida por CCR, procura atendimento com a doença em estágios avançados.

**PT101 - AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM CÂNCER DO RETO MÉDIO E DISTAL INSTITUÍDO NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**  
MARLUS TAVARES GERBER; VANESSA NASCIMENTO KOZAK; DAYANE RAQUEL DE PAULA; RAFAELA DE ARAUJO MOLTENI; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; MARIA CRISTINA SARTOR HC UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O tumor colorretal é o terceiro tipo de câncer mais frequente em homens e mulheres ao redor do mundo. O tumor do reto distal é menos comum que os tumores do reto proximal e do cólon. O comportamento biológico bastante específico desses tumores, vem sendo estudado e trouxe mudanças radicais no seu tratamento, sendo a principal delas a introdução da radioquimioterapia neoadjuvante associada à cirurgia com excisão total do mesorreto para melhora do controle local da doença. **OBJETIVOS:** Avaliar e definir sugestões de coleta de dados para incrementar o protocolo de atendimento já instituído no serviço. Definir o grau de resposta terapêutica à neoadjuvância e critérios de avaliação que caracterizem com maior segurança o grupo com resposta patológica completa.

**MATERIAIS E MÉTODO:** Estudo retrospectivo envolvendo análise dos dados do protocolo de atendimento ao paciente com câncer do reto médio e distal. Entre janeiro de 2013 e setembro de 2014, todos os pacientes com diagnóstico de tumor do reto tocável foram submetidos à avaliação padronizada, através do preenchimento de uma ficha contendo itens referentes às características da lesão no exame físico e na colonoscopia. O estadiamento inicial inclui, além da colonoscopia e da RNM, dosagem do CEA e TAC de tórax e abdome superior. O reestadiamento, inclui toque retal, exame endoscópico e RNM da pelve. **RESULTADOS:** Foram arrolados 22 pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna do reto médio e distal. A idade média dos pacientes foi de 61 anos, variando entre 36 e 86, sendo 15 do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Em relação à profundidade de invasão inicial pela RNM (n=21), 2 pacientes foram classificados como T2 (9%), 14 como T3 (67%) e 5 como T4 (24%). Também pela RNM, 19 dos 21 pacientes tinham suspeita de envolvimento linfonodal (N+; 90%). Pela avaliação das TAC de tórax e abdome superior, 4 pacientes tinham imagens fortemente sugestivas de metástase hepática ao diagnóstico (M1; 18%). Após em média 8 semanas (6-11) do fim da radioterapia, os pacientes foram reestadiados com novo exame endoscópico e RNM da pelve. 16 dos 22 pacientes foram submetidos à cirurgia potencialmente curativa em média 11,5 semanas (10-15) após o fim da radioterapia, sendo 6 submetidos a amputação abdominoperineal do reto, 6 a retossigmoidectomia com anastomose colorretal e 4 a retossigmoidectomia com anastomose coloanal. A taxa de downsizing obtida foi bastante significativa, com redução do volume tumoral observado pela colonoscopia em 80,9% (17/21) casos. A taxa de resposta patológica completa observada nesse grupo foi de 9% (2/22). **CONCLUSÃO:** Apesar das boas taxas de downstaging e downsizing, a taxa de resposta patológica completa obtida está próxima ao limite inferior sugerido na literatura. Com a continuidade da aplicação desse protocolo, em alguns anos teremos dados seguros sobre a sobrevida dos pacientes com tumor do reto distal atendidos na nossa instituição, que poderão ser comparados com a literatura.

**PT102 - CARCINOMA MUCOSSECRETOR DE CANAL ANAL SIMULANDO DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE - RELATO DE CASO**

ROBERTA NASCIMENTO CYPRESTE; LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; SANDRA PEDROSO DE MORAIS; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO; GUSTAVO SEVÁ PEREIRA; RICARDO BOLZAM NASCIMENTO  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Carcinoma de canal anal é uma patologia um tanto quanto rara – representa cerca de 3% das lesões neoplásicas de cólon. O tipo mais comum das lesões referidas é o carcinoma de células escamosas. O prognóstico é dependente de fatores como grau de diferenciação das células tumorais, quantidade da circunferência da parede do canal anal acometida e comprometimento linfonodal. A ocorrência de metástases é descrita em menos 5% dos pacientes, sendo



fígado, pulmão e ossos os sítios mais afetados. O tratamento cirúrgico foi proposto por vários anos como padrão. Atualmente, radioterapia associada à quimioterapia é uma modalidade terapêutica indicada com bons resultados. **RELATO DE CASO:** Paciente RRC, 57 anos, apresentando fistulas em região perianal com saída de secreção purulenta, associado à diarreia, incontinência fecal e desnutrição. Foi então encaminhado para investigação com colonoscopia. No entanto, não se obteve êxito após várias tentativas de realização do exame devido às más condições clínicas do paciente que não conseguiu fazer o preparo adequado. Devido aspecto macroscópico das lesões, suspeitou-se de doença inflamatória intestinal e foi iniciado tratamento com infliximabe e, posteriormente, associado à azatioprina. Além disso, optou-se por passagem de sedenho nos trajetos fistulosos. Uma vez que não houve melhora das lesões, foi realizada biópsia incisional que demonstrou diagnóstico de carcinoma mucossecretor de canal anal. Tomografia de abdômen, pelve e tórax não identificou lesões metastáticas. Paciente foi encaminhado para tratamento oncológico com quimioterapia e radioterapia. **DISCUSSÃO:** Com a suspeita de doença inflamatória, Doença de Crohn especificamente, foi indicado o início de terapêutica adequada. Entretanto, a evolução do quadro não foi a esperada, pois não houve melhora das lesões perianais e o paciente evoluiu com piora da desnutrição, precisando de internação para nutrição parenteral. Dessa forma, se fez necessário a continuação da investigação para elucidação diagnóstica. Foi realizada biópsia de lesões perianais, culminando no diagnóstico de carcinoma mucossecretor focal em canal anal. Nova colonoscopia foi realizada, dessa vez mostrando alças colônicas sem alterações. **CONCLUSÃO:** O caso apresentado vem reafirmar a importância da biópsia de lesões em canal anal, independente da suspeita clínica pelo aspecto macroscópico, principalmente quando a evolução não é a esperada.

**PT103 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE LYNCH NUM HOSPITAL ONCOLÓGICO UNIVERSITÁRIO**

GUILHERME CUTAIT COTTI; ANA CAROLINA CHAVES; RODRIGO SANTA CRUZ GUINDALINI; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; SERGIO CARLOS NAHAS *FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A Síndrome de Lynch constitui uma síndrome autossômica dominante de predisposição ao câncer, em especial o câncer colorretal. É causada por mutações nos genes do complexo mismatch repair (MMR), envolvidos no reparo do DNA. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de câncer colorretal em idade precoce, além de tumores em outros órgãos. **Objetivo:** A identificação de pacientes com síndrome de Lynch é importante para planejar o acompanhamento dos pacientes com câncer e de seus parentes com risco elevado de câncer. O objetivo do presente estudo foi analisar as características clínicas de pacientes com suspeita de Síndrome de

Lynch num ambulatório de câncer hereditário num hospital oncológico universitário. **Método:** Foi realizada uma análise retrospectiva de todos os registros médicos entre janeiro de 2010 e julho de 2015. Foi considerado imunohistoquímica sugestivo de Lynch: ausência MHL1 de expressão sem mutação BRAF e ausência de expressão MSH2 e/ou MSH6 e PMS2. **Resultados:** 95 pacientes com suspeita de síndrome de Lynch foram avaliados, sendo 48 (50,5%) do sexo masculino. 58 deles eram pacientes acometidos por câncer, enquanto 37 eram familiares em acompanhamento. O câncer colorretal foi o primeiro tumor diagnosticado em 56 pacientes (30 destes no cólon direito). Houve 10 tumores colorretais metacrônicos. O endométrio foi o segundo sítio mais freqüente de câncer, com 6 casos. Câncer de urotélio ocorreu em 4 pacientes. Outros cânceres diagnosticados incluíram: estômago (1), vias biliares (2), mama (2). Entre os pacientes com câncer colorretal, 52,5% eram estadio II, 35,6% estadio III, de 8,4% em estadio IV. 62,7% deles foram tratados com quimioterapia adjuvante. A expressão de MSH6 estava ausente em 32 pacientes, proteína MSH2 em 27, proteína MLH1 em 18 pacientes (todos do tipo selvagem BRAF) e proteína PMS2 estava ausente em 11 pacientes. Durante o acompanhamento, 18 pacientes foram diagnosticados com um segundo câncer. O cólon direito foi o local mais comum (33,3%), seguido pelo câncer urotelial (26,6%). O parente mais jovem com câncer foi de 23 anos, e a idade média foi de 32. Nenhum parente foi submetido à cirurgia profilática, enquanto que três pacientes que apresentaram tumor colorretal primário foram submetidos à histerectomia profilática. O tempo médio entre a primeira consulta oncológica e a primeira consulta no ambulatório de câncer hereditário foi de 439 dias. **Conclusão:** Estes dados demonstram um grande número de pacientes possivelmente afetados pela síndrome de Lynch num hospital oncológico universitário e suas características clínicas dentro o espectro da Síndrome de Lynch. Nota-se que, apesar de estarmos em um serviço especializado em oncologia, o tempo médio de encaminhamento ao nosso ambulatório foi superior a 1 ano, demonstrando a falta de atenção para com o aconselhamento genético por médicos oncologistas e cirurgiões.

**PT104 - PREVALÊNCIA DO CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES ATENDIDOS EM HOSPITAL PÚBLICO DE SALVADOR, COM IDADE INFERIOR A 40 ANOS**

INDIRA SERRA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA; THIAGO FARIA MAGALHAES; MARCUS VINICIUS CASTRO OLIVEIRA *HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: O câncer colorretal constitui a segunda neoplasia incidente mundialmente, e a quarta presente no Brasil. Apresenta-se mais predominante acima dos 60 anos. Em indivíduos menores de 50 anos, comporta-se de forma mais agressiva e indiferenciada, com baixa possibilidade de cura. **Objetivo:** Avaliar a prevalência e diferentes aspectos relacionados ao câncer colorretal em pacientes menores de 40 anos. **Método:** Realizado um estudo observacional transversal

e retrospectivo. Coletados dados em prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de Coloproctologia de um hospital público de Salvador, no período entre Janeiro de 2009 a Janeiro de 2014, sendo encontrados 10 pacientes menores de 40 anos e portadores de CCR. Resultados: Dentre as variáveis estudadas, foram encontradas as seguintes prevalências: ausência de predominância quanto ao sexo; alteração do ritmo intestinal como sintomatologia mais frequente; tempo médio de início dos sintomas e diagnóstico da doença de 8,8 meses; localização predominante no reto; tipo histológico mais comum de adenocarcinoma; com classificação T3 predominante, além de acometimento linfonodal e presença de metástase à distância em 40% dos casos. Conclusão: Os CCR em pacientes menores de 40 anos mostram-se mais agressivos e menos diferenciados. Deve-se evitar que as queixas dos pacientes dessa faixa etária sejam subestimadas, permitindo, assim, o diagnóstico e tratamento precoces da doença, com possibilidade de cura.

#### PT105 - LEIOMIOMA PERIANAL PRIMÁRIO SINCRÔNICO: RELATO DE CASO

CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; DANILO TOSHIO KANNO; RONALDO NONOSE; MURILO ROCHA RODRIGUES; JOSÉ AIRES PEREIRA  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: O desenvolvimento de leiomiomas primários na região perianal é uma possibilidade extremamente rara, com menos de 10 casos publicados até a presente data. Revisão da literatura não identificou casos publicados de desenvolvimento sincrônico de leiomiomas primários na região perianal. Objetivo: Apresentar o caso de uma doente que desenvolveu dois leiomiomas perianais primários e sincrônicos, cujo diagnóstico foi confirmado por painel imunistoquímico. Relato do Caso: Mulher, 69 anos, procurou Serviço especializado com queixa do crescimento lento de duas nodulações na região perianal há 5 anos. Há um ano percebeu que as nodulações apresentaram crescimento mais rápido passando a apresentar incômodo e dificuldade para sentar-se. Há seis meses percebeu dificuldade progressiva para evacuar necessitando uso de laxativos. Negava dor, sangramento às evacuações, prurido anal ou perda de peso. Referia ser hipertensa há 15 anos fazendo uso diário de losartana e hidroclortiazida. Relatava hemorroidectomia há 27 anos e dois partos normais e, como antecedentes familiares, uma irmã falecida em decorrência de câncer de mama. Ao exame físico apresentava-se em BEG, eupnêica, corada, hidratada, PA: 140x 80 e p:86 bpm. O exame do tórax era normal, assim como o exame abdominal. No exame proctológico realizado na posição de litotomia, á inspeção estática já identificava-se presença de duas nodulações que abaulavam a pele da parede lateral da região perianal. Ambas as lesões situavam-se na parede lateral esquerda sendo, a maior com 3 cm de diâmetro localizada anteriormente,

e a menor com 2 cm de diâmetro localizada 3 cm abaixo da primeira. As nodulações distanciavam 2 cm do orifício anal. Ao toque retal os tumores deslocavam a luz do canal anal sem sinais de comprometimento mucoso. As lesões eram isoladas, móveis, de consistência fibro-elástica e pouco dolorosas a mobilização. A retoscopia confirmava que não havia comprometimento da mucosa anorretal. A ressonância magnética da pelve confirmou presença de duas lesões sólidas, isoladas e localizadas na parede perianal lateral esquerda sem comprometimento da parede do reto e canal anal, sem evidências de comprometimento de linfonodos no mesorreto e região inguinal. Diante dos achados optou-se por excisão local realizada pela confecção de duas incisões arciformes na face lateral externa de ambas nodulações. As lesões foram facilmente isoladas do tecido subcutâneo perianal por serem circunscritas e não comprometerem a musculatura esfinteriana do ânus nem a parede do reto ou canal anal. Realizou-se síntese primária das incisões sem colocação de dreno. A doente apresentou boa recuperação recebendo alta hospitalar no primeiro pós-operatório. O exame histopatológico convencional mostrou duas neoplasias isoladas de origem mesenquimal constituídas por células dispostas em fascículos desordenados, exibindo núcleos alongados, discretamente hipercoreados, citoplasma eosinofílico, com vasos sanguíneos dilatados e tortuosos permeando as neoplasias. Encontrou-se raras figuras de mitose por campo de grande aumento (1/10 CGA) não identificando-se focos de necrose. As margens cirúrgicas estavam livres de comprometimento neoplásico. O painel imunistoquímico realizado para confirmar a origem embriológica da neoplasia revelou-se positivo para actina de músculo liso (1A4), desmina (filamento intermediário de célula muscular D33 e focalmente positivo para proteína S100 policlonal e negativo para citoqueratinas (AE1/AE3), B-catenina, CD117 (c-kit) e antígeno gp100 associado ao melanoma. Os achados histopatológico e imunistoquímico confirmaram que a neoplasia originava-se a partir de músculo liso e, apesar do comportamento biológico incerto que caracteriza as neoplasias musculares, a ausência de pleomorfismo, necrose e escassez de figuras de mitose sugerem comportamento biológico benigno possibilitando o diagnóstico de leiomiomas perianais em ambas as lesões. O desenvolvimento de leiomiomas primários e sincrônicos na região perianal é uma possibilidade nunca descrita anteriormente.

#### PT106 - MUCORMICOSE CÓLICA UMA CAUSA EXCEPCIONAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA FULMINANTE

CELENE BENEDITI BRAGION; MARIO ELIAS NETO; DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: A mucormicose do cólon, infecção causada por fungos da ordem Mucorales, é enfermidade raramente descrita

que cursa com elevados índices de mortalidade. Geralmente acomete diabéticos, portadores de mielodisplasias, usuários de drogas de imunossupressoras e, mais raramente, doentes com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Objetivo: Relatar um caso de hemorragia digestiva baixa (HDB) de evolução fatal por mucormicose cólica em portador de SIDA. Relato do caso: Homem, 66 anos, admitido com choque hipovolêmico, decorrente de HDB, com início há 24 horas. Acompanhantes referiam que o doente era alcoolista e usuário de drogas injetáveis, já tendo diagnóstico de SIDA sem tratamento regular. Ao exame apresentava-se em MEG, confuso, descorado, desnutrido, PA 100x 70 mmHg, pulso 108 bpm e T37,8C. O abdômen era distendido hemorragia o e doloroso à palpação profunda sem dor à decompressão brusca. O toque retal revelava sangue vivo na luva. Os exames complementares mostravam: Hb 6,3 g/dl, leucopenia (3.600) com neutrofilia, desvio à esquerda e linfocitopenia. Após estabilização hemodinâmica à colonoscopia revelou colite ulcerativa difusa com sangramento ativo por todo cólon. Como não se conseguiu controle do sangramento após reposição de cinco unidades de sangue indicou-se colectomia total com ileorretoanastomose com anastomose mecânica. Apesar dos cuidados intensivos apresentou piora progressiva do estado geral em virtude de choque séptico evoluindo para óbito no 4 PO. O exame histopatológico revelou colite ulcerativa hemorrágica difusa decorrente da infecção por fungo da ordem Mucorales, identificados pela coloração de Gomori-Grocotti prata metenamina. Apesar de ser uma possibilidade raramente descrita a colite fúngica pela mucormicose deve ser considerada nos portadores de SIDA que apresentem quadros graves de HDB.

**PT107 - INTUSSUSCEPÇÃO POR TUMOR NEUROENDÓCRINO DE ÍLEO DISTAL: RELATO DE CASO**  
DANIEL JOSE SZOR; EDUARDO KENZO MORY; BRUNA DE CAMARGO NIGRO; ROBERTO NIGRO  
*HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: S.A.R., fem., 46 anos, procurou outro serviço por quadro de dor abdominal em cólicas e vômitos, sendo diagnosticada com intussuscepção intestinal. Um ano após, procurou nosso serviço com mesmos sintomas. Colonoscopia sem alterações até a válvula ileocecal, USG de abdômen: algumas lesões hepáticas com características de metástases enterorressonância: lesão em íleo terminal vizinha à válvula ileocecal, com 3,0 cm de diâmetro e crescimento exofítico para o meso da alça. Submetida a videolaparoscopia com realização de colectomia direita e enterectomia dos últimos 20 cm de íleo terminal, ligadura da artéria ileocólica em sua emergência bem como da veia; realizada metastasectomias do parênquima hepático e anastomose intracorpórea. Evoluiu sem intercorrência e recebeu alta hospitalar no 3º pós operatório. Anatomopatológico revelou neoplasia neuroendócrina grau 2 OMS de 4x2,5cm com invasão até serosa, invasão vascular e perineural, presença de metástase em 5 dos 13 linfonodos obtidos e presença de metástase hepática. Margens livres. Estádio pT4pN1pM1. Objetivos: Descrever a presen-

tação clínica do tumor neuroendócrino de íleo distal e chamar atenção para a inespecificidade dos sintomas, o que pode levar a um diagnóstico tardio. Material e Método: Revisão de caso de paciente com tumor neuroendócrino metastático submetida a colectomia direita laparoscópica e metastasectomia hepática. Discussão: Os tumores neuroendócrinos de intestino delgado superaram os adenocarcinomas em incidência, o que pode ser justificado pelo aumento do diagnóstico incidental através de exames de imagem e endoscópicos. Surgem das células endócrinas intra-epiteliais, sendo que no intestino delgado sua localização mais frequente é até 60 cm da válvula ileocecal, podendo ser multifocais. Quando sintomáticos, apresentam-se com dor abdominal, perda ponderal, sangramento e quadros intermitentes de obstrução. A dor pode ser justificada pela intussuscepção, pela isquemia mesentérica ou pelo efeito compressivo do tumor. Os sintomas são bastante inespecíficos, o que torna o diagnóstico dificultoso e por muitas vezes demorado, como foi apresentado no presente caso. Como resultado, quadro metastáticos ou com disseminação linfonodal são comuns. Conclusão: Os tumores malignos de intestino delgado tem sintomas vagos e inespecíficos o que retarda seu diagnóstico. Especial atenção deve ser dada a pacientes adultos com quadro de intussuscepção de íleo distal, uma vez que este quadro geralmente traduz uma patologia cirúrgica.

**PT108 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR NUM HOSPITAL ONCOLÓGICO UNIVERSITÁRIO**  
MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ANA CAROLINA CHAVES; RODRIGO SANTA CRUZ GUINDALINI; GUILHERME CUTAIT COTTI; SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma síndrome hereditária de predisposição ao câncer colorretal e outros tumores, caracterizada pela presença de inúmeros pólipos adenomatosos colônicos. Objetivo: descrever as características dos pacientes e familiares em seguimento por PAF num ambulatório de câncer hereditário em um hospital oncológico universitário. Método: Foram revisados retrospectivamente os prontuários de pacientes com PAF e familiares atendidos nesse serviço no período de 2009 a 2015. Levantaram-se dados relativos a sexo e idade por ocasião do início do seguimento, manifestações colônicas, tipos e localização das manifestações extracolônicas, suas repercussões na evolução da doença, dados sobre seu tratamento e resultados. Resultados: No período foram tratados 38 pacientes portadores de PAF e 10 familiares em seguimento. Dentre os 38 pacientes com PAF, 29 eram mulheres (76,4%) e 9 homens (23,6%). A idade variou de 19 a 64 anos (média de 38 anos). Desse total, 22 pacientes (57,8%) apresentaram neoplasia maligna do cólon, sendo que 11 (28,9%) tinham tumores de cólon sincrônicos. Dos 22 que apresentaram neoplasia, 9 (40,9%) eram

estádio clínico (EC) III, 4 (18,1%) EC I,3 (13,6%) EC IV,3 EC II e 3 EC 0. Dos 38 pacientes com PAF, 30 (78,9%) foram submetidos a alguma ressecção colônica, sendo a maioria colectomias totais (13 – 43,3%) com ou sem restauração do trânsito, proctocolectomias (13 – 43,3%) sendo 7 (26,6%) com bolsa ileal a princípio. Um dos pacientes com bolsa ileal apresentou recidiva de adenocarcinoma na anastomose da bolsa ileal, com necessidade de ressecção da bolsa. Quanto às manifestações extra-colônicas, 5 (13,1%) pacientes apresentaram tumores desmóides. Os tratamentos disponibilizados foram o celecoxibe, tamoxifeno, doxorubicina e/ou vimblastina. Em 11 (28,9%) foram identificados adenomas de duodeno e papila duodenal, sendo necessário procedimento endoscópico para retirada em dois casos. Um dos pacientes se apresentou no serviço com adenocarcinoma de papila duodenal em estágio avançado. Pólipos gástricos de glândulas fúndicas foram vistos em 6 (19,3%) dos pacientes. Houve três óbitos durante o seguimento: um por insuficiência cardíaca (sem relação com câncer) e os outros dois por progressão da doença oncológica: um com adenocarcinoma de papila duodenal com metástase hepática e carcinomatose e o outro com adenocarcinoma de reto metastático para coluna lombar, linfonodos, mesentério, fígado e pulmão. Conclusão: o seguimento dos pacientes com PAF em centros multidisciplinares é fundamental para sua melhor evolução. O aconselhamento familiar tem papel de destaque, já que permite o rastreamento tanto das lesões do cólon quanto das manifestações extra-colônicas, que podem trazer graves consequências e gerar importantes complicações.

#### PT109 - LEIOMIOSSARCOMA DO COLON - RELATO DE CASO

LORENA WILLERS COUTINHO; JOSE HUMBERTO BARETA FROES; PAULA MENDONÇA TAGLIETTI; THIAGO AGOSTINI BRAGA; THIAGO IBIAPINA ALVES  
*HSPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Sarcomas primários gastrointestinais, em geral, são muito raros e altamente malignos, sendo responsável por 1 a 2 por cento das neoplasias gastrointestinais. Sendo o leiomiossarcoma (LMS) o tipo mais comum. Ocorre principalmente na quinta e sexta década de vida. Dor abdominal e hemorragia gastrointestinal têm sido relatados como os sinais clínicos mais comuns na apresentação. Curiosamente, LMS parece ter um melhor prognóstico em crianças. LMSs são tumores mesenquimais, tipicamente composto de células fusiformes. A maioria dos tumores mesenquimais do trato gastrointestinal são actualmente classificados como tumores estromais gastrointestinais (GIST). Tumores estromais gastrointestinais são diagnosticados por imunopositividade para CD117, CD34, e DOG1. De acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde, o diagnóstico de leiomiossarcoma primários do trato gastrointestinal é tão rara que não há dados significativos sobre características demográficas, clínicas ou brutas deste tumor. CASO CLÍNICO: mulher, 67 anos, procurou nosso serviço em setembro de 2014 com queixa de dor abdominal e hematocúria há um ano, sem melhora

com tratamento clínico. Foi submetida a exame de colonoscopia o qual evidenciou lesão vegetante em cólon transverso. Exames de estadiamento pré operatórios demonstraram lesão restrita ao cólon. Sendo assim foi submetida a cirurgia de hemicolectomia direita ampliada com anastomose primária, evoluiu bem e recebeu alta no sexto dia de pós-operatório. O anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou sarcoma de células fusiformes de alto grau, sem comprometimento linfonodal, com extensão vascular e invasão de mesocolon. A análise imuno-histoquímica veio compatível com leiomiossarcoma pouco diferenciado. Foi submetida à PET-CT que não apresentou hipermetabolismo glicolítico. Optou-se portanto pela não realização de tratamento adjuvante. A paciente permanece em acompanhamento no serviço. Assintomática. CONCLUSÃO: o leiomiossarcoma primário do intestino grosso é considerado tumor raro e altamente agressivo, com poucos casos relatados, e portanto sem definição da melhor conduta e seguimento desses pacientes sendo considerados caso a caso.

#### PT110 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL EM PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL HEREDITÁRIO NÃO POLIPOSE (HNPCC): RELATO DE CASO

FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; FERNANDA ELIAS F. RABELO; ANDREIA SILVA FERREIRA; LUIZ FERNANDO MARTINS E SILVA; RANIA ANDRADE LIMA  
*UFSJ, DIVINOPOLIS, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução e objetivos: A Síndrome de Lynch, também denominada de síndrome de câncer colorretal hereditário não polipose (HNPCC), é uma doença autossômica dominante, de alta penetrância, caracterizada por carcinomas colorretais, não precedidos por lesão pré-malignas. Logo, o objetivo desse trabalho foi relatar a conduta do caso de uma paciente portadora de câncer colorretal hereditário não polipose. Paciente: Mulher, 54 anos, caucasiana, hipertensa, diagnosticada com HNPCC, já submetida previamente a colectomia direita por tumor de cólon e pan-histerectomia por tumor de endométrio. Método: Foram utilizados dados secundários obtidos em prontuário médico. Resultado: Paciente, diagnosticada com HNPCC, com história familiar de múltiplos casos de câncer de cólon levando ao óbito a mãe, 2 irmãos, 2 tios e 1 sobrinho. Há quatro anos foi realizada colectomia direita para tratamento de tumor de cólon ascendente e há dois anos foi submetida a histerectomia devido a tumor de endométrio. Por preencher os critérios de Amsterdam II foi incluída em protocolo para Síndrome de Lynch. Durante colonoscopia de rotina em agosto de 2014, foi encontrada lesão no reto à 12 cm da margem anal ocupando 1/3 da luz intestinal. Ao exame anatomopatológico foi diagnosticado um adenoma tubuloviloso com displasia epitelial de alto grau (adenocarcinoma in situ) e à ressonância nuclear magnética abdominal foi evidenciado lesão expansiva intraluminal no terço proximal do reto fazendo saliência na luz intestinal, atingindo o plano muscular própria, sem extensão para os planos adiposos mesorretais. Após discussão com a paciente, foi realizada proctocolectomia total, com reconstrução com bolsa ileal. A cirurgia e o pós-operatório foram re-

alizados sem intercorrências. Deve-se levar em consideração que o planejamento do tratamento dos pacientes com HNPCC varia muito devido a grande variedade de apresentação da doença. Conclusão: A paciente relatada, diagnosticada com síndrome de Lynch, já possuía história prévia de tumor de cólon ressecado e após 4 anos houve diagnóstico de adenoma in situ. Devido à grande propensão a tumores metacrônicos optou-se pela proctocolectomia total, com reconstrução com bolsa ileal.

#### **PT111 - LINFADENECTOMIA PÉLVICA ESTENDIDA NO CÂNCER RETAL: RELATO DE CASO.**

MAURÍCIO AGUIAR REIS; SHIRLEY LUMI NISHITSUKA; CAROLINA OGAWA MATSUBAYASHI; ABNER JORGE JACOME BARROZO; DR. HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR; DR. THIAGO BASSANEZE; PROF. DR. ROGERIO TADEU PALMA; PROF. DR. JAIQUES WAISBERG

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

Resumo: INTRODUÇÃO: Metástases em linfonodos na cadeia lateral da pelve ocorrem em 10-25% dos pacientes com câncer retal avançado e estão associadas a maior recorrência local e redução da sobrevida. A linfadenectomia pélvica estendida (LPE) para abordagem desta região ainda é controversa devido à alta morbidade e benefícios oncológicos limitados. OBJETIVO: relatar um caso de câncer de reto com metástase em cadeia lateral da pelve e discutir os aspectos radiológicos e cirúrgicos desta condição clínica. MÉTODO: Relato de caso com levantamento de dados do prontuário. RELATO DO CASO: Paciente sexo masculino, 61 anos, com queixa de hematoquezia e alteração no calibre das fezes há 6 meses. Sem perda de peso ou diarreia. Exame físico proctológico com inspeção normal, porém ao toque retal notou-se lesão ulcerada de 3x3 cm, dolorosa, a 1 cm cranialmente a linha pectínea, quadrante lateral esquerda, ocupando um quarto da circunferência retal. Biópsia de adenocarcinoma invasivo. A tomografia de tórax e abdome não demonstraram metástases a distância e à ressonância magnética da pelve observou-se tumoração em reto distal de 3x3cm, quadrante lateral esquerda com invasão de esfíncter anal interno, esfíncter externo e musculatura elevadora do ânus livres de invasão neoplásica, porém com linfonodos mesorretais e, em cadeia ilíaca interna esquerda, sugestivos de envolvimento metastático. Colonoscopia sem lesões adicionais. CEA: 3,6 ng/mL. Após o término da radioquimioterapia neoadjuvante, os exames clínico e radiológico de reestadiamento demonstraram pouca resposta ao tratamento, com melhora do padrão apenas nos linfonodos mesorretais. Foi submetido, após 8 semanas do término da neoadjuvância, a amputação abdômino-perineal do reto e LPE bilateralmente. Recebeu alta hospitalar sem complicações cirúrgicas. Resultado anatomopatológico: adenocarcinoma moderadamente diferenciado medindo até 3,2 cm, infiltrando a gordura mesorretal. Linfonodos mesorretais livres de neoplasia (0/11), linfonodos das cadeias pélvicas livres (0/24), porém com metástase em cadeia ilíaca interna a esquerda em um linfonodo. DISCUS-

SÃO: Metástases em linfonodos laterais da pelve requerem um tratamento individualizado e multidisciplinar. Ainda existe uma grande controvérsia a respeito do benefício oncológico da LPE no câncer de reto. No entanto, na presença de metástases nesta cadeia linfática, estudos demonstram melhor controle local, se comparada a excisão total do mesorreto isolada, contribuindo para diminuir a recidiva local no câncer de reto inferior. Por outro lado, a LPE está associada a complicações que deterioram a qualidade de vida dos doentes, como a disfunção sexual e urinária. A indicação da LPE é hoje restrita a pacientes com linfonodos metastáticos evidentes, após o uso de terapia neoadjuvante e com boa condição clínica. Porém os riscos e benefícios devem ser ponderados em equipe multiprofissional, com o doente e seus familiares.

#### **PT112 - CASO RARO DE TUMOR SINCRÔNICO: ADENOCARCINOMA DE COLON E LEIOMIOSARCOMA DE RETROPERITÔNIO**

JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES

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

Resumo: Introdução: As Neoplasias colorretais ocupam a terceira colocação em incidência no Brasil. Normalmente afetam a população mais idosa e costumam apresentar-se como uma lesão colônica ou retal. Por outro lado, os tumores sincrônicos são aqueles que não podem ser considerados metástases, invasão ou recorrência do primário, tendo como intervalo menos que seis meses. A investigação de todo o cólon é obrigatória frente a um tumor localizado, já que a frequência de tumor sincrônico é cerca de 5,3%, sendo os locais comuns o cólon direito e o sigmóide. A incidência de um segundo câncer independente do primeiro varia entre 1% a 6,8% e 0,8% a 1,6% quando os pacientes são tratados da primeira neoplasia. Os leiomiomas são neoplasias malignas, responsáveis por 0,7% de todas as neoplasias mesenquimais e, comumente são denominadas de Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST). Apesar da grande positividade do c-KIT (CD117) no GIST, cerca de 60 a 70% mostram positividade também para o marcador CD 34, para actina em 30 a 40% dos casos e para proteína S-100 em 5%. No entanto, cerca de 4% de tumores com características clínicas e patológicas de GIST não expressam a proteína c-KIT. Objetivo: Relatar a ocorrência rara de tumor sincrônico de cólon e retroperitônio com linhagens histopatológicas diferentes. Descrição do caso: Paciente feminina, 89 anos, aposentada, natural de São Paulo. Queixa de dor abdominal intermitente, emagrecimento associado a constipação e hiporexia. Ao exame físico geral constatado estado funcional (KPS) de 80% e massa abdominal palpável em mesogástrico de cerca de 10 cm, de contornos regulares e pouco móvel. Submetida a colonoscopia que evidenciou lesão ulcero infiltrativa em ceco envolvendo 50% da circunferência do órgão. O estudo histopatológico diagnosticou adenocarcinoma. Durante o es-

tadiamento, observou-se à Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax nódulos de até 11mm em ambos os pulmões e TC de abdome e pelve, massa envolvendo mesentério e hipogástrico mista sólido-cística, lobulada com cerca de 15x13x10cm, com anatomopatológico obtido por punção guiada diagnosticando leiomiossarcoma. Os valores dos marcadores tumorais foram CEA 0,9, Ca19-9 8,1, a imunohistoquímica revelou CD34, ki67 e Actina positivos. A paciente foi encaminhada para Quimioterapia paliativa devido metástases pulmonares, sem indicação de radioterapia pelo grande volume da massa, tendo realizado duas sessões mas com evolução ao óbito por infarto agudo do miocárdio. Conclusão: A associação simultânea de adenocarcinoma e leiomiossarcoma é rara, com poucos casos relatados. O aumento do número de relatos de tumores sincrônicos de GIST e adenocarcinoma faz pensar em possibilidade de existência de agente carcinogênico comum para ambos os tipos tumorais, um campo aberto para futuras novas pesquisas.

#### **PT113 - ADENOCARCINOMA DE RETOSSIGMÓIDE COM METÁSTASE PRIMÁRIA PARA FÍSTULA PERIANAL.**

JANAINA WERCKA; ALAN DOUGLAS DE LIMA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÊ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal pode ter sua disseminação por extensão direta, transperitoneal, linfática, hematogênica e propagação. As células implantadas podem ter origem maligna local, ser liberadas por fragmentação ou manipulação cirúrgica, demonstrando, dessa forma, potencial para a implantação de metástases a distância. A ocorrência de adenocarcinoma metastático de cólon revelado por fístula anorretal é rara. Tais lesões manifestam-se frequentemente por um abscesso perianal habitual ou quadro de fístula. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 50 anos, com queixa de emagrecimento, nodulação perianal, constipação e sangramento anorretal associado à dor em flanco esquerdo. Devido piora intensa da dor, procurou o pronto atendimento. Ao exame físico apresentava-se taquicárdico, dispneico e com sinais clínicos de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica com abdômen distendido e doloroso em flanco esquerdo. O exame proctológico evidenciou tumoração com orifício fistuloso em parede póstero-lateral direita a 2 cm da borda anal. O Rx de abdômen agudo revelou níveis hidroaéreos e dilatação do colon e a Tomografia Computadorizada demonstrou estenose da luz ao nível da transição entre sigmoide e reto. Submetido a Laparotomia Exploradora de urgência com inventário da cavidade abdominal demonstrando tumoração na transição retossigmóide de 5x5cm ocupando 80% da circunferência, retração serosa e linfonodomegalias no trajeto dos vasos mesentéricos inferiores. Realizada retossigmoidectomia com amputação do coto retal a 5 cm da borda anal, confecção de colostomia terminal em flanco esquerdo e fistulotomia pe-

riana com biópsia do pertuito. O estudo anatomopatológico revelou adenocarcinoma de retossigmóide moderadamente diferenciado, acometimento linfonodos (3/17), margens cirúrgicas livres e a histologia do trajeto fistuloso mostrou infiltração em mucosa de adenocarcinoma. A imunohistoquímica constatou MLH1, MSH2, MSH6, P53 positivos. **DISCUSSÃO:** Apresentações ou evoluções atípicas da fístula anal, tais como o aparecimento de um nódulo ou abscesso perianal com bordas endurecidas, pré ou pós cirurgia, o aumento de secreção, formação de nódulos, cura lenta ou indurações devem levantar a suspeita de malignidade. Biópsia e uma investigação mais aprofundada do cólon são mandatórias. A diferenciação histológica e imuno-histoquímica devem confirmar ou não o componente neoplásico dessas fístulas. As seqüelas da implantação de células malignas são graves, prejudicando drasticamente os resultados dos paciente, reduzindo a sobrevivência e aumentando as sequelas dos tratamentos propostos como incontinência ou necessidade de ostomia definitiva. **CONCLUSÃO:** Queixas orificiais devem ser avaliadas de forma criteriosa desde o início dos sintomas e o estudo do colon a partir de doença perianal atípica é mandatório a fim de excluir quaisquer doenças malignas que podem ser a parte visível de um iceberg.

#### **PT114 - ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO SUPERIOR A 1000NG/ML EM CASO DE CÂNCER RETAL SEM METÁSTASE A DISTÂNCIA**

JANAINA WERCKA; DAVID SILVEIRA VILLAS BOAS; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÊ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** O principal tumor do trato gastrointestinal é o câncer colorretal (CCR), correspondendo a 15% da totalidade de neoplasias malignas e constituindo na segunda causa de morte por neoplasia entre os homens e a terceira entre as mulheres. O Antígeno Carcinogênico embrionário (CEA) é um tipo de marcador tumoral produzido pelas células da mucosa gastrointestinal, tradicionalmente útil no manejo clínico e seguimento oncológico. Pouco efetivo no diagnóstico do câncer colorretal, por sua baixa sensibilidade em lesões iniciais, tem utilidade no estabelecimento de índices prognósticos e destaque no seguimento dos pacientes após tratamento cirúrgico com intenção curativa promovendo por vezes detecção precoce de recidiva tumoral. **Relato de caso:** Paciente masculino de 79 anos com história sangramento retal, alteração do hábito intestinal com diarreia e perda ponderal não significativa há 1 ano. Ao exame físico proctológico apresentava lesão ulcero-vegetante e friável que ocupava cerca de 60% da circunferência do reto distal a 4 cm da borda anal. Realizou colonoscopia que não evidenciou lesão sincrônica com resultado de anatomopatológica demonstrando adenocarcinoma. No estadiamento pre-neoadjuvância apresentava CEA de 1.499ng/ml sem evidência de lesões à distância nos exames tomográficos de tórax e abdome total e também ao PET-CT. Ao término

da neoadjuvância houve diminuição do CEA para 15,5ng/ml. Submetido a amputação abdominoperineal de reto por adenocarcinoma de reto baixo com anatomopatológico revelando Adenocarcinoma moderadamente diferenciado do reto médio/baixo com margens livres e ausência de invasão angio-linfática e nenhum linfonodo comprometido por neoplasia de 12 analisados. Discussão: O CEA é o principal marcador tumoral analisado no CCR. Seus níveis séricos devem ser dosados no diagnóstico, estadiamento, avaliação de resposta ao tratamento e detecção de recidiva tumoral no período pós-operatório. A sensibilidade para diagnóstico dos marcadores atuais tem se revelado inferior a 50%, inviabilizando tais métodos para finalidades diagnósticas. Contudo, os níveis séricos pré-operatórios tem valor prognóstico. Valores acima de 10ng/ml geralmente indicam doença avançada. O estágio anatomopatológico do tumor também vem sendo relacionado com os níveis séricos do CEA, pois à medida que a neoplasia invade progressivamente a parede cólica, o acesso do antígeno à corrente sanguínea encontra-se facilitado devido a infiltração venosa e linfática. Dessa forma, quanto mais avançado o estágio da classificação TNM maiores são os valores encontrados do CEA sérico. Conclusão: O presente relato de caso traz uma situação incomum onde o CEA apresentava dosagem sérica marcadamente elevada sem evidências de doença metastática.

**PT115 - RECIDIVA TARDIA DE NEOPLASIA DE SIGMOIDE PARA PAREDE ABDOMINAL – RELATO DE CASO**

CICERO DIEGO SOARES DOS SANTOS; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; JANAINA WERCKA; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÊ; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal é uma neoplasia bastante frequente e o principal tipo histológico encontrado é o adenocarcinoma. Geralmente, acomete o segmento distal do reto, e o sigmoide. Os sintomas mais comuns são alteração do hábito intestinal e hematoquezia. A incidência de metástases em ferida operatória após laparotomia curativa para câncer colorretal é rara, e a recidiva ainda mais difícil. Inicialmente pensava-se que a incidência de recidiva nos portais da videolaparoscopia poderiam ser proibitivos. Entretanto, embora mais comum que na via laparotômica, essa ocorrência não difere de maneira significativa da observada após cirurgia convencional. Objetivo: Relatar um evento raro de recidiva tardia de adenocarcinoma em parede abdominal após retossigmoidectomia abdominal laparotômica. Relato do caso: Paciente de 52 anos, masculino, em pós-operatório tardio (2008) de retossigmoidectomia por adenocarcinoma de sigmoide estágio IIa. Cinco anos pós cirurgia passou a apresentar quadro de dor abdominal e massa palpável em cicatriz mediana abdominal e em flanco esquerdo. Ao exame físico apresentava massa abdominal irregular em região mediana e paramediana esquerda pouco móvel e de aproximadamente 10cm de diâmetro. Realizou tomografia de abdome e pelve com evidência de lesão

expansiva sólida heterogênea, com captação ao contraste, medindo 8,8 x 8,4 cm, localizada em região de parede abdominal lateral esquerda com extensão para cavidade abdominal onde não apresenta nítido plano de clivagem com alças delgadas adjacentes e colón esquerdo. O valor do CEA na ocasião era de 2944ng/ml. Colonoscopia demonstrou a 25 cm da borda anal anastomose colorretal ampla e pérvia e uma lesão polipoide pediculada de 0,5 cm de diâmetro, e uma lesão elevada de 0,7 cm próximas à anastomose de base larga e em cólon ascendente, lesão polipoide subpediculada de 0,5 cm de diâmetro, e uma lesão elevada de base larga de 1,5 cm de diâmetro, sendo todas ressecadas com alça diatérmica com anatomopatológico revelando adenomas tubulares. O PET-CT demonstrou área de concentração anômala na topografia da parede abdominal anterior a esquerda com SUV entre 7,9 e 10,6 e que invadia os planos musculares em direção ao exterior. Submetido a exérese de tumoração de parede abdominal + enterectomia segmentar com o inventário da cavidade abdominal revelando massa que envolvia aponeurose anterior do músculo reto abdominal sua aponeurose posterior com aderência firme com o omento e borda antimesentérica de intestino delgado. Estudo anatomopatológico demonstrou trata-se de adenocarcinoma em partes moles com margens livres. Encontra-se em seguimento oncológico após dois anos dessa ressecção com CEA de 2,8 e sem evidência de recidiva tumoral em exames de tomografia e colonoscopia. Conclusão: A ressecção de recidiva tumoral em parede abdominal em situações de ausência de lesões à distância deve ser encorajada. Além disso, deve-se sempre adotar precauções que possam evitar essa ocorrência.

**PT116 - PROLAPSO DE TUMOR DE SIGMÓIDE – RELATO DE CASO**

FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA; FERNANDA ELIAS F. RABELO; ANDREIA SILVA FERREIRA; LUIZ FERNANDO MARTINS E SILVA; RANIA ANDRADE LIMA  
*UFSJ, DIVINOPOLIS, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução e objetivos: A incidência de câncer colorretal (CCR) estimada para 2014 no Brasil é de 15.070 novos casos na população masculina e 17.530 na feminina. Sua incidência aumenta com o avançar da idade e é mais comum nos indivíduos acima de 50 anos. Os fatores de risco são história familiar de CCR, doenças inflamatórias intestinais, tabagismo, consumo excessivo de álcool, alto consumo de carne vermelha, obesidade, diabetes. O tumor de colón geralmente se manifesta por alterações do ritmo intestinal e hematoquezia. O prolapso de tumores de sigmóide uma situação clínica relativamente incomum na população adulta e uma complicação mais rara desses tumores. Nele há uma evisceração anal de parte do intestino grosso. Logo, o objetivo do trabalho é relatar caso de uma paciente que evoluiu com prolapso de sigmóide incluindo massa tumoral. Paciente: Mulher de 47 anos, sexo feminino, com diagnóstico de tumor colorretal. Método: Foram coletados dados secundários de prontuário médico. Resultado: Paciente procurou atendimento médico com histórico de dor abdominal há 4 meses acompanhada de hematoquezia

de longa data. À colonoscopia, foi diagnosticado adenocarcinoma colônico moderadamente diferenciado, apresentando-se como lesão vegetante à 25 cm da margem anal, com focos de necrose no cólon sigmóide e sub-occlusão intestinal de 75%. A paciente aguardava cirurgia para ressecção oncológica quando foi encaminhada ao serviço de urgências médicas com episódio de prolapso retal pós-evacuação, sem redução espontânea. Ao exame perineal foi observado prolapso de sigmóide, de consistência amolecida, acompanhado de massa endurecida de contornos irregulares, correspondente à massa tumoral previamente diagnosticada. A paciente foi encaminhada à cirurgia de urgência. Durante a cirurgia o prolapso foi reduzido, seguido de retossigmoidectomia, à Hartmann em colón descendente. O procedimento cirúrgico e o pós-operatório evoluíram sem intercorrências. Conclusão: A abordagem cirúrgica dos prolapsos de sigmóide pode ser feita por duas vias principais: transabdominal e perineal. A escolha da melhor opção deve embasar-se na correção do prolapso e restauração da função anorretal de maneira a evitar recidivas. A escolha da redução do prolapso por via transabdominal com ressecção tumoral foi necessária para se manter os padrões oncológicos. Devido a presença do prolapso de sigmóide, a cirurgia oncológica foi antecipada e o tumor ressecado adequadamente.

**PT117 - AMPUTAÇÃO DE RETO EXTRA-ELEVADORES COM PROSTATECTOMIA PARCIAL COM TEMPO PERINEAL EM PRONA: RELATO DE CASO**

MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES1; VITOR ARCE CARHCART FERREIRA1; LILLY ANA AICHINGER1; MURILO DE ALMEIDA LUZ1; IVAN NEUTZLING LUDTKE1; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO2; RODRIGO ARAUJO3; MARLEY RIBEIRO FEITOSA2

1.HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 3.INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Introdução: A amputação abdominoperineal do reto (APR) com tempo perineal em posição de litotomia apresenta índices de recidiva local elevados, imputados à perfuração intraoperatória da peça (PIO) e acometimento tumoral das margens circunferenciais (CRM). Visando otimizar o controle local tem sido proposta a amputação de reto extra-elevadores (ELAPE) com tempo perineal em prona. Descreveremos um caso clínico onde foi realizada a ELAPE concomitante a ressecção prostática, com detalhamento da técnica operatória e evolução do paciente. Relato do caso: Paciente masculino, 59 anos, quadro clínico de sangramento retal e incontinência fecal há 8 meses. Antecedentes de HAS, obesidade e câncer de reto baixo tratado com quimiorradioterapia há 2 anos com aparente resposta clínica completa porém sem seguimento clínico regular. Karnofsky Performance Status= 90% e nível do antígeno carcino-embriônico de 2,84 ng/dL. Retossigmoidoscopia revelou lesão circunferencial e intransponível ao aparelho iniciando-se junto à margem anal, cuja biópsia confirmou adenocarcinoma de reto bem diferenciado. Ressonância de pelve com lesão tumoral de 6cm invadindo a pró-

tata anteriormente porém sem invasão uretral, vesical e sacral, sem linfonodomegalia, sem lesões à distância. Após discussão clínica, foi proposto ao paciente ELAPE com prostatectomia parcial. Realizado tempo abdominal por laparoscopia sendo realizada ligadura e secção dos vasos mesentéricos inferiores e dissecação do mesorreto até a altura das vesículas seminais anteriormente e junção sacrococígea posteriormente, com secção do cólon, maturação de colostomia e confecção de cistostomia por punção. O tempo perineal foi realizado com paciente em prona com os membros inferiores em abdução, sendo confeccionada incisão elíptica desde a projeção do cóccix até períneo englobando o ânus. Após desarticulação da junção sacrococígea realizou-se transecção dos elevadores do ânus junto a sua inserção na parede pélvica nas porções posterior e lateral, seguido de eversão e retirada da peça com ressecção em bloco da zona periférica da próstata. Interposto patch de pericárdio bovino para fechamento do defeito perineal com fechamento primário do retalho cutâneo. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória e recebeu alta hospitalar no 8º PO. Exame anátomo-patológico da peça operatória revelou adenocarcinoma de reto bem diferenciado com invasão prostática ypT4b ypN0 sem invasão linfovascular e margens livres. Paciente apresentou fistula urinária autolimitada no 23º PO, tratada com sucesso com a manutenção da cistostomia. Mantem seguimento ambulatorial há 6 meses sem sinais de recidiva. Discussão: A ELAPE com tempo perineal em prona pode reduzir o risco de PIO e CRM, diminuindo a recorrência local. Entre as indicações estão tumores de reto baixo localmente avançados, e devido à sua potencial morbidade correto estadiamento pré-operatório e adequado esclarecimento ao paciente são fundamentais.

**PT118 - DOENÇA DE PAGET ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA MUCINOSO PERIANAL: RELATO DE CASO**

RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ1; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS1; RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR1; RODRIGO PADILLA1; ALISSON TEIXEIRA SILVA MARTINS1; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA1; GENI SATOMI CUNRATH2; JOAO GOMES NETINHO3

1.RESIDENTE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 2.CHEFE SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 3.CHEFE DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FACULDADE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: As lesões perineais tem representado um grande desafio, quanto a seu diagnóstico uma vez que sua incidência tem aumentado devido as doenças sexualmente transmissíveis e pela imunossupressão do vírus da imunodeficiência humana. A doença de Paget extra mamaria é condição rara, ainda mais quando envolve a região perianal, sua associação com o adenocarcinoma ocorre em apenas 20% dos casos. Relato de caso: Paciente, masculino, 65 anos com queixa de lesão



perineal, que se iniciou há mais de 2 anos, com saída constante de secreção purulenta, associado a prurido e dor local. Negava alteração do hábito intestinal ou perda ponderal. Negava comorbidades ou uso de medicações. Chegou a procurar serviço primário diversas vezes onde foi prescrita higiene local com banho de assento e permanganato de Potássio. No exame físico de entrada apresentava lesão perineal anterior extensa, com múltiplos orifícios fistuloso, com hiperemia e saída de secreção purulenta, sem comprometimento da Bolsa escrotal. Optado e indicada ressecção cirúrgica local, com resultado anátomo patológico mostrou acantose irregular, papilomatose na derme, com denso infiltrado linfo-plasmocitário perivascular, com foco de adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado permeando a derme e se continuando com a epiderme, confirmado por imunohistoquímica. Nova ressecção 20 dias após com margens radiais e profundas livres, e presença fistula perianal anterior, a qual foi corrigida por fistulotomia em 2 tempos. Realizada colonoscopia completa que mostrou somente 2 pólipos sésseis (ambos adenomas tubulares com displasia de baixo grau). Paciente em seguimento de 11 meses assintomático sem sinais de recidiva. Discussão: As neoplasias cutâneas perianais são patologias clínicas raras, podendo ser divididas em três tipos: benignas, malignas in situ e malignas invasivas. A doença de Paget extra mamária foi descrita em 1893 por Darier and Couillaud é um tipo de carcinoma da glândula apócrina que se espalha através da camada de superfície da pele. A doença de Paget pode afetar a pele em qualquer lugar do corpo, mas na maioria das vezes afeta a pele da região perianal, vulva ou mama. constituem lesões malignas in situ. Os adenocarcinomas também podem se iniciar nas glândulas apócrinas, um tipo de glândula sudorípara da pele perianal. No Caso relatado, conforme a literatura o paciente apresentava prurido e dor locais, com diagnóstico confirmado apenas após confirmação por anátomo patológico. Seu tratamento foi apenas a excisão local com margens ampliadas, com cura sem recidiva após 11 meses de seguimento. Conclusão: A Doença de Paget perianal é condição rara, resposta boa a excisão local com margens microscópicas adequadas. Sua associação com adenocarcinoma é ainda mais incomum. Existem diversas patologias que podem afetar a região perianal, portanto o diagnóstico correto leva ao tratamento adequado, sendo necessária na maioria das vezes biópsias e anatomia patológica para confirmação do caso.

#### PT119 - DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE TUMOR DE ABRIKOSOFF COLÔNICO

LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI<sup>1</sup>; CAROLINE HAYDN CREDIDIO<sup>2</sup>; CAROLINA HIRATSUKA<sup>2</sup>; MARCOS FELIPE CAMPIOLO<sup>2</sup>; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA<sup>2</sup>; KARINA DAGRE MAGRI<sup>2</sup>; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE<sup>2</sup>; CHIA BIN FANG<sup>3</sup>

1.SANTA CASA - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.SANTA CASA SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.SANTA CASA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O tumor de Abrikosoff, também conhecido como tumor de células granulares, é uma neoplasia rara, geralmente

benigna, com pico de incidência entre 4ª e 5ª década de vida. Podem acometer qualquer órgão do corpo, sendo que em 40% a 60% casos, estão localizados na cabeça e pescoço, a maioria na cavidade oral. O acometimento do trato gastrointestinal ocorre em apenas 6% dos casos. São caracterizados por nódulos geralmente únicos, menores do que 2 cm e recobertos por mucosa macroscopicamente normal. O tumor de Abrikosoff localizado no cólon é raro e diagnosticado incidentalmente após ressecção endoscópica de pólipos colônicos, na maioria dos casos. Nos poucos casos relatados na literatura, os tumores encontrados no cólon não excedem 2 cm, não invadem a muscular própria e apresentam evolução assintomática. A ressecção endoscópica associada a seguimento com colonoscopia semestral ou anual é o tratamento de escolha associado a baixas taxas de recidiva.

Objetivo: Relatar caso de tumor de Abrikosoff colônico uma vez que há poucos casos descritos na literatura.

Trata-se de paciente de 47 anos, sexo feminino, encaminhada ao ambulatório de coloproctologia da Santa Casa de São Paulo com queixa de dor abdominal e enterorragia. Paciente negava demais queixas, cirurgias prévias e presença de comorbidades. História familiar era negativa para câncer colorretal. Ao exame físico, paciente se encontrava em bom estado geral e não apresentava alterações. Optado por realização de colonoscopia que evidenciou um pólipó sésseil de 5 mm em cólon ascendente submetido a polipectomia. O estudo anatomopatológico evidenciou tumor submucoso composto por células de citoplasma granular eosinofílico, PAS positivo. Na imunohistoquímica, as células tumorais expressavam a proteína S-100 e enolase neurônio-específica. No seguimento ambulatorial, a ressecção endoscópica foi considerada modalidade de tratamento da lesão com necessidade de seguimento a longo prazo com colonoscopia.

Conclusão: O tumor de abrikosoff é uma neoplasia rara, geralmente benigna, cuja localização no cólon é pouco relatada na literatura. A ressecção endoscópica é a modalidade de tratamento mais aceita e deve ser associada a realização periódica de colonoscopia de controle.

#### PT120 - PROGNOSTIC FACTORS OF LEFT COLECTOMY SURGERY FOR COLON CANCER AT ACADEMIC MEDICAL CENTERS. A TEN YEARS' EXPERIENCE

SERGIO CARLOS NAHAS; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ; RODRIGO AMBAR PINTO; CARLOS FREDERICO SPARPAN MARQUES; FÁBIO GUILHERME CAMPOS; AFONSO HENRIQUE SILVA SOUSA JUNIOR; IVAN CECCONELLO  
*HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introduction: Colon cancer is among the most common neoplastic diseases in Western countries. In Brazil, it is the leading cause of cancer in the gastrointestinal tract. Objective: To evaluate the prognostic factors from surgery on left colon cancer patients operated in a period of ten years in academic services. Methods: We evaluated the results of

surgical treatment of patients with left colon cancer treated in our service from 2002 - 2012. Data were collected retrospectively from a prospectively collected database. We excluded patients with incomplete data, synchronous cancers and benign disease. Demographic factors (gender and age), tumor factors (site, T stage, N stage, M stage, histological type and tumor differentiation), and lymph node yield were extracted to identify those associated with lower overall survival. Mean overall survival time was estimated according to the characteristics of interest using the Kaplan-Meier function. Hazard Ratios (HR) with 95% confidence intervals were estimated by bivariate Cox regression. Results: A total of 173 patients underwent left colectomy. Male predominated with 50.9%. The mean age was 60.8 (22-87) years old. Tumors were located at sigmoid colon in 72.8%. The mean length of stay was 16.9 days. 41.6% had lymph node involvement. 64.2% was stage T3. The average number of dissected lymph nodes per patients was 23. T stage and final stage was associated with lower overall survival ( $p = 0.023$  and  $p < 0.001$  respectively). Patients with stage III or IV had 3.33 times higher risk of death independently of other characteristics of the patient. Lymph node involvement and distant metastasis were associated with lower survival time ( $p < 0.001$ ). Lymph node involvement (OR=3.8) and stage IV (OR=3.2) were independent negative prognostic factors. Conclusion: Left-sided colon cancer presented commonly at advanced stage. Advanced stage was factor associated with poor long term survival.

#### PT121 - ANASTOMOSE RETARDADA UMA OPÇÃO PARA NÃO CONFEÇÃO DE ESTOMA

LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO; MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI; MAXIMILIANO CADAMURO NETO; GUSTAVO BOTEGA SOUZA; EUVALDO JORGE SILVA FILHO  
*HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.*

Resumo: Revisão: Já é do conhecimento de todos que a Excição Total do Mesorreto (ETM) torna a cirurgia de retossigmoidectomia para câncer de reto médio e distal, uma cirurgia segura e com baixos índices de recidiva. Porém nesses pacientes pós radioterapia ou com doenças prévias ou seja, naqueles em que a anastomose não se torna uma atitude segura (anastomoses de risco) a confecção de um estoma é necessária, o que implica em um novo procedimento para reversão com todos os riscos de uma nova cirurgia além dos estigmas que esta derivação causa. Objetivo: O objetivo deste estudo é trazer de volta uma anastomose que não necessitaria de um estoma como proteção, a anastomose retardada. Metodologia: Foram avaliadas o tempo de internação, complicações, incontinência e seguimento de todos os pacientes no anos de 2014 e 2015 em que essa técnica foi utilizada. Resultados: Em um total de 5 casos realizados sendo 20% sexo feminino e 80% sexo masculino com média de idade de 64 anos (máxima de 73 anos e mínimo de 52 anos), referente ao IMC apresentou mé-

dia de 28,35 (mínimo de 24,90 e máximo de 31,80), quando avaliada a distancia do tumor da borda anal apresentou-se uma media de 4,3cm variando de 3 a 6 cm da borda anal, sendo que somente 2 pacientes receberam tratamento neoadjuvante. Todos os pacientes ficaram internados desde a cirurgia até a ressecção do coto rebaixado o que determinou um período de internação de 7 a 10 dias. Referente as complicações somente um paciente apresentou necrose acima da linha exteriorizada do coto sem possibilidade de confecção de nova anastomose e optou-se por colostomia definitiva. Re-ferente a continência anal somente um paciente queixou-se de perda fecal importante porém com tratamento fisioterápico apresentou melhora significativa. Conclusão: a anastomose retardada pode ser uma excelente opção em alguns casos selecionados sem a necessidade de confecção de estoma provisório, o que evita as complicações deste, assim como o estigma e uma nova intervenção cirúrgica para reconstrução do transito e suas possíveis complicações.

#### PT122 - CÂNCER SINCRÔNICO COLORRETAL – RELATO DE CASO

GABRIELA RIBEIRO RICCIARDI1; MANLIO BASILIO SPERANZINI1; MAURICIO ANDRADE AZEVEDO1; ROSANA PETILLO1; ERASMO ASSUMPTÃO NETO2; NATALIA BARROS PINHEIRO3; LARISSA SEREJO MARI-NHO1; ADILSON AKIHIDE AISAKA1

1.HOSPITAL MANDAQUI, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é a primeira causa de câncer do aparelho digestivo e a terceira causa de tumores malignos no Brasil segundo dados do INCA 2008, 25.000 casos/ano. Fatores genéticos, sedentarismo, hábitos alimentares, envelhecimento, doenças inflamatórias e fatores ambientais estão envolvidos no aumento da incidência da doença. Grande parte dos tumores são diagnosticados em pacientes sintomáticos, em estágio avançado devido à falha no rastreamento para diagnóstico precoce. Dentre o arsenal de exames para a elucidação diagnóstica, o mais indicado é a colonoscopia com biópsia. O tratamento e sobrevida dependem de um diagnóstico precoce, ressecção por colonoscopia/retossigmoideoscopia ou cirúrgica e da terapia adjuvante. OBJETIVO: Relatar o caso de paciente submetida a cirurgia eletiva de retossigmoidectomia por tumor de retossigmoide com achado intra-operatório de tumor sincrônico colorretal em ceco, cólon intermediário (ângulo esplênico) e retossigmoide. MÉTODOS: Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi realizada a coleta de dados do prontuário durante a internação da paciente. RESULTADOS: Paciente sexo feminino, 50 anos com queixa de enterorragia esporádica há 4 anos tratada como parasitose, evoluindo com piora do quadro há 1 ano associado a perda ponderal de 15 quilos. Colonoscopia diagnosticou lesão com aproximadamente 10 centímetros, localizada a 25 centímetros da borda anal, intransponível, irregular com estenose de 2/3 da circunferência do sigmoide com pólipos

pediculados, avermelhados e sésseis. Biópsia evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cólon sigmoide. Realizadas endoscopia digestiva alta com gastrite enantemática leve de antro e tomografia de abdome e pelve com contraste oral e endovenoso evidenciando espessamento parietal do ceco, leve densificação da gordura adjacente, linfonodomegalia local com nódulo hepático de 0,5 centímetros sem características metastáticas. Dosagem sérica de Antígeno Carcinoembrionário (CEA) de 26,2 ng/mL e CA 19-9 de 56,4 U/mL. Inventário intra-operatório evidenciou tumorações em ceco e sigmoide, lesão com sinais de necrose em serosa de cólon descendente em ângulo esplênico com coleção purulenta adjacente retroperitoneal. Realizada colectomia total e íleo-reto-anastomose. Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado do cólon em três focos sincrônicos (ceco, cólon intermediário e retossigmoide) com infiltração de parede até o tecido adiposo com margens cirúrgicas proximal e distal livres de neoplasia invasiva, mucosa adjacente com numerosos adenomas tubulares de baixo grau e presença de metástase em 2 dos 32 linfonodos retirados. Estadiamento pT3(m)pN1. Paciente apresentou boa evolução clínico cirúrgica mantendo acompanhamento ambulatorial com queixa esporádica de diarreia e rigoroso controle do estado nutricional. CONCLUSÃO: Os exames complementares são de fundamental importância para o diagnóstico, estadiamento e programação cirúrgica no câncer colorretal.

**PT123 - TUMOR CARCINÓIDE DE APÊNDICE ASSOCIADO A ADENOCARCINOMA DE SIGMÓIDE : RELATO DE CASO**

LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI1; ANDREA PECCI2; KARINA DAGRE MAGRI2; NATHALIA LINS PONTES VIEIRA2; WALTER RODRIGO MIYAMOTO2; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE2; CHIA BIN FANG2  
*1.SANTA CASA - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.SANTA CASA SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução : Os tumores neuroendócrinos do trato gastrointestinal são geralmente assintomáticos e apenas uma pequena parte dos casos se apresentam com a síndrome carcinóide clássica. São caracterizados como tumores de crescimento lento, geralmente associados a prognóstico favoráveis e Correspondem a menos que 1% dos tumores malignos gastrointestinais. Tumor neuroendócrino associado a adenocarcinoma colônico, é relatado como achado incidental em autópsias e análise histopatológica de espécimes cirúrgicos uma vez que é rara sua visualização nos exames de estadiamento. Na literatura , há uma incidência tumor carcinóide associado a adenocarcinoma colônico de 1% a 8% dos casos. Já a associação de tumor carcinóide com demais neoplasias não carcinóides podem atingir 29% dos casos. Objetivo : Relatar caso de diagnóstico de tumor neuroendócrino de apêndice incidental em espécime de ressecção cirúrgica de adenocarcinoma de sigmoide localmente avançado. Método : Revisão de prontuário. Resultados : paciente, 42 anos, sexo feminino, admitida no serviço de emergência com quadro de dor abdominal em hi-

pogástrico associada a febre, emagrecimento de 10kg e anemia. Ao exame, apresentava estabilidade hemodinâmica associada a presença de tumor palpável em fossa ilíaca esquerda e hipogástrico. Optado por realização de tomografia computadorizada com achado de tumor de sigmoide abscedado, aderido a corpo uterino, bexiga e alças de delgado com sinais de perfuração bloqueada em retroperitônio. Optado por realização de laparotomia exploradora cujo inventário da cavidade evidenciou os seguintes achados : tumor de sigmoide com perfuração bloqueada em fossa ilíaca esquerda e presença de aderências firmes em corpo uterino, região ileocecoapendicular e bexiga. Realizada retossigmoidectomia + cistectomia parcial + histerectomia total + ileocolectomia direita segmentar com anastomose colorretal + ileostomia a mickulickz de proteção. Paciente evoluiu sem intercorrências clínicas, recebendo alta no 10º dia de pós operatório. Resultado anátomo - patológico evidenciou: Conclusão: a associação entre adenocarcinoma colônico e tumor carcinóide da região ileo-ceco-apendicular é uma condição rara. Uma vez que as lesões carcinóides são lesões de localização submucosa e de crescimento lento, raramente são diagnosticadas previamente ao tratamento cirúrgico do adenocarcinoma. Relatos de casos, cada vez mais frequentes na literatura, justificam uma exploração cuidadosa de todo o trato gastrointestinal durante o tratamento cirúrgico do adenocarcinoma colorretal.

**PT124 - OBSTRUÇÃO POR CÂNCER DE CÓLON: EXISTE DIFERENÇA QUANTO AO SEXO?**

LETICIA BRIGOLINI; HUMBERTO MARTEN TEIXEIRA; LUCIANE BONELLA; EDUARDO DE SOUZA ANDRADE; PRISCILA FILOMENA RODRIGUES PALMA  
*HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIUMA, SC, BRASIL.*

Resumo: O paciente com câncer colorretal em determinadas circunstâncias recebe um tratamento não planejado, dado ao caráter de urgência e emergência por obstrução, perfuração ou peritonite. Situações estas comumente trazem inúmeras complicações. O risco de morte do paciente costuma aumentar quando a operação não é eletiva, o que depende muito da idade e do estado geral de desnutrição do paciente, pois em geral está seriamente comprometido por causa da eventual disseminação abdominal do câncer e, também, porque a solução tem um tratamento em caráter de emergência. Assim este artigo tem como objetivo avaliar se existe prevalência de gênero em cirurgias de urgência na neoplasia colorretal (CCR). O método utilizado é um estudo retrospectivo e transversal que analisou os prontuários com resultados do anatomopatológico de pacientes submetidos à ressecção colorretal em hospital de referência no período de 01/05/2012 Á 30/06/2014. Variáveis analisadas: sexo, idade e quantidade de linfonodos ressecados na cirurgia. Resultados: 137 pacientes selecionados, sendo 97 cirurgias eletivas e 33 cirurgia não eletivas, excluindo-se 7 que não foram encontrados seus devidos prontuários. Das cirurgias de urgência, 17 (51,5%) foram realizadas em homens e 16 (48,48%) em mulheres. A média de idade para as cirurgias de urgência foi de 68,30 (DP ± 14,01) anos. A quantidade de

linfonodos ressecados em cirurgias não eletivas foi de 13,24. Conclusão: Não houve diferença significativa entre os sexos e o número de linfonodos ressecados em cirurgias não eletivas de CCR manteve-se dentro do padrão oncológico preconizado pela literatura.

**PT125 - AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA QUANTIDADE DE LINFONODOS RESSECADOS ENTRE AS CIRURGIAS ELETIVAS E NÃO ELETIVAS PARA O TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA COLORRETAL**

LETICIA BRIGOLINI; EDUARDO DE SOUZA ANDRADE; HUMBERTO MARTEN TEIXEIRA; LUCIANE BONNELLA; PRISCILA FILOMENA RODRIGUES PALMA  
*HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIUMA, SC, BRASIL.*

Resumo: O câncer de colon e reto (CCR) é uma doença comum e letal, sendo, atualmente um dos tumores malignos mais frequentes em todo o mundo. O estadiamento patológico com a pesquisa do número de linfonodos dissecados é elemento imprescindível na determinação da segurança oncológica das ressecções por câncer colorretal, seja em cirurgia eletiva ou não eletiva. Objetivo: o presente estudo teve como objetivo avaliar se a quantidade de linfonodos ressecados em cirurgias eletivas e não eletivas realizadas no período de um ano em hospital de referência selecionado corresponde com o mínimo para um melhor estadiamento e prognóstico do câncer colorretal. Métodos: trata-se de um estudo retrospectivo que analisou os prontuários com resultados do anatomopatológico de pacientes submetidos à ressecção colorretal em cirurgias eletivas e não eletivas, com ressecção linfonodal para o tratamento de adenocarcinoma em hospital de referência selecionado, no período de 01/05/2012 a 01/05/2013, que aceitaram participar da pesquisa e após terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. As variáveis analisadas incluíram sexo, idade e quantidade de linfonodos ressecados na cirurgia. Foram avaliados os casos de 51 pacientes (24 cirurgias eletivas e 22 cirurgias não eletivas, 5 não foram encontrados seus devidos prontuários) submetidos a cirurgias eletivas e não eletivas com ressecção linfonodal para o tratamento de adenocarcinoma. O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do hospital. Resultados: a quantidade de linfonodos ressecados com número inferior a 10 foi encontrada somente em 2 (8,33%) pacientes que realizaram cirurgia eletiva. Em pacientes com ressecção entre 10 e 12 linfonodos, foram encontrados 2 (8,33%) que realizaram cirurgia eletiva e 4 (18,2%) que realizaram cirurgia não eletiva. Para ressecções com número maior a 12 linfonodos, o qual é preconizado pela maioria da literatura, foram encontrados 20 pacientes (83,33%) que realizaram cirurgia eletiva e 18 (81,81%) que realizaram cirurgia não eletiva. Conclusão: não houve diferença estatística entre o número de linfonodos analisados em ressecções por câncer colorretal entre cirurgias eletivas e não eletiva, permitindo afirmar que houve equivalência oncológica entre os dois grupos. O número médio de linfonodos

ressecados nos dois grupos foi superior ao preconizado pelas diretrizes, e compatível com a maioria dos achados de séries de casos da literatura.

**PT126 - CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CANAL ANAL: CASUÍSTICA DA REGIONAL DE LONDRINA-PR**

LINO LUIS SANCHES LARANGEIRA; DAMIANNE REIS BERTONSELLO  
*PUC, LONDRINA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O carcinoma epidermóide (CEC) de canal anal é uma lesão rara, corresponde de 1 a 2% de todas as neoplasias do cólon e de 2 a 4% de todos os tipos de câncer que acometem o intestino grosso (anorretais). Objetivo: Determinar levantamento epidemiológico sobre a casuística da regional Londrina com diagnóstico de CEC. Método: Estudo retrospectivo de janeiro 2000 a janeiro 2014, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, o qual foi baseado em plataforma virtual da regional de saúde onde todos os pacientes para quimioterapia e radioterapia são cadastrados. Resultado: Foi observado um total de 1046 pacientes com diagnóstico de neoplasia cólon, reto e ânus, e destes, 63 pacientes (4,48%) com neoplasia de ânus (CEC). Dos 63 pacientes, 10 eram do sexo masculino e 53 eram do sexo feminino (84,12%), sendo a média de idade de 62,5 anos. Em três pacientes foi notificado HPV / condiloma presente. Dividindo a amostra em dois períodos de sete anos, foi verificado que de 2000 a 2006 a incidência foi de 22 pacientes (34,92%), enquanto de 2006 a 01 janeiro 2014 a incidência foi de 41 pacientes (65%). A mortalidade entre os 63 pacientes foi de 15,9% (10 pacientes). A análise mostrou que 63,5% dos pacientes apresentavam estágio II e 25,4% apresentavam estágio IIIa. Um paciente não apresentava os dados em relação ao tipo de seu tratamento. Em quatro pacientes o tratamento foi apenas ressecção local, enquanto em 92% dos pacientes (n=58) foi observado radio e quimioterapia combinadas. A amostra mostrou que houve cirurgia de resgate em dez pacientes (15,9%), sendo realizado o procedimento de amputação (seis pacientes) e a colostomia (quatro pacientes). Discussão: Em levantamento prévio (até 2002), tínhamos observado 3% incidência em relação às neoplasias de cólon e reto e agora observamos 4,48%. A literatura mostra que a incidência do câncer de ânus aumentou 1,5 vezes no homem e na mulher triplicou. A base do tratamento é a quimio e radioterapia combinada, porém em quatro pacientes foi realizada apenas a ressecção local. É cada vez maior o entendimento da associação do câncer anal com o HPV, principalmente do subtipo 16, porém o presente trabalho mostra a ausência de investigação do HPV anal na prática médica. Conclusão: O CEC é mais prevalente em mulheres da sexta década e a quimioterapia e radioterapia ainda é o meio mais eficaz de tratamento. O presente trabalho evidencia um aumento na incidência do câncer anal na regional de Londrina, compatível com a literatura, havendo a necessidade de promover avaliação do HPV anal como prevenção.

**PT127 - SARCOMA SINOVIAL MONOFÁSICO DO CÓLON: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**

MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES; JULIANA LIMA TOLEDO; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; RAFAEL COSTA JOMAH; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ROGERIO SERAFIM PARRA; OMAR FERES; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA

*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal é o 3º tumor maligno mais frequente no mundo e a 4ª causa de óbito por câncer. O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum (90%). Carcinóides, tumores de células escamosas, linfomas e sarcomas compõem os 10% restantes. O objetivo do presente estudo é descrever um caso raro de sarcoma primário de cólon de aspecto polipóide. Relato do caso: paciente feminina, 84 anos, com hematoquezia intermitente há 8 meses. Antecedentes pessoais de HAS, DM, FA crônica obesidade e paralisia facial. Exame clínico com Karnofsky Performance Status (KPS)= 70%, abdome sem massas palpáveis. Colonoscopia com lesão polipóide de bordas regulares a 15 cm da margem anal com 4cm de extensão e cuja biópsia foi inconclusiva. CEA= 3,79, demais exames laboratoriais normais. Tomografias com espessamento do reto sigmoidéide de 3,5cm, não circunferencial, sem evidências de adenomegalia adjacente e sem lesões à distância. Optado por retossigmoidectomia à Hartmann devido KPS, comorbidades e idade avançada da paciente. No pós-operatório imediato apresentou descompensação cardíaca, sendo necessário intubação orotraqueal e uso de drogas vasoativas. Devido dificuldade de extubação foi realizada traqueostomia. Progredido desmame ventilatório e de DVA, recebendo alta hospitalar no 31º PO. Exame anátomo-patológico evidenciou neoplasia fusocelular maligna pouco diferenciada com extensão até muscular própria, células de núcleos ovalados, citoplasma eosinofílico mal delimitado e elevado índice mitótico. Estudo imunohistoquímico foi positivo para AE1/ AE3, CK7 (focal), TLE-1 (nuclear) EMA (fraco/focal), actinas 1A4 (focal) e vimentina. Os marcadores IHQ foram negativos para DOG-1, CD-34, CD117 (c-kit), desmina, LCA, proteína S-100, CK-20, cromogranina e sinaptofisina, sendo diagnosticado sarcoma sinovial monofásico. Discussão: Após revisão da literatura em língua inglesa, observou-se que o presente caso representa o segundo relato de sarcoma sinovial envolvendo o trato digestivo baixo. À despeito do nome, o sarcoma sinovial origina-se à partir de células de origem epitelial e se divide em subtipos: bifásico, monofásico epitelial, monofásico fibroso e pouco diferenciado. A maioria apresenta translocação p11.2;q11.2 no cromossomo 18, que parece ser específica dessa neoplasia. Os sarcomas sinoviais representam cerca de 5 a 10% dos sarcomas de partes moles, sendo que a maioria dos casos surge em grandes articulações de pacientes jovens. Caracterizados por comportamento agressivo, cerca de 50% dos sarcomas sinoviais recorrem em 2 anos.

Metástases ocorrem principalmente para pulmões e menos frequentemente para linfonodos e ossos. Por outro lado, os sarcomas sinoviais gastrointestinais podem ter um melhor prognóstico. Devido seu padrão de crescimento exofítico, geram sintomatologia precoce, o que pode contribuir para o diagnóstico e tratamento oportunos.

**PT128 - DIAGNOSTICO INCIDENTAL DE TUMOR DE ABRIKOSSOFF**

LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI; ANDREA PECCHI; KARINA DAGRE MAGRI; NATHALIA LINS PONTES VIEIRA; WALTER RODRIGO MIYAMOTO; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELARIA; CHIA BIN FANG

*SANTA CASA - SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: O tumor de Abrikossoff, também conhecido como tumor de células granulares, é uma neoplasia rara, geralmente benigna, com pico de incidência entre 4ª e 5ª década de vida. Podem acometer qualquer órgão do corpo, sendo que em 40% a 60% casos, estão localizados na cabeça e pescoço, a maioria na cavidade oral. O acometimento do trato gastrointestinal ocorre em apenas 6% dos casos. São caracterizados por nódulos geralmente únicos, menores do que 2 cm e recobertos por mucosa macroscopicamente normal. O tumor de Abrikossoff localizado no cólon é raro e diagnosticado incidentalmente após ressecção endoscópica de pólipos colônicos, na maioria dos casos. Nos poucos casos relatados na literatura, os tumores encontrados no cólon não excedem 2 cm, não invadem a muscular própria e apresentam evolução assintomática. A ressecção endoscópica associada a seguimento com colonoscopia semestral ou anual é o tratamento de escolha associado a baixas taxas de recidiva. Objetivo: Relatar caso de tumor de Abrikossoff colônico uma vez que há poucos casos descritos na literatura. Trata-se de paciente de 47 anos, sexo feminino, encaminhada ao ambulatório de coloproctologia da Santa Casa de São Paulo com queixa de dor abdominal e enterorragia. Paciente negava demais queixas, cirurgias prévias e presença de comorbidades. História familiar era negativa para câncer colorretal. Ao exame físico, paciente se encontrava em bom estado geral e não apresentava alterações. Optado por realização de colonoscopia que evidenciou um pólipóide sessil de 5 mm em cólon ascendente submetido a polipectomia. O estudo anatomopatológico evidenciou tumor submucoso composto por células de citoplasma granular eosinofílico, PAS positivo. Na imuno-histoquímica, as células tumorais expressavam a proteína S-100 e enolase neurônio-específica. No seguimento ambulatorial, a ressecção endoscópica foi considerada modalidade de tratamento da lesão com necessidade de seguimento a longo prazo com colonoscopia. Conclusão: O tumor de abrikossoff é uma neoplasia rara, geralmente benigna, cuja localização no cólon é pouco relatada na literatura. A ressecção endoscópica é a modalidade de tratamento mais aceita e deve ser associada a realização periódica de colonoscopia de controle.

**PT129 - ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA NA MUCOCELE DE APÊNDICE CECAL**

GIANCARLO CIONGOLI1; JOSÉ CIONGOLI2; CLAUDIO AUGUSTO CIONGOLI2; BEATRIZ ALVES DINAMARCO3; MARIO PEREZ GIMENEZ2; MARINA CARLA GIMENEZ4; WALTER AYRES JUNIOR2; MARCELLA CONZ RODRIGUES2

1.FACERES, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.REDE DOR SÃO LUIZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.PUC, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.UNICID, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Doença rara do apêndice vermiforme, que ocorre em 0,2% a 0,4% das apendicectomias realizadas, a mucoccele do apêndice consiste em uma dilatação cística, devida ao acúmulo de material mucinoso em sua luz. Ela pode se apresentar sob a forma benigna, como a mucoccele simples e o cistadenoma mucinoso, ou na forma maligna, como o cistadenocarcinoma mucinoso. Por ter uma sintomatologia muito variável, seu diagnóstico pré-operatório se torna difícil, sendo muitas vezes diagnosticados no ato cirúrgico. Existem dúvidas quanto à melhor conduta a ser tomada. Exames de imagem como USG, TC e colonoscopia podem apenas sugerir o diagnóstico. A realização de biópsias é controversa, devido ao risco de disseminação peritoneal de possíveis células neoplásicas, o que poderia ocasionar o Pseudomixoma peritonei que é a pior complicação da mucoccele de apêndice. O tratamento cirúrgico mais adequado à mucoccele de apêndice é a hemicolectomia direita, porém em algumas situações é realizada apenas a apendicectomia, tendo como risco os implantes peritoneais que podem comprometer as chances de cura. O objetivo deste trabalho, é ressaltar a importância da definição de uma conduta cirúrgica mais adequada a esta patologia, relatando um caso em que a conduta cirúrgica foi a apendicectomia por videolaparoscopia.

**PT130 - NEUROFIBROMATOSE ASSOCIADA A NEOPLASIA COLORRETAL:**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; CIRO CARNEIRO MEDEIROS

HUSE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: a neurofibromatose (NF) é uma patologia autossômica dominante causada pela mutação do gene NF1, com penetrância completa, acometendo igualmente ambos sexos. A alteração do gene acarreta na incapacidade de síntese de neurofibromina, moduladora da atividade de crescimento e diferenciação de células na vida intrauterina. Essa mutação predispõe os pacientes portadores dessa patologia ao desenvolvimento de neoplasias benignas ou malignas. A NF foi primeiramente descrita por Von Recklinghausen em 1882, apresentando a incidência de 1/3000 nascidos vivos. A literatura mostra que NF1 re-

duz a expectativa de vida em 10 anos, sendo as neoplasias malignas as causas mais comuns de morte, com cerca de 3 a 15%, sendo o trato gastrointestinal um dos mais prevalentes. Objetivo: relatar um caso de paciente portador de Neurofibromatose e neoplasia colorretal. Relato de caso: homem, 70 anos, de ascendência nipônica, com queixa de hematoquezia há 8 meses, e alteração do hábito intestinal. Negava perda ponderal ou demais queixas. Antecedente pessoal: hipertensão arterial, gastrectomia subtotal B2 por doença ulcerosa péptica há 30 anos (endoscopia de controle dentro da normalidade) e etilista, negava tabagismo. O exame físico evidenciava múltiplos neurofibromas cutâneos, principalmente em dorso. Exame proctológico dentro da normalidade. O exame endoscópico evidenciou lesão ulcerada infiltrativa em sigmoide com resultado anátomo patológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de sigmoide. O paciente foi estadiado e submetido a retossigmoidectomia anterior por via convencional e biópsia de algumas lesões cutâneas. Como resultado anatomopatológico veio T3N0M0 (30 linfonodos isolados) e neurofibroma cutâneo. Não foi proposta terapia adjuvante pelo departamento da Oncologia. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 18 meses. Discussão: identifica-se a correlação da neurofibromatose com neoplasia do trato gastrointestinal. No presente caso, relatamos um caso de paciente idoso portador de NF1 confirmado por exame patológico e submetido a ressecção cirúrgica de adenocarcinoma de cólon sigmoide. Isso demonstra a necessidade de investigação nos pacientes portadores de NF1 devido ao risco adicional de desenvolvimento de neoplasias, principalmente com sintomatologia, e, reforça a literatura que aponta a coexistência de múltiplas manifestações clínicas da NF1 e aparição de adenocarcinomas em fases tardias.

**PT131 - LINFOMA DE RETO: DIAGNOSTICO E TRATAMENTO, RELATO DE CASOS**

FELIPE LEITE DE FIGUEIREDO; ANTONIO CARLOS ECKHARDT JUNIOR; BRUNO GOMES DUARTE; ALOYSIO JOSE ALMENDRA JUNIOR; GUSTAVO MELO DA SILVA; MILENA PORTAVALES; PAULA TAMANQUEIRA SALLES; CINTHIA SOARES SOUZA

HOSPITAL CENTRAL DA AERONAUTICA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Resumo: Linfomas colorretais: relatos de caso. RESUMO - Os linfomas colorretais primários são entidades muito raras, representando menos de 1% de todas as doenças malignas do cólon. São mais frequentes no ceco, seguidas por reto e cólon ascendente. Apresentam manifestações clínicas bastante inespecíficas, tornando seu diagnóstico precoce um desafio, interferindo diretamente no prognóstico da doença. Apresentamos, a seguir, dois casos de linfomas colorretais atendidos no ambulatório de Proctologia do Hospital Central da Aeronáutica. O objetivo do trabalho é apresentar os casos e realizar uma revisão dos critérios diagnósticos e protocolos de tratamento mais atuais para a doença.

**PT132 - SCHWANNOMA DE CÓLON NO SEGUIMENTO DO TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DO RETO: RELATO DE CASO**

RAFAELA DE ARAUJO MOLTEI; ANNA LUIZA DRIESSEN; MARLUS TAVARES GERBER; KASSIA MAHFOUZ; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; PATRICIA ZADOROSNEI REBUTINI; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; MARIA CRISTINA SARTOR

*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Schwannoma é um tumor raro originado das células de schwann dos nervos periféricos, com baixo potencial de malignidade. Schwannomas gastrointestinais são incomuns, correspondendo a 2% a 6% de todos os tumores submucosos do trato gastrointestinal, sendo que a maioria deles localiza-se no estômago. Dependendo da localização e do tamanho podem produzir sintomas como constipação, sangramento e dor abdominal. Não há predomínio por gênero e acometem geralmente adultos com idade média de 65 anos. Objetivo: relatar o caso de uma paciente com schwannoma do cólon de aparecimento durante seguimento do tratamento de adenocarcinoma do reto. Relato do caso: Paciente AFS, feminina, 75 anos, assintomática e em seguimento ambulatorial após retossigmoidectomia por adenocarcinoma do reto alto em 2008. Nas exames de tomografia computadorizada (TC) realizados sequencialmente com intervalo de cerca de um ano, durante quatro anos, observa-se massa ovalada, em contato com a parede posterior do cólon esquerdo, na topografia do espaço infrarenal, medindo 4,6 x 3,4 cm com realce pelo contraste heterogêneo, com áreas que podem corresponder a necrose/degeneração cística. No acompanhamento tomográfico, não foi observado aumento significativo das dimensões da massa, apenas evolução com as áreas heterogêneas intra-tumor. A colonoscopia de 2014 foi normal e pela natureza indeterminada da lesão, optou-se pela sua ressecção. No intra-operatório foi identificada uma lesão bem delimitada e fibroelástica na porção lateral do cólon, de 4,0x 4,0 x 5,0 cm. Foi realizada enucleação completa do tumor e coloproctografia. A análise anatopatológica revelou quadro histológico e perfil imuno-histoquímico compatíveis com neoplasia fusocelular de baixa agressividade biológica da bainha de nervo periférico, padrão schwannoma. A paciente apresentou boa evolução no pós operatório com 3 meses de seguimento. Conclusão: Schwannomas gastrointestinais, na TC, são habitualmente massas murais com densidade homogênea e contornos bem definidos. Esporadicamente, pode ter focos de hemorragia, necrose e degeneração cística, tornando mais difícil a distinção com tumores estromais gastrointestinais (GIST), o principal diagnóstico diferencial. O tratamento preconizado dos Schwannomas é a ressecção cirúrgica, uma vez que um diagnóstico preciso e avaliação de malignidade devem ser feitos por meio de análise anatopatológica. Eles apresentam bom prognóstico e a ocorrência de recidiva ou de metástase é rara.

**PT133 - ANÁLISE DO POLIMORFISMO DO GENE TP53 E A SUSCETIBILIDADE AO CÂNCER COLORRETAL**

LINO LUIS SANCHES LARANGEIRA1; IRINA SELLA PULS1; THAIS NATALIA ALMEIDA1; KAREN PARRON FERNANDES1; REGINA POLI FREDERICO2; NAJA NABUT -1; ANSELMO NUNES DUARTE3; JORGE MALI JUNIOR3

*1.PUC, LONDRINA, PR, BRASIL; 2.UNOPAR, LONDRINA, PR, BRASIL; 3.ICL, LONDRINA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O câncer colorretal (CCR) é o terceiro mais prevalente tipo de câncer nos homens e o quarto mais prevalente nas mulheres, representando grave problema de saúde pública. As diferenças na sua incidência em distintas regiões geográficas são marcantes e estão associadas à dieta e fatores ambientais. Além do envolvimento dos marcadores inflamatórios na progressão do CCR, há também evidências da participação de características genéticas na sua etiologia e progressão, como alterações no gene TP53, conhecido como supressor tumoral. Apesar de mutações neste gene estejam relacionadas a diferentes tumores humanos, estudos recentes têm demonstrado que o polimorfismo no gene TP53 pode estar associado à suscetibilidade a alguns tipos de câncer. Em relação ao CCR, os resultados são inconclusivos e há carência de estudos caso-controle analisando este tema na população brasileira. Objetivo: Determinar as frequências genotípicas do polimorfismo do gene TP53 em pacientes com CCR e analisar o potencial destas variantes como marcadores moleculares de progressão tumoral. Método: Neste estudo piloto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo: 888.397), foram selecionados 22 pacientes com CCR. Foi realizada análise genético-molecular do gene TP53 em sangue periférico, de tecido tumoral e de tecido normal adjacente para identificação do polimorfismo no códon 72 do gene TP53 por geneticista com técnica padrão da literatura. Além disso, foram levantados dados clínicos e anátomo-patológicos dos pacientes. Resultados: A amostra foi composta por 13 homens (59,1%) e 09 mulheres (40,9%) com idade média de  $56 \pm 12,5$  anos. Observou-se 5 óbitos na população de estudo, sendo maior a prevalência no gênero feminino (Teste Exato de Fisher=4,17 e  $p=0,04$ ), sem associação deste desfecho com faixa etária (Teste Exato de Fisher,  $p>0,05$ ). A localização do tumor não esteve associada com o gênero ou faixa etária (Teste Exato de Fisher,  $p>0,05$ ). Foi observada alta prevalência (59,1%) dos genótipos polimórficos (GC e CC) na amostra do estudo. Entretanto, não se observou associação do genótipo com a localização ou ocorrência de óbito nos pacientes com CCR (Teste Fisher-Freeman-Halton,  $p>0,05$ ). Conclusão: A partir destes resultados, pode-se sugerir possível associação entre a presença do polimorfismo no gene TP53 e a suscetibilidade ao câncer colorretal. Entretanto, estudos subsequentes, assim como a comparação destes resultados com pacientes controles são essenciais para fundamentar esta hipótese.

**PT134 - CIRURGIA CITORREDUTORA ASSOCIADA A QUIMIOTERAPIA HIPERTERMICA INTRAPERITONEAL NO TRATAMENTO DA CARCINOMATOSE PERITONEAL ORIGINÁRIA DE TUMOR DE RETO**

ALICE VARGAS DE AQUINO OLIVEIRA; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA; FABIO LOPES DE QUEIROZ; MARIANA CAMPOS PALMA; NATALIA REGINA MISSON; AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR; ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES; THALLES VALENTE LISBOA  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: A carcinomatose peritoneal é uma condição grave com prognóstico ruim. No câncer colorretal ocorre em até 30% dos pacientes, sendo que em torno de 10%, é a única manifestação de doença avançada. O tratamento oncológico clínico desses pacientes, no passado, proporcionava um resultado decepcionante, com uma sobrevida média de apenas 7 meses. Com o desenvolvimento de novos quimioterápicos houve melhora expressiva dos resultados, mas ainda com uma sobrevida média de 18 meses, bem inferior à sobrevida média de até 30 meses em pacientes com metástases hepáticas não ressecáveis, tratados clinicamente. Além disso pacientes com tumor colorretal com metástases hepáticas tratados cirurgicamente podem ser curados em até 40% das vezes. Esses dados refletem a pouca eficácia do tratamento sistêmico para a doença metastática peritoneal, despertando o interesse para a busca de outras possibilidades de tratamento. Por outro lado os bons resultados obtidos com a realização da cirurgia citorredutora associada com a quimioterapia hipertermica intraperitoneal, no tratamento da carcinomatose peritoneal originária dos tumores mucinosos de apêndice abriram a possibilidade para a realização desse tratamento em pacientes portadores de carcinomatose peritoneal proveniente de tumores de colon. Elias e cols obteve sobrevida média de 45% em cinco anos, em pacientes portadores de câncer colorretal tratados por essa técnica. Apesar desses benefícios, a cirurgia citorredutora com quimioterapia hipertermica intraperitoneal tem uma alta morbidade, mortalidade considerável e necessita de uma equipe multidisciplinar preparada e equipada para a realização do procedimento. Em cirurgias programadas, a estrutura necessária, bem como o preparo do paciente e familiares pode ser feito de uma forma adequada, mas o achado inesperado de carcinomatose durante a cirurgia para ressecção de um tumor de cólon, traz para o cirurgião a difícil decisão entre prosseguir o procedimento ou adiá-lo para a realização da CEA + HIPEC. O objetivo desse estudo é apresentar o caso de paciente portador de CACR semiobstrutivo com achado inesperado de carcinomatose peritoneal e discutir as implicações dos possíveis tratamentos.

**PT135 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE RETO COM ROBÔ: EXPERIÊNCIA INICIAL**

GUILHERME CUTAIT COTTI; CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS; CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO; ULYSSES RIBEIRO JUNIOR; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A utilização de vias de acesso minimamente invasivas se tornou uma realidade no tratamento do câncer do reto em centros especializados, com resultados oncológicos equivalentes aos obtidos por via laparotômica, mas com as vantagens conhecidas dos acessos minimamente invasivos. Ainda assim, a morbidade associada ao tratamento cirúrgico do câncer de reto, como disfunções da esfera urinária e sexual, permanece não desprezível. Mais recentemente, alguns centros reportaram excelentes resultados oncológicos e funcionais com o emprego da cirurgia robótica, em especial para dissecação do reto. Objetivo: Descrever a experiência inicial do emprego de um programa de cirurgia robótica no tratamento do câncer de reto no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Resultados: 6 pacientes portadores de adenocarcinoma de reto foram submetidos à retossigmoidectomia com assistência robótica entre julho e março de 2015 por cirurgias já com treinamento de longa data em cirurgia laparoscópica. A idade média dos pacientes foi de anos 47,8 anos (43-53), 5 pacientes eram do sexo feminino. Os três casos iniciais foram realizados para tratamento de tumores de reto alto e foram realizados por via totalmente robótica com anastomose primária e sem derivação intestinal. Os outros 3 casos foram tumores de reto extra-peritoneais, submetidos à excisão total do mesorreto com anastomose primária por duplo grampeamento e ileostomia de proteção. Foi necessária conversão com incisão auxiliar supra-púbica em 1 destes casos para realizar a secção do reto distal, num paciente do sexo masculino com pelve muito estreita. Em 2 casos de excisão total do mesorreto, o cólon proximal foi mobilizado por laparoscopia e o robô utilizado para o tempo pélvico da cirurgia. Dois pacientes apresentaram íleo prolongado pós-operatório. O tempo médio de internação foi de 6,8 dias (4 a 13). O exame anatomopatológico demonstrou margens livres em todos os casos, com número médio de linfonodos dissecados de 34,5 (23-47). Não houve disfunção urinária ou sexual. Conclusões: Nesta pequena experiência inicial com emprego de assistência robótica, os autores obtiveram resultados cirúrgicos satisfatórios, incluindo a avaliação anatomopatológica dos espécimes. Tendo em vista o papel incerto ainda da assistência robótica, foi iniciada na instituição um estudo randomizado para pacientes com tumores de reto localmente avançados pós quimiorradioterapia neoadjuvantes comparando a via de acesso laparotômica, laparoscópica e robótica.

**PT136 - PRÓTESES ENDOSCÓPICAS (STENTS) NA OBSTRUÇÃO COLORRETAL MALIGNA - APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

ALICE VARGAS DE AQUINO OLIVEIRA<sup>1</sup>; FABIO LOPES DE QUEIROZ<sup>1</sup>; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA<sup>1</sup>; PAULO ROCHA FRANÇA NETO<sup>1</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>2</sup>; MARIANA CAMPOS PALMA<sup>1</sup>; AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR<sup>1</sup>; THALLES VALENTE LISBOA<sup>1</sup>  
*1.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À CIRURGIA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*



Resumo: A aplicação de próteses intraluminais (stents) no cólon e reto está indicada em casos de suboclusão ou obstrução completa por câncer colorretal (CCR), sendo considerado um procedimento capaz de evitar a cirurgia de urgência, com suas altas taxas de morbi-mortalidade e de confecção de ostomias. Com o objetivo de discutir este recurso terapêutico, é descrito o uso de próteses como “ponte” para o tratamento cirúrgico eletivo em dois pacientes com obstrução colorretal maligna: Caso 1 - CCM, sexo masculino, 59 anos, com história de alteração de hábito intestinal há um mês, admitido como quadro de suboclusão intestinal. TC abdome: estreitamento circunferencial estenosante do reto, linfadenomegalias perirretais e ilíacas. Retossigmoidoscopia: lesão úlcero-infiltrativa estenosante do reto alto. Anatomo-patológico: adenocarcinoma moderadamente indiferenciado de reto. Videolaparoscopia: tumor aderido à parede anterior do abdome e carcinomatose peritoneal, sem lesões hepáticas. Submetido a implante de prótese retal endoscopicamente, o que permitiu a programação do tratamento cirúrgico definitivo, realizado após 21 dias (abaixamento de cólon com excisão total do mesorreto, citorredução e quimioterapia intraperitoneal), sem intercorrências. Recebeu alta no 12º DPO. Caso 2 – SMMP, sexo feminino, 67 anos, com história de dor abdominal e alteração do hábito intestinal há 10 dias, admitida com quadro de obstrução intestinal. TC abdome: estenose em cólon descendente. Colonoscopia: lesão vegetante em descendente. Submetida a implante de prótese colônica endoscopicamente, o que permitiu a programação do tratamento cirúrgico definitivo, realizado após seis dias (colectomia esquerda videolaparoscópica), sem intercorrências. Recebeu alta no 4º DPO. As estenoses malignas, que ocorrem como manifestação inicial em 7 a 29% dos pacientes com CCR, são a principal indicação de tratamento cirúrgico de urgência nestes, com taxas de morbidade e mortalidade de 39% e 12% respectivamente, comparadas com 23% e 3,5% observadas em cirurgias eletivas. Além disso, em até 40% desses pacientes há necessidade de confecção de uma ostomia definitiva. Dentro deste contexto, as próteses endoscópicas têm sido indicadas, tanto na palição primária, em pacientes que não são candidatos ao tratamento cirúrgico curativo, quanto no tratamento da obstrução aguda, como uma “ponte” para o tratamento cirúrgico eletivo, com as vantagens de permitir estabilização clínica do doente, além de oferecer maiores chances de uma cirurgia em estágio único, com anastomose primária e abordagem videolaparoscópica. O uso de próteses alcança melhores resultados em curto prazo ao aliviar sintomas obstrutivos em comparação com a cirurgia de urgência. Entretanto, resultados negativos também têm sido descritos, tais como a liberação inadequada da prótese e sua migração, perfuração imediata ou tardia do cólon, sangramento e reobstrução por impactação fecal ou por crescimento tumoral.

**PT137 - TUMOR ESTROMAL DE RETO: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; RONALDO NONOSE;

ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DANIEL DE CASTILHO HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.

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 inconclusivas 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.

**PT138 - MELANOMA ANORECTAL: REPORTE DE CASO.**

JOSE VICTOR RODRIGUEZ MENDOZA1; GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ2; MAURICIO ERNESTO SANTAMARIA3

1.HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL, SAN SALVADOR, EL SALVADOR; 2.INSTITUTO SALVADOREÑO SEGURO SOCIAL, SAN SALVADOR, EL SALVADOR; 3.HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, LA LIBERTAD, EL SALVADOR.

Resumo: Resumen. Los carcinomas del Canal Anal (CA), son entidades poco comunes. El Melanoma Anorectal (MAR) es una variedad de los tumores encontrados en el CA, siendo el

0.2% de todos los Melanomas y 0.5% de todos los tumores de Recto y Ano. Surge de los Melanocitos presentes en el epitelio de la mucosa del CA bajo. El sangrado rectal, masa en el CA, dolor anal son los 3 principales síntomas y signos encontrados. El examen físico puede variar desde masas similares a hemorroides, hasta úlceras profundas. La identificación de Melanina en las células tumorales, permite el diagnóstico de Melanoma. El MAR frecuentemente metastatiza a los ganglios regionales mesentéricos. Linfonodos perianales, perirectales y mesentéricos son los sitios más comunes de metástasis. La diseminación sistémica es amplia y temprana siendo afectados hígado, pulmón y huesos. El tratamiento, no está claro, debido al pobre pronóstico, en cuanto Resección Abdominoperineal (RAP) y Resección Local (RL), no encontrando diferencia significativa en la supervivencia de los pacientes sometidos a RAP versus RL. Aduvancia no ha demostrado beneficios en cuanto a supervivencia. La supervivencia a los 5 años varía entre 0-22% para ambos procedimientos. La RL es un abordaje razonable desde que se realice con margen amplio y espesor total, sin causar incontinencia fecal. Presentación de caso. Mujer de 43 años, con 5 meses de masa anal dolorosa, que reduce de manera digital al defecar; más disminución del calibre de las heces, hasta presentar dificultad defecar y expulsión de flatos. Tuvo pérdida de peso de 5 kgs. físico se encontró masa en el margen anal, ulcerada de 6x6 cms. El examen digital es limitado por dolor, al igual que la sigmoidoscopia rígida. Se realizó TC abdomen pelvis, que reportó infiltración de las paredes del Recto Inferior, sin afección ganglionar o metástasis a distancia. Bajo anestesia general, se encuentra masa exofítica pediculada anal de 6x6 cms., no palpando ganglios regionales en el recto, adherida en el CA y se procede a realizar RL de lesión, respetando esfínteres. Se envía biopsia, que reportó MAR. En postoperatorio, evolución satisfactoria, seguimiento a un año, sin verificar recidivas, luego se pierde contacto con paciente. Discusión. Una vez realizado el diagnóstico, es importante nuestra conducta. En este caso, con la sospecha de Cáncer Anal en la primera, se opta por RL, realizando dicha resección de manera amplia y respetando el complejo esfinteriano, al obtener el diagnóstico de MAR por patología, se decidió manejo expectante, fundamentado ante la postura que la RAP, no posee francos beneficios sobre la RL, en cuanto a mejorar la supervivencia. Concluimos que la RL es una opción quirúrgica en los casos de MAR, si no hay evidencia de afección ganglionar o de metástasis a distancia, que pueden presentar buena evolución en el primer año.

**PT139 - ADENOCARCINOMA DE CÓLON TRANSVERSO COM TUMOR ESTROMAL EM DELGADO EM PACIENTE COM 40 ANOS: RELATO DE CASO**  
DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; DANIEL DE CASTILHO HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: O carcinoma colorretal é a terceira neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres no mundo. No Brasil, esse é terceiro tipo mais comum de câncer, sendo previstos cerca de 30 mil novos casos para o ano de 2013. 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 hematocúria, 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 transverso com resultado AP de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cólon. Foi submetida da colectomia total com ileorretostomia 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.

**PT140 - METÁSTASE OVARIANA DE LESÃO PRIMÁRIA DE CÓLON (TUMOR DE KRUKENBERG) - RELATO DE CASO**

TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; SHEILA MARIA VAZ MORENO; FLAVIA FELIX AZEVEDO; PAULO EDUARDO LUCISANO BIN; VITOR FEITEN BECK  
FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI, SP, BRASIL.

**Resumo:** INTRODUÇÃO: O tumor de Krukenberg é a metástase ovariana de um tumor primário geralmente do trato gastrointestinal e representa de 5 a 20% dos tumores metastáticos do ovário. Os tumores de Krukenberg foram descritos por Friedrich Ernst Krukenberg em 1896. Na época foram classificados como

um novo tipo de tumor primario de ovário. Seis anos depois, demonstrou-se que estes eram de origem metastatica de um tumor gastro-intestinal. Paget em 1854 descreveu o processo. Na literatura, cerca de 76% tem origem gástrica, 11% colorretal, 4% mama, 3% vias biliares e 3% apêndice cecal, entretanto, tem-se descrito cada vez mais uma maior incidência dos Tumores de Krukenberg com origem nos tumores colorretais. O mecanismo de acometimento ovariano mais aceito é a disseminação linfática e hematogênica. Microscopicamente, os Tumores de Krukenberg são caracterizados por secretar mucina e a presença de células de anel de sinete no tecido. A imuno- histoquímica, pode ajudar na diferenciação e identificação do tumor primário. Por exemplo, os tumores reativos para CEA e CK20 e negativos para CK7, geralmente são de origem colorretal. OBJETIVO: Relatar um caso de doença neoplásica avançada de cólon com implantes em peritônio e anexos, caracterizando Tumor de Krukenberg de origem colônica. MÉTODO: Relato de caso e revisão da literatura. Reporta-se um caso de paciente de 45 anos, feminino, assintomática, com um episódio de sangramento nas fezes, sem antecedentes familiares ou pessoais de neoplasias, exame físico e proctológico normais. Durante investigação com colonoscopia, identificado lesão estenosante em sigmoide. Em anatomopatológico, adenocarcinoma, submetida a estadiamento com presença de lesão local apresentando-se em estadio II, segundo exames radiológicos. Submetida a tratamento cirúrgico da lesão, e durante intra-operatório, evidenciado moderada quantidade de ascite, massas ovarianas bilaterais, e sinais de carcinomatose. Constatando-se uma divergência clinico- radiológica. Optado pela colectomia total com ileostomia terminal, omentectomia, histerectomia total com salpingectomia, ooforectomia bilateral, e linfadenectomia. RESULTADOS: Os Tumores de Krukenberg são mais frequentemente relatados nas paciente portadoras de neoplasia gástrica, porém observa-se um aumento dessa patologia em pacientes com câncer colorretal. O prognóstico é desfavorável e cerca de 90% tem sobrevida menor de 1 ano. Nos cólons o sitio mais comum é o sigmóide, e a maioria das pacientes com diagnóstico de metástase ovariana, apresenta-se em t3 ou t4 no estadiamento TNM. CONCLUSÃO: Sabe-se que devido a raridade dos casos, o que encontra-se na literatura, são estudos retrospectivos e específicos de cada serviço, com numero reduzido de pacientes, o que limita a padronização de um tratamento específico para a patologia em questão, assim como quantificar a sobrevida e o prognóstico.

#### PT141 - AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO E DA QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM ESTOMA INTESTINAL

GERALDO MAGELA SALOME1; SERGIO AGUINALDO DE ALMEIDA2; MAIUME ROANA FERREIRA DE CARVALHO2; BRUNO MENDES MENDES2; DIEQUISON RITE DA CUNHA2; MARCELO RENATO MASSAHUD JUNIOR2  
*1.HOSPITAL SAPOIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, MINAS, SP, BRASIL.*  
Resumo: Introdução: O paciente, ao ser submetido ao estoma intestinal, começa a perder o controle da eliminação de fezes

e gases, como consequência da abertura de um estoma intestinal, o que constitui forte fator de impacto emocional para as pessoas estomizados, pois o estoma lhes altera o esquema corporal, a autoimagem e a autoestima, além de determinar outros distúrbios associados a esses. Tais alterações acarretam vários transtornos em suas vidas, com os quais passam a conviver e que, sabidamente, prejudicam a sua qualidade de vida e o bem-estar subjetivo. Objetivo: Avaliar o bem-estar subjetivo e qualidade de vida nos pacientes com estoma intestinal. Método: Estudo clínico, primário, descritivo, analítico, prospectivo. Este estudo foi realizado no Polo dos estomizados de Pouso Alegre. Os dados foram coletados no período compreendido entre dezembro de 2012 e maio de 2013, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí sob parecer nº 23.277. A amostra foi selecionada de forma não probabilística, por conveniência. Os critérios de inclusão no estudo foram: idade igual ou superior a 18 anos e ser portador de estoma intestinal. Os critérios de exclusão foram: pacientes com síndromes de demências e outras condições que os impedissem de compreender e responder aos questionários. Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados da pesquisa. Primeiramente, foi aplicado um questionário sobre os dados demográficos e sobre o estoma; como segundo instrumento, foi utilizada a Escala de Bem-estar subjetivo e o terceiro foi a Escala de Qualidade de Vida Flanagan. Foram utilizados para a análise estatística os seguintes testes: o teste Qui-quadrado, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. Para todos os testes estatísticos, foram considerados os níveis de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: A maioria dos participantes estavam na faixa etária acima de 60 anos, eram do gênero masculino, aposentados, recebiam um a três salários mínimos e participavam de grupo de apoio. Vinte e um (30%) dos participantes da pesquisa eram analfabetos e 19 (25,10%) sabiam ler e escrever. A maioria das causas que levaram os pacientes a adquirir ostoma foi neoplasia; o tipo de ostomia era colostomia e definitivo. A maioria dos indivíduos não foi comunicada de que seria submetida ao estoma. Além disso, os indivíduos não foram submetidos à demarcação do estoma e não foi realizada irrigação. Com relação ao tipo de complicação, 34 (48,60%) apresentaram dermatite; 14 (20%), retração e 13 (18,60%), prolapso. Com relação ao diâmetro do estoma, 34 (48,60%) mensuravam 20 a 40 mm e 23 (32,90%), 40 a 60mm. Com relação à Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, alcançou-se entre 16 a 22 pontos, revelando que esses pacientes apresentavam alteração na qualidade de vida. Com relação à escala de Bem-estar subjetivo nos quatro domínios: afeto positivo - 43 (61,40%) indivíduos; afeto negativo - 31 (44,30%) indivíduos e satisfação com a vida 54 (77,10%), todos os indivíduos obtiveram pontuação 3, caracterizando alteração negativa nesses domínios. A média da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan foi 26,16, e as médias dos domínios da Escala de Bem-estar subjetivo foram: Afeto positivo: 2,51; Afeto negativo: 2,23 e satisfação com a vida: 2,77, configurando que esses indivíduos com estoma intestinal que participaram do estudo apresentaram sentimen-

tos negativos relacionados à própria autoestima e à queda na qualidade de vida. Conclusão: Os pacientes com estoma intestinal que participaram deste estudo apresentaram alteração na qualidade de vida e no bem-estar subjetivo.

**PT142 - IMAGEM CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM ESTOMA INTESTINAL**

GERALDO MAGELA SALOME<sup>1</sup>; SERGIO AGUINALDO DE ALMEIDA<sup>2</sup>; MAIUME ROANA FERREIRA DE CARVALHO<sup>1</sup>; BRUNO MENDES MENDES<sup>1</sup>; DIEQUISON RITE DA CUNHA<sup>1</sup>; MARCELO RENATO MASSAHUD JUNIOR<sup>1</sup>  
*1. UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. HOSPITAL SAPOIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Investigar a qualidade de vida e imagem corporal, nos pacientes com estoma intestinal. Métodos: Estudo clínico, primário, descritivo, analítico, prospectivo. Este estudo foi realizado no Polo dos estomizados de Pouso Alegre. Os dados foram coletados no período compreendido entre dezembro de 2012 e maio de 2013, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí sob parecer nº 23.277. A amostra foi selecionada de forma não probabilística, por conveniência. Os critérios de inclusão no estudo foram: idade igual ou superior a 18 anos e ser portador de estoma intestinal. Os critérios de exclusão foram: pacientes com síndromes de demências e outras condições que os impedissem de compreender e responder aos questionários. Foram utilizados os instrumentos: questionário sobre os dados demográficos e sobre o estoma; escala Body Investment Scale e a Escala de Qualidade de Vida Flanagan. Foram utilizados para a análise estatística os seguintes testes: o teste utilizado foram: teste Qui-quadrado, testes de Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. Para todos os testes estatísticos, foram considerados os níveis de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados: Maioria dos participantes estavam na faixa etária acima de 60 anos, eram do gênero masculino, aposentados, recebiam 1 a 3 salários mínimos e participavam de grupo de apoio. Vinte e um (30%) dos participantes da pesquisa eram analfabetos e 19 (25,10%) sabiam ler e escrever. Como relação aos dados do estoma, maioria das causas que levaram os pacientes a adquirir ostomia foi neoplasia; o tipo de ostomia era colostomia e definitivo. A maioria dos indivíduos não foi comunicada de que seria submetida ao estoma. Além disso, os indivíduos não foram submetidos à demarcação do estoma e não foi realizada irrigação. Com relação ao tipo de complicação, 34 (48,60%) apresentaram dermatite; 14 (20%), retração e 13 (18,60%), prolapso. Com relação ao diâmetro do estoma, 34 (48,60%) mensuravam 20 a 40 mm e 23 (32,90%), 40 a 60mm. Relacionados aos resultados da Escala Body Investment Scale, a média do escore total foi 38,79, o escore total dos domínio foram: imagem corporal foi menor que 15 pontos; o domínio toque pessoal obteve entre 1 a 20 pontos e o domínio cuidado pessoal foi acima de 17 pontos. Esses dados caracterizam que os pacientes tinham sentimentos negativos em relação ao próprio corpo e ao toque pessoal. O escore total da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF) alcançou entre 16 a

27 pontos, sendo a média foi 26,16, revelando que estes pacientes apresentavam alteração na qualidade de vida. Conclusão: Os pacientes que participaram deste estudo apresentaram alteração na imagem corporal e na qualidade de vida.

**PT143 - I – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “A FUNDAÇÃO DA SBP”**

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, *BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: 1914 – 1924: Raul Pitanga Santos personifica a Proctologia que ainda não existia no Brasil: Raul Pitanga Santos (Recife, PE, 1892 – Rio de Janeiro, RJ, 1980) formou-se em Medicina em 1913, dedicando-se à Proctologia desde 1914. Foi o primeiro proctologista brasileiro e precursor da Proctologia na América Latina. Em 1914, já Assistente da 1ª Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, iniciou a Proctologia: ensinou e criou técnicas cirúrgicas e instrumentos de Proctologia que lhe levam o nome e até hoje são usados por tantos especialistas. 1925-1934: os primeiros passos dos seguidores de Pitanga Santos: 1925/6: retornam da Europa, trazendo considerável bagagem científica, Luiz Sodré, Civis Galvão, Mário Kroeff, Álvaro Cumplido de Sant’Ana, que incrementam a Proctologia e passam à produção científica. 1925/30: surgem eminentes especialistas em São Paulo: Alvaro Machado, Joaquim Cardoso, Felipe Figliolini e Arthur Guimarães. 1930: criada a Cadeira de Proctologia na Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro (DF). 1930: surge Sylvio D’Ávila (DF), com prática e produções científicas invejáveis. 1932: Luiz Sodré funda o primeiro serviço de Proctologia, na Santa Casa de São Paulo. 1934: os vinte médicos da Rua Chile que fizeram a diferença – a primeira criação da Sociedade Brasileira de Proctologia: 12/09/1934: em reunião de 20 médicos visando criar a SBP, na Rua Chile, 13, sob a presidência de Leão de Aguiar, secretariada por Bueno Brandão e Cleo Lessa é criado um Livro de Atas e cunhado o nome “Sociedade Brasileira de Proctologia”, proposto por Paulo Pinto da Rocha. 26/09/1934: aprovado o Estatuto da SBP, registrado no Cartório do 1º Ofício de Notas do Rio de Janeiro (DF). 29/09/1934: eleita a primeira diretoria – João Pedro Leão de Aguiar (presidente) e Bueno Brandão (secretário). 1935-1944: o obscurantismo e as trevas no bojo da II Grande Guerra – a SBP desaparece por nove anos: 19/06/1935: última referência oficial da SBP registrada em ata, que permanece inativa por nove anos (1935-1944). 30/10/1945: o renascimento da SBP por ação de Walter Gentile de Mello, sob a presidência de Sylvio D’Ávila: Walter Gentile de Mello capitaneou uma comissão (Fernando Salazar, Edgar Valente, Mário Mattos, Almiro Daltro, Lourival Carvalho, Tavares Macedo), que culminou em uma reunião em Salvador, BA, por ocasião da instalação do Capítulo da Bahia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (28-30/10/1945). A Comissão reinstalou a SBP em 30/10/1945 e sagrou Sylvio D’Ávila seu primeiro presidente. Raul Pitanga Santos, reconhecendo o trabalho de Walter Gentile, apelidou-

-o de “Verruma Humana”, tamanho o empenho para congregar todos em torno da SBP: “Estou certo de que se o palácio do Catete estiver em suas cogitações, ele chega lá”.

Walter Gentile de Mello, por ter motivado, insistido e apaziguado ânimos exaltados em torno da matéria, passou a ser considerado o fundador da SBP.

**PT144 - II – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “OS 35 PRESIDENTES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PROCTOLOGIA - SBP”.**

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: 1914 – 1945: Acontecimentos que antecederam a criação da “Sociedade Brasileira de Proctologia”: 1914 – 1924: Raul Pitanga Santos personifica a Proctologia, que ainda não existia no Brasil. 1925-1934: os primeiros passos dos seguidores de Pitanga Santos. 1934: os 20 médicos da Rua Chile – a primeira criação da Sociedade Brasileira de Proctologia. 19/06/1935: última referência oficial da SBP registrada em ata; a SBP permanece inativa por nove anos (1935-1944). 1935-1944: o obscurantismo e as trevas no bojo da II Grande Guerra. 1945: O renascimento da SBP por obra de Walter Gentile de Mello, sob a presidência de Sylvio D’Ávila, em Salvador (BA). 1946-1950: SBP, os 5 (cinco) primeiros presidentes e as “Reuniões Anuais”: ainda não havia massa crítica para realização de congressos. 1945-1946: Sylvio D’Ávila – Rio de Janeiro (DF). 1946-1947: Edson de Oliveira – São Paulo (SP). 1947-1948: José Dirceu de Andrade – Juiz de Fora (MG). 1948-1949: José Mário Caldas – Rio de Janeiro (DF). 1949-1950: Plínio Brasil Filho – São Paulo (SP). 1951-1958: SBP e os 8 (oito) presidentes seguintes e a garantia do sucesso dos 8 (oito) primeiros congressos, mantendo a SBP no eixo Rio de Janeiro - São Paulo, por dificuldade de locomoção. 1950-1951; Walter Gentile de Mello - Rio de Janeiro, (DF). 1951-1952: Geraldo Avelino Amaral da Silva - São Paulo (SP). 1952-1953: Annibal Luz - Rio de Janeiro (DF). 1953-1954: Adalberto Ferraz - São Paulo (SP). 1954-1955: Horácio Carapatoso - Rio de Janeiro (DF). 1955-1956: José Avelino de Freitas - Rio de Janeiro (DF). 1956-1957: Daher Elias Cutait - São Paulo (SP). 1957-1958: Américo Bernacchi - Rio de Janeiro (DF). 1958-1980: SBP e seus 22 presidentes fora do eixo Rio de Janeiro / São Paulo até a mudança de seu nome – de SBP para Sociedade Brasileira de Coloproctologia - SBCP - (1980). 1958-1959: Walter Ghezzi – Porto Alegre (RS). 1959-1960: Waldemiro Nunes – São Paulo (SP). 1960-1961: Edmundo Paula Pinto – Belo Horizonte (MG). 1961-1962: Aloysio Carvalho – Rio de Janeiro (DF). 1962-1963: Milton César Ribeiro – São Paulo (SP). 1963-1964: Pedro Gus – Porto Alegre (RS). 1964-1965: Ary Frauzino Pereira – Rio de Janeiro (DF). 1965-1966: Felipe José Figliolini – São Paulo (SP). 1966-1967: Farjalla Sebba – Goiânia (GO). 1967-1968: Romeu Marra da Silva – Nova Friburgo (DF). 1968-1969: Walcar Dias Coelho – Belo Horizonte (MG). 1969-1970: José

Thiago Pontes - São Paulo (SP). 1970-1971: Geraldo Milton da Silveira – Salvador (BA). 1971-1972: Carlos Brenner – Porto Alegre (RS). 1972-1973: Décio Guimarães Pereira – Rio de Janeiro (RJ). 1973-1974: Angelino Manzione - São Paulo (SP). 1974-1975: Sérgio Brenner – Curitiba (PR). 1975-1976: Nilson Marcondes Celso – Guarujá (SP). 1976-1977: Tasso Mendonça – Goiânia (GO). 1977-1978: Salvador Ferreira – Porto Alegre (RS). 1978-1979: Geraldo Magela Gomes Cruz – Belo Horizonte (MG). 1979-1980: Paschoal Pereira Torres – Rio de Janeiro (RJ).

**PT145 - III – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “OS 35 PRESIDENTES DA SBCP”**

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: 1945/6-1979/80: “Sociedade Brasileira de Proctologia – SBP” e seus 35 presidentes, - de 1945 até a mudança de nome para “Sociedade Brasileira de Coloproctologia” (1980): 1945/6-1949/50: os 5 (cinco) primeiros presidentes e as heroicas cinco “Reuniões Anuais”: ainda não havia massa crítica para congressos. 1950/1-1957/8: os 8 (oito) presidentes seguintes e a garantia do sucesso dos oito primeiros congressos da SBP, mantendo-a no eixo Rio de Janeiro - São Paulo, por dificuldade de locomoção dos especialistas na época. 1958/9-1980/1: os 22 presidentes fora do eixo RJ-SP à mudança de seu nome – de SBP para SBCP (1980). 1980-2015: Sociedade Brasileira de Coloproctologia – SBCP – e seus 35 presidentes, da mudança de seu nome (1980) a 2015: 1980-1981: Angelita Habr-Gama – São Paulo (SP). 1981-1982: Pedro Henrique Saraiva Leão – Fortaleza (CE). 1982-1983: José Alfredo Reis Neto – Campinas (SP). 1983-1984: Joaquim José Ferreira – Rio de Janeiro (RJ). 1984-1985: Peretz Capelhuchnik – São Paulo (SP). 1985-1986: Daher Elias Cutait – São Paulo (SP). 1986-1987: Fernando José de Souza – Foz do Iguaçu (PR). 1987-1988: Érico Ernesto Pretzel Fillmann – Gramado (RS). 1988-1989: Rosalvo José Ribeiro – Rio de Janeiro (RJ). 1989-1990: Hélio Moreira – Caldas Novas (GO). 1990-1991: José Hypollito da Silva São Paulo (SP). 1991-1992: Virgínio Cândido Tosta Souza – Poços de Caldas (MG). 1992-1993: Francisco Floripe Ginani – Brasília (DF). 1993-1994: Stéfano Carmine Malincônico – Recife (PE). 1994-1995: Boris Barone – São Paulo (SP). 1995-1996: Wagner Vasconcelos – Rio de Janeiro (RJ). 1996-1997: Renato Araujo Bonardi – Curitiba (PR). 1997-1998: Afonso Calil Mury Mallmann – Gramado (RS). 1998-1999: José Maria Chaves – Fortaleza (CE). 1999-2000: Flávio Antônio Quilici – São Paulo (SP). 2000-2001: Eleodoro Carlos de Almeida – Rio de Janeiro (RJ). 2001-2002: João Carlos Zerbini de Faria – Ouro Preto (MG). 2002-2003: Jayme Vital dos Santos Souza – Salvador (BA). 2003-2004: Raul Cutait – Campos do Jordão (SP). 2004-2005: Arminda Caetano de Almeida Leite – Goiânia (GO). 2005-2006: João de Aguiar Pupo Neto – Rio de Janeiro (RJ). 2006-2007: Renato Valmassoni Pinho – Curitiba (PR). 2007-2008: Karen De-

lacoste Pires Mallmann – Gramado (RS). 2008-2009: Sérgio Carlos Nahas – São Paulo (SP). 2009-2010: Francisco Lopes Paulo – Rio de Janeiro (RJ). 2010-2011: Francisco Sérgio Pinheiro Regadas – Fortaleza (CE). 2011-2012: Luciana Maria Pyramo Costa – Belo Horizonte (MG). 2012-2013: Carlos Walter Sobrado Júnior – São Paulo (SP). 2013-2014: Paulo Gonçalves de Oliveira - Brasília (DF). 2014-2015: Ronaldo Coelho Salles – Rio de Janeiro (RJ).

**PT146 - IV – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “OS CONGRESSOS DA SBP E DA SBPC”.**

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: 1946-1950: As 5 (cinco) “Reuniões” da Sociedade Brasileira de Proctologia: 1946: Sylvio D’Avila – RJ. 1947: Edson de Oliveira – SP. 1948: José Dirceu de Andrade - MG. 1949: José Mário Caldas – RJ. 1950: Plínio Brasil Filho - SP. 1951-1958: Os 8 (oito) primeiros “Congressos” da SBP no eixo Rio de Janeiro / São Paulo: 1951: Walter Gentile de Mello - RJ. 1952: Geraldo Avelino Amaral da Silva - SP. 1953: Annibal Luz - RJ. 1954: Adalberto Ferraz - SP. 1955: Horácio Carrapatoso - RJ. 1956: José Avelino de Freitas - RJ. 1957: Daher Elias Cutait - SP. 1958: Américo Bernacchi - RJ. 1959-1980: Os 22 “Congressos” seguintes da SBP fora do eixo Rio de Janeiro – São Paulo: 1959: Walter Ghezzi – RS. 1960: Waldemiro Nunes – SP. 1961: Edmundo Paula Pinto – MG. 1962: Aloysio Carvalho – RJ. 1963: Milton César Ribeiro – SP. 1964: Pedro Gus – Porto Alegre - RS. 1965: Ary Frauzino Pereira – RJ. 1966: Felipe José Figliolini – SP. 1967: Farjalla Sebba – GO. 1968: Romeu Marra da Silva – RJ. 1969: Walcar Dias Coelho – MG. 1970: José Thiago Pontes - SP. 1971: Geraldo Milton da Silveira – BA. 1972: Carlos Brenner – RS. 1973: Décio Guimarães Pereira – RJ. 1974: Angelino Manziome - SP. 1975: Sérgio Brenner – PR. 1976: Nilson Marcondes Celso – SP. 1977: Tasso Mendonça – GO. 1978: Salvador Ferreira – RS. 1979: Geraldo Magela Gomes Cruz – MG. 1980: Paschoal Pereira Torres – RJ. 1981-2015: Os 35 “Congressos” da Sociedade Brasileira de Coloproctologia: 1981: Angelita Habr-Gama – SP. 1982: Pedro Henrique Saraiva Leão – CE. 1983: José Alfredo Reis Neto – SP. 1984: Joaquim José Ferreira – RJ. 1985: Peretz Capelhuchnik – SP. 1986: Daher Elias Cutait\* – SP. 1987: Fernando José de Souza – PR. 1988: Érico Ernesto Pretzel Fillmann – RS. 1989: Rosalvo José Ribeiro – RJ. 1990: Hélio Moreira – GO. 1991: José Hypollito da Silva - SP. 1992: Virgínio Cândido Tosta Souza – MG. 1993: Francisco Floripe Ginani – DF. 1994: Stéfano Carmine Malincônico – PE. 1995: Boris Barone – SP. 1996: Wagner Vasconcelos – RJ. 1997: Renato Araujo Bonardi – PR. 1998: Afonso Calil Mury Mallmann – RS. 1999: José Maria Chaves – Fortaleza - CE. 2000: Flávio Antônio Quilici – SP. 2001: Eleodoro Carlos de Almeida – RJ. 2002: João Carlos Zerbini de Faria – MG. 2003: Jayme Vital dos Santos Souza – BA. 2004: Raul Cutait – SP. 2005: Arminda Caetano de Almeida Leite – GO. 2006:

João de Aguiar Pupo Neto – RJ. 2007: Renato Valmassoni Pinho – PR. 2008: Karen Delacoste Pires Mallmann – RS. 2009: Sérgio Carlos Nahas – SP. 2010: Francisco Lopes Paulo – RJ. 2011: Francisco Sérgio Pinheiro Regadas – CE. 2012: Luciana Maria Pyramo Costa – MG. 2013: Carlos Walter Sobrado Júnior – SP. 2014: Paulo Gonçalves de Oliveira – DF. 2015: Ronaldo Coelho Salles – RJ. (\*) Daher Cutait foi reeleito presidente da SBPC em 1985, não tendo havido congresso em 1986, por ter ele presidido o “3rd World Congress of Coloproctology”, ocorrido em São Paulo, em conjunto com os “8th World Congress of Gastroenterology” e “6th World Congress of Digestive Endoscopy”.

**PT147 - V – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “DA “REVISTA BRASILEIRA DE PROCTOLOGIA” AO “JOURNAL OF COLOPROCTOLOGY – JCOL”**

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: O 1º volume (V-1) do 1º número (N-1) da 1ª versão da “REVISTA BRASILEIRA DE PROCTOLOGIA” foi editado no “18º Congresso Brasileiro de Proctologia” (1968), no Rio, com 2 números anuais (16cmX23cm), sobrevivendo por 4 anos (1968 – 1971). Os trabalhos publicados foram: 1º: “Leiomiossarcoma de reto” (autores: Geraldo Magela Gomes da Cruz, Walcar Dias Coelho e Roberto Junqueira de Alvarenga); 2º: “Síndrome de Cronkhite-Canada” (autor: Geraldo Magela Gomes da Cruz); 3º: “Emergências em Proctologia” (autor: Américo Bernacchi); 4º: “Tratamento das obstruções do colo e reto nas neoplasias malignas” (autor: Dithelmo Kanto); 5º: “Formas clínicas das hemorróidas” - (autor: Horácio Carrapatoso). O 8º e último número (V-4/N-2) foi em jul-dez/1971, ficando a SBP sem revista. Klaus Rebel foi eleito editor da Revista em 1976 (26º Congresso da SBP). Em jan/1977 Klaus editou o V-1/N-1 (16cmX23cm) do “BOLETIM DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PROCTOLOGIA”, com matéria administrativa; depois, com trabalhos científicos. Sobreviveu por 4 anos (1977/1980), transformando-se em “REVISTA BRASILEIRA DE PROCTOLOGIA” (jan/1981). Em 1981 surgiu a “REVISTA BRASILEIRA DE COLO-PROCTOLOGIA”, com 4 números anuais, e mesmas dimensões, logo passadas para 21cmX28cm, reiniciando nova sequência V/N; assim permaneceu até 12/1987, . Klaus Rebel foi eleito editor. O 1º trabalho – “Complicações do Megacólon Chagásico: padronização de tratamento” - foi assinado por Hugo Bonfim Pinheiro. A SBPC ficou eternamente grata a Klaus, gravando seu nome como “fundador”!!! Em 1986 a RBCP (V-6/N-1) foi indexada pela LILACS/OMS. De jan/1988 a dez/2003 a “REVISTA BRASILEIRA DE COLO-PROCTOLOGIA” assumiu a cor verde e assim ficou até; quando a SBPC e a revista suprimiram o hífen (jan/2004), assim permanecendo até jul/2012. Passou a ser publicada em inglês - “JOURNAL OF COLO-PROCTOLOGY”, até jan/2013, com a cor verde, passando, à predominância de cor azul. The Journal of Coloproctology

(JCOL) is an official publication of the Brazilian Society of Coloproctology (SBCP) in partnership with Elsevier Editora Ltda. and is dedicated to the medical community in Brazil and Latin America. Journal of Coloproctology is listed in Web of Science and SciELO databases. JCOL is affiliated to the International Committee of Medical Journal Editors. Editores: 1981: Klaus Rebel – fundador da RBCP; LILACS/OMS. 1986: José Reinan Ramos – manutenção da sequência e do padrão de qualidade. 1991: João de Aguiar Pupo Neto - manutenção da sequência e do padrão de qualidade. 2001: Rosaldo José Ribeiro e Joaquim José Ferreira - criação do “Jornal Informativo da SBCP”. 2002: Eduardo de Paula Vieira – WAME, SCIELO, QUALIS-A/CAPES; revista em inglês. 2011: André da Luz Moreira – Meta do MEDLINE.

**PT148 - VI – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “FATOS QUE MARCARAM A SBP / SBCP”**

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ

*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: 1914-1924 :Raul Pitanga Santos personaliza a Proctologia que ainda não existia no Brasil. 1925-1930: Surgem especialistas em São Paulo: Alvaro Machado, Joaquim Cardoso, Felipe Figliolini e Arthur Guimarães. 12/09/1934: Vinte médicos “da Rua Chile” criam a Sociedade Brasileira de Proctologia. 26/09/1934: Registrado o Estatuto da SBP; eleita a primeira diretoria da SBP – João Pedro Leão de Aguiar (presidente). 19/06/1935: Data da última ata da SBP, que ficou inativa por nove anos (1935-1944). 30/10/1945: Walter Gentile de Mello coordena Comissão que se reúne em Salvador para reestruturar a SBP, o que acontece no dia 30, sendo Sylvio D’Ávila eleito seu 1º Presidente. 1945-1950: As diretorias eleitas da SBP, a partir de 1945, optam por “Reuniões Anuais”. 1951-1958: As oito diretorias seguintes ficam restritas ao eixo Rio-São Paulo. 02/04/1958: Em AGE consegue o Título de Registro da SBP, em poder de Álvaro Cumplido, que recebe o Título de Sócio Benfeitor da SBP. 06-09/12/1967: 17º Congresso Brasileiro de Proctologia (CBP) (Goiânia, GO): convênio com a AMB para concessão de títulos de especialista; reforma dos estatutos da SBP em AGO permanente; criada Secretaria permanente da SBP no Rio de Janeiro; o Regimento Interno regulamenta a concessão de TE a 60 proctologistas presentes ao congresso, que se submeteram a provas de títulos. 06-09/12/1968: 18º CBP (Friburgo, RJ): editado o 1º número da “Revista Brasileira de Proctologia”, que sobreviveria 4 anos. 17-20/11/1969: 19º CBP (Belo Horizonte, MG): criada a primeira Comissão de Título de Especialista. 05/09/1973: AGO aprova a fixação da sede da SBP na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro; é criado o “Prêmio Pitanga Santos”. 09-12/10/1977: 27º CBP (Goiânia, GO): re-editada a “Revista da Sociedade Brasileira de Proctologia”, que sobreviveria 4 anos (1977 – 1980). 20/09-01/10/1979: 29º CBP (Belo Horizonte, MG): aprovado o novo nome da Sociedade - “Sociedade Brasileira de Colo-proctologia (SBCP)”. 06-

09/09/1981: 31º CBCP (São Paulo, SP): 3ª versão da “Revista Brasileira de Colo-proctologia”. 1987: A “Revista Brasileira de Colo-proctologia” assume a cor verde. 1988: Aquisição de sala para sede própria, no Edifício Orly, Rio de Janeiro. 15-18/10/1989: 38º CBCP (Rio de Janeiro, RJ): inaugurada a sede própria da SBCP. Em AGO da SBCP foi aprovada a permanência da sede da ALACP na sede da SBCP, o que viria a ser confirmada na AGO da ALACP, em Las Leñas (Arg) em 1991 23-26/09/1998: 47º CBPC (Gramado, RS): a Sociedade e a Revista perdem o hífen “Colo-proctologia”. 08/07/2000: Inauguração do “Centro de Estudos Pitanga Santos”. 04-07/09/2001: 50º CBCP (Rio de Janeiro, RJ): lançado o “Jornal Informativo da SBCP”. 2012: “Journal of the Brazilian Society of Coloproctology” (JCOL) é editada em jul/sep e Oct/Dec de 2012 (V- 32, N-3 e V-32, N-4), e manterá seu aspecto externo (verde), mas, logo, assumiria a cor azul.

**PT149 - VII – OS 70 ANOS (1945-2015) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA: “COMO A SBP MUDOU DE NOME – SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA”**

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ

*INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: 1899: fundação da “American Society of Proctology - ASP”. 30/10/1945: fundação da “Sociedade Brasileira de Proctologia - SBP”. 15/04/1961: mudança de nome da “American Society of Proctology” para “American Society of Colon and Rectal Surgeons”. Esse assunto fomentou o início das discussões sobre a mudança de nome da SBP para um nome que incluísse o reto e os cólons, ao invés de apenas o ânus {do grego πρῶκτός (proktós): “ânus”}. 02-05/12/1964: em AGO no 14º Congresso da SBP (Presidente: Pedro Gus, RS) começaram as discussões sobre mudar ou não o nome da SBP: propostas de Décio Pereira a favor (“acompanhar a nova tendência mundial”) e Daher Cutait contra (“por não ser oportuno”), saindo vencedora a proposta de Décio. 29/09-02/10/1974: em AGO no 24º Congresso da SBP (Presidente: Angelino Manzoni, SP) a matéria foi novamente discutida, quando Daher já era favorável à mudança (“Sociedade Brasileira de Cirurgia Colorretal”), mas Salvador Ferreira propunha outro nome (“Sociedade Brasileira de Colo, Reto e Ânus”). A proposta de Nilson Marcondes Celso foi aprovada, em AGO: o próximo Presidente enviaria consulta aos associados sobre possíveis nomes para a SBP. 21-24/10/1975: em AGO no 25º Congresso da SBP (Presidente: Sergio Brenner, PR), o Presidente comunicou que não houve interesse na mudança de nome da SBP. Como as discussões continuassem, Joaquim José Ferreira propôs que se aguardasse a mudança de nome da ALAP, para que o novo nome da SBP não fosse destoante, sendo aprovado. 07-12/09/1978: em AGO no 28º Congresso da SBP (Salvador Ferreira, RS), frente à discussão da mudança de nome da SBP, Ghezzi lembrou que somente poderia ser efetuada em AGE, e não em AGO. Geraldo Magela, que era o Presidente eleito, propôs que se convocasse uma AGE para após a AGO

de 1979 (29º Congresso), com essa finalidade, o que foi aprovado, com a ressalva: enviar uma consulta aos membros da SBP com opções de nomes para a SBP. 16-19/09/1979: em AGE no 29º Congresso da SBP (Presidente: Geraldo Magela Gomes da Cruz, Belo Horizonte, MG) com pauta única de mudança de nome da SBP. O Presidente informou que a opção mais votada dentre as 9 constantes da consulta enviada foi a manutenção do nome SBP, seguida da mudança para “Sociedade Brasileira de Coloproctologia”. As duas propostas foram votadas em plenário, na presença de 52 membros titulares com direito a voto, apurando-se 40 votos favoráveis a “Sociedade Brasileira de Coloproctologia” e 16 votos favoráveis à manutenção de “Sociedade Brasileira de Proctologia”. Finda a votação, o Presidente declarou o novo nome da SBP. Em decorrência de entraves jurídicos e burocráticos, a SBP somente mudou oficialmente de nome após registro em Cartório, que ocorreu após o congresso de 1980. Assim, Paschoal Torres foi o último Presidente da SBP e Angelita Habr-Gama a 1ª Presidente da SBP.

#### PT150 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, INCIDÊNCIA E DESFECHO DOS PACIENTES COM FÍSTULA ABDOMINAL PÓS- OPERATÓRIA.

JANAINA WERCKA1; ORLI FRANZONI; PATRICIA PAOLA CAGOLI; GIOVANI FIGUEIREDO LOCKS1; ANDRE PARIZI MELO2

1.HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSE HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSE, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE HOMERO DE MIRANDA GOMES, SAO JOSE, SC, BRASIL.

Resumo: Objetivo: Apresentar o perfil epidemiológico, incidência e desfecho em pacientes que evoluíram com fistula abdominal pós-operatória em um período de 18 meses de seguimento em um serviço de cirurgia geral. Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo transversal observacional onde foram avaliados pacientes submetidos a cirurgia abdominal. Foram avaliados quanto ao perfil epidemiológico, incidência das fistulas pós-operatórias, características das fistulas, desfecho desta complicação, assim como fatores preditivos de mortalidade. Resultados: A amostra constou de 1148 pacientes. Entre os procedimentos cirúrgicos os mais frequentes foram apendicectomias, colecistectomias, hernioplastias, colectomias, laparotomias exploratórias entre outras. A incidência de fistula foi de 5,5%. Houve predominância de fistulas biliares (26%), seguidas de cólon (22%) e gástricas (15%). O tempo médio para o diagnóstico foi de 6,3 dias. O tempo médio para fechamento foi de 25,6 dias. A taxa de mortalidade dos pacientes com fistula foi de 25,4%. Os fatores preditivos de mortalidade nos casos que desenvolveram fistula foram: idade maior que 60 anos, presença de co-morbidades, tempo de fechamento da fistula superior a 19 dias, não fechamento espontâneo da fistula, desnutrição, uso de nutrição parenteral maior que 7 dias, sepse e necessidade de admissão em Unidade de Terapia Intensiva. Conclusão: As fistulas pós-operatórias abdominais são relativamente frequentes e associadas a morbidade e mortalidade significativas.

#### PT151 - SARCOMA DE PARTES MOLES NA REGIAO PELVICA EM PACIENTE DO SEXO MASCULINO

NATALIA BARROS PINHEIRO; RAUL CUTAIT; DANILLO DAUD; RAFAEL DE CASTRO SANTANA AROUCA; AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER; FELIPE ATTI AKL; ROGER LEME DA SILVA FARIAS

HOSPITAL SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Os sarcomas de partes moles, são tumores raros e grandes, que representam entre 1 a 2% de todos os tumores sólidos malignos. Já os sarcomas retroperitoneais correspondem a 50% de todos os tumores retroperitoneais. Demonstrar um caso de sarcoma de pelve, relatado em paciente do sexo masculino e seu tratamento. Paciente sexo masculino, 71 anos, hipertenso e com antecedente de hiperplasia prostática benigna, com historia de dor e abaulamento em região inguinal direita, discretamente sensível, sem sinais flogísticos. Realizado TC de abdome e pelve que evidenciou lesão extensa na parede abdominal, lateral, dirigindo-se à região inguinal direita, com cerca de 8 cm em seu maior eixo, sendo aventado o diagnóstico de sarcoma. RNM da pelve mostrou formação lobulada e heterogênea compatível com sarcoma, apresentando componente cístico e focos hemorrágicos, com área sólida ocupando o canal inguinal direito, medindo 8,5 cm em seu maior diâmetro e exercendo efeito compressivo sobre os vasos ilíacos externos, com afilamento da veia ilíaca externa; presença de alguns linfonodos com até 1 cm nas cadeias ilíaca externa e obturatória. Após ampla discussão indicado tratamento cirúrgico. Realizado via laparotomia mediana xifopubica sobre incisão anterior, com achados; aderências, entre alças e com a parede abdominal; massa sólida e lobulada na região da parede abdominal, envolvendo cordão espermático e fortemente aderida nos vasos ilíacos externos, a partir dos músculos oblíquos. Realizado secção da musculatura abdominal, a direita sobre a crista ilíaca, prologando-se para o púbis; secção da musculatura oblíqua na altura da cicatriz umbilical; secção de pequeno segmento de íleo envolvido pela face posterior do tumor, com posterior reconstrução através de anastomose manual término-terminal; dissecação cuidadosa dos vasos ilíacos externos, secção do cordão espermático na altura do anel inguinal interno e no seu terço médio, sem separá-lo da massa tumoral, completando-se assim a retirada da peça cirúrgica; O anatomopatológico revelou sarcoma fusocelular de limites imprecisos infiltrativa em tecido muscular estriado da parede abdominal e seromuscular intestinal – grau II; moderado pleomorfismo nuclear e estroma focalmente mixóide; áreas multifocais de necrose; presença de células gigantes multinucleadas compondo a celularidade da neoplasia em área focal; margens de ressecção livres de neoplasia. Com imuno-histoquímica, consistente com sarcoma fusocelular grau II, mas de histogênese indefinida pelo painel imuno-histoquímico. No pós-operatório apresentou íleo adinâmico, com necessidade de passagem de sonda nasogástrica com alto débito por vários dias. Evolui bem com alta hospitalar e seguimento ambulatorial.



**PT152 - LOCUS DE CONTROLE EM SAÚDE: ESPIRITUALIDADE E ESPERANÇA DE CURA NOS INDIVÍDUOS COM ESTOMA INTESTINAL NA CIDADE DE POUSO ALEGRE**

GERALDO MAGELA SALOME; CAMILA BARBOSA MARQUES; CARMELITA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA; DIEQUISON RITE DA CUNHA  
*UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Avaliar o locus de controle da saúde, espiritualidade e esperança de cura em indivíduos com estoma intestinal. Método: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, analítico, realizado no Polo dos ostomizados da cidade de Pouso Alegre-MG. Participaram 52 pacientes com estoma intestinal. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde “Dr. José Antônio Garcia Coutinho” sob o parecer número 620.459. Para coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sobre os dados demográficos e dados relacionado ao estoma, a Escala para Locus de controle da saúde, Escala de Esperança de Herth e Escala de Spirituality self rating scale. Resultado: 33 (63,5%) dos pacientes eram do sexo feminino, e 20 (38,5%) dos ostomizados tinha idade acima de 61 anos, 36% dos participantes eram casados, 34 (65,4%) aposentados, 40 (76,9%) dos ostomizados participavam de grupo de apoio ou associação. Maioria das causas da confecção do estoma foi neoplasia, sendo 40(76,9%) dos estomas eram definitivos. 44 (84,6%) eram colostomia, 27 (51,9%) dos estomas tinham diâmetro de 20 a 40mm. 31 (51,7%) dos ostomizados apresentaram como complicação dermatite, e utilizavam dispositivo duas peças 39(75%). A média do escore total da Escala para Locus de controle da saúde foi ( 62,42). A Escala de Esperança de Herth apresentou média de ( 38,27) e Escala de Spirituality self rating scale a média foi (23,67). Com relação as dimensões da Escala para Locus de controle da saúde, a dimensão Internalidade saúde a média foi (22,48), (20,48) foi a média da dimensão externalidade “outros poderosos” e (19,48) foi a média da dimensão externalidade para saúde. Conclusão: Através deste estudo concluímos que os pacientes ostomizados que participaram do estudo acreditam que podem controlar sua saúde e que as pessoas envolvidas no cuidado e na sua reabilitação podem contribuir para sua melhora. A cura ou melhora têm influência divina por meio das práticas ou crenças religiosas.

**PT153 - MORBIMORTALIDADE ASSOCIADA ÀS CIRURGIAS DE RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL EM PACIENTES OSTOMIZADOS**

DENISE GRAFFITTI D’AVILA1; FABRICIO DE SOUZA BITENCOURT1; GIANCARLO BÚRIGO2

1.HOSPITAL SÃO JOSÉ CRICIÚMA, CRICIUMA, SC, BRASIL;  
2.HOSPITAL UNIMED CRICIÚMA, CRICIÚMA, SC, BRASIL.

Resumo: Introdução: Há mais que trezentos anos o uso da exteriorização de um segmento do trato gastrointestinal vem sendo utilizada como tratamento de lesões do intestino delgado,

cólon e reto. A reconstrução do transito destes seguimentos não é isenta de complicações, acarretando em considerável morbimortalidade. Objetivo: Avaliar o número de pacientes ostomizados submetidos à reconstrução do transito intestinal em nosso serviço, bem como realizar análise das características demográficas e a incidência de complicações, morbidade e mortalidade, a cerca do procedimento. Metodologia: Estudo retrospectivo através de análise dos prontuários dos pacientes portadores de ostomias submetidos à cirurgia de reconstrução do transito intestinal, no serviço de cirurgia do Hospital São José Criciúma – SC no período de 2009 a 2011. Resultados: Durante o período analisado, 44 pacientes foram submetidos à cirurgia de reconstrução do transito intestinal, sendo 70,5% do sexo masculino (31) e 29,5% do sexo feminino (13), com média de idade de 51,5 anos. A maioria dos pacientes era portador de colostomia terminal, correspondendo a 43,2% dos ostomizados. Entre as principais causas observamos os tumores de cólon e os traumatismos abdominais, com 20,5% e 15,9% respectivamente. Nessa série 29,5% (n= 13) dos pacientes apresentaram alguma complicação pós-operatória, sendo a mais frequente a fístula anastomótica (n=5). Observamos 6,8% de mortalidade global com 3 óbitos entre os 44 pacientes submetidos a reconstrução do transito intestinal. Conclusão: A cirurgia de reconstrução de transito intestinal continua sendo procedimento com índices de morbidade e mortalidade não desprezíveis, alertando para a importância das ostomias e sua realização sob rigorosa técnica cirúrgica e indicação precisa afim de suprimir o índice ainda elevado de morbimortalidade na cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal.

**PT154 - INCIDÊNCIA DE PROCIDÊNCIA RETAL NO AMBULATÓRIO DE COLOPROCTOLOGIA EM HOSPITAL PÚBLICO DE SALVADOR**

INDIRA SERRA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES; JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES; MARCUS VINICIUS CASTRO OLIVEIRA; ADIL JOSÉ DUARTE FILHO; MARCIO PEREIRA CRUZ

*HGRS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: O prolapso retal consiste na protrusão do intestino através do canal anal, podendo ser definido como prolapso parcial, quando o segmento protruso é constituído por mucosa, e procidência de reto, quando apresenta todas as camadas envolvidas. Consiste em patologia freqüente nos principais serviços do país, associada a alguns fatores contributivos. Objetivo: Abordar os aspectos encontrados em pacientes atendidos no ambulatório do serviço de Coloproctologia de um Hospital Público de Salvador, discorrendo também sobre as técnicas utilizadas no tratamento desta patologia. Método: Realizado um estudo observacional transversal retrospectivo, com coleta de dados de prontuário de pacientes atendidos num serviço de Coloproctologia em Salvador, no período entre março de 2007 a dezembro de 2014. Analisados 47 pacientes portadores da patologia. Resultados: Dentre as variáveis estudadas, encontrada

prevalência quanto ao sexo feminino (74,47%), idade compreendida entre 70 a 79 anos. Com relação ao tipo de cirurgia realizada, as técnicas envolvidas foram de Altmeier, realizada em 37 pacientes, e Delorme, em 10 pacientes. Taxa de complicação no pós-operatório imediato de 8,51%. Conclusão: Diante da grande opção de técnicas cirúrgicas para a correção do prolapso retal, faz-se necessária a realização de novos estudos no intuito de possibilitar uma definição quanto a melhor opção para o tratamento da patologia.

**PT155 - POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR –  
DESCRIÇÃO DE UMA FAMÍLIA COM MANIFESTAÇÕES  
CUTÂNEAS INCOMUNS**

BRUNO ZENNE MOTTA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA;  
LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; ENRI-  
CO SFOGGIA; ROGERIO SERAFIM PARRA; RICARDO  
LUIZ SANTOS GARCIA; OMAR FERES; JOSÉ JOAQUIM  
RIBEIRO DA ROCHA

*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A polipose adenomatosa familiar é uma patologia autossômica dominante caracterizada pelo surgimento de centenas de pólipos adenomatosos colônicos. A colectomia total com ou sem preservação do reto é o tratamento padrão, haja vista a degeneração para adenocarcinoma nos casos não tratados. As Manifestações extraintestinais acometem até 40% dos pacientes. Podem ser graves, com necessidade de tratamento cirúrgico e elevada morbidade e mortalidade. Os cistos epidérmicos em grande proporção são raramente observados. O objetivo do presente estudo é descrever uma família apresentando manifestações extraintestinais preferencialmente cutâneas e incomuns. Relato dos casos: Paciente do sexo feminino, com o diagnóstico de PAF aos 66 anos já com adenocarcinoma colônico. Foi submetida à colectomia total com ileostomia terminal. Após investigação 8 membros da família foram diagnosticados com PAF. Quatro indivíduos foram submetidos à colectomia total com ileorreto anastomose, dois à proctocolectomia total com bolsa ileal em “J”, um paciente de 12 anos aguarda cirurgia. Um dos membros não foi submetido à colectomia devido a um tumor desmoide de grandes proporções com comprometimento da artéria mesentérica superior. Sete pacientes apresentaram manifestações extraintestinais importantes, que incluíram: tumor desmoide gigante, osteoma de mandíbula, polipose do trato gastrointestinal superior e um raro achado de cistos epidérmicos múltiplos. O estudo genético mostrou mutação Arg1450Stop em heterozigose no exon 15 do gene APC. Discussão: As manifestações extraintestinais da PAF são frequentes e variadas. Podem acometer tecidos derivados de todos os folhetos embrionários e ser causa de complicações e óbito. Esse é o primeiro diagnóstico de cistos epidérmicos difusos, na nossa casuística de PAF e o tratamento preconizado para essas lesões é a ressecção cirúrgica. Com a maior disponibilidade da colonoscopia e o tratamento precoce da doença, as manifestações extraintestinais se tornaram alvo de interesse médico, uma vez que continuam surgindo após ressecção colônica. Em centros de referência, observa-se uma maior taxa de óbitos devido a manifestações

secundárias do que devido ao acometimento colônico e degeneração para adenocarcinoma. Com o avanço do sequenciamento genético, a identificação dos familiares acometidos pela doença foi facilitada, propiciando um tratamento colônico em momento oportuno. Além do acometimento colônico, a identificação de genes mutagênicos específicos relacionados à manifestações extraintestinais graves pode ajudar no diagnóstico precoce e tratamento destes pacientes. Fatores que contribuem para o surgimento dessas patologias secundárias ainda não estão totalmente esclarecidos. Existem evidências que o local da mutação no gene APC podem resultar no fenótipo da doença, no entanto, estudos ainda são necessários para uma maior compreensão e implicação clínica.

**PT156 - RELATO DE CASO: HÉRNIA DE AMYAND**  
ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; TAMARA DURCI MENDES;  
DANIEL ESPERANDIM CEPEDA; THAIS MIGUEL DO MONTE  
LAMEIRO; FABIO RODRIGO JORGINO; THAYS BUENO DE CARVALHO;  
PATRICIA BARBOSA SILVEIRA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP,  
BRASIL.*

Resumo: Objetivo: Alertar aos cirurgiões, principalmente aqueles que atuam no setor de emergência, para o correto diagnóstico e tratamento desta rara condição cirúrgica. Uma vez que o diagnóstico pré-operatório da hérnia de Amyand é raro, sendo, na maioria dos casos, realizado durante a intervenção cirúrgica de urgência. Métodos: estudo de literatura médica internacional associado à análise do caso apresentado. Resultados: A hérnia de Amyand é extremamente incomum, apresentando uma incidência mundial aproximada de 0,13%, com manifestação clínica variável, dependente da extensão do processo infeccioso apendicular e da presença ou não de contaminação peritoneal. Este estudo trata-se de paciente homem, 85 anos, com historia de hérnia inguinal direita há 20 anos, compareceu ao pronto-socorro com historia de dor abdominal há três dias associado a hérnia não redutível. Feito diagnóstico de hérnia encarcerada. Paciente submetido a hernioplastia inguinal, na qual foi constatado presença de apêndice cecal em conteúdo herniário. Paciente submetido a apendicectomia e hernioplastia inguinal, sem intercorrências. Conclusão: por se tratar de patologia extremamente rara em nosso meio, relatar esse caso auxilia os cirurgiões a estabelecer diagnóstico e tratamento precoce, uma vez que não é raro o conteúdo do saco herniário apresentar sinais de apendicite, aumentando, desta forma, a comorbidade do ato cirúrgico em si.

**PT157 - ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: COMPLICAÇÃO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL EM ADULTO**  
TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA;  
DANIEL ESPERANDIM CEPEDA; THAIS MIGUEL DO MONTE  
LAMEIRO; DENNIS BAIRD DAVISON ROBERTONI; FABIO SHIGUERU KANNO;  
LEANDRO OLIVEIRA MARTIN; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP,  
BRASIL.*

Resumo: Objetivo: relatar caso de paciente com associação rara de complicações de divertículo de Meckel (DM). Trata-se de anormalidade congênita mais comum no trato gastrointestinal, ocorrendo em, aproximadamente, 2% da população. Somente 4% dos portadores apresentarão manifestações durante a vida, de forma que o distúrbio geralmente é descoberto acidentalmente, em cirurgias ou exames indicados por outras razões, ou ainda em necrópsias. É mais comum ser sintomático em crianças abaixo dos 2 anos, devido a ulceração por mucosa gástrica heterotópica. Métodos: estudo de literatura médica nacional e internacional associados à análise do caso apresentado. Resultados: a maioria dos adultos com divertículos de meckel apresentam-se com sangramento, quadros inflamatórios e/ou obstrução intestinal, tendo como mecanismos intussuscepção, bridas inflamatórias, volvo, hérnias internas, hérnias de Littré, torção de pedículo, enterólitos ou fitobezoures e, raramente, neoplasia. O sangramento gastrointestinal ocorre normalmente por ulceração péptica na margem da mucosa gástrica ectópica. O caso relatado apresenta um paciente adulto jovem, sexo masculino, com sintoma de dor abdominal acompanhado de enterorragia. O diagnóstico foi feito somente no intraoperatório com alças intestinais isquemiadas por provável torção. Casos de DM são raros, principalmente em adultos e se sintomático, deve ser realizada cirurgia com diverticulectomia ou enterectomia, como no caso relatado. Conclusão: trata-se de complicação rara por se tratar de paciente adulto jovem com divertículo complicado com infecção local associada a sangramento. Conhecer a fisiopatologia da doença, bem como suas potenciais complicações auxilia no diagnóstico precoce e no restabelecimento preciso da saúde do paciente.

#### PT158 - RELATO DE CASO – VICIO DE ROTAÇÃO INTESTINAL TOTAL

FABIO RODRIGO JORGINO; TAMARA DURCI MENDES; DANIEL ESPERANDIM CEPEDA; THAIS MIGUEL DO MONTE LAMEIRO; THAYS BUENO DE CARVALHO; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA

*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

Resumo: Objetivos: Relatar caso de paciente com vício de rotação intestinal total. Trata-se de patologia rara e pouco estudada, com incidência mundial de 0,3%. Métodos: estudo de literatura médica internacional associado à análise do caso apresentado. Resultados: Paciente, sexo feminino, 29 anos, sem comorbidades prévias. Relatava história de constipação crônica com início aos sete anos de idade, com piora progressiva dos sintomas. Referia que aos 28 anos, apresentou mudança no padrão da constipação, cursando com dores abdominais do tipo cólica, mais localizadas com fossa ilíaca esquerda, e que pioravam ao praticar atividades físicas. Sempre procurou atendimento médico, porém nunca recebeu diagnóstico definitivo. Por fim, procurou atendimento médico especializado – coloproctologista. Realizou exames de imagem,

tais como tomografia computadorizada de abdome, colonoscopia, ambos sem alterações significativas. Realizou enema opaco, constatando vício de rotação intestinal total. O tratamento proposto tratou-se de uma transposição do cólon videolaparoscópica. Achado cirúrgico de cólon direito totalmente medianizado, junto ao Treitz associado a bandas de Ladd. Realizado liberação das aderências, realocado o cólon direito em sua posição anatômica e fixação do mesmo. Paciente evoluiu com alta hospitalar quatro dias após procedimento. Realizado enema opaco de controle dois meses após cirurgia corretiva, sendo evidenciado a cura do doente. Conclusão: Trata-se de patologia extremamente rara. Assim como esta paciente, inúmeras pessoas procuram diariamente o pronto socorro com queixas abdominais crônicas e inespecíficas. Ao relatar este caso, contribuimos para que pacientes com sintomas semelhantes possam ser diagnosticados e tratados, melhorando assim a qualidade de vida dos mesmos.

#### PT159 - CITORREDUÇÃO COMO TRATAMENTO DE TUMOR DESMOIDE IRRESSECÁVEL EM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

ANDREA PECCI; LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI; WALTER RODRIGO MIYAMOTO; NATHALIA LINS PONTES VIEIRA; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; KARINA DAGRE MAGRI; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA; CHIA BIN FANG

*SANTA CASA MISERICORDIA SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: Os tumores desmóides, quando associados a polipose adenomatosa familiar, representam a síndrome de Gardner. Nestes casos, apresentam comportamento mais agressivo, com localização preferencialmente intraperitoneal com altas taxas de recidiva. O tratamento deve ser preferencialmente cirúrgico visando ressecções com margens livres. Associação de hormonioterapia, quimioterapia e radioterapia devem ser individualizadas. Casos com múltiplas recidivas de tumor desmóide envolvem necessidade de tratamento multidisciplinar, visando principalmente estabilização da doença com menor comprometimento sistêmico. OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente jovem, portador de síndrome de Gardner já submetido a colectomia total com ileorreto anastomose e a múltiplas ressecções de tumores desmóides intra cavitários e de parede abdominal. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 25 anos, submetido a vários procedimentos cirúrgicos em decorrência da Síndrome de Gardner. Aos 20 anos foi submetido a proctocolectomia total laparoscópica com ileorreto anastomose por Polipose Adenomatosa Familiar. Evoluiu com abscessos intracavitários originários dos tumores desmóides, sendo necessário drenagem. Há 02 anos foi submetido a laparotomia exploradora com ressecção parcial de tumor desmóide e reconstrução de parede abdominal. Introduzido terapia complementar com Tamixifeno e Sulindac. Evoluiu 1 ano após com novos tumores desmóides em parede abdominal com drenagem espontânea de abscesso e déficit nutricional. Optado por nova ressecção do tumor e reconstrução da parede abdominal com tela biológica, associado

aos medicamentos de uso habitual, e avaliação de radioterapia para estabilização da lesão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Trabalhos mostram que a taxa de cura é maior em pacientes que são submetidos a ressecção R0 ou R1. Já pacientes com ressecção R2, como no caso apresentado, necessitam de terapêutica complementar medicamentosa. No entanto, em casos selecionados, a citorredução pode melhorar a qualidade de vida e estabilizar a lesão.

**PT160 - TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PELVE ASSOCIADO A ENDOMETRIOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; LARISSA BERBERT ARIAS; JULIA CUTOVOI GIRARDI; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY *UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: **OBJETIVO:** Relatar um caso de tumor fibroso solitário da pelve associado a endometriose intestinal. **INTRODUÇÃO:** Tumores fibrosos solitários são neoplasias de tecidos moles de origem submesotelial, localizados principalmente no espaço pleural, mas podem originar-se em diversos locais, inclusive abdome e pelve. A ressecção cirúrgica é curativa na grande maioria dos casos. A endometriose intestinal, por sua vez, oscila entre 5 e 12% do total de casos de endometriose, acometendo principalmente o sigmoide e o reto, e os sintomas são dependentes do grau de acometimento da parede intestinal. O tratamento da endometriose intestinal depende da idade da paciente e seu desejo de engravidar, dos sintomas, do tamanho e localização das lesões. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino de 33 anos de idade referia há 1 ano dor pélvica crônica, com parestesias e irradiação para membro inferior direito, além de infertilidade. A doente referia desejo de engravidar. Previamente submetida a uma videolaparoscopia para cauterização de focos de endometriose em outro serviço aos 25 anos. Foi solicitada ressonância magnética nuclear da pelve, que detectou endometriomas nos ovários (31 e 33mm), endometriose envolvendo o reto superior e o útero (lesão de 20mm), além de lesão expansiva de 40mm retroperitoneal na pelve, junto à veia íliaca interna direita e à raiz nervosa de S1. Em seguida, foi submetida a colonoscopia e tomografia de tórax normais. Por meio de laparotomia, foram realizadas: ressecção da lesão que acometia o reto sem necessidade de ressecção colorretal; drenagem dos endometriomas e lavagem dos cistos; ressecção da lesão retroperitoneal. Não houve intercorrências no período peri-operatório, recebendo alta no terceiro dia pós-cirúrgico. O anátomopatológico constatou que a lesão retroperitoneal era tumor fibroso solitário benigno, e as lesões retal e ovarianas tratavam-se de endometriose. Após 6 meses de seguimento, a paciente realizou ressonância magnética nuclear da pelve normal e ainda não conseguiu engravidar, mas mantém-se assintomática. **CONCLUSÃO:** O tumor fibroso solitário da pelve é extremamente raro, mas deve ser considerado no diagnóstico diferencial de tumores pélvicos.

**PT161 - INTERPOSIÇÃO SINTOMÁTICA DE CÓLON NO HEMIDIAFRAGMA ESQUERDO: RELATO DE CASO.**

MICHEL GARDERE CAMARGO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; RAQUEL FRANCO LEAL; NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA; UMBERTO MORELLI; PRISCILLA DE SENNE PORTEL OLIVEIRA; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY *UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Em 1910, Demetrius Chilaiditi descreveu o achado radiológico da interposição hepatodiafragmática de cólon. Este achado é descrito como sinal de Chilaiditi, que é achado em pacientes assintomáticos e pode simular pneumoperitônio, devendo ser distinguido da síndrome de Chilaiditi, que gera sintomas relacionados à interposição. Trata-se de condição rara e geralmente assintomática. Fatores como cólon redundante, longo mesentério e falta de fixação peritoneal são apontados como causas desta condição. **OBJETIVO:** Relatar um caso de interposição sintomática de cólon entre o hemidiafragma esquerdo e o baço, em paciente portador de síndrome de Chilaiditi. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino de 17 anos de idade há 1 ano havia sido submetido em outro serviço a videolaparoscopia para fixação do fígado à parede abdominal por síndrome de Chilaiditi, com sintomas de dor abdominal e insuficiência respiratória restritiva. Após 6 meses dessa cirurgia, teve recidivas dos sintomas de empachamento e insuficiência respiratória. Realizada colonoscopia normal, prova de função pulmonar que diagnosticou insuficiência respiratória restritiva e tomografia computadorizada que demonstrou interposição de cólon entre o baço e o hemidiafragma esquerdo. Em nosso serviço foi realizada videolaparoscopia que mostrou a adequada fixação do fígado à parede abdominal, além de alças cólicas redundantes e de mesentério longo que se interpunham ao baço e ao diafragma. Não havia hérnia diafragmática. Realizada colectomia direita ampliada videolaparoscópica. Não houve intercorrências no período peri-operatório, recebendo alta no quarto dia pós-cirúrgico, com alívio completo e imediato dos sintomas. O anátomopatológico não demonstrou alterações histológicas. **CONCLUSÃO:** A interposição sintomática do cólon é extremamente rara, e antes do tratamento cirúrgico devem ser excluídas doenças associadas que possam ser as causadoras dos sintomas.

**PT162 - LIPOSSARCOMA RETRORRETAL: RELATO DE CASO**

CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; MURILO ROCHA RODRIGUES; RONALDO NONOSE; JULIANO NORONHA RIBEIRO; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO *HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: O desenvolvimento de tumores retrorretais em adultos é uma evento raramente descrito com incidência estimada em 1:40.000 habitantes. Os tumores localizados no

espaço retrorretal podem ser divididos em inflamatórios, congênitos e neoplásicos (benignos e malignos). Dentre os tumores malignos o lipossarcoma é um dos mais raros. Objetivo: O objetivo do presente painel é apresentar um caso de lipossarcoma retrorretal de grandes dimensões, cujo diagnóstico histopatológico foi confirmado estudo histopatológico. Relato de caso: Mulher, 57 anos, com queixa de dor na região lombo-sacra com irradiação para membros inferiores há um ano. Há oito meses apresentou seguidos episódios de retenção urinária e há seis meses passou a utilizar sonda vesical de demora. Nesse mesmo período não mais conseguiu deambular sem apoio. Há três meses notou constipação progressiva tendo que recorrer ao uso de laxativos e aplicação de clisteres para poder evacuar. Apresentou perda ponderal de 14 quilos no período. Ao exame apresentava-se em REG, emagrecida, descorada, deambulando com auxílio de muletas e sonda vesical de demora. O exame do abdômen revelava massa visível e palpável na região pélvica que se estendia para o abdômen anterior atingindo a cicatriz umbilical. O tumor abdominal tinha consistência endurecida, sem mobilidade e media, aproximadamente, 20 cm de diâmetro. O toque retal mostrava que a luz do reto estava deslocada anteriormente pela presença de tumoração de consistência fibroelástica retrorretal que se iniciava há dois centímetros acima da linha pectínea. Com hipótese diagnóstica de tumor retrorretal foi submetida a ressonância magnética do abdômen e pelve que confirmou a presença de volumosa massa que se iniciava na região retrorretal acima dos músculos elevadores do ânus, ocupando toda a pelve comprimindo anteriormente o reto e a bexiga e estendendo-se pelo retroperitônio para a região posterior do abdome. A imagem pesada em T2 mostrava que a superfície interna do tumor apresentava características de tecido gorduroso com áreas de fibrose e necrose. A RNM mostrava que a tumoração possuía plano de clivagem com o sacro e vasos ilíacos, parede retal, útero e anexos. O exame mostrava linfonodos aumentados de tamanho na cadeia retroperitoneal e intercavaoárctica. À laparotomia o tumor ocupava toda a pelve e para ressecá-lo foi necessária a realização prévia de panhisterectomia e retossigmoidectomia seccionando-se o reto 4 cm acima do assoalho pélvico. Realizou-se ressecção em bloco de toda a massa tumoral conjuntamente e linfadenectomia retroperitoneal e intercavaoárctica até o nível das veias renais. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de lipossarcoma de alto grau com componente fibroso confirmado por meio de painel imunoistoquímico. A doente foi encaminhada para tratamento quimioterápico adjuvante tendo realizado até o momento 8 ciclos com Cisplatina. No momento encontra-se em acompanhamento ambulatorial.

**PT163 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA APLICAÇÃO DE ENEMAS CONTENDO EXTRATO OLEOSO DE CURCUMA LONGA (CURCUMINA) NO CONTEÚDO TECIDUAL DE OCLUDINA NA MUCOSA CÓLICA DESPROVIDA DE TRÂNSITO FECAL.**

CALED JAODAT KADRI1; CELENE BENEDITI BRAGION1; FÁBIO GUILHERME CAMPOS2; MURILO ROCHA RODRIGUES1; DANIELA TIEMI SATO1; PAULA DE FREITAS RIBEIRO1; JOSÉ AIRES PEREIRA1; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZI

1.UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: O estresse oxidativo tecidual decorrente da produção aumentada de radicais livres de oxigênio pelas células da mucosa cólica desprovida de trânsito fecal é um dos principais mecanismos relacionados ao desenvolvimento da colite de exclusão (CE). O estresse oxidativo destrói a proteína ocludina componente das junções de oclusão do epitélio cólico, possibilitando a translocação bacteriana pelo espaço intercelular para a camada submucosa estéril ocasionando a inflamação da mucosa cólica. A curcumina substância encontrada no rizoma da *Curcuma longa* a anos vem sendo utilizada no tratamento de diferentes doenças inflamatórias intestinais pela sua importante ação antioxidante. Até o momento nunca se avaliou os efeitos tópicos da curcumina em modelos experimentais de CE. Objetivo: Avaliar os efeitos da aplicação preventiva de enemas com curcumina no conteúdo tecidual de ocludina na mucosa cólica desprovida trânsito fecal. Método: 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), extrato oleoso de *Curcuma longa* nas concentrações de 50mg/kg/dia (CUR-1) ou 200mg/kg/dia (CUR-2). Cada grupo experimental por sua vez foi dividido em dois subgrupos grupos, segundo o sacrifício ter sido realizado 2 ou 4 semanas após a derivação intestinal. A expressão de ocludina no epitélio cólico foi analisada por imunoistoquímica e seu conteúdo tecidual mensurado com auxílio de análise de imagem assistida por computador. Os resultados encontrados foram comparados entre os grupos pelo teste t de Student e a variação segundo o tempo de irrigação pelo teste ANOVA, estabelecendo-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) para ambos os testes. Resultados: O conteúdo tecidual de ocludina nos animais irrigados com SF, CUR-1 e CUR-2 após 2 semanas de irrigação foram de  $9,739 \pm 1,02$ ,  $13,57 \pm 0,69$  e  $15,45 \pm 0,46$ , respectivamente. Nos irrigados por 4 semanas o conteúdo encontrado foi de  $11,1 \pm 0,45$ ,  $13,95 \pm 0,63$  e  $17,59 \pm 0,53$ , respectivamente. Encontrou-se aumento do conteúdo tecidual de ocludina nos animais irrigados com curcumina em 2 e 4 semanas quando comparados ao grupo controle ( $p < 0,01$ ). O conteúdo tecidual de ocludina atingia os maiores valores quando se utilizava maiores concentrações por tempo mais prolongado ( $p < 0,01$ ). Conclusão: A aplicação de enemas com curcumina aumenta o conteúdo de ocludina relacionada a concentração utilizada e ao tempo de intervenção. Esses achados sugerem que a curcumina possui efeito protetor das junções de oclusão intercelular em modelo experimental de CE.

**PT164 - INTUSSUSCEPÇÃO EM ADULTOS: RELATO DE CASO**

ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; TAMARA DURCI MENDES; SHEILA MARIA VAZ MORENO; THAIS MIGUEL DO MONTE LAMEIRO; MICHELE CRISTINA HAMAUE; LUIGI CARLO DA SILVA COSTA; JOSE EDUARDO MALDONADO JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

Resumo: A intussuscepção intestinal consiste na migração telescópica de um seguimento proximal do intestino para o lúmen de seu seguimento distal e é frequente causa de obstrução intestinal na faixa etária pediátrica, já no adulto é rara a sua ocorrência, diferindo da faixa etária pediátrica onde dificilmente encontra-se uma causa aparente, nos pacientes adultos existe etiologia bem definida nos quais há clara associada à malignidade. O mecanismo exato pelo qual ocorre a intussuscepção intestinal permanece desconhecido, mas acredita-se que uma lesão neoplásica ou irritação da parede intestinal pode alterar o padrão de peristaltismo e funcionar como ponto de tração para que ocorra a invaginação. Dada a sua rara ocorrência e ao quadro clínico não específico, seu diagnóstico ocorre algumas vezes por métodos de imagem como radiografia simples do abdômen, exames contrastados, colonoscopia, ultra-sonografia (USG) e tomografia computadorizada (TC). Contudo, o diagnóstico pré-operatório permanece difícil, sendo muitas vezes feito somente no ato cirúrgico. Sabe-se que a tríade clássica de dor abdominal, massa abdominal palpável e fezes sanguinolentas é mais comum na faixa etária pediátrica e raramente ocorre no adulto. Os sintomas de intussuscepção no adulto são geralmente inespecíficos e crônicos ou subagudos, sugerindo obstrução intestinal ou semi-obstrução na maioria dos casos. Este relato registra um caso de evolução subaguda com sintomas inicialmente sugestivos de gastroenterite infecciosa, sendo tratado como tal, porém de evolução para quadro de abdômen agudo inflamatório, com desfecho e resultado de anatomo patológico imprevisível. Neste estudo o diagnóstico foi estabelecido no ato cirúrgico após inventário da cavidade e após redução manual da intussuscepção, onde se observou tumor encontrado em ceco com preservação de íleo e apêndice cecal. O tratamento instituído foi ileotiflectomia com seis cm de margens livres, distal e proximal. Embora controverso, todos os autores concordam que a ressecção seja necessária, já que uma lesão patológica, provavelmente maligna, está presente na maioria dos casos. Muitos autores também concordam que invaginações envolvendo os cólons devem ser preferivelmente submetidas à ressecção “en bloc” pela possibilidade de etiologia maligna, divergindo da tática utilizada nesta cirurgia, onde foi necessária a redução para melhor visualizar da topografia da lesão para definição da melhor proposta de ressecção cirúrgica. A intussuscepção é um evento raro em pacientes adultos, de sintomatologia vaga e difícil diagnóstico nesta faixa etária. Mesmo após exames de imagem, estes podem ser mal interpretados, dificultando o diagnóstico correto. Os sintomas inespecíficos assim como os exames de imagem tornam a identificação da intussuscepção em adultos um desafio ao cirurgião.

**PT165 - PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE: RELATO DE DOIS CASOS**

CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE; JOÃO ANTÔNIO FERIANI NUNES; SERGIO LUIS APARECIDO BRIENZE; MARCO ANTÔNIO RIBEIRO FILHO; ISAAC DE FARIA SOARES RODRIGUES; MONIZE ANDREA CAVASSANI; JESSICA SANMIGUEL  
*FAMERP, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A peritonite esclerosante encapsulante (PEE) é uma patologia rara com alta morbimortalidade e sem etiologia completamente esclarecida. Consiste no envolvimento total ou parcial do intestino delgado por membrana espessa de tecido conjuntivo fibroso, podendo envolver outros órgãos como intestino grosso, fígado e estômago. Apresenta manifestações clínicas inespecíficas, cursando com episódios recorrentes de suboclusões e obstruções intestinais. Neste relato apresentaremos dois casos de PEE secundária à diálise peritoneal. Relato dos Casos: Homens, sendo um de 38 e outro de 41 anos, que devido à insuficiência renal crônica realizaram diálise peritoneal com solução glicosada através de cateter de Tenckhoff por longos períodos e posteriormente foram transplantados renais. Cursaram com episódios de peritonite bacteriana espontânea durante a diálise peritoneal e após o transplante renal. Respectivamente após 10 e 7 anos do início da diálise peritoneal começaram a apresentar quadros de empachamento, vômitos, parada da eliminação de fezes e/ou flatos, emagrecimento e desnutrição grave. Passaram por diversas internações, nas quais o diagnóstico de PEE foi confirmado, com auxílio da tomografia computadorizada de abdome que evidenciou espessamento da parede intestinal e membrana e peritoneal; calcificações peritoneais; septações em cavidade abdominal; além de ascite encapsulada. O tratamento clínico prevaleceu com sonda nasogástrica, jejum alimentar e, às vezes, nutrição parenteral total, mas em alguns momentos foram necessárias intervenções cirúrgicas em caráter de urgência. O primeiro caso teve um desfecho desfavorável e o segundo caso segue em boa evolução em uso de prednisona e azatioprina. Discussão: A PEE pode ser classificada em primária ou idiopática e secundária. A forma secundária está associada a fatores predisponentes como diálise peritoneal, peritonite recorrente, cateteres abdominais, entre outras. A PEE secundária a diálise peritoneal tem incidência de 0.7%, podendo atingir 10.8% com aumento do tempo dialítico além de alta mortalidade, 56%. A toxicidade dos produtos da degradação da glicose durante diálise peritoneal é a provável causa da fibrose e dos casulos peritoneais. Os tratamentos com corticoides, imunossuppressores e tamoxifeno seguem em estudo atualmente. O tratamento cirúrgico reserva-se para quadros de abdome agudo obstrutivo. Ensaios com peritonectomia e enterólises mostraram resultados ruins com mortalidade de até 36% e alta morbidade. Conclusão: O estudo sobre a PEE deve ser incentivado; pois, apesar de rara, esta condição apresenta significativa morbidade, devendo fazer parte do diagnóstico diferencial das síndromes de obstrução intestinal. Faltam ensaios clínicos randomizados tanto para o tratamento clínico quanto para o tratamento cirúrgico.

**PT166 - RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL COM DUODENO-TRANSVERSO ANASTOMOSE E SHUNT COLÔNICO EM PACIENTE COM SÍNDROME DO INTESTINO CURTO**

ENRICO SFOGGIA; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; BRUNO ZENNE MOTTA; RAFAEL COSTA JOMAH; ROGERIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES

*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A síndrome do intestino curto (SIC) ocorre quando há redução da massa funcional do intestino delgado, que resultando déficit nutricional. Em adultos, 75% dos casos de SIC devem-se às ressecções intestinais maciças, relacionadas a infarto mesentérico, volvo de intestino delgado, lesão traumática dos vasos mesentéricos superiores e bridas. As ressecções intestinais múltiplas por doença de Crohn e enterite actínica são responsáveis por 25% dos casos de SIC. A diminuição da superfície de absorção e o aumento da velocidade do trânsito intestinal levam a diarreia profusa, desidratação, alterações do equilíbrio eletrolítico e ácido básico, além de acometimento nutricional, exigindo assim a dependência de nutrição parenteral (NP). Essa dependência é responsável pela maioria das morbidades e mortalidades associadas a NP. O tratamento cirúrgico da SIC depende da idade do paciente, do comprimento do intestino remanescente, do diâmetro e da função intestinal. Para reduzir o trânsito intestinal e aumentar o tempo de absorção existem várias técnicas cirúrgicas, como a confecção de um segmento intestinal antiperistáltico, válvulas e interposição de segmento colônico. Transplante intestinal é, atualmente, alternativa viável, mas pouco acessível. Chama-se de shunt a passagem ou caminho que permite o trânsito anômalo de fluidos de um lado a outro do corpo humano. Relato de caso: homem, 28 anos, submetido a apendicectomia em maio de 2014 em outro serviço, evoluindo com fistula estercoreal. Em março de 2015 feita tentativa de correção da fistula, evoluindo com isquemia mesentérica extensa e necessidade de ressecção ampla de intestino delgado e realização de duodenostomia (sonda duodeno-cutânea devido a impossibilidade de alcance do estoma a pele). Foi então transferido ao HCFMRP-USP para início de NPT exclusiva. Evoluiu com esteatose hepática grave secundária a NPT. Em junho de 2015 foi submetido a laparotomia exploradora e o foi observado ausência de intestino delgado. Foi realizada duodeno-transverso anastomose término-lateral com grampeador e anastomose entre o ceco e o sigmoide latero-lateral manual (shunt). O shunt foi realizado na tentativa de recircular o conteúdo intestinal para uma melhor absorção de água, eletrólitos e nutrientes, além de diminuir o supercrescimento bacteriano. Houve boa evolução pós operatória, com aceitação da alimentação oral, mantendo cerca de 4 evacuações/dia, melhora da complicação hepática e possibilidade de retorno da NPT suplementar domiciliar. Conclusão: Inúmeras técnicas cirúrgicas são utilizadas para tentativa de tratamento da SIC, já que o transplante intestinal

ainda é uma realidade distante. A utilização do shunt colônico poderá colaborar para que pacientes portadores dessa patologia possam melhorar sua qualidade de vida.

**PT167 - INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCÓLICA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO**

CELENE BENEDITI BRAGION; PAULA DE FREITAS RIBEIRO; DANILO TOSHIO KANNO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; RONALDO NONOSE; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ

*UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL.*

Resumo: A Intussuscepção intestinal em adultos é uma condição pouco comum, responsável por cerca de 1 a 5% dos casos de obstrução intestinal em adultos e, geralmente, associada a tumores ou doença inflamatória intestinal. Intussuscepções decorrentes à inversão de divertículo de Meckel correspondem a 4% de todos os casos de obstrução intestinal por intussuscepção. Objetivo: O objetivo do presente pôster é apresentar um caso de intussuscepção intestinal devido à divertículo de Meckel. Relato do caso: Homem, 47 anos, há 6 meses com dor abdominal recorrente, do tipo cólica em flanco direito e associado à diarreia. Refere perda ponderal de 5kg no período. Há um dia apresentou piora do quadro doloroso, fazendo-o procurar o pronto socorro. Ao exame de admissão apresentava-se BEG, corado, hidratado, acianótico, anictérico, eupneico, discretamente taquicárdico. Ao exame o abdome era plano, flácido, doloroso a palpação no flanco direito onde se palpava uma massa tumoral de limites imprecisos. Os RHA eram presentes e não havia presença de descompressão brusca dolorosa. Uma radiografia simples de abdômem mostrava sinais de obstrução intestinal e a ultrassonografia de abdômen realizada na sala de admissão, espessamento, densificação e borramento da gordura pericólica, associado a distensão e espessamento de parede das alças jejuno-ileais adjacentes, com líquido em seu interior. Para melhor avaliação do quadro abdominal o doente foi submetido a tomografia computadorizada de abdômen que confirmou a o espessamento parietal do íleo terminal e cólon ascendente, identificando ainda uma intussuscepção ileo-cólica que se estendia até o terço proximal do cólon transverso. Com o diagnóstico de abdômen agudo obstrutivo decorrente de uma intussuscepção ileo-cólica foi indicado tratamento cirúrgico. No inventário da cavidade abdominal encontrou-se pequena quantidade de líquido livre na cavidade e presença de intussuscepção ileocólica de cerca de 100 cm. As alças ileais no local apresentavam sinais de isquemia e necrose. Optou-se por ressecção em bloco realizando-se uma íleo-colectomia direita, com anastomose mecânica látero-lateral anisoperistáltica. A abertura da peça mostrou que a intussuscepção devia-se presença de um divertículo de Meckel que estava evertido para o interior da luz intestinal. Após o tratamento cirúrgico o doente apresentou evolução favorável recebendo alta hospitalar no sétimo dia.

**PT168 - DOR ABDOMINAL CRÔNICA SECUNDÁRIA A CISTO MESENTÉRICO (LINFANGIOMA) - RELATO DE CASO**

TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; RAFAELA MOSNA ADAMI; FLAVIA TRINO MORAES; PAULA TAVARES GUIMARAES; JOSE EDUARDO MALDONADO JUNIOR  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI, SP, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Cistos mesentéricos são tumores abdominais raros, que podem acometer pacientes de todas as faixas etárias, sendo mais comuns em mulheres na quarta década de vida. Desde o primeiro relato feito por Benevianae em 1507, aproximadamente 800-900 casos de cistos mesentéricos foram descritos na literatura. Essas neoplasias são geralmente assintomáticas e diagnosticadas por acaso. É definido como qualquer lesão cística localizada entre os folhetos do mesentério, do duodeno ao reto, sendo mais comumente encontrado ao nível do íleo. Seu tratamento é baseado na retirada do cisto, por laparotomia ou laparoscopia, embora em alguns casos possa ser necessária a ressecção de segmento intestinal. O prognóstico é bom e a recorrência é baixa. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um cisto mesentérico, que apresentou-se com quadro de dor abdominal crônica e inespecífica. **MÉTODOS:** Relato de caso e Revisão de literatura. **Relato do caso:** Mulher de 51 anos de idade, dona do lar, natural do Paraná, sem morbidades, fazendo uso diário apenas de polivitamínico, apresentou história de dor abdominal contínua de pouca intensidade no hipocôndrio e flanco esquerdo, sem irradiações, durante cerca de dois anos. Procurou atendimento médico nesse período, não sendo evidenciado alterações que justificassem o quadro, sendo então realizado apenas medicações sintomáticas na época, com melhora do quadro. Após um ano do início dos sintomas percebeu piora progressiva da dor, que ficava mais intensa ao sentar-se, associando também distensão abdominal. Nega outras alterações. Ao exame físico não se evidencia alterações importantes ou compatíveis com a queixa da paciente. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou formação cística de paredes finas e lisas, situada em flanco esquerdo, porém sem definir precisamente sua origem ou delimitação. A Ressonância Magnética de abdômen evidenciou uma formação cística lobulada, multiloculada com septos finos internos, apresentando hipossinal em T1 e hiperssinal em T2, com localização na gordura intra-peritoneal, apresentando íntimo contato com a parede anterior da porção mais cranial do colón esquerdo. Não foi identificado contato com a cauda pancreática. Não há áreas sólidas, áreas com realce, paredes ou septos espessados, nem sinais de lesão agressiva. Mede cerca de 9,0 x 7,0 x 5,5 cm (eixo CC x Ap x LL). Trata-se de lesão de natureza cística sem agressividade, podendo considerar a hipótese de linfangioma (cisto mesentérico). Realizado agendamento para a realização de laparotomia eletivamente, sendo que a paciente está no aguardo da realização da cirurgia. **CONCLUSÃO:** O tratamento desses cistos consiste basicamente na sua retirada ou descapsulação, acompanhada por biopsia da cap-

sula, que pode ser realizado de preferência por via laparoscópica. O seguimento pós-operatório é realizado por meio de exames ultrassonográficos periódicos. O prognóstico é bom, com remissão total dos sintomas.

**PT169 - UM NOVO PINO DE SUSTENTAÇÃO PARA COLOSTOMIAS EM ALÇA**

CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; THIAGO RODRIGUES DA CUNHA STOIANOV; ENRICO SFOGGIA; BRUNO ZENNE MOTTA; ROGERIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** a retração é umas das complicações mais comuns dos estomas intestinais. Usualmente está relacionada à técnica inadequada ou a fatores do paciente como obesidade, infecção ou desnutrição. Os instrumentos tradicionais para sustentação dos estomas em alça possuem a desvantagem de dificultar o posicionamento adequado das bolsas coletoras e podem facilitar o desenvolvimento de um processo infeccioso local. O presente estudo visa descrever a experiência com o uso de um novo instrumento destinado a sustentação dos estomas de alto risco de retração. **Método:** estudo retrospectivo dos prontuários médicos de pacientes do período de 2003 a 2013 submetidos à colostomia em alça com introdução de um pino de colostomia desenvolvido em nossa instituição. **Resultados:** O pino de colostomia foi utilizado em 209 pacientes, 111 homens (53%) e 98 mulheres (47%). A idade média dos pacientes foi de 66 anos (23-93 anos). As principais indicações das cirurgias colorretais foram por: câncer de reto (n=173 [82,8%]), câncer do sigmóide (n=16 [7.7%]), doença diverticular dos cólons complicada (n=6 [2,9%]), megacólon (n=5 [2.4%]) e doença inflamatória intestinal (4 [1.9%]). treze pacientes (6%) relataram desconforto no local de inserção do pino. Sangramento, infecção, isquemia, necrose, retração ou queda do estoma não foram relatados. **Conclusão:** o instrumento proposto foi eficaz na prevenção da retração dos estomas em alça de alto risco com boa tolerabilidade e baixo índice de complicações.

**PT170 - ADENOMA TUBULOVILOSO COMO CAUSA DE APENDICITE AGUDA**

JANAINA WERCKA; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** Apendicite aguda resulta da obstrução do lúmen apendicular geralmente por fecalitos e hiperplasia folicular linfóide. Em contraste, a inflamação do apêndice cecal por obstrução de tumor benigno é incomum, representando apenas 1% dos casos. Em particular, adenomas vilosos são neoplasias extremamente raras, com frequência de 0,06% nos espécimes apendiculares sendo diagnosticadas frequentemente no estudo anatomopatológico, pois quando obstruem a luz



apendicular tem apresentação clínica habitual em relação às causas mais comuns. Objetivo: Relatar um caso de apendicite aguda causado por adenoma obstrutivo de base apendicular, operado no Hospital Santa Marcelina, São Paulo. Descrição do caso: Paciente masculino, 56 anos, com quadro de dor abdominal mesogástrica que migrou para fossa ilíaca direita (FID), associada a náuseas e anorexia há três dias. Ao exame físico apresentava dor intensa e descompressão brusca em FID, sem peritonite generalizada. Exames complementares mostravam RX de abdômen agudo sem alterações, leucócitos de 10.500, segmentados de 72% e bastões 1%, amilase 47, urina tipo 1 sem anormalidades. Compatível com quadro de apendicite aguda, o paciente foi submetido a apendicectomia laparotômica com evidência de apêndice cecal de aproximadamente 7 cm de extensão, retrocecal e subseroso com sinais de apendicite aguda em fase fibrinopurulenta. O paciente teve boa evolução e recebeu alta. O estudo anatomopatológico revelou apendicite aguda purulenta, adenoma túbulo viloso com atipias de baixo grau com margem de ressecção comprometidas pela neoplasia e a Imunohistoquímica foi positiva para CDX2, Ki67 em 40% das células, MLH1, MSH2M, MSH6, PMS2 e negativa para cromogranina, concluindo adenoma túbulo viloso de apêndice cecal. O paciente realizou colonoscopia pós-operatória sem anormalidades e segue em acompanhamento ambulatorial. Discussão: Adenomas vilosos são encontrados geralmente no cólon sigmóide e reto, e tem propensão a evoluir para lesões invasivas e posterior adenocarcinoma. Por outro lado, a ocorrência no apêndice cecal é extremamente rara, correspondendo a 0,06% nos espécimes apendiculares. A colonoscopia no seguimento pós-operatório é mandatória em pacientes com apendicite secundária a obstrução por tumores, visto a associação com tumores colorretais sincrônicos. Conclusão: A análise adequada dos espécimes cirúrgicos pelo médico patologista e seu laudo pelos cirurgiões assistentes deve ser feita de forma cuidadosa e criteriosa, uma vez que pode coexistir neoplasias benignas ou malignas em casos de suspeita inicial de apendicite aguda.

**PT171 - COLECTOMIA DIREITA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA - CASUÍSTICA DE 24 CASOS**

LEONARDO MACHADO DE CASTRO; ATILA HADAD CRELIER; CESAR PAIVA BARROS; ALESSANDRA CINTRA AMARAL; FLÁVIA CAPPELLI ALVES; GABRIELA SANTOS SILVA; KERLEY KELLER  
*HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Atualmente várias publicações mundiais tem demonstrado vantagens para realização da colectomia direita com anastomose totalmente laparoscópica (anastomose ileocólica intra-corpórea). qualidade da linfadenectomia, fechamento completo do defeito mesentérico, índices reduzidos de hérnia incisional, menor chance de torção íleal para durante a confecção da anastomose, tempo operatório equivalente a anastomose externa e resultado estético tem sido algumas destas vantagens. relatamos a experiência de 24 caso de 2011 a 2015.

**PT172 - SÍNDROME DE CHILAITITI: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

TAMARA DURCI MENDES; ALEXANDRE VENANCIO SOUSA; DANIEL ESPERANDIM CEPEDA; THAYS BUENO DE CARVALHO; PATRICIA BARBOSA SILVEIRA; THAIS MIGUEL DO MONTE LAMEIRO; SHEILA MARIA VAZ MORENO; CAROLINA LYDER NORONHA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.*

Resumo: A Síndrome de Chilaiditi consiste na interposição de alça intestinal, normalmente de cólon, entre fígado e diafragma (sinal de Chilaiditi), associado a sintomas e sinais de abdome obstrutivo (dor intensa, redução ou parada de eliminação de flatos e fezes, distensão abdominal). A incidência na população geral varia entre 0,025% e 0,28%, sendo quatro vezes mais prevalente em homens em relação a mulheres. Objetivo: relatar o caso de uma jovem de 18 anos que após cirurgia ginecológica desenvolveu dor abdominal intensa e episódios de vômitos. Apresentava abdome distendido, ausência de ruídos hidroaéreos e enfisema subcutâneo por todo o abdome. Ao realizar exame de rotina para abdome agudo, na incidência das cúpulas notou se imagem sugestiva de pneumoperitônio, após a qual foi indicada cirurgia de laparotomia na suspeita de abdome agudo perfurativo, o qual não se confirmou no achado intra operatório, evidenciando uma alça de delgado interposta sobre a cúpula diafragmática direita, levantando a hipótese de síndrome de Chilaiditi. Método: Relato de caso a partir de levantamento de dados de prontuário e revisão de literatura a partir das bases Liliacs, Medline, PubMed. Resultados: A síndrome de Chilaiditi é caracterizada pela presença do sinal acima descrito associada a sintomas, como dor abdominal, constipação, vômitos, dispnéia, anorexia e distensão abdominal. Por se tratarem de sintomas inespecíficos e de uma síndrome rara, seu diagnóstico é dificultado e fica a segundo plano, sendo assim, subdiagnosticada na maioria dos casos e tratada de forma inapropriada. A incidência na população geral varia entre 0,025% e 0,28%, sendo quatro vezes mais prevalente em homens em relação a mulheres e pode ser associada a tumores malignos de pulmão e trato gastrointestinal. Foram encontrados poucos casos descritos na literatura mundial, mostrando, talvez a escassez de diagnósticos feitos desta síndrome. Conclusão: A síndrome de Chilaiditi é um evento raro, de sintomatologia vaga e difícil diagnóstico. Mesmo após exames de imagem, estes podem ser mal interpretados, dificultando o diagnóstico correto.

**PT173 - RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL COM HERNIOPLASTIA INCISSIONAL E ABDOMINOPLASTIA: RELATO DE CASO**

GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES; ROSILMA GORETE LIMA BARRETO; NIKOLAY COELHO DA MOTA; GIANCARLO DE SOUZA MARQUES; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR; BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA; WASTON GONÇALVES VIEIRA; JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO  
*UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A reconstrução do trânsito intestinal acarreta elevados índices de morbimortalidade. no reparo de defeitos de parede abdominal quando o sítio cirúrgico encontra-se contaminado, as próteses biológicas, mesmo dispendiosas, devem ser apontadas como uma opção pois, viabilizam o reparo em um único estágio e em virtude da natureza desses biomateriais espera-se a formação de um bom tecido cicatricial. objetivo: apresentar um caso de reconstrução do trânsito intestinal com hernioplastia incisional e abdominoplastia em paciente portadora de colostomia a hartmann há 9 anos relato de caso: paciente feminina, 29 anos, solteira, estudante, natural de santa inês/ma e residente em são luís/ma, portadora de colostomia a hartmann desde setembro de 2005 após lesão iatrogênica de cólon sigmóide em procedimento cirúrgico de emergência para tratamento de cisto ovariano roto em anexo esquerdo. Permaneceu internada por 2 meses, foi submetida a múltiplas laparotomias exploradoras para drenagem de abscessos intra-peritoniais e troca de bolsa de bogotá, evoluindo com volumosa hérnia incisional de parede abdominal. Procurou o serviço de coloproctologia de um hospital de referência em reconstrução do trânsito intestinal na cidade de são luís/ma e, após avaliação conjunta da coloproctologia, cirurgia geral e cirurgia plástica, a paciente foi submetida a reconstrução do trânsito intestinal, hernioplastia incisional com tela physiomesh (ethicon) e abdominoplastia em um mesmo tempo cirúrgico. resultados: evolução satisfatória com alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. Após 4 meses do procedimento cirúrgico, apresenta-se com hábito intestinal regular, sem hérnia de parede abdominal e com cicatrização completa da ferida operatória. conclusão: apesar do alto custo de algumas telas específicas para tratamento de hérnias de parede abdominal como a physiomesh e dos riscos inerentes às cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal, o uso das duas técnicas em um mesmo tempo cirúrgico mostrou-se factível e eficaz.

#### PT174 - INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A GIST: RELATO DE CASO

ILANA POLEGATTO1; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR2; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR2; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA2; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA2; JOAQUIM SIMÕES NETO2; JOSÉ ALFREDO REIS NETO2; IVNA HOLANDA VIANA2  
1.PUCC, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2.CLINICA REIS NETO, CAMPINAS, SP, BRASIL.

**Resumo:** Introdução: A intussuscepção intestinal, embora comum na população pediátrica, é rara em adultos, sendo responsável por 5% de todos os casos e por 1% das obstruções intestinais. As neoplasias malignas são as principais etiologias na intussuscepção intestinal no adulto, dentre estas, o GIST é ainda menos comum. Os tumores estromais do trato gastrointestinal (GISTs) constituem um tipo raro, porém distinto de neoplasias do trato gastrointestinal. Tem origem nas células intersticiais de Cajal e expressam os antígenos CD117 e CD34. Objetivo: Relatar um caso incomum na literatura de intussuscepção intestinal em adulto cujo diagnóstico final

foi secundário a GIST. Relato de caso: Paciente feminino, 51 anos, hígida, dá entrada com queixa de enterorragia e melena há 8 dias. Conta história de sangramento anal, intermitente, há 8 meses. Traz Endoscopia Digestiva Alta (EDA) recente sem sinais de sangramento e Tomografia Computadorizada (TC) de abdome da mesma data com sinais de invaginação intestinal. Realizada nova EDA, com introdução de colonoscópio até jejuno proximal, evidenciando lesão elevada de 3 cm. Programada cirurgia laparoscópica, com visualização de intussuscepção de delgado de 20cm, sem sucesso de correção, com conversão para laparotomia. Desfeita intussuscepção, com identificação de tumoração pediculada, 4 cm, com componente intrínseco a palpação, a 15 cm do Treitz. Imunohistoquímica positiva para CD 117 e CD 34. Discussão: A intussuscepção intestinal é rara em adultos e apresenta, na grande maioria das vezes, um fator etiológico associado. A associação do GIST com intussuscepção é muito rara e a sintomatologia diferentemente da criança, é geralmente inespecífica e crônica, sugerindo obstrução intestinal, na maioria das vezes. Os GISTs correspondem a menos de 1% dos tumores do trato gastrointestinal, sendo os mais comuns dentre os mesenquimais. São derivados das células intersticiais de Cajal, tipicamente definidos pela expressão do c-kit nas células tumorais. Diagnosticados através de achado de exames. Nos maiores que 4cm, as principais complicações são hemorragia, obstrução intestinal, volvo, intussuscepção e perfuração intestinal. Cirurgia com ressecção completa do tumor oferece a única chance de cura. A via laparoscópica tem se mostrado opção cada vez mais frequente e viável. Imatinib também pode ser utilizado. Os principais fatores prognósticos são tamanho do tumor, localização e taxa de mitoses. Taxa de sobrevivência em 5 anos: 35%. Conclusão: A suspeita clínica precoce em pacientes com sintomas inespecíficos de suboclusão intestinal, seguida de investigação detalhada com exames de imagem, é o caminho correto para o diagnóstico de quadros de intussuscepção intestinal, associada a tumorações do intestino delgado. Os GISTs constituem um conjunto parecido de tumores em que a ressecção cirúrgica com margens livres é o único meio de cura.

#### PT175 - RELATO DE CASO - SUBCLUSÃO INTESTINAL POR ESCLERODERMIA

LUIS FELIPE LOPEZ; JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOAQUIM SIMÕES NETO; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; SÉRGIO OLIVA BANCI; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR; IVNA HOLANDA VIANA; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA  
CLÍNICA REIS NETO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Resumo:** Objetivo: Relatar caso de paciente com esclerose sistêmica previamente assintomática com quadro de sub-oclusão intestinal submetida a videolaparoscopia diagnostica seguida de laparotomia exploradora com sigmoidectomia. Método: Realizada análise retrospectiva de prontuário bem como análise de descrições cirúrgicas, laudo de anatomo patológico e revisão bibliográfica sobre o tema. Resultado: Paciente vem

para o serviço com quadro de abdome agudo obstrutivo com antecedente pessoal de esclerose sistêmica porém sem manifestações cutâneas ou viscerais prévias. É submetida a videolaparoscopia diagnóstica, e em segundo tempo, a laparotomia exploradora com sigmoidectomia. Material enviado para análise histológica que afasta processo neoplásico e demonstra diminuição das células ganglionares. Conclusão: Apesar de diferentes opiniões na literatura quanto a indicação cirúrgica de colectomia parcial em pacientes com esclerose sistêmica, observa-se grande número de relatos de casos semelhantes ao aqui apresentado com resultados cirúrgicos satisfatórios.

**PT176 - JEJUNOSTOMIA DESCOMPRESSIVA NO TRATAMENTO DA PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL IDIOPÁTICA CRÔNICA**

JULIANA LIMA TOLEDO; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; RAFAEL COSTA JOMAH; LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; ROGERIO SERAFIM PARRA; OMAR FERES; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução. A pseudo-obstrução intestinal idiopática crônica é uma síndrome rara, caracterizada por episódios recorrentes de obstrução intestinal sem fatores mecânicos, metabólicos ou sistêmicos identificáveis e causada por uma disfunção primária dos plexos nervosos entéricos. O tratamento usual inclui o uso de drogas procinéticas e enterostomias para decompressão e nutrição enteral. O objetivo do presente estudo é relatar a experiência com quatro casos de pseudo-obstrução idiopática submetidos a jejunostomia descompressiva e em seguimento no serviço de coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Métodos: estudo descritivo de uma série de pacientes diagnosticados com pseudo-obstrução entre janeiro de 2000 e julho de 2015. Resultado dos casos: Paciente 1: mulher, 24 anos, atendida em nossa instituição com história de constipação intestinal desde a infância e colectomia subtotal prévia, em outro serviço. Paciente 2: homem, 49 anos, com quadros episódios recorrentes de suboclusão intestinal, de longa data e sintomatologia progressivamente mais intensa. História prévia de duas laparotomias exploradoras em outros serviços, sem identificação de fator obstrutivo. Paciente 3: mulher, 28 anos, encaminhada ao serviço após colectomia total por abdome agudo obstrutivo sem causa aparente. Paciente 4: masculino, 68 anos, história de constipação com 24 anos de evolução e duas cirurgias prévias em outro serviço, para tratamento de abdome agudo obstrutivo sem identificação da causa e com pouco alívio dos sintomas. Todos os pacientes foram encaminhados ao nosso serviço com quadro de constipação intestinal, distensão abdominal importante e comprometimento nutricional. O Diagnóstico de Pseudo-Obstrução Intestinal Idiopática foi proposto após investigação e afastamento de distúrbios infecciosos, metabólicos e mecânicos. Como não houve melhora ao tratamento com procinéticos e octreotida os pacientes foram submetidos à laparotomia exploradora. A jejunostomia

à Witzel foi realizada em todos os pacientes com melhora significativa do quadro de dor e distensão abdominais. Após o procedimento os pacientes apresentaram recuperação do estado nutricional. Conclusão. A jejunostomia descompressiva foi eficaz para o controle dos sintomas e recuperação nutricional nos pacientes diagnosticados com Pseudo-Obstrução Intestinal Idiopática Crônica.

**PT177 - PNEUMATOSE INTESTINAL EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO**

RAFAEL COSTA JOMAH; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; LEILA RODRIGUEZ MARTINS; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; ROGERIO SERAFIM PARRA; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: a pneumatose intestinal é caracterizada pela presença de gás no interior da parede intestinal. As condições clínicas que cursam com estados de imunossupressão e aumento da permeabilidade da mucosa do trato gastrointestinal (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, pacientes transplantados ou em quimioterapia, megacólon tóxico e enterocolite necrotizante) são as causas mais frequentes da doença. Em até 30% dos casos a doença é idiopática e não requer tratamento específico por não apresentar significado clínico. Os autores relatam um caso de pneumatose intestinal complicado por abdome agudo, em paciente portador de HIV e imunossupressão. Relato de caso: homem, 30 anos, com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e imunossupressão. Em seguimento pela hematologia com diagnóstico de linfoma de sistema nervoso central. Após quatro ciclos de metotrexato passou a apresentar forte dor na região do hipocôndrio direito, em aperto, sem irradiações, associada a evacuações pastosas e amareladas. Ao exame físico com taquipneia e taquicardia. Abdome com dor de forte intensidade à palpação difusa, defesa voluntária, sem sinais de decompressão brusca. Exames laboratoriais com pancitopenia. A tomografia computadorizada do abdome evidenciou pneumatose intestinal em alças colônicas. O paciente evoluiu com piora da dor abdominal, deterioração do quadro clínico e foi submetido à uma laparotomia exploradora de urgência, que evidenciou enfisema retroperitoneal importante na região ileocecal. Optou-se por realizar colectomia direita com ileostomia terminal e sepultamento do coto distal de cólon transversal devido instabilidade hemodinâmica. Após o procedimento evoluiu com melhora progressiva do quadro clínico e bom funcionamento do estoma. O estudo patológico da peça operatória demonstrou focos necrose superficial do cólon e áreas de hemorragia recente não associadas a processo inflamatório. Discussão: nos pacientes com HIV e imunossupressão, a pneumatose intestinal está frequentemente associada à criptosporidiose, embora já tenha sido encontrada em associação com outras infecções (rotavírus, citomegalovírus, pseudomonas e clostridium). Sua presença pode representar sinal de doença avançada. É importante reconhecer a forma idiopática da doença que, habi-

tualmente, requer apenas observação. Os casos complicados por sepse, hemorragia incontrolável ou perfuração devem ser tratados cirurgicamente.

**PT178 - MELANOMA PRIMÁRIO DE DELGADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

LEILA RODRIGUEZ MARTINS; MARLEY RIBEIRO FEITOSA; ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA; RAFAEL COSTA JOMAH; LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE; PAULO HENRIQUE PISI; JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA; OMAR FERES  
*HCFMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: o intestino delgado pode ser sede de implantes metastáticos, no entanto tumores primários são raros. O melanoma primário do delgado pode ser diagnosticado com base nos seguintes critérios: ausência de evidência de melanoma concomitante ou lesão melanocítica da pele, ausência de lesão metastática extraintestinal e presença de lesão intra-mucosa no epitélio intestinal. Não existe, até o momento, uma padronização do tratamento dessa doença. O objetivo do estudo é descrever um caso clínico de melanoma primário de delgado com revisão da literatura. Relato do caso: homem, 67 anos, com quadro de anemia crônica, perda de 17 kg e evacuação de fezes enegrecidas há 6 meses. Iniciou investigação em outra unidade. Devido pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva realizou endoscopias digestivas alta e baixa que foram normais. Encaminhado ao ambulatório de coloproctologia onde foi submetido tomografia de abdômen que revelou espessamento parietal segmentar concêntrico de segmento jejunoileal, medindo cerca de 8x6 cm e linfonodos mesentéricos regionais aumentados em número, sugestivo de neoplasia maligna. Optou-se por laparotomia exploradora, que evidenciou massa pélvica retro-peritoneal de 10 cm de diâmetro, de aspecto endurecido, com extensão para topografia de grandes vasos e infiltração do mesentério de delgado. A lesão foi completamente ressecada e estudo anatomopatológico mostrou tratar-se de uma neoplasia maligna pouco diferenciada composta por células atípicas organizadas em padrão sólido de crescimento. A análise Imunohistoquímica revelou positividade forte e difusa das células neoplásicas para HM B-45, Melan-A e proteína S100, e negatividade para AE1/AE3, configurando quadro imunohistoquímico compatível com melanoma maligno. Paciente não apresentava lesões progressas ou residuais compatíveis com melanoma maligno. Tomografias de tórax, abdômen e pelve sem sinais sugestivos de metástases à distância. Exame oftalmológico sem alterações. Pesquisa de mucosas sem evidência de lesões sugestivas de melanoma. Discussão: O melanoma é uma doença maligna que pode ocorrer em várias localizações onde há melanócitos ou melanoblastos. Apesar de extremamente rara, há hoje evidência científica suficiente para comprovar a existência do melanoma maligno primário no intestino delgado. No entanto, a diferenciação com o melanoma metastático é muito importante para o prognóstico e tratamento. O caso preenche os critérios apresentados de biópsia e ausência de evidência

de doença em outros órgãos. O Seguimento oncológico da doença poderá confirmar o prognóstico favorável e cura após ressecção cirúrgica.

**PT179 - PERFURAÇÃO COMO COMPLICAÇÃO DE LINFOMA INTESTINAL: RELATO DE CASO**

FELICIDAD SANTOS GIMENEZ; CAROLINE LIMA DE OLIVEIRA; PATRICIA CARVALHO MACHADO AGUIAR; HUGO SANMARONY CARDOSO; JOÃO JOSE CORREIA BERGAMASCO; RUBEM ALVES DA SILVA NETO; LUANA GIMENEZ FREIRE  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Distinguir um linfoma primário do intestino delgado de um linfoma que apresenta-se como parte de uma doença generalizada é complexo. Ausência de linfadenopatia mediastinal, o envolvimento hepato-esplênico, o mielograma sem alterações, e o aspirado de medula óssea normal auxiliam no diagnóstico de doença primária. Podem apresentar-se como infiltração difusa, massa exofítica, massa polipóide ou múltiplos nódulos. Objetivo: Relatar um caso de perfuração do intestino delgado, ocorrido por linfoma primário. Método: Paciente, 40 anos, masculino, apresentou dor abdominal difusa tipo cólica que, em um mês, evoluiu para localização em fossa ilíaca esquerda, migrando para fossa ilíaca direita, tendo melhora espontânea. Em 2 meses, abriu quadro com tumoração evoluindo com aumento progressivo em fossa ilíaca direita, febre, hematúria, êmese, hiporexia, fezes líquido-pastosas e perda ponderal importante. Ao exame físico, abdome maciço à percussão em fossas ilíacas e hipogastro, com massa palpável em todo o abdome inferior, endurecida, pouco móvel, dolorosa à mobilização e medindo aproximadamente 25cm. A tomografia computadorizada (TC) de abdome total evidenciou volumosa lesão expansiva sólida e heterogênea sugestiva de processo neoplásico primário possivelmente de alça intestinal delgada. Acompanhada de linfonodomegalias de permeio à raiz do mesentério. Durante o processo de internação e pré-operatório evoluiu com perfuração de alça intestinal, levando a pneumoperitônio, sendo realizado laparotomia exploradora de urgência, com ressecção (R2) do tumor localizado no íleo terminal, além de cistostomia e ileostomia. A lesão foi identificada como linfoma não Hodgkin de células T. O paciente apresentou boa recuperação pós-operatória, com acompanhamento nutricional e encaminhado para seguimento ambulatorial em regular estado geral para tratamento coadjuvante em hospital de referência. Resultados: A maioria dos linfomas intestinais é de células B (mais que 95%) e estão uniformemente divididos em tumores de baixo grau e de alto grau. A pequena fração de linfomas de células T que ocorre no intestino geralmente é formada por lesões de alto grau e geralmente associada à imunossupressão por HIV e doença celíaca. A apresentação clínica usual dos linfomas gastrointestinais incluem dor abdominal, fadiga, diarreia, perda ponderal e ocasionalmente, febre. A perfuração como apresentação inicial é rara. Exames de imagem e endoscópicos podem ser úteis

para o diagnóstico, mas frequentemente não são conclusivos. Conclusão: Sabemos que o prognóstico desses pacientes é reservado, que muitas vezes ocorre resistência aos citostáticos, carência nutricional associada e ao elevado risco de abdômen agudo, portanto é uma patologia que merece atenção tendo bons resultados quando se tem um diagnóstico em estágios iniciais da doença.

**PT180 - CIRURGIAS COLOPROCTOLOGICAS TOTALMENTE LAPAROSCÓPICAS COM EXTRAÇÃO DO ESPÉCIME POR ORIFÍCIOS NATURAIS (NOSE)**

THALLES VALENTE LISBOA; FABIO LOPES DE QUEIROZ; BRENO XAIA MARTINS DA COSTA; PAULO ROCHA FRANÇA NETO; NATALIA REGINA MISSON; ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES; MARIANA CAMPOS PALMA; AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As cirurgias minimamente invasivas são descritas há mais de 30 anos com ampla difusão a partir da cirurgia videolaparoscópica. Estasse mostram segura, factível e com vantagens bem sedimentadas sobre a cirurgia laparotômica. Os pacientes evoluem com retorno precoce do funcionamento intestinal, melhor controle algico, diminuição de complicações do sítio cirúrgico como infecção, hérnias e vícios de cicatrização, além do ganho estético. No entanto ainda necessita de uma pequena incisão abdominal para remoção da peça cirúrgica ou inserção da ogiva para anastomose. As técnicas com retirada do espécime por orifícios naturais (NOSE) dispensam as minilaparotomias eliminando as complicações incisionais. Objetivo: Apresentar os resultados das Cirurgias coloproctológicas totalmente laparoscópico com retirada do espécime através de orifícios naturais (NOSE), no Hospital Felício Rocho de Belo Horizonte-MG. Método: Estudo retrospectivo de novembro/2012 a junho/2015, incluindo 12 (doze) pacientes, onde verificamos sexo, idade, tempo de internação, patologia, tipo de cirurgia, forma da retirada, realização de ostomia, cirurgias associadas, realização de neoadjuvância, o estadiamento nos pacientes oncológico e altura da lesão. Resultados: A idade variou de 36 a 85 anos, onze do sexo feminino e um do sexo masculino. Destes quatro pacientes tiveram a retirada por via anal e oito por via vaginal, sendo três destes associados à histerectomia. Oito pacientes submetidos à ressecção devido a adenocarcinoma de reto, dois devido LST uma de reto e outra de cólon transverso, um caso de endometriose e um por Megacólon chagásico. Foram uma colectomia direita, duas retossigmoidectomia, uma técnica de Duhamel, uma excisão parcial do mesorreto e sete submetidos à excisão total do mesorreto. Cinco dos pacientes tiveram alta até o quinto dia pós-operatório (DPO), quatro entre o quinto e o décimo DPO e três pacientes tiveram alta após o décimo DPO. Tivemos duas complicações cirúrgicas, uma fistula da anastomose em parede posterior associado à coleção pré-sacral e outra devido necrose do cólon abaixado com resolução através de novo abaixamento também por videolaparoscopiae retirada

por via anal seguido de anastomose. Discussão: A cirurgia de coloproctologia com extração do espécime por orifícios naturais é uma alternativa reprodutível, viável e segura. Possuem índices de complicação semelhantes à cirurgia laparoscópica convencional. Conclusão: Embora a extração do espécime cirúrgico por orifícios naturais (NOSE) tenha potencial de melhorar os resultados nas cirurgias minimamente invasivas, tanto as queixas incisionais quanto a recuperação pós-cirúrgica, sua aplicação ainda não foi bem difundida. A necessidade de estudos prospectivos, randomizados com ensaios controlados não necessários para resolução desses questionamentos.

**PT181 - CARCINOMA SÓLIDO PERINEAL RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

ALICE VARGAS DE AQUINO OLIVEIRA; MARIANA CAMPOS PALMA; AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR; FABIO LOPES DE QUEIROZ; PAULO ROCHA FRANÇA NETO; THALLES VALENTE LISBOA; NATALIA REGINA MISSON; ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES  
*HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Tumores sólidos perineais são raros e tem apresentação clínica variável. A abordagem deve ser multidisciplinar para determinar e se obter a melhor estratégia cirúrgica. O objetivo desse relato de caso é fazer uma revisão do diagnóstico e manejo de uma lesão maligna perineal, baseada na literatura. Paciente do sexo feminino, 52 anos, previamente hígida, evoluiu com quadro de dor crônica em região perianal de início em dezembro de 2014, tendo sido submetida a dois procedimentos cirúrgicos para drenagem de abscesso perianal. Manteve quadro de dor, apesar do tratamento realizado, sendo então, encaminhada para avaliação coloproctológica em abril de 2015. Ao exame físico, havia uma massa irregular em região perianal à direita, que se estendia de 7 às 11 horas, acometendo partes moles. Ao toque retal não havia invasão do canal anal, porém era palpada nodulação extrínseca à direita. Havia, ainda, linfadenomegalia inguinal ipsilateral. Foi solicitada ressonância magnética da pelve que revelou lesão de componente sólido lobulado, exibindo espiculações na região perianal direita, medindo cerca de 5x2cm, invadindo margem distal do canal anal externamente, sem invasão do esfíncter anal interno, apesar de tocá-lo e visualizada adenomegalias inguinal e pélvica à direita. A biópsia da lesão revelou neoplasia sólida pouco diferenciada, comprometendo partes moles e derme. Solicitada imunohistoquímica que demonstrou neoplasia maligna pouco diferenciada, com padrão sólido e com raros focos de diferenciação glandular. Havia expressão de marcadores epiteliais, caracterizando carcinoma sólido, não havendo evidência de diferenciação escamosa ou intestinal. As tomografias de abdome e tórax descartou a presença de metástases. Paciente foi submetida à ressecção ampla da lesão com linfadenectomia inguinal e pélvica à direita e reconstrução da região perianal com rotação de retalho glúteo, com a participação das equipes de cirurgia vascular e cirurgia

plástica. O procedimento durou aproximadamente oito horas e não houveram intercorrências. Paciente evoluiu bem clinicamente, não tendo apresentado incontinência fecal. O exame anátomo patológico da lesão revelou carcinoma sólido indiferenciado com margens cirúrgicas livres e linfonodos com acometimento secundário em cadeias íliaca externa, parede lateral da pelve, obturatória e inguinais. No seguimento ambulatorial, manteve boa evolução, com boa cicatrização do retalho e manutenção da continência fecal. A paciente foi encaminhada para a oncologia estando sob quimioterapia adjuvante com. Os sintomas dos tumores sólidos perineais são inespecíficos, o que pode levar a adoção de conduta inicial inadequada, com impacto adverso na taxa de sobrevida. Esse caso reforça a necessidade de diagnóstico preciso de lesões perianais pouco usuais por meio de biópsia, a qual deve guiar a abordagem terapêutica, que deve ser preferencialmente, multidisciplinar.

#### PT182 - TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS EM ABDOME - RELATO DE CASO

RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO; RAQUEL MARTINS CABRAL; LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA; FABIO LOPES DE QUEIROZ; IGOR NOLASCO SEGHE TO

*IPSEMG/HGIP, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Os tumores de células germinativas (TCG) extra-gonadais são consequência da migração destas células através da ponte urogenital durante a embriogênese. Representam 3% a 5% das neoplasias malignas de células germinativas. Ocorrem principalmente em posição mediana: pineal, supra-selares, mediastino, retroperitônio. São divididos em germinomas e não germinomas dependendo de sua classificação histológica. Podem produzir marcadores tais como alfa-feto proteína e Beta-HCG. Seu tratamento envolve cirurgia e/ou radioquimioterapia. **OBJETIVO:** Relatar o caso de adolescente, sexo masculino, de 19 anos com história prévia de tumor de células germinativas (germinoma) em glândula pineal evoluindo com novo tumor em abdome (tumor de seio endodérmico). **MÉTODOS:** Relato de caso de adolescente de 19 anos que em 2013 foi diagnosticado com TCG cerebral em pineal sendo tratado com quimioterapia e radioterapia, além de derivações ventrículo-peritoneais devido a quadro de hipertensão intracraniana. Estudo anátomo-patológico e imunohistoquímico da neoplasia evidenciou tratar-se de germinoma. Apresentou boa resposta clínica e imaginológica. Em fevereiro de 2015, evoluiu com quadro de dor abdominal sugestivo de apendicite aguda sendo submetido à laparotomia de urgência. Durante a cirurgia foi evidenciada massa em raiz de mesentério. Biopsia de apêndice cecal e da massa evidenciaram periapendicite e processo inflamatório crônico, com sinais de esteatonecrose, respectivamente. Foi então realizado reestadiamento da doença que mostrou nódulo hepático sugestivo de implante secundário, massa acometendo íleo terminal/ceco, sem determinar dilatação a montante, sugerindo neoplasia; alfa-feto proteína, Beta-HCG e lactato desidrogenase elevados. Encaminhado

ao nosso serviço para seguimento de propedêutica. **RESULTADOS:** Em colonoscopia realizada em maio de 2015, foi observada lesão de 10mm, friável, em colon ascendente. Exame histopatológico e imunohistoquímico evidenciaram tumor de células germinativas não germinoma (tumor de seio endodérmico). Por se tratar de doença recorrente, avançada, com lesão metastática, foi optado por iniciar quimioterapia (esquema VIP: Vincristina, Isosfosfamida e Cisplatina). Paciente apresentou resposta adequada ao tratamento, evidenciando diminuição dos marcadores, sem progressão da lesão metastática ou da massa tumoral. **CONCLUSÃO:** Os TCG extragonadais são divididos em germinomas e não germinomas. O tumor de seio endodérmico faz parte deste último grupo. O diagnóstico inclui exames de imagem e marcadores sanguíneos. A recorrência destes tumores pode apresentar boa resposta ao tratamento radioquimioterápico, postergando ou evitando o procedimento cirúrgico. Após a quimioterapia de resgate, avalia-se a necessidade de cirurgia para tratamento da lesão residual.

#### PT183 - PERFIL CIRÚRGICO EM DOENÇAS ORIFÍCIAIS DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (HUPE)-UERJ

MARUSKA DIB IAMUT; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR; ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA; JÚLIA REZENTE SCHLINZ; FRANCISCO LOPES PAULO; KARIN GUTERRES LOHMANN HAMADA

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

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O ambulatório de coloproctologia atende em média 360 consultas/mês, abrangendo todas as patologias envolvidas nesta especialidade. Neste número encontram-se pacientes cujas enfermidades podem ser tratadas de maneira expectante ou cirúrgica. **OBJETIVO:** Desenhar o perfil das patologias orificiais com necessidade de intervenção cirúrgica em um período de 28 meses. **MÉTODOS:** Foram desenhados em gráficos 280 diagnósticos orificiais com indicação cirúrgica, sendo inclusas as biópsias de canal anal e reto que necessitavam ser realizadas em centro cirúrgico, não contando com as recidivas ou neoplasias já diagnosticadas, num período de Janeiro de 2013 a Maio de 2015. **RESULTADOS:** Dos 280 pacientes indicados no período citado, viu-se que 40,7% (114) foram por doença hemorroidária, 23,2% (65) fístulas anais, 7,1% (20) Fissuras, 5% (14) cistos pilonidais, 2,5% (7) condilomas com necessidade de intervenção cirúrgica, 3,2% (9) tumores anorretais, 3,9% (11) lesões biopsiadas. Dentro do número total, 31 pacientes apresentavam mais de um diagnóstico. Quanto ao sexo, 62,8% (176) são homens e 37,1% (104) são mulheres. A média de idade destes pacientes foi de 48 anos. **CONCLUSÃO:** Após a demonstração dos dados chega-se a conclusão que o perfil cirúrgico de doenças orificiais deste serviço é de homem de meia idade com doença hemorroidária.

**PT184 - LIPOMA EM CÓLON TRANSVERSO CAUSANDO INTUSSUSCEPÇÃO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**

NATALIA REGINA MISSON<sup>1</sup>; RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA<sup>1</sup>; ANTONIO LACERDA FILHO<sup>2</sup>; FABIO LOPES DE QUEIROZ<sup>1</sup>; ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES<sup>1</sup>; THALLES VALENTE LISBOA<sup>1</sup>; MARIANA CAMPOS PALMA<sup>1</sup>; AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR<sup>1</sup>

*1.HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os lipomas colônicos são tumores benignos raros, na maioria das vezes, são únicos e predominam no cólon direito. A complicação mais frequente é a intussuscepção, ocorrendo em 19 a 50% dos casos. Este estudo apresenta o caso de um lipoma de cólon transverso causando intussuscepção colônica. Relato do caso: Paciente de 57 anos, sexo masculino, foi admitido no pronto-atendimento do Hospital Felício Rocho (Belo Horizonte – MG), com quadro de dor abdominal, em cólica, localizada no andar superior do abdome, com início há 3 dias. Relato de vômitos ocasionais associados a constipação intestinal. Ultrassonografia de abdome evidenciou massa sólida hiperecogênica bem delimitada, medindo 6cm em flanco esquerdo, com aspecto de lipoma. Tomografia computadorizada demonstrou imagem ovalada sólida, com coeficiente de atenuação de gordura, intraluminal no em flexura esplênica, medindo 6,1x4,2cm, promovendo invaginação do cólon transverso. À colonoscopia, visualizado lesão submucosa, de consistência fibro-elástica, com área necrosada, compatível com lipoma. O paciente foi submetido a colectomia segmentar por videolaparoscopia, sem intercorrências. Resultado de anatomia patológica confirma diagnóstico de lipoma. Discussão: Lipomas sintomáticos ou assintomáticos e maiores de 2cm devem ser considerados para ressecção endoscópica ou cirúrgica. Lesões menores podem ser ressecadas por via endoscópica, entretanto alguns estudos têm demonstrado maior risco de sangramento e perfuração. A ressecção cirúrgica videolaparoscópica é passível de ser realizada e deve ser considerada independente das características do tumor.

**PT185 - LINFOMA NÃO HODGKIN DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO**

ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; JANAINA WERCKA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; ISAAC JOSÉ FELIPPE ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; HUGO HENRIQUES WATTÉ; ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA; ALEXANDER DE SÁ ROLIM; LAÉRCIO ROBLES  
*HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Cerca de 40 a 45% dos linfomas não Hodgkin extranodais ocorrem no trato gastrointestinal com localização em até 60% no estômago, 20 a 30% no intestino delgado e 10 a 20% no intestino grosso. São categorizados e definidos de acordo com sua classificação histológica, sendo

os linfomas não hodgkin de baixo grau indolentes e, os intermediários e de alto grau agressivos. Comumente a maioria dos linfomas gastrointestinais são de linfócitos B. Objetiva-se relatar caso de paciente operado por massa abdominal com diagnóstico de linfoma não Hodgkin. Relato do caso: Paciente masculino, 76 anos, casado, com história de dor abdominal tipo cólica, difusa, de caráter intermitente e com predomínio em flanco direito há cerca de três meses, associado a queixa de mudança de hábito intestinal com aumento da frequência evacuatória e fezes líquidas. Relatava sangramento intermitente às evacuações intercalando enterorragia e hematoquezia. Não apresentou perda ponderal desde o início dos sintomas. História familiar de câncer revelava irmão com câncer colorretal aos 60 anos. Ao exame físico constatado presença de massa de limites imprecisos, em região de fossa ilíaca direita e flanco direito, com cerca de 8cm de diâmetro, móvel, indolor e sem sinais flogísticos. Além disso, apresentava ausência de linfonodomegalias em cadeias cervicais, axilares e inguinais. Realizou estadiamento pré-operatório com tomografias de tórax, abdome e pelve revelando múltiplos cistos hepáticos de distribuição difusa e espessamento concêntrico na projeção de íleo terminal. O exame colonoscópico mostrou lesão elevada extramucosa com compressão extrínseca em ceco e íleo terminal sem alterações. Por se tratar de uma lesão extra-colônica realizou estudo contrastado do trânsito intestinal, evidenciando área de estenose segmentar de alça de delgado (íleo) em fossa ilíaca direita, medindo 4,1cm. Apresentava CEA normal. Submetido a Laparotomia Exploradora + hemicolectomia direita com inventário da cavidade abdominal demonstrando múltiplos cistos hepáticos difusos e tumoração em região de íleo distal com cerca de 15 x 10 x 7cm, iniciando-se a 15cm da válvula íleo cecal e estendendo-se por cerca de 25cm no segmento ileal adjacente, fixa em parede abdominal e aderida ao ceco. Exame anatomopatológico evidenciou infiltração por linfoma não-hodgkin difuso de grandes células, imunofenótipo B, em segmentos de intestino delgado e intestino grosso. Apresentou evolução pós-operatória satisfatória sendo encaminhado a hemato-oncologia para seguimento. Conclusão: Para tratamento dos linfomas de intestino delgado e cólon, a excisão cirúrgica tumoral é considerado tratamento de escolha com melhores resultados que a quimio e radioterápicos isoladas. Além disso, a sobrevivência parece estar relacionada com o estágio e com a possibilidade de ressecção cirúrgica radical.

**PT186 - CORRELACIONAR ULTRASSONOGRRAFIA PARA PESQUISA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM O TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE PACIENTES COM ENDOMETRIOSE INTESTINAL.**

JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; THIAGO FARIA MAGALHAES; PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; MARCIO PEREIRA CRUZ; RAFAEL FERRAS SANTANA; MARCOS AURELIO MARTINS TRAVESSA; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Endometriose é definida como a presença de tecido semelhante ao endométrio, com glândulas e estroma fora da cavidade uterina, de etiologia incerta. Esta presente em 10% das mulheres em idade fértil. A endometriose pode afetar o intestino em 3% a 37% de todos os casos da doença, e em 90% destes casos o reto, o sigmoide ou ambos são acometidos. Pacientes com endometriose afetando o reto podem apresentar sintomas como dor abdominal, obstrução intestinal, sangue nas fezes, diarreia e infertilidade. Técnicas de imagem têm sido utilizadas no auxílio diagnóstico da endometriose pélvica profunda, como a ultrasonografia(USG) transvaginal e transretal, a endoscopia sonográfica retal, a sonovaginogra-mucosa (hiperecogênica) e a ressonância magnética. Os procedimentos cirúrgicos de ressecção dessa forma de endometriose tendem a ser complexos em conformidade com o seu caráter infiltrativo e pela localização da doença em órgãos de maior morbidade cirúrgica (retossigmoides, bexiga, ureteres), podendo estar, ocasionalmente, associados a complicações colorretais e ureterais relevantes. Objetivo: Identificar os achados dos exames pré-operatórios e correlacionar com a extensão da cirurgia realizada. Material e Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo para analisar uma casuística de 22 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para endometriose profunda, no período de dezembro de 2011 a março de 2015. Dos 22 pacientes apenas 3 (14%) não apresentaram no USG lesões presentes no cólon, sendo confirmado ausência das lesões no intra operatório. Dos 19 pacientes que apresentavam lesões presentes no cólon diagnosticado pelo USG, apenas 2 pacientes(10%) não necessitaram de tratamento cirúrgico no cólon, um paciente foi realizado ressecção da lesão (shaving). Dos pacientes com diagnóstico de lesões no cólon que necessitaram de tratamento cirúrgico, todos foram submetidos a retossigmoidectomia. Conclusão: O procedimento cirúrgico mais usado para pacientes que apresentavam lesões de cólon no USG solicitado no pré-operatório foi a retossigmoidectomia. Mostrando que na maioria dos pacientes que apresentavam lesões no cólon no USG também apresentaram no intra-operatório, necessitando de tratamento cirúrgico. O USG para endometriose profunda é suficiente para avaliar as lesões no pré-operatório, não sendo necessário outros exames pré-operatórios para avaliar as lesões.

#### **PT187 - RESSECÇÃO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL POR VIA LAPAROSCÓPICA**

FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; ROBERTO LUCAS DE SENA AVELAR<sup>2</sup>; CAMILA AMARGOS BIZZOTO AMORIM<sup>2</sup>; FERNANDA ELIAS F. RABELO<sup>1</sup>  
*1.UFSJ, DIVINOPOLIS, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS, DIVINÓPOLIS, MG, BRASIL.*

Resumo: Paciente L.L.F., 19 anos, previamente hígido, apresentou dia 21/02/15 quadro de dor hipogástrica e náuseas, sem vômitos. Após 4 dias, mantinha dor e apresentou hematoquezia de grande monta e com presença de coágulos. Procurou a UPA, sendo tratado clinicamente com alta após 5 dias sem sangramentos. Após 48 horas apresentou melena, palidez e astenia. Foi admitido no hospital com queixa de fraqueza, náuseas, picos febris e fezes diarreicas com hematoquezia há um mês. Ab-

dome flácido, livre, doloroso à palpação em região hipogástrica. Hemograma inicial: anemia normocítica e normocrômica com Hb 7,5g/dL. Foram aventadas hipóteses diagnósticas de retocolite ulcerativa e polipose intestinal. No dia 03/03/15, foi submetido à EDA, que se encontrava sem anormalidades e também à colonoscopia, que atingiu até íleo distal, que estava sem sangue na luz, mas com presença de líquido sanguinolento em toda superfície colônica. Foram realizadas biópsias seriadas da mucosa íleo-cólica, sem alterações. Solicitada, então, dia 06/03/15 cintilografia, que evidenciou mucosa gástrica ectópica em região abdominal inferior, sendo aventado o diagnóstico de Divertículo de Meckel. Dia 19/03/15 foi submetido à videolaparoscopia, sendo localizado divertículo de Meckel em íleo distal. Realizada enterectomia da região com reconstrução do trânsito intestinal através de anastomose término-terminal manual extracorpórea. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, com melhora das dores abdominais e da hematoquezia. Recebeu alta hospitalar no 3º DPO em BEG e comunicativo apenas com medicação analgésica para uso residencial. Discussão: O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais frequente do aparelho digestivo, presente em 2% da população. Resulta do fechamento incompleto do saco vitelínico, formando um divertículo verdadeiro a aproximadamente 45-60 cm da válvula ileocecal, sendo revestido por mucosa gástrica em 50% dos casos. As principais manifestações clínicas são: -Hemorragia digestiva baixa e anemia ferropriva: o ácido clorídrico secretado pela mucosa gástrica ectópica causa úlcera péptica ileal, provocando sangramento em 25-50% dos casos. O divertículo de Meckel é a principal causa de hematoquezia em pacientes menores de 2 anos. -Diverticulite: ocorre em 20% dos casos. O paciente apresentará um quadro clínico semelhante ao de apendicite aguda, podendo evoluir para peritonite. -Obstrução: provocado por intussuscepção ou volvo ileal ao redor do divertículo. O diagnóstico clínico é incomum, sendo necessários exames complementares na maioria das vezes para definição do quadro. Os 3 métodos mais utilizados são cintilografia com Tc99, Rx contrastado, e cintilografia ou angiografia com hemácias marcadas. A ressecção cirúrgica é indicada em pacientes sintomáticos ou em achado ocasional em procedimento cirúrgico. O caso apresentado vem lembrar a importância do Divertículo de Meckel no diagnóstico diferencial das hemorragias digestivas baixas em pacientes jovens.

#### **PT188 - SÍNDROME DE OGILVIE NO PÓS-OPERATÓRIO DE FECHAMENTO DE ILEOSTOMIA: RELATO DE CASO**

RAFAELA DE ARAUJO MOLTENI; ANA NEVES; MARLUS TAVARES GERBER; MARIA CRISTINA SARTOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A Síndrome do Ogilvie consiste em uma Pseudo-Obstrução Intestinal Aguda, na qual existe uma dilatação acentuada do cólon, sem uma causa mecânica. É uma condição rara, que geralmente ocorre em pacientes hospitalizados, debilitados ou idosos. Está associada a alterações me-



tabólicas, sepse, neoplasias, pós-operatório, trauma ou alterações neurológicas. A teoria mais aceita para sua fisiopatologia envolve a supressão parassimpática, estimulação simpática ou ambas, que resultam em atonia do cólon. Complicações, como isquemia e perfuração colônica, ocorrem em até 15% dos casos e para evitá-las o diagnóstico precoce é essencial. Objetivo: Relatar o caso de um paciente com Síndrome de Ogilvie no pós-operatório de fechamento de ileostomia e sua resposta ao tratamento conservador. Relato de Caso: SS, 76 anos, masculino, em pós-operatório tardio de retossigmoidectomia abdominal com ileostomia em alça por neoplasia do reto, foi submetido ao fechamento da ileostomia. No primeiro dia de pós-operatório (PO) evoluiu com distensão e dor abdominal difusa, sem irritação peritoneal, que persistiram no 2º PO. No 3º PO o Rx de abdomen agudo revelou distensão de alças do cólon e níveis hidroaéreos e a tomografia de abdome evidenciou distensão de alças sem fator obstrutivo, sendo então aventado o diagnóstico de Síndrome de Ogilvie. No 4º PO foi iniciada a nutrição parenteral total, bem como a administração de neostigmina. Até o 7º PO o quadro de dor e distensão abdominal persistiu, sendo então realizada uma colonoscopia descompressiva, na qual foi realizada a aspiração do ar que estava contido em todos os segmentos colônicos. No 8º PO, apresentou evacuações e no dia seguinte a Neostigmina foi suspensa e a alimentação via oral foi reintroduzida. O paciente apresentou boa aceitação da dieta e melhora do quadro oclusivo, recendo alta no 10º PO. Conclusão: A Síndrome de Ogilvie, embora seja uma condição rara, é um importante diagnóstico diferencial de abdomen agudo obstrutivo. A progressiva dilatação do cólon pode culminar em um processo isquêmico e, assim, gerar uma perfuração colônica. O tratamento suportivo, em associação a drogas parassimpatomiméticas como a neostigmina, e a descompressão via colonoscopia, apresentam eficácia bastante variada na literatura – de 20 a 92%. O caso relatado foi diagnosticado precocemente, o que contribuiu para a resolução com o tratamento não operatório.

**PT189 - HISTOPLASMOSE INTESTINAL – RELATO DE CASO**

RODRIGO GOMES DA SILVA; ANA CAROLINA PARUSOLO ANDRÉ; ADRIANA CHEREM ALVES; ANTONIO LACERDA FILHO; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; GABRIEL BRAZ GARCIA; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A histoplasmose é micose sistêmica e de ampla distribuição mundial, cujo agente etiológico é o *Histoplasma capsulatum*. De apresentação clínica variável, pode mimetizar outras doenças e, quando acomete o trato gastrointestinal, em especial o intestino delgado e o cólon, deve fazer parte do diagnóstico diferencial com a doença inflamatória intestinal, o câncer, entre outras etiologias. OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com

histoplasmose disseminada com lesões afetando, predominantemente, o trato gastrointestinal. MÉTODO: Trata-se de paciente masculino, 29 anos, previamente hígido, trabalhador em zona rural, com histórico de exposição à guano de morcegos. Iniciou quadro de hiporexia, dor abdominal, diarreia crônica e perda ponderal de 30 kg em 3 meses. Realizada colonoscopia com achado de ulcerações extensas em íleo terminal, ceco e cólon ascendente, tendo recebido o diagnóstico de D. de Crohn íleo-colica em outra instituição. Sorologias para HIV negativas. Iniciado tratamento com piora progressiva do quadro clínico, sendo posteriormente encaminhado à nossa instituição. À admissão mostrava-se gravemente desnutrido, sendo suspensa de imediato a terapia imunossupressora e iniciado terapia nutricional por NPT. Repetição da colonoscopia com achado de processo inflamatório ulcerado em íleo terminal, papila ileocecal e cólon ascendente. Estudo histopatológico revelou *Histoplasma capsulatum* em íleo terminal e cólon direito. Realizado estudo contrastado do intestino delgado com achado de acometimento extenso com irregularidade do relevo mucoso e estenoses. RESULTADOS: Iniciado tratamento antifúngico. Todavia paciente cursou com obstrução intestinal sendo encaminhado para tratamento cirúrgico. Achado operatório de nodulações brancacentas, estenoses e angulação fixa em íleo determinando acotovelamento e distensão à montante. Realizada ileostomia em alça. Mantido tratamento clínico com importante melhora do quadro. Recebeu alta hospitalar em uso de itraconazol como terapia de manutenção. Posterior readmissão eletiva para reconstrução de trânsito intestinal, realizada por via laparotômica. Achados cirúrgicos de nodulações brancacentas em ceco, cólon direito e íleo terminal. Realizada colectomia direita alargada e ileotransversoanastomose. Evolução favorável, sem intercorrências. Estudo anatomopatológico com achado de *Histoplasma capsulatum* nas nodulações ressecadas. No momento paciente encontra-se assintomático, em uso de itraconazol. CONCLUSÃO: A histoplasmose gastrointestinal é doença grave e de mortalidade elevada, devendo fazer parte do diagnóstico diferencial das lesões ulceradas do intestino delgado e grosso, mesmo em indivíduos imunocompetentes.

**PT190 - INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL NO ADULTO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE MINAS GERAIS.**

RODRIGO GOMES DA SILVA; BERNARDO HANAN; ANTONIO LACERDA FILHO; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES; GABRIEL BRAZ GARCIA; ADRIANA CHEREM ALVES; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A intussuscepção intestinal em pacientes adultos é rara. Diferentemente dos pacientes pediátricos, é geralmente secundária a uma lesão definida, geralmente maligna. OBJETIVO: Esse trabalho visa apresentar o caso de um paciente com quadro de intussuscepção colocolônica conduzi-

do em uma instituição terciária de Minas Gerais e demonstrar a casuística desta instituição. MÉTODO: Trata-se de paciente masculino, 58 anos, portador de miocardiopatia chagásica, admitido no Pronto Atendimento de nossa instituição por bradicardia sintomática. Avaliado pela equipe da Cardiologia, sendo indicado o implante de marcapasso. Apresentou piora progressiva da constipação intestinal, dor, distensão abdominal e posterior interrupção da eliminação de flatus e fezes. Aventada a hipótese diagnóstica de volvo de sigmoide. Realizada colonoscopia com finalidade descompressiva, com achado de grande lesão arredondada e ulcerada em cólon descendente, que ocupava toda a luz do órgão, que dificultava a passagem do aparelho, com descompressão súbita após sua transposição e melhora do quadro. CEA=1.1 ng/ml. Tomografias de tórax, abdome e pelve sem outras alterações além de massa com densidade de tecido adiposo junto ao cólon descendente. Indicada intervenção operatória. Achado operatório de massa tumoral na transição do cólon descendente e sigmóide. Realizada retossigmoidectomia em padrão oncológico e anastomose colorretal terminoterminal. Evoluiu sem intercorrências. Achado histopatológico compatível com lipoma colônico. RESULTADOS: Em levantamento retrospectivo recente na referida instituição pacientes com mais de 18 anos admitidos com quadro de intussuscepção intestinal no período de 1997 a 2007 foram identificados, foram identificados 16 pacientes, sendo 10 mulheres. A idade média foi de 49 anos (19-76). O diagnóstico pré-operatório de intussuscepção foi realizado em 8 pacientes (50%). Seis pacientes (37,5%) tinham como ponto de intussuscepção a válvula ileocecal, cinco (31,25%) o intestino delgado e cinco (31,25%) tinham intussuscepção colocolônica. A causa anatômica da intussuscepção foi identificada em 14 (87,5%) pacientes. Metade dos pacientes apresentavam neoplasia maligna. Todos foram submetidos a cirurgia, sendo que em 14 (87,5%) foi realizada ressecção e em 2 (12,5%) somente redução sem ressecção. CONCLUSÃO: Em geral, pelo elevado risco de malignidade, a intussuscepção colocolônica não deve ser tratada com redução, mas sim ressecção em bloco. Na série apresentada, 50% dos pacientes cursavam com neoplasia maligna como mecanismo anatômico determinante da intussuscepção. Fica claro que, frente a um caso de intussuscepção ileocecal ou colocolônica, o tratamento de escolha deve ser a ressecção em bloco.

#### PT191 - CASUÍSTICA DE CIRURGIAS COLORRETAIS VIDEOLAPAROSCÓPICAS REALIZADAS POR RESIDENTES EM HOSPITAL TERCIÁRIO

PAULO VITOR LIMA SOARES; LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS; THIAGO FARIA MAGALHAES; JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA; RAFAEL FERRAS SANTANA; MARCUS VINICIUS CASTRO OLIVEIRA; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO; CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES  
*HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A videolaparoscopia foi um dos principais avanços para a cirurgia colorretal dos últimos anos. Os benefícios clínicos já foram demonstrados na literatura, assim

como a sua segurança, reprodutibilidade e equivalência oncológica. Portanto, existe necessidade emergente da implantação de videolaparoscopia para treinamento do residente em Coloproctologia. OBJETIVO: Analisar a casuística de cirurgias colorretais videolaparoscópicas em serviço de residência em Coloproctologia. METODOS: Foram incluídas as cirurgias colorretais videolaparoscópicas realizadas por médico residente, no período que compreendeu maio de 2013 a julho de 2015. A coleta de dados foi feita em caráter prospectivo, em protocolo pré-determinado. A análise dos dados foi feita pelo SPSS 20.0. RESULTADOS: Foram incluídos 39 pacientes operados por videolaparoscopia, 24 (61,5%) eram do gênero feminino e 15 (38,5%) do masculino. A média de idade foi de 52,4 anos, variando de 21 a 82 anos. As indicações cirúrgicas foram: 12 (30,8%) adenocarcinomas de cólon; 11 (28,2%) adenocarcinomas de reto; 6 (15,4%) adenomas de cólon ou reto; 4 (10,3%) poliposes adenomatosas familiar; 6 (15,4%) casos miscelânea (melanoma de canal anal, endometriose, doença diverticular sangrante, fistula colon-vesical, fistula estercoral e sepse perineal em doença de Crohn). As cirurgias foram realizadas com tutoria de preceptor capacitado em cirurgia videolaparoscópica. Os tipos de cirurgia foram: 1 (2,5%) hemicolectomia esquerda, 1 (2,5%) proctocolectomia total, 1 (2,5%) videolaparoscopia diagnóstica com colostomia terminal, 2 (5%) amputações abdominoperineal, 4 (10,2%) colectomias totais, 5 (12,8%) hemicolectomias direitas, 23 retossigmoidectomias. Entre os casos de retossigmoidectomia houve procedimento combinado em 7 pacientes, sendo 1 caso de cistorráfia e enterorráfia, 1 ressecção da parede anterior da vagina, 1 de enterectomia, 1 enucleação de lesão hepática, 1 ooforectomia direita, 1 ileostomia em alça e 1 colostomia a Hartmann. A duração média do ato cirúrgico foi de 200 minutos, variando de 60 a 300 minutos. Foi necessária conversão por dificuldade técnica em 2 casos. Entre as complicações intra-operatórias houve 1 lesão térmica de íleo e 1 secção de veia gonadal esquerda. Apenas um paciente recebeu hemotransfusão no intraoperatório. As complicações pós-operatórias foram 2 casos de íleo adinâmico, 1 hérnia em portal de fossa ilíaca direita, 1 infecção de sítio cirúrgico superficial, 1 abscesso cavitário, 2 deiscências parciais de anastomose e 2 fistulas estercorais, sendo que uma evoluiu com fasciite necrotizante. A média de dias de internamento foi 6,8, variando de 3 a 39 dias. Ocorreu 1 óbito na amostra. CONCLUSÃO: O benefício da cirurgia videolaparoscópica está bem estabelecido, quando realizada por cirurgião apto, por isso a importância do residente ser treinado para essa modalidade cirúrgica que está cada vez mais acessível em todas as regiões do país.

PT192 - DOENÇA DE PAGET: UM RELATO DE CASO  
PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE; FRANCIARA LETHICEA MORAES DA CUNHA; TÂNIA ROSA PEREIRA DA MATA; JULIANA PORTELLA FONTANA; ALEXANDRE GHELLER; FABIO ALVES SOARES; AQUILES LEITE VIANA; MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO  
*HOSPITAL DE BASE, BRASILIA, DF, BRASIL.*

Resumo: Paciente 56 anos, masculino, Natural de Caxias – MA com queixa de prurido anal há 2 anos associado a sangra-

mento discreto e ardência. Submetido a diversos tratamentos para prurido anal idiopático sem sucesso. À inspeção, identificava-se pele de margem anal de cor rósea, eczematosa, com algumas áreas descamativas ocupando toda circunferência desta, estendendo-se lateralmente em torno de 3. Realizado biopsias da lesão a qual demonstrou tratar-se de doença de Paget perianal. Colonoscopia com redundância de sigmóide importante, sem lesões tumorais associadas. Optou-se por tratamento cirúrgico o qual se consistiu de extirpação de anoderma em sua espessura total e de porção distal de mucosa anorretal poupando estojo esfinteriano. Realizado biópsia de congelação no intra-operatório a qual demonstrou margens livres. Recoberto área cruenta com avanço de retalhos fáscio-cutâneos (V-Y) sobrejacentes à musculatura glútea. Confeccionado ileostomia em dupla boca de proteção. Paciente apresentou boa evolução pós operatória e após 3 meses da abordagem cirúrgica realizou-se fechamento de ileostomia de proteção. Conclusão: Doença de Paget trata-se de uma entidade rara, entretanto deve constar nas possibilidades diagnósticas de prurido anal crônico.

**PT193 - APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA DE BAIXO CUSTO: ANÁLISE COMPARATIVA DE RESULTADOS**

EDUARDO KENZO MORY; DANIEL JOSE SZOR; BRUNA DE CAMARGO NIGRO; ROBERTO NIGRO  
HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: Apesar da crescente adoção da via laparoscópica na realização da apendicectomia, o custo associado ao procedimento se mantém como principal desvantagem quando comparada com a apendicectomia convencional. No entanto, a simplificação das etapas cirúrgicas, evitando-se o uso de materiais descartáveis, permite economia significativa com aproximação do custo total da cirurgia laparoscópica em comparação à apendicectomia tradicional. Objetivo: Avaliar os resultados da aplicação de técnica de apendicectomia laparoscópica de baixo custo em comparação com a apendicectomia laparoscópica com uso de recursos adicionais como grampeador laparoscópico. Método: Os procedimentos foram realizados no período de fevereiro de 2010 até maio de 2015 em diversos serviços na cidade de São Paulo. A técnica adotada consiste na transposição da técnica convencional a via laparoscópica. Realizamos a ligadura da artéria apêndico-cólica com clips, secção do apêndice após ligadura com ponto transfixante não-absorvível e invaginação do coto apêndicular com sutura em bolsa. Dados coletados neste período foram comparados com a casuística de outras modalidades de apendicectomia realizados pelo grupo. Resultados: No período, foram identificados 147 procedimentos com a técnica proposta. O tempo operatório médio foi de 43 minutos e o tempo de internação de 1,2 dias. Sete pacientes evoluíram com alguma complicação, das quais: 4 infecções de ferida, 2 abscessos intra-abdominais e 1 ileo prolongado. Em comparação com nossa casuística de apendicectomia laparoscópica com uso de recursos adicionais, estes resultados são similares, exceto

pelo tempo operatório que mostrou acréscimo médio de 12 minutos. A técnica proposta gerou uma economia média de R\$2900,00 ao deixar de utilizar recursos como materiais descartáveis e grampeadores endoscópicos. Discussão: A apendicectomia laparoscópica apresenta vantagens reconhecidas quando comparada a apendicectomia aberta, porém ainda é pouco difundida dentro do nosso meio. O principal fator limitante tem sido o acréscimo do custo em comparação a apendicectomia aberta. Neste estudo, demonstramos que, em mãos de cirurgiões experientes, a não utilização de recursos adicionais como materiais descartáveis e grampeadores não prejudica o resultado da utilização da via laparoscópica. O aumento do tempo cirúrgico não apresenta impacto clínico ou econômico significativo. O custo da internação referente a técnica proposta demonstrou ser muito próximo da apendicectomia aberta (LBC: R\$7200 x AA: R\$6800). Conclusão: Dados de nossa casuística mostram que a aplicação desta técnica implica em aumento do tempo cirúrgico, porém sem alterações nos benefícios da laparoscopia. O custo da técnica proposta é comparável à técnica aberta, porém com os vantagens da via laparoscópica

**PT194 - VOLVO DE CECO, RELATO DE UM CASO**

TIAGO PAULINO VILELA; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; ARTHUR CASOLARI ARAUJO MANSUR DAVID; LUIZ HENRIQUE BONARDI; RODRIGO TOGNON ROSSI; PHELIPE GREGORIO COBIANCHI LEANDRO; EDSON SEN; MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA  
SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS, SP, BRASIL.

Resumo: Introdução: o volvo de ceco constitui uma das principais anomalias relacionadas a má rotação intestinal. Constitui 22% dos volvos colônicos, num total de 1,5% das causas de obstrução intestinal. Objetivo: relatar um caso de volvo de ceco com necrose do segmento volvulado, sem sinais de peritonite com boa evolução em paciente idoso. Método: sexo masculino, 84 anos, referia há aproximadamente 3 dias, dor abdominal, difusamente, tipo cólica, progressiva, associado a parada de eliminações de flatos e fezes, anorexia, negava vômitos, febre. Exame em regular estado geral, descorado, desidratado, afebril. Abdômen globoso, distendido, ruídos hidroaéreos aumentados com som metálico, hipertimpânico a percussão, doloroso a palpação difusa, com massa palpável. Ausência de fezes na ampola retal. Realizado retossigmoidoscopia rígida sem progressão a partir dos 15cm da borda anal. Radiografia de abdome evidenciando distensão de alça intestinal ocupando epigástrico, mesogástrico, hipocôndrio esquerdo. Na laparotomia exploradora diagnosticou-se volvo de ceco e cólon ascendente, com necrose do segmento volvulado (volvo de três voltas). Foi realizado colectomia direita com íleo-transverso-anastomose látero-lateral mecânica. Paciente evoluiu de forma satisfatória tendo alta no sétimo pós-operatório. Resultados: O Volvo de Ceco, apesar de pouco freqüente apresenta sinais clínico-radiológicos bem estabelecidos que auxiliam no diagnóstico e intervenção precoce, havendo pontos hemorrágicos e áreas de necrose acima da torção, a colectomia direi-

ta e reconstrução primária condiz com a literatura. Caso não houvesse sinais de sofrimento vascular no ceco e mesocólon correspondente, poder-se-ia realizar a desvolvulação associada à cecopexia.

**PT195 - RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE CISTO PERITONEAL: RELATO DE CASO.**

RAFAELA DE ARAUJO MOLteni; MARLUS TAVARES GERBER; RODRIGO FERREIRA BERNARDI; GUILHERME CZELUSNIAK DE OLIVEIRA; MARIA CRISTINA SARTOR; ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR; ANTONIO SÉRGIO BRENNER

*HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Os cistos de peritônio são extremamente raros, foram menos de 1000 casos registrados até hoje. Apesar da grande diversidade, a maior parte são cistos com uma fina parede formada por uma única camada de células mesoteliais e líquido no seu interior. Ocorrem com maior frequência em mulheres em idade reprodutiva com história de doença inflamatória pélvica ou cirurgia abdominal prévia. Acredita-se que são decorrentes de processos inflamatórios crônicos ou pós-cirúrgicos. Apresentação do caso: RS, feminina, 28 anos com dor abdominal recorrente no flanco esquerdo e exame físico sem alterações. Realizou uma ecografia de abdômen que identificou uma massa cística de etiologia indeterminada e Tomografia de abdome e que demonstrou, na goteira parietocólica esquerda, imagem cística, bem delimitada, hipodensa, com paredes finas, medindo 6,7 x 3,4 x 4,6 cm e volume de 54mL. A paciente foi submetida a uma laparoscopia, na qual observou-se um cisto de paredes finas, sem aderências e de conteúdo seroso inserido na parede abdominal na topografia do flanco esquerdo, em íntimo contato com o peritônio e sem relação com os órgãos intra-abdominais. O cisto foi ressecado e a paciente apresentou boa evolução, com alta no 1º dia de pós-operatório. O análise anatomopatológico identificou um cisto mesotelial de peritônio. Após 4 meses de seguimento, a paciente mantém-se assintomática. Discussão: Os cistos mesentéricos são lesões intra-abdominais raras, que apresentam uma incidência de 1/100.000 adultos. Os cistos de origem mesotelial são formados por camada única ou múltipla de células achatadas, cubóides ou colunares com septos fibrosos e sem tecido linfático, na maioria das vezes contendo apenas suprimento arterial. O sintoma mais comum é dor abdominal, seguido por massa abdominal, porém a apresentação é variada, podendo ocorrer constipação, tenesmo, saciedade precoce, hérnia e até tromboembolismo pulmonar por estase venosa. Com frequência os cistos de peritônio são achados incidentais de exames de imagem. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. A via laparoscópica é a mais utilizada por possibilitar a visualização de toda cavidade abdominal e permitir o diagnóstico e tratamento no mesmo ato. Recomenda-se o estudo anatomopatológico das peças para excluir malignidade. A excisão cirúrgica completa geralmente é curativa, porém a recorrência de cistos são comuns (30-50%) independente da técnica utilizada. Há relatos de recorrência variando entre 4 meses e 21

anos após a cirurgia. Conclusão: O cisto de peritônio é uma entidade rara, mas que pode causar sintomas e impactar a qualidade de vida do paciente. A via laparoscópica é uma alternativa eficaz para a ressecção dessas lesões.

**PT196 - ADENOMA SERRILHADO GIGANTE DE SIGMÓIDE: RELATO DE CASO**

DANILO TOSHIO KANNO; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA; RONALDO NONOSE; JULIANO NORONHA RIBEIRO; ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO; DANIEL DE CASTILHO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ  
*HUSF, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Em 2010 foi identificado um novo grupo de lesões pré-malignas colorretais - os adenomas serrilhados, os quais incluem os pólipos hiperplásicos, adenomas/pólipos serrilhados sésseis, e adenomas serrilhados tradicionais. Pólipos serrilhados apresentam comportamento endoscópico, patológico, e molecular diferente dos outros pólipos. Habitualmente localizam-se no ceco e colón ascendente. Objetivo: relatar um caso de paciente portadora de adenoma serrilhado de sigmóide. Relato de caso: mulher, 59 anos, com queixa de hematoquezia há 9 meses, sem alteração do hábito intestinal, tenesmo ou proctalgia. Negava perda ponderal ou demais queixas. Antecedente pessoal: negava comorbidades e vícios. O exame físico e proctológico dentro da normalidade. O exame endoscópico evidenciou lesão polipóide subpediculada de 5cm de sigmóide ocupando toda a luz. Resultado anátomo-patológico de adenoma serrilhado. A paciente foi submetida à estadiamento e retossigmoidectomia anterior por via convencional. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial. Discussão: Analogamente à sequência adenoma-carcinoma, uma cadeia serrilhada foi identificada, justificando os programas de screening e ressecção de todos os adenomas. Apesar do desenvolvimento das técnicas de ressecção endoscópica permitir uma abordagem não-cirúrgica como primeira opção para o tratamento de pólipos apesar do seu tamanho, não há consenso na literatura a respeito da abordagem de pólipos serrilhados maiores que 20mm.

**PT197 - POLIPOSE HIPERPLÁSICA - RELATO DE CASO**

JOSE HUMBERTO BAETA FROES; LORENA WILLERS COUTINHO; PAULA MENDONÇA TAGLIETTI; THIAGO AGOSTINI BRAGA; THIAGO IBIAPINA ALVES  
*HSPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: a síndrome de polipose hiperplásica (HPS) é uma doença rara caracterizada por múltiplos ou grandes pólipos hiperplásicos e carrega um risco de câncer colorretal durante a vida de aproximadamente 40%. É diagnosticada por critérios clínicos, conforme estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS): (1) pelo menos cinco pólipos hiperplásicos proximais ao cólon sigmóide, com dois ou mais sendo maiores do que 10 mm; (2) quaisquer pólipos hiperplásicos proximais ao cólon sigmóide em qualquer paciente que com um parente de primeiro grau com HPS; (3)

mais do que 30 pólipos hiperplásicos, de qualquer tamanho, distribuídos ao longo do cólon. A OMS recomenda a vigilância endoscópica anual no caso de lesões com menos de 3-4 mm e a remoção de pólipos de maiores dimensões. Preconiza também a possibilidade de colectomia com anastomose íleo-retal, com vigilância posterior para identificação de lesões serrilhadas no reto. Para os familiares de 1º grau, em particular aqueles que têm mais de 40 anos, é recomendada a realização de colonoscopia. Métodos: Os autores apresentam um caso acompanhado no serviço com base em dados do prontuário médico, além de síntese atual de informações sobre etiopatogenia, seguimento e manejo de pacientes acometidos. Resultados: o paciente de 63 anos, masculino, natural de Pernambuco, residente em São Paulo - SP há mais de 30 anos, hipertenso, diabético, coronariopata (infarto agudo do miocárdio em 2005), em acompanhamento pela coloproctologia do nosso serviço desde julho de 1996 com história de hematoquezia e dor em fossa ilíaca esquerda há um mês da realização da primeira colonoscopia, com hipótese diagnóstica inicial de doença inflamatória intestinal. No exame foram encontrados “múltiplos pólipos sésseis” do sigmóide até ceco com tamanho de até 0,5 cm. Realizadas polipectomias aleatórias nos diversos segmentos com resultado no anatomopatológico de pólipos hiperplásicos. Permaneceu sem acompanhamento, por opção do paciente, até julho de 2012 quando realizou colonoscopia em 04/07/2012, que revelou mais de cem pólipos com até 0,3 cm, sésseis e alguns pediculados. Realizada polipectomia dos maiores nos diversos segmentos, vindo na anatomia patológica como pólipos hiperplásicos. Realizada colectomia total com ileoretoanastomose com grapeador sem intercorrências. O paciente apresentou boa evolução. No anátomo-patológico da peça foram observados múltiplos pólipos, tendo o maior 1,8 cm (hiperplásico). Foi orientado aos parentes de primeiro grau que realizassem colonoscopia de rastreio. Conclusões: Não foram estabelecidas, ainda, normas para acompanhamento e conduta pelo número reduzido de casos, havendo apenas recomendações. O paciente em questão foi conduzido segundo o que preconiza a literatura atual.

**PT198 - FÍSTULA COLOVESICAL IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

MAYARA MARAUX BRAGA; EULER DE MEDEIROS AZARO FILHO; ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA; LINA MARIA GOES DE CODES; ALINE LANDIM MANO; FLAVIA DE CASTRO RIBEIRO FIDELIS; ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ; THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES

*HOSPITAL SÃO RAFEL, SALVADOR, BA, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A fistula colovesical possui um grande número de causas, sendo as mais comuns doença diverticular, doença inflamatória intestinal e câncer colorretal. Outras causas mais raras podem ser listadas, entre elas lesão iatrogênica, trauma e corpo estranho. O tratamento adequado está intimamente relacionado com a definição etiológica, porém em alguns casos não é possível estabelecer o agente causal.

Objetivo: relatar o caso de um paciente que se apresentou com fistula colovesical de causa indeterminada com o intuito de discutir sua incidência, diagnóstico e principalmente conduta terapêutica. Resultado: paciente do sexo masculino, 30 anos, sem comorbidades, sem cirurgias abdominais ou orificiais prévias, que se apresentou com quadro de fecalúria. Durante investigação diagnóstica foram realizados tomografia computadorizada de abdome, cistoscopia, cistouretrografia miccional, ultrassonografia de próstata e do aparelho urinário e colonoscopia com biópsias seriadas do intestino. Os referidos exames complementares confirmaram a suspeita de fistula colovesical, mas não esclareceram a etiologia. O paciente foi então submetido a ressecção do trajeto fistuloso, colorráfia e cistorrafia, procedimento sem intercorrências. No intra-operatório também não foram encontrados dados indicativos da causa da patologia em questão. A anatomia patológica da peça cirúrgica concluiu apenas trajeto fistuloso. Trata-se, portanto, de um caso de fistula colovesical de origem idiopática. Em revisão de literatura, utilizando as bases de dados Lilacs, Pubmed e Bireme, com os termos “fistula colovesical” e “fistula enterovesical”, não foram encontrados relatos de trabalhos que descrevessem fistula colovesical idiopática. Discussão: Admite-se que causas não detectadas podem estar relacionadas com o caso em questão, como corpo estranho com posterior migração, infecção do trato urinário de repetição ou parasitoses/infecções bacterianas intestinais. Além disso, é importante lembrar do fundamental papel do conhecimento da etiologia na escolha da melhor técnica cirúrgica (ressecção do trajeto fistuloso e colo/cistorrafias; ressecção em bloco; colectomia parcial com cistorrafia). Desta forma, é crucial o questionamento de qual a abordagem ideal quando não se conhece a causa da fistula. Conclusão: Estudos específicos são necessários, diante das escassas publicações sobre o tema, para que melhor se definam epidemiologia, apresentação clínica e manejo das fistulas colovesicais de origem indeterminada.

**PT199 - MEGACÓLON TÓXICO COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE VASCULITE NECROTIZANTE SISTÊMICA: RELATO DE CASO**

LILIAN VITAL PINHEIRO; ANA AMÉLIA BARBIERE BONATELLI; DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI; RAQUEL FRANCO LEAL; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; JOAO JOSE FAGUNDES; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY

*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: As vasculites sistêmicas podem apresentar manifestações clínicas diversas, dentre elas o acometimento gastrointestinal. Geralmente acomete pacientes jovens e tem como diagnóstico diferencial doença inflamatória intestinal. Objetivo: Apresentar uma paciente com quadro de megacólon tóxico secundária a vasculite necrotizante sistêmica. Relato de caso: Paciente feminina, 32anos, referia queixa de dor abdominal e diarreia com sangue há 15 dias. No exame físico inicial apresentava-se corada, desidratada e

taquicárdica; abdome flácido, doloroso à palpação. Laboratoriais: Hb= 14mg/dL, Leucócitos= 19.040/mm<sup>3</sup> com 23% bastões, PCR= 26,6mg/dL e VHS= 33mm. Instituído anti-bioticoterapia endovenosa. Manteve diarreia e dor, evoluindo com distensão abdominal e febre, associada à hipoalbuminemia. Radiograma de abdome evidenciou distensão do cólon, caracterizando quadro de megacólon tóxico. Iniciado tratamento clínico do mesmo, com melhora clínica. Realizada retossigmoidoscopia que evidenciou enantema difuso, friabilidade e úlceras profundas. Na evolução, apresentou enterorragia (Hb= 7,1), tendo sido indicada laparotomia exploradora e realizada colectomia total, fechamento do reto e ileostomia terminal. Apresentou no pós-operatório, febre diária, poliúria, alteração de comportamento e neuropatia. Realizado exame de C-ANCA (positivo) e apresentou anatomopatológico de colite ulcerativa extensa e difusa com trombose venosa e necrose fibrinóide de vaso de pequeno calibre, sugestivo de poliangeite microscópica. Realizado pulsoterapia de corticóide, com melhora clínica importante, recebendo alta no 65º dia de internação. Discussão: O envolvimento gastrointestinal pode ocorrer nas vasculites necrotizantes sistêmicas, sendo uma condição rara. A apresentação clínica pode variar desde dor abdominal (mais comum) até quadros de abdome agudo cirúrgico, por perfuração ou hemorragia, com taxas de mortalidade elevada. O diagnóstico requer um índice de suspeição elevado, reunindo elementos da história clínica e sintomas associados a testes de diagnóstico como biópsia e exames laboratoriais. O tratamento envolve corticoterapia e agentes citotóxicos como ciclofosfamida associado a tratamentos direcionados para acometimentos específicos.

**PT200 - USO ADJUVANTE DE PROBIÓTICO NO TRATAMENTO DA COLITE POR C DIFFICILE RECIDIVANTE: RELATO DE CASO**

EDUARDO KENZO MORY; DANIEL JOSE SZOR; BRUNA DE CAMARGO NIGRO; ROBERTO NIGRO  
*HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 87 anos, apresentou-se com quadro de oclusão intestinal devido a intussuscepção ileo-cecal, sendo submetida a colectomia direita aberta. Permaneceu internada até o 7º PO, tendo recebido antibióticos endovenosos durante todo o período pós-operatório (Ceftriaxone e Metronidazol). A mesma evoluiu com diarreia com até 8 evacuações líquidas diárias. Pesquisa de toxina A se mostrou positiva, sendo iniciada terapia com Metronidazol por via oral por 14 dias. Verificou-se melhora dos sintomas, porém com recidiva dos sintomas após 20 dias. Iniciou-se novo ciclo de Vancomicina, com melhora parcial apenas durante o período de uso de antibiótico. Em virtude da intensidade dos sintomas, paciente foi mantida com uso estendido de Metronidazol. Durante a evolução, considerou-se a realização de transplante de fezes, porém houve resistência por parte da paciente. Sendo assim, optou-se pelo uso do probiótico VSL 3 associado ao Metronidazol.. Após sete dias de terapia, pacien-

te evoluiu com resolução dos sintomas, mantendo-se assintomática até o momento. Discussão: As limitadas opções terapêuticas no tratamento da diarreia associada ao Clostridium Difficile torna a condução de casos que não respondem ao uso de antibióticos especialmente desafiadora. Apesar de eficaz, o transplante de fezes gera dúvidas na grande maioria da classe médica e enfrenta resistência por parte dos pacientes. O uso de probióticos no tratamento do Clostridium ainda é controverso e carece de evidências científicas. Confrontando-se a fisiopatologia da diarreia causada pelo C. Difficile e a ação dos probióticos no trato intestinal, sua utilização apresenta um racional lógico e coerente. No entanto, a escolha do probiótico parece ser relevante. Houveram tentativas prévias com produtos disponíveis no mercado nacional sem sucesso. A escolha pelo VSL 3 foi baseada na ação comprovada em casos de doença inflamatória intestinal e no tratamento da bolsite. Alguns estudos disponíveis na literatura já demonstram possível benefício do tratamento da diarreia por Clostridium e na profilaxia de pacientes de alto risco.

**PT201 - COLITE ISQUÊMICA APÓS USO DE PSEUDOEFEDRINA EM ADULTO JOVEM: UM RELATO DE CASO**  
RODRIGO GOMES DA SILVA<sup>1</sup>; GIULIA CAMPOS LAGE<sup>2</sup>; FABIANA PIMENTA SILVA<sup>1</sup>; DANIELA PAGLIARI OLIVEIRA<sup>1</sup>; VITOR ARANTES<sup>1</sup>; GABRIEL BRAZ GARCIA<sup>3</sup>; RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS<sup>3</sup>

*1.HOSPITAL MATER DEI CONTORNO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - UNIBH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: Objetivo: O objetivo deste relato de caso é apresentar a associação entre colite isquêmica e o uso de pseudoefedrina em um adulto jovem, sem outras comorbidades. Relato do caso: Sexo masculino, 22 anos, apresentou-se ao serviço de pronto atendimento com queixa de dor abdominal aguda em Flanco Esquerdo (FE). Com início de caráter súbito, seguiu-se com evacuações diarreicas que rapidamente tornaram-se hemorrágicas, sempre precedida por dor e tenesmo, com melhora parcial após cada episódio de evacuação. Ao exame físico, apresentou abdome normotenso, com dor à palpação em FE, sem descompressão dolorosa. Tomografia computadorizada de abdome e pelve revelou espessamento importante de reto e sigmoide, com borramento da gordura ao redor. Na colonoscopia, foi encontrada colite isquêmica em ângulo esplênico (ponto crítico de Griffithy). Como o paciente relatou o uso de pseudoefedrina, droga relacionada à colite isquêmica, concluiu-se a propedêutica. Com a suspensão da medicação, não houve evolução do quadro. Conclusão: O caso relatado ilustra a ocorrência de colite isquêmica determinada pelo uso de pseudoefedrina. Isso evidencia a importância de se realizar um levantamento detalhado dos fármacos utilizados, incluindo a ingestão de medicamentos que não exigem prescrição médica, principalmente em pacientes jovens.

**PT202 - SÍNDROME DE COWDEN: RELATO DE CASO**  
KARLA COSTA FERREIRA; HENRIQUE GONÇALVES;  
NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES; LEONEL  
REIS LOUSA; HÉLIO MOREIRA JÚNIOR; JOSÉ PAULO  
TEIXEIRA MOREIRA; RANIERE RODRIGUES ISAAC;  
PAULA CRISTINA DE ALMEIDA LEITE

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.*

Resumo: Caso clínico: CAF, 57 anos, feminino, história de lesões papulosas em face e cavidade oral desde a adolescência. Devido a queixa de hematoquesia, realizada colonoscopia com achado de centenas de pequenos pólipos sésseis em todo cólon e reto e biópsia indicativa de histologia harmatomatosa tendo sido submetida a proctocolectomia total com bolsa ileal. História prévia de excisão de ganglioneuroma de cerebelo há 15 anos. Pós-operatório tardio (POT), 10 anos, de tireoidectomia total por tumor papilífero de tireóide. POT de histerectomia por leiomioma. Em seguimento anual de lesão fibrocística em mama esquerda. Última endoscopia digestiva alta relatando polipose gástrica. História paterna de adenocarcinoma de cólon e neoplasia cerebelar. Devido aos indicativos clínicos foi realizada pesquisa genética sendo encontrado mutação no gene supressor de tumor PTEN que confirmou o diagnóstico de síndrome de Cowden. Discussão: A síndrome de Cowden (SC) é uma genodermatose rara, de herança autossômica dominante, e expressividade variável. O gene de suscetibilidade foi designado PTEN (phosphatase and tensin homologue deleted on chromosome 10), sendo um gene de supressão tumoral. Caracteriza-se por múltiplos harmatomas que pode acometer órgãos, como pele, mucosa oral, tireóide, mamas, cólon, útero e sistema nervoso central. O órgão que mais manifesta sintomas é a pele. Os achados extracutâneos estão presentes em 90% dos pacientes. Embora a maioria dos tumores que se desenvolvam seja benigna, a prevalência de malignidade é maior do que na população geral, sobretudo carcinomas mamários e tireoideanos. A mais frequente manifestação extracutânea é a doença da tireóide, que pode ocorrer em até 65% dos pacientes. O câncer de tireóide ocorre em proporção que varia de 3 a 10% dos afetados por lesões na tireóide. A afecção mamária traduz-se por doença fibrocística. O carcinoma da mama acomete proporção que varia de 30 a 50%. E a doença fibrocística é sempre precedente nas pacientes que desenvolvem câncer de mama. As anormalidades no trato gastrointestinal compreendem lesões polipoides que podem desenvolver-se em qualquer segmento. O potencial degenerativo desses pólipos é pequeno. Poucos casos de carcinoma colônico foram reportados. O sistema nervoso pode ser acometido de diversas maneiras, sobretudo lesões benignas sintomáticas ou assintomáticas. As anormalidades no trato genitourinário feminino abrangem irregularidades menstruais, cistos ovarianos e leiomiomas. Conclusão: devemos estar aptos a reconhecer a presença dos sinais e sintomas da SC como marcadores para a identificação de pacientes com alto risco de desenvolver neoplasias. A possibilidade de carcinoma da mama e tireóide

deve estar sempre em mente. Todos os pacientes devem ser rigorosamente submetidos à busca de malignidades ocultas, com ênfase para mama, tireóide, trato gastrointestinal e sistema nervoso. O reconhecimento precoce e o manuseio dessas associações podem reduzir a morbidade e mortalidade.

**PT203 - CISTO PILONIDAL SIMULANDO FÍSTULA ANAL**  
ISABELA CRISTINA COELHO DA CUNHA; GUSTAVO  
BECKER PEREIRA; RODRIGO BECKER PEREIRA;  
BRUNO LORENZO SCOLARO; FANGIO FERRARI  
UNIVALI, ITAJAÍ, SC, BRASIL.

Resumo: Introdução: O cisto pilonidal consiste em processo inflamatório crônico que ocorre com frequência na região sacrococcígea, é mais comum em homens e geralmente apresenta-se como abscesso com dor recorrente e drenagem para região sacrococcígea. Ao exame físico apresenta pontos de drenagem na área central, que são o resultado da entrada de material externo, usualmente pêlos, com subsequente infecção, supuração, drenagem e formação de fistula. A doença pilonidal com fistula e drenagem para o canal anal representa uma apresentação atípica, a qual é mais comum ter como diagnóstico inicial fistula anorretal ao invés de cisto pilonidal, e estudos anteriores encontraram 23 relatos de caso com essa apresentação. Objetivo: Relatar caso de cisto pilonidal simulando fistula anorretal. Métodos: Paciente masculino, 24 anos, com quadro de dor perianal e em região sacrococcígea em outubro de 2014, progressiva, sem dor às evacuações e sem elementos patológicos nas fezes, evoluiu com abscesso de cisto pilonidal e drenagem de conteúdo purulento no mesmo período, realizada ressecção eletiva do mesmo. Em março de 2015 iniciou com quadro semelhante de dor perianal e na região sacral, apresentando coleção com drenagem em orifício sugestivo de fistula anu-retal, apresentando ao toque retal cripta proeminente que possivelmente abrigaria o orifício interno fistuloso. Em abordagem cirúrgica eletiva, após exploração com estilete e instilação de água oxigenada pelo orifício considerado externo da fistula, foi feito diagnóstico de cisto pilonidal com trajeto em região perianal que simulava fistula anu-retal, sem acometimento dos planos musculares esfíncterianos. Resultado: Realizada fistulectomia com exérese do cisto, sem intercorrências, com alta hospitalar no mesmo dia. Discussão: O cisto pilonidal, em sua apresentação habitual, evolui na linha média ou próxima a ela com ponto de drenagem entre as nádegas em terço superior da fenda interglútea, contrastando com a fistula anu-retal que na sua apresentação habitual se mostra na região perianal. Em pessoas que possuem importante quantidade de pelos nas nádegas, o que se mostra fator comum em pessoas que desenvolvem cisto pilonidal, é imprescindível a exploração pelo orifício externo da fistula e identificação do trajeto para o correto tratamento das patologias perianais, que neste caso consistiu na exérese do cisto pilonidal, sem abordagem dos esfíncteres do canal anal.

**PT204 - ABORDAGEM CIRÚRGICA DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM COMPROMETIMENTO RETAL: O PAPEL DA RESSECÇÃO PARCIAL DA PAREDE DO RETO “SHAVING”.**

LEONARDO WANDERLEY SOUTINHO; TIAGO MEZZAROBIA PELISSON; DIEGO ADÃO FANTI SILVA; CARLA LARISSA MONTEIRO RAMOS; RICARDO TADAYOSHI AKIBA; ELESÍARIO MARQUES CAETANO JUNIOR; EDUARDO SHOR; SARHAN SYDNEY SAAD  
*UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: Endometriose é uma doença de etiologia indefinida, causada pelo desenvolvimento de tecido endometrial fora do útero, provocando uma reação inflamatória crônica local. Acomete de 2 a 10% nas mulheres em idade reprodutiva, mas alcança 50 % nas mulheres com infertilidade. Além da infertilidade, dor pélvica, dispareunia profunda e dismenorréia são sintomas comuns da endometriose pélvica. A endometriose retovaginal é uma das formas mais severas da doença e acrescenta complexidade e morbidade ao seu tratamento cirúrgico. O temor às complicações decorrentes da abordagem intestinal como os vazamentos de anastomose, abscessos pélvicos, fistulas retovaginais e sangramento motivaram o desenvolvimento de técnicas mais conservadoras pelos cirurgiões. Entre os coloproctologistas, as condutas divergem para esta doença benigna, mas de comportamento agressivo. A conduta pode ser conservadora como a nodulectomia, ou invasiva como a ressecção anterior baixa do reto. Neste interim o “shaving”, ressecção parcial da parede retal, foi proposto como opção de abordagem de agressividade intermediária e resultados semelhantes. Objetivo: Descrever e analisar os resultados do tratamento cirúrgico de série de casos de endometriose profunda com acometimento retal. Relacionar fatores de risco para escolha da técnica cirúrgica, com ênfase para o “shaving”. Método: Levantamento dos dados de prontuário de doentes operados pela clínica de ginecologia e coloproctologia de um hospital universitário em São Paulo, SP. Resultados: Foram incluídos no estudo 17 doentes com achados preoperatórios de acometimento retal por endometriose e que foram submetidos a tratamento operatório de endometriose via laparoscópica. Idade média das pacientes: 34,5 anos. Cinco pacientes (29%) não necessitaram de intervenção no reto; em dois casos (12 %) realizou-se nodulectomia; em seis casos (35%) realizou-se “shaving” e em quatro (24%) realizou-se a retossigmoidectomia. O tempo médio de internação foi de sete dias, a alta hospitalar foi dada no 5º pós-operatório em média. A incidência de complicações foi de 6%, não houve óbito. Todas as pacientes referiram melhora dos sintomas algícos após a cirurgia, não houveram gestações confirmadas até o momento. Entre os critérios avaliados, o tamanho médio do nódulo retal próximo a 2cm (1,5 a 2,5cm) esteve presente em 5 dos 6 casos submetidos a “shaving” retal. Conclusão: A população estudada apresentou, em relação à literatura, menores taxas de ressecção com retossigmoidectomia. O tamanho da lesão em torno de dois centímetros esteve relacionado à indicação de ressecção parcial da parede retal “shaving” nesta população.

**PT205 - INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-CECO CÓLICA EM ADULTO: RELATO DE CASO**

ANA CAROLINE FERNANDES FONTINELE; DR. FABIO PIOVEZAN FONTE; FLAVIA BALSAMO; PROF. DR. ROGERIO TADEU PALMA; PROF. DR. JAQUES WAISBERG  
*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A intussuscepção é uma forma rara de obstrução intestinal em adultos. É decorrente, no adulto, de lesões secundárias, seja benigna ou maligna. Apresenta quadro clínico variado, desde dor abdominal inespecífica à oclusão intestinal. OBJETIVO: relatar um caso de suboclusão intestinal de repetição por intussuscepção íleo-ceco cólica. MÉTODO: levantamento de dados do prontuário e revisão de literatura. RELATO DE CASO: masculino, 46 anos, com quadro de alternância do hábito intestinal entre períodos de diarreia e distensão abdominal, dor. Além de diminuição da eliminação de gases e fezes associados à perda de 10 Kg em 10 meses. Nega eliminação de muco ou sangue. Internado por 2 vezes em outros serviços com quadros típicos de suboclusão intestinal resolvidos clinicamente e pouco investigados. Deu entrada no serviço de emergência com novo episódio de suboclusão intestinal resolvido clinicamente mas mantido internado para investigação. Ao exame físico: abdome escavado, normotenso e indolor, sem massas palpáveis. Exame proctológico: normal até 8 cm da borda anal. Tomografia de abdome mostrou imagem em alvo em flanco direito e espessamento de alças colônicas a esse nível. Colonoscopia progrediu até cólon transverso proximal com identificação de lesão polipoide gigante, de aspecto viloso e que impedia a progressão do aparelho. Realizadas biópsias cujo histopatológico revelou tratar-se de adenoma túbulo viloso com atipias moderadas. Radiografia de tórax sem alterações e CEA 2 mg/dl. Submetido a laparotomia exploradora com achado de alças de delgado e cólon em posições habituais com identificação de lesão polipoide de ceco, móvel, medindo aproximadamente 5 cm seu maior eixo. Cólon direito e cólon transverso proximal com processo inflamatório crônico. Optou-se pela realização de hemicolectomia direita com parâmetros oncológicos. Apresentou boa evolução, com alta hospitalar no 5º pós-operatório. DISCUSSÃO: Em adultos, apenas 1,5% das obstruções intestinais são causadas por intussuscepção e em 90% de todos os pacientes a principal razão para esta condição é causada secundariamente por uma neoplasia benigna ou maligna. A fisiopatologia exata não é conhecida, mas acredita-se que a presença da lesão no interior do lúmen, com os alimentos e a atividade peristáltica provocam um estreitamento acima do estímulo e relaxamento a seguir, tornando assim o ponto de ligação (intussuscepção) para o intestino distal. Os sintomas são frequentemente inespecíficos de maneira subaguda ou crônica. Dessa forma, o diagnóstico geralmente é no intraoperatório. O tratamento das intussuscepções necessita de intervenção cirúrgica, que muitas vezes são realizadas em caráter de urgência, com a ressecção do seguimento acometido, porém, o tamanho da ressecção não é consenso na literatura, pois nem sempre se sabe a natureza



da lesão. **CONCLUSÃO:** A intussuscepção em adulto é incomum, porém deve sempre estar incluído como diagnóstico diferencial nas síndromes obstrutivas do abdome.

#### PT206 - LEIOMIOSSARCOMA PÉLVICO, ENTRE O RETO E A PRÓSTATA

MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; SAMUEL SOSTENES SANTOS; PETERSON MARTINS NEVES; MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS; EDMILSON CELSO SANTOS; RAFAEL BRANT COSTA; RODOLFO DE MORAIS ARAUJO; CAMILA GOMES DE SOUZA

*HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** A pelve é abordada pelas suas estruturas anatômicas e as patologias a elas associadas, na literatura clássica, do ponto de vista oncológico. Ou seja, o diagnóstico diferencial dos tumores pélvicos estão elencados a partir das estruturas coloproctológicas e do sistema geniturinário. Temas que fogem a esta regra são escassos, obviamente porque as lesões que fogem ao padrão são raras e também por abrangerem um vasto número de doenças. Neste cenário, estão pacientes que apresentam sintomas de efeito de massa na pelve com alterações de hábito intestinal, dor pélvica, alterações urinárias, massa palpável suprapúbica, e que apresentam exames de imagem mostrando lesão tumoral não acometendo nem estruturas coloproctológicas, nem geniturinárias. Diante da incerteza diagnóstica, a conduta torna-se desafiadora. **OBJETIVO:** Relatar experiência de diagnóstico e tratamento de tumor pélvico em indivíduo do sexo masculino, localizado entre a próstata e o reto. **MÉTODO:** Dados obtidos por revisão de prontuário e pesquisa na literatura médica. **RESULTADOS:** ANC, masculino, 53 anos, assintomático, diagnosticado com abaulamento da parede retal em exame urológico de rotina. Ressonância de pelve: massa pélvica de etiologia a esclarecer, subperitoneal, volume de 385cm<sup>3</sup>, localizada entre a próstata e o reto. Colonoscopia: sinais de compressão extrínseca do reto. Ultrassonografia pélvica transretal: massa pélvica de aspecto sólido, heterogênea de etiologia a esclarecer, caracterizada por escassa vascularização ao mapeamento com Doppler colorido e de amplitude. Biópsia da lesão: fragmentos de tecido fibroso e muscular liso, sem elementos glandulares. Negativo para neoplasia. Submetido a ressecção cirúrgica videolaparoscópica, massa extraída por incisão transversa de Maylard. Evoluiu com íleo prolongado, distensão abdominal gasosa, vômitos persistentes, associados a descompensação mecânica da pelve ao se extrair massa volumosa. Mas regrediram com medidas conservadoras. Resultado histopatológico e imuno-histoquímico compatível com leiomiossarcoma bem diferenciado com áreas pleomórficas. **CONCLUSÃO:** Além das estruturas anatômicas coloproctológicas e geniturinárias, a pelve também apresenta componentes, musculares, nervosos, vasculares, e até embrionários residuais, e todos são potenciais etiologias de lesões tumorais. A raridade destas lesões e a consequente carência de sistematização na literatura, faz com que o diagnóstico seja desafiador, dentro de inúmeras possibilidades e

abrangendo distintos níveis de gravidade. No caso relatado, a lesão que, inicialmente apresentava limites precisos e outras características de benignidade, no final, mostrou-se de prognóstico reservado. A propedêutica pré-operatória: imagens, biópsia, marcadores tumorais e a indicação cirúrgica consistente são fundamentais e podem interferir significativamente no desfecho da história da doença e do paciente.

#### PT207 - PERFURAÇÃO POR ISQUEMIA COLÔNICA NÃO OCLUSIVA RELACIONADA AO ABUSO DE COCAÍNA – RELATO DE CASO.

RODRIGO GOMES DA SILVA; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO; ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ; ADRIANA CHEREM ALVES; KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI; GABRIEL BRAZ GARCIA; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Resumo:** **INTRODUÇÃO:** A colite isquêmica em adultos jovens é um fenômeno incomum. Dentre as etiologias não oclusivas está o uso de cocaína. Felizmente as complicações isquêmicas intestinais associadas ao abuso de cocaína são raras, mas quando presentes, podem acarretar elevada morbidade e mortalidade. **OBJETIVO:** Esse trabalho visa apresentar o caso de um paciente com quadro de colite isquêmica complicada por perfuração. **MÉTODO:** Trata-se do paciente L.M.O., 33 anos, relato de abuso regular de cocaína, sem outras comorbidades, admitido no pronto atendimento de outra instituição com dor abdominal e febre com quatro dias de evolução. Radiografia de abdome com achado de pneumoperitônio. Submetido à laparotomia exploradora sendo evidenciada perfuração em ângulo esplênico do cólon com pequeno abscesso pericolônico bloqueado pelo omento maior. Submetido à hemicolectomia esquerda e anastomose colocolônica primária. Apresentou fistula anastomótica com necessidade de reabordagem, drenagem perianastomótica, confecção de ileostomia em alça e laparostomia. Apresentou evolução favorável tendo recebido alta hospitalar. **RESULTADOS:** Posteriormente encaminhado à nossa instituição. Apresentava volumosa hérnia incisional, contendo massa palpável de consistência endurecida e dois trajetos fistulosos com drenagem de secreção purulenta. Tomografia de abdome com achado de estrutura alongada com densidade de material ósseo na referida topografia. Fistulografia contrastada evidenciou trajetos colocolônicos. Submetido à nova laparotomia com achado de material compatível com calcificação heterotópica junto as bordas músculo-aponeuróticas da porção cranial da laparostomia, deiscência da anastomose colocolônica com fistulas colocolônicas. Realizada ressecção da anastomose e novo abaixamento colônico com anastomose colorretal e fechamento de ileostomia. Para síntese cirúrgica foi necessário amplo descolamento fascial seguido de rotação medial dos folhetos anteriores dos músculos reto abdominais bilateralmente, incisão de relaxamento de Ramirez e posicionamento de tela de polipropileno em posição supraponeurótica

ca, seguido de sutura de plano dermoepidérmico. Apresentou infecção superficial do sítio cirúrgico e deiscência parcial em ferida operatória com exposição de tela, de manejo conservador, com boa evolução e posterior alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** A relação causal direta entre o abuso de cocaína e a perfuração colônica é dificilmente comprovada. O paciente em questão, como frequentemente relatado na literatura, é jovem e sem histórico anterior ou fatores de risco para aterosclerose, além de relatar espontaneamente o abuso da droga. Este relato de caso demonstra a importância de acrescentar o abuso de cocaína no diagnóstico diferencial de abdome agudo, sobretudo em adultos jovens.

**PT208 - APRESENTAÇÃO ANÔMALA DE ENDOMETRIOSE COM ACOMETIMENTO COLÔNICO MIMETIZANDO CÂNCER COLORRETAL. RELATO DE CASO**  
RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR; JOAO GOMES NETINHO; LUIZ SERGIO RONCHI; RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ; RODRIGO PADILLA; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; ALISSON TEIXEIRA SILVA MARTINS; RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA  
*FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: O acometimento intestinal nos casos de endometriose variam de 5,3% a 12% dos casos da enfermidade. em 70% a 82% dos casos acometida região da transição do reto sigmóide. porém em sua maioria acompanhado de implantes na cavidade abdominal associados. Caso Clínico: Paciente E.B.S. 45 admitida no serviço com quadro de hematociteza a esclarecer não associada a dor abdominal. paciente sem comorbidades. com cirurgia prévia de histerectomia sub total. com história positiva para cancer colorretal precoce aos 40 anos em parente de 1º grau. sem sinais propedêuticos de obstrução intestinal.. realizado colonoscopia que evidenciou lesão vegetante endurecida e ulcerada em transição retossigmóide ocupando 40% da circunferência e 60% da luz. realizado biópsia com conclusão de colite crônica inespecífica leve. realizado rm de pelve que evidencia imagem intraluminal em cólon sigmóide com contornos irregulares e discreta captação periférica de meio de contraste podendo ser compatível com lesão neoplásica. optado por realizar retossigmoidectomia com anastomose primária sem intercorrências. evidenciado em anátomo patológico segmentos de intestino com foco de endometriose e 2/6 linfonodos analisados comprometidos. paciente apresentou boa evolução, sem sinais de sangramento retal posterior. Discussão: caso que evidencia a dificuldade do diagnóstico da endometriose intestinal, em pacientes com lesão intraluminal. sem outros implantes na cavidade abdominal. associado a sangramento retal em pacientes com histerectomia prévia e histórico precoce de câncer colorretal em parente de 1º grau. podendo mimetizar o câncer colorretal principalmente em casos avançados com sinais de obstrução intestinal. Conclusão: este relato se mostrou de grande relevância, pois compartilha a experiência de um caso raro com uma so-

lução satisfatória, objetivando maior atenção sobre diagnósticos diferenciais que mimetizam lesões vegetantes e de grande porte intraluminais compatíveis com câncer colorretal.

**PT209 - COLITE POR ESTRONGILOIDÍASE MIMETIZANDO SÍNDROME CONSUMPTIVA: RELATO DE CASO**  
JULIANO DE PAULA LOBLEINI; GIANNA LUISSA COELHO; ARTHUR HENRIQUE DA SILVA1; BRUNO LORENZO SCOLARO1; GUSTAVO BECKER PEREIRA1; RODRIGO BECKER PEREIRA2; FANGIO FERRARI1; FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI1

*1.UNIVALI, ITAJAÍ, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL.*

**Resumo:** INTRODUÇÃO: Colites são processos inflamatórios do cólon, que podem ser classificados como específicos ou inespecíficos. As principais causas de colites agudas são: colite ulcerativa, doença de Crohn, colite isquêmica, colite infecciosa e colite induzida por drogas. Dentre os processos inflamatórios específicos, encontramos os causados por bactérias, fungos, vírus, protozoários e helmintos1. O Strongyloides stercoralis é um nematódeo intestinal com distribuição geográfica ubíqua, apesar de estar mais presente na faixa intertropical. Sua prevalência varia bastante segundo estudos epidemiológicos, sendo entre 3 e 100 milhões de pessoas infectadas. Normalmente a infecção é assintomática, porém, em alguns casos, manifesta-se com extrema gravidade associada à elevada mortalidade2,3. Mesmo que raro, a strongiloidíase maciça pode se manifestar com quadro consumptivo, principalmente em idosos, sintoma esse, responsável por muitas internações em hospitais, pois pode indicar importante sinal de uma doença grave, simbolizar primeiro sintoma de malignidade ou manifestação de doenças psiquiátricas. **OBJETIVO:** Relatar um caso de colite por strongiloidíase maciça mimetizando síndrome consumptiva. **MÉTODOS:** Masculino, 73 anos, há 30 dias iniciou com quadro de alteração do hábito intestinal, aumento da frequência evacuatória sem diarreia ou produtos patológicos, associado à astenia, inapetência e perda ponderal de aproximadamente 10Kg no período. Ao exame físico o paciente apresentava-se em regular estado geral, hipocorado ++/4+ e desidratado. FC de 102bpm e PA 100x60mmHg. Ausculta cardiopulmonar sem anormalidades e exame abdominal com ruídos hidroaéreos presentes, plano, flácido e doloroso difusamente sem sinais de irritação peritoneal. No exame proctológico não se constatou anormalidades. À tomografia computadorizada foi observado moderado espessamento parietal concêntrico e difuso do cólon e do reto, associado à proeminência da vascularização pericólica e perirretal sugerindo processo infeccioso/inflamatório. Endoscopia digestiva alta demonstrando esofagite erosiva leve, pangastrite enantematosa e bulboduodenite severa. A pesquisa de H. Pilory foi negativa. A colonoscopia realizada até o íleo terminal revelou presença de proctocolite com ulcerações e friabilidade. O exame anatomopatológico das endoscopias alta e baixa demonstrou a presença maciça de Strongyloides stercoralis. **RESULTADOS:** O paciente foi submetido ao tra-

tamento com anti-helmínticos e medidas de suporte, evoluindo com a compensação do quadro clínico, obtendo melhora completa dos sintomas. **CONCLUSÃO:** É de grande importância atentarmos para o diagnóstico diferencial de condições que levam a síndromes consumptivas, principalmente em idosos. Devemos considerar as diversas causas dessa entidade e nunca negligenciar condições mais comuns, como por exemplo verminoses.

#### **PT210 - MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DE SÍFILIS PERINEAL: RELATO DE CASO.**

EDUARDO ROSETTI FILHO; EDUARDO ROSETTI; ALINE CRUZ SOUZA ZAMBOM; CARLOS ALBERTO CASTRO FAGUNDES; MARTHA CRUZ SPERANDIO; JOU-BERT ALMEIDA ESTEVES

*HOSPITAL METROPOLITANO, VITORIA, ES, BRASIL.*

**Resumo:** INTRODUÇÃO: As úlceras genitais embora possam ter origem em doenças não infecciosas, como tumores, traumas, Síndrome de Behçet ou alergias, possuem, como principais causadoras, as doenças sexualmente transmissíveis (DST). O diagnóstico diferencial é dificultado pela coexistência de mais de um agente infeccioso, bem como a associação com HIV ou Citomegalovírus. As análises sorológicas, imunológicas ou histológicas se fazem, em geral, necessárias, já que o uso de critérios clínicos isolados não se mostram suficientes. Embora incomuns, respostas sorológicas atípicas para sífilis foram observadas em portadores do HIV, encontrando-se desde titulações muito elevadas, até falsonegativos. **RELATO DE CASO:** Paciente 38 anos, feminino, portadora de HIV desde os 19 anos de idade (CD4-464, CD8 - 1435 e carga viral indetectável) e VDRL negativo. Apresentava na região perineal lesão úlcerovegetante, úmida, limites regulares e bem definidos, superfície granular, pouco dolorosa e sem odor (poupando mucosas retal e vaginal). Informou início há 4 anos. Nesse período realizou tratamento para herpes genital sem sucesso. Foi, então, submetida a exame proctológico sob anestesia (figura 1) com confirmação dos achados descritos e realização de biópsias (três fragmentos). O resultado histológico descreveu: 'padrão de resposta inflamatória com aspecto psoriasiforme e numerosos plasmócitos, associados à tumefação endotelial, sugestivo de infecção por *T. pallidum*' (figura 2). Iniciando-se tratamento com penicilina benzatina 2.400.000 U com 3 doses, apresentou regressão de mais de 50% da lesão (cicatrização completa da lesão perianal e manutenção da úlcera vulvar) (figura 3). Por sugestão do serviço de infectologia, manteve-se tratamento oral com amoxicilina 1g/dia por mais 90 dias, com cicatrização completa da ferida. **DISCUSSÃO:** A Coloproctologia moderna tem dado muita ênfase às afecções genitais de natureza autoimune (Doença de Crohn) e oncológicas, porém, com a maior prevalência de pessoas infectadas pelo HIV e mudanças no padrão sexual, as DST vem aumentando sua incidência, assumindo manifestações atípicas e graves. O conhecimento das diversas apresentações clínicas das úlceras genitais ganha importância no diag-

nóstico, particularmente quando a apresentação é atípica. No entanto, mesmo com uma avaliação clínica completa, sabe-se que até 25 por cento dos pacientes não terá o diagnóstico confirmado. O tratamento específico precoce para DST diminui a incidência de formas graves e a disseminação da doença, bem como do HIV, cujo risco de transmissão é, por sua vez, aumentado pela presença de úlceras genitais.

#### **PT211 - RESULTADOS INICIAIS DO AMBULATORIO DE COLPOSCOPIA ANAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO**

LUIZA MARIA PILAU FUCILINI; ROBERTA NASCIMENTO CYPRESTE; GUSTAVO SEVÁ PEREIRA; RICARDO BOLZAM NASCIMENTO; SANDRA PEDROSO DE MORAIS; JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO  
*HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

**Resumo:** Objetivo: Avaliar os resultados iniciais obtidos a partir dos achados clínicos e laboratoriais dos primeiros 28 pacientes atendidos no ambulatório de colposcopia anal de um hospital público de São Paulo. Método: Foram revisados os primeiros 28 prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de colposcopia anal previamente tratados no ambulatório de doenças orificiais e encaminhados com diagnóstico clínico e/ou anatomopatológico de infecção pelo HPV. Resultados: O sexo masculino (57,14%) e a faixa etária abaixo dos 50 anos (média de 36,15 anos) predominaram. Apenas um paciente foi submetido a colposcopia sem que a confirmação do diagnóstico de infecção pelo HPV tenha sido feita através de estudo anatomopatológico. 23 pacientes (82,14%) foram submetidos ao tratamento tópico, sendo que 12 destes haviam sido submetidos a tratamento cirúrgico prévio (42,85%). O ácido tricloacético (ATA) foi o produto mais utilizado (28,57%), seguidos pelos tratamentos com solução vaselinada de podofilina, crioterapia e imiquimod. Em 8 pacientes foi utilizado mais de um produto no tratamento tópico. Foram encontrados em 7 pacientes (25%) alterações no canal anal e pele perianal à colposcopia, sendo o ATA a 5% o corante utilizado nos exames. A coleta de citologia anal foi associada à colposcopia em 23 pacientes (82,14%), porém não houve um padrão na descrição, pelo patologista, dos achados microscópicos. A pesquisa de infecções associadas foi realizada de rotina, sendo a infecção pelo HIV a mais encontrada, em 10 pacientes (35,10%), seguida da sífilis em 5 pacientes (17,85%). Conclusão: A alta prevalência da infecção pelo HPV e sua associação frequente a infecção pelo HIV tornou justificada a existência de ambulatórios qualificados para atendimento destas afecções, no âmbito da coloproctologia. A aquisição de experiência com o tratamento do HPV tem diminuído a necessidade de intervenções cirúrgicas através da utilização adequada de produtos tópicos e a identificação precoce de lesões HPV dependentes. A citologia anal associada ao exame colposcópico exige uma sintonia com o patologista responsável pelo estudo do material colhido.

**PT212 - ABORDAGEM TERAPÊUTICA AMBULATORIAL DO HPV ANAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SÃO PAULO.**

LEONARDO WANDERLEY SOUTINHO; TIAGO MEZ-ZARROBA PELISSON; MARIZA HELENA PRADO-KOBATA; SARHAN SYDNEY SAAD  
*UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Resumo: Introdução: A verruga anogenital ou condiloma acuminado é a doença viral sexualmente transmissível mais comum na população sexualmente ativa e é causada pela infecção pelo HPV (papiloma vírus humano). Seu potencial de crescimento e malignidade depende da imunidade do hospedeiro e da oncogenicidade do subtipo relacionado. O tratamento consiste em abordagem cirúrgica com terapia excisional, terapia destrutiva (química ou física) e imunoterapia (local ou sistêmica). Com esperados elevados índices de recidiva necessitando acompanhamento com extermínio de novas lesões. Abordagens agressivas e extensas causam muita dor no pós operatório, dificultando a aderência dos pacientes ao seguimento. Objetivo: Relato de uma série casos de HPV anal tratados em regime ambulatorial em um hospital universitário em São Paulo-SP (Brasil). Método: Estudo retrospectivo dos pacientes portadores de HPV anal acompanhados no período de junho de 2014 a junho de 2015 com o seguinte plano de tratamento a depender da forma de apresentação das lesões e sua extensão. O imiquimode foi utilizado nos casos extensos, antes e após a terapia excisional. Para lesões verrucosas isoladas ou conglomeradas, optou-se pela ressecção cirúrgica (total ou escalonada com intervalos de 6 semanas). Na região externa foi feita exeresse “a frio” com tesoura após infiltração anestésica local com xilocaina 2% e na região endoanal com a pinça de biópsia após anestesia tópica com xilocaina a 10 %. Sempre seguido de eletrocauterização da base das lesões. A crioterapia foi utilizada após o controle das lesões verrucosas, na pele perianal em lesões plano elevadas negras e aveludadas, ou plano avermelhadas úmidas (NIA III) apresentando discreto ardor momentâneo mas, bem tolerado pelos pacientes. Resultados: Foram realizados no período de um ano 111 atendimentos, em 69 pacientes acometidos pelo HPV anal. A idade média foi 35,5 anos e a proporção de mulheres foi de 77%. Os pacientes imunodeprimidos somaram 45 (65%): HIV n=16 (23%), transplantados n=16 (23%), Lúpus Eritematoso Sistêmico n=7 (10%). A prevalência de lesões externas (de pele) foi de 64% e endoanal 52%. A média anual de consultas por paciente foi de 1,6 (máximo de 5), sendo conseguido a evidente melhora progressiva da doença em todos os casos até o controle completo de novas lesões. O tumor de Buschke-Löwenstein foi tratado em cinco casos. Estudo histopatológico das lesões mostrou alterações de baixo grau (papiloma escamoso/condilomas e NIA I) em 45 pacientes (65,2%); e de alto grau (NIA II, NIA III e CA in situ) em 12(17%). Não houveram complicações, não foi encontrada progressão da doença nestes casos. Conclusão: O tratamento ambulatorial do HPV anal é factível, seguro inclusive para lesões extensas ou de alto grau, tem boa aceitação pelos pacientes, evita internações e o risco anestésico.

**PT213 - CONDILOMATOSE PERIANAL FISTULIZANTE EM SIDA. CONTROLE DE SEPSE E PLANO TERAPÊUTICO.**

NATÁLIA GARDÊNIA DAVANSE PIERONI; MARCELO ALEXANDRE PINTO DE BRITTO; CAROLINA MACIEL; DANIEL CUSTÓDIO PINTO; RENAN MACHADO DE LEMOS; DANIEL FERNANDES DALA RIVA; PEDRO JACOTTET FREITAS; SILVIA CORINA GOMES CARDOSO  
*UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL.*

Resumo: INTRODUÇÃO: A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) é atualmente a doença sexualmente transmissível com maior prevalência em todo o mundo, e a associação de condilomas anais com HIV torna o tratamento destes mais difícil, com maiores índices de recorrência. Além dos condilomas, pacientes com HIV tem maior prevalência de doenças anorretais em geral, sendo as mais frequentes as úlceras, as fístulas, as neoplasias e os abscessos. Pode ser observada a associação entre fístulas perianais e infecção pelo HPV, porém descrevemos um raro caso de HPV do canal anal com múltiplas fistulizações perianais. RELATO DO CASO: Paciente feminina, 24 anos, HIV positivo há 5 anos, sem tratamento com antirretrovirais, CD4 = 27 células/μL, apresentando sepse. Ao exame, condilomatose no canal anal, múltiplas fístulas com celulite glútea associada, drenagem de secreção purulenta no períneo e região sacral. Também apresentava condilomas vulvares, vaginais e de colo uterino, além de febre e dor intensa. Paciente foi submetida primeiramente à abertura dos trajetos fistulosos para controle do quadro séptico, onde notou-se extenso acometimento condilomatoso. Ainda durante esta internação apresentou quadro de herpes Zoster. Seis meses após, com melhora do estado imunológico, foi realizado fistulectomia de alguns trajetos, biópsias de lesões maiores e colocação de sedenho frouxo em trajeto supra-esfincteriano. Também passou por procedimento ginecológico, com cauterização de condilomas no canal vaginal, colo uterino e vulva. Resultado de anatomopatológico evidenciou papilomatose epitelial com coilocitose focal, sem elementos de malignidade. A paciente não retornou para acompanhamento e programação de tratamento posterior. DISCUSSÃO: A apresentação mais comum do HPV perianal é a formação de condilomas acuminados, exofíticos. A apresentação fistulizante é rara, podendo significar tumor de Buschke-Löwenstein invasivo ou simplesmente condilomatose do canal anal que obstrui criptas e fistuliza para a pele. Após a exclusão de neoplasia e tendo em vista o agravante de ser portadora de HIV sem controle adequado e imunossupressão (com critérios para AIDS), o caso teve seu plano terapêutico orientado para fistulotomias seriadas, otimização do estado imunológico e cauterização/ressecção de lesões. CONCLUSÃO: A literatura não define uma forma padronizada de tratamento da condilomatose anal em pacientes imunossuprimidos com HIV. No caso de condilomas fistulizantes, o tratamento, além do controle local das lesões, deve levar em conta os cuidados com preservação esfinteriana, bem como melhora do quadro imunológico.

**PT214 - COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DE EXÉRESE DE TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN**  
RAISSA AMELIA SILVA REIS; KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE; NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM; ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES; ELOAH GAMBOGI LIMA; DIEGO VIEIRA SAMPAIO; ILSO GERALDO DA SILVA; GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
*SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O HPV é uma das afecções sexualmente transmissíveis mais frequentes. Uma variante rara dessa doença, o Tumor de Buschke-Lowenstein (TBL), é uma lesão de grande importância, uma vez que tem comportamento agressivo, apesar da histologia benigna, com rápida destruição dos tecidos adjacentes e alto potencial de transformação maligna. Os subtipos mais associados ao TBL são o 6 e o 11. A cirurgia de ressecção radical ainda é o tratamento de escolha, porém existe alto risco de complicações pós-operatórias, como recidiva e estenose anal. **RELATO DE CASO:** Paciente L.R.C, 47 anos, masculino, com queixa de surgimento de lesão perianal há 2 anos com evolução progressiva. Ao exame clínico e proctológico, o paciente apresentava lesões exofíticas, verrucoides e irregulares, em aspecto de couve-flor, na região perianal, canal anal, períneo e bolsa escrotal, sugestivas de Condiloma Gigante. O mesmo foi submetido à exérese completa das lesões, com histologia sugestiva de infecção pelo HPV. No pós-operatório, evoluiu com estenose anal sintomática, sendo submetido inicialmente a dilatações digitais, com melhora parcial do quadro. Todavia, houve progressão da estenose, associada à recidiva das lesões verrucoides, necessitando de reabordagem cirúrgica para cauterização das novas lesões e correção da estenose com anuotomia anterior e posterior. Paciente mantém seguimento rigoroso, tendo tido boa evolução até o momento. **DISCUSSÃO:** Os tumores de Buschke-Lowenstein são raros, sendo o trato genitourinário o local de incidência mais comum. Na região perianal, esse tipo de lesão é incomum. Vários tipos de tratamento foram propostos; mas a exérese ampla é o padrão ouro de tratamento, posto que as outras modalidades terapêuticas ainda apresentam resultados pouco satisfatórios, com mais efeitos colaterais e mais demorados. **CONCLUSÃO:** A cirurgia de exérese do condiloma gigante representa um desafio, devido à necessidade de manter os princípios oncológicos e, ao mesmo tempo, oferecer ao paciente um bom resultado anatômico e funcional. Devido aos riscos de complicações pós-operatórias e recidivas frequentes, esses pacientes devem ter seguimento ambulatorial rigoroso.

**PT215 - QUANDO A ESTÉTICA MASCARA O CÂNCER**  
ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; PAULO CESAR CASTRO JUNIOR; MARUSKA DIB IAMUT; ANIBAL COELHO AMORIM JUNIOR; JÚLIA REZENDE SCHLINZ; LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA; ANDRE DA LUZ MOREIRA; FRANCISCO LOPES PAULO  
*UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: **Introdução:** O uso do silicone líquido industrial como material para modificação estética no contorno corporal

é uma prática realizada de forma clandestina há cerca de 60 anos. A maioria dos relatos provém de países da Ásia e América do Sul, sendo que as vítimas são principalmente mulheres e transexuais. Inúmeras complicações são descritas referentes ao uso do silicone líquido e variam desde processos inflamatórios localizados a doenças sistêmicas graves, associadas ou não a infecções. Tais processos inflamatórios podem gerar a longo prazo reações tipo corpo estranho, que quando encapsulado e envolto em fibrose calcificada, adquire consistência pétreia, endurecida, apresentando superfície irregular. Tais alterações podem ser confundidas com neoplasias. A dificuldade ou até mesmo a impossibilidade em se remover o material injetado e os tecidos fibróticos e cicatriciais adjacentes, dificultam o tratamento. Objetivo desse trabalho é relatar o caso de um paciente transexual em que as alterações cutâneas tardias geradas pela injeção de silicone industrial simularam recidiva de câncer de canal anal. **Relato de caso:** Paciente transexual, 38 anos, HIV submetido à radioterapia por carcinoma escamo celular (CEC) de canal anal em 2010. Em 2014 evoluiu com condilomas associado com lesão de consistência endurecida, irregular acometendo margem anal e canal anal, com a suspeita de recidiva do tumor. Realizado exame sob anestesia seguido de biópsia cujo histopatológico revelou alterações inflamatórias inespecíficas. Realizada nova biópsia, porém abrangendo uma maior profundidade, que evidenciou tecido com focos de reação gigantocelular tipo corpo estranho com ausência de malignidade na amostra. Ressonância magnética de pelve com presença de material com constituição de gordura, preenchendo o subcutâneo e musculatura de glúteo máximo bilateral e simétrico, insinuando-se para região perianal, sem infiltrar a cavidade, sugerindo material de preenchimento. Paciente quando interrogada afirmou injeção de silicone industrial em glúteo há 20 anos até então omitida. **Discussão:** **Conclusão:** A história clínica associada ao conhecimento das complicações geradas pela injeção tecidual de silicone industrial, torna o silicone o possível causador do quadro, uma vez que as biopsias revelaram ausência de malignidade. Porém com a história prévia de CEC de canal tais alterações devem ser investigadas para afastar a recidiva da neoplasia e a injeção de silicone industrial, como causa das alterações teciduais, deve ser de exclusão.

**PT216 - COLITE POR SCHISTOSOMA MANSONI: RELATO DE CASO**

RODRIGO BECKER PEREIRA1; JULIANO DE PAULA LOBLEIN2; GUSTAVO BECKER PEREIRA2; BRUNO LORENZO SCOLARO2; FANGIO FERRARI2; FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI2; GIANNA LUISSA COELHO2; ARTHUR HENRIQUE DA SILVA2

*1.HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL; 2.UNIVALI, ITAJAÍ, SC, BRASIL.*

Resumo: **INTRODUÇÃO:** Colites são processos inflamatórios do cólon, que podem ser classificados como específicos ou inespecíficos. As principais causas de colites agudas são: colite

ulcerativa, doença de Crohn, colite isquêmica, colite infecciosa e colite induzida por drogas. Dentre os processos inflamatórios específicos, encontramos os causados por bactérias, fungos, vírus, protozoários e helmintos. O parasitismo pelo *Schistosoma mansoni* representa um sério problema de saúde pública na Brasil, uma vez que esta helmintose determina, em vastas áreas tropicais e subtropicais no mundo, uma grande causa de morbidade e mortalidade. Se apresentando de diversas formas clínicas, a esquistossomose mansoni, varia desde casos leves até formas graves e irreversíveis que podem culminar com a morte dos pacientes. O tratamento da infecção e da doença esquistossomótica é realizado com um conjunto de medidas destinadas a melhorar o estado geral e a sintomatologia dos indivíduos infectados, a fim de permitir a utilização posterior da terapêutica específica e a sua melhor tolerância, controlando as alterações hepáticas, a subnutrição crônica, as parasitoses intestinais e outras medidas. Já o tratamento específico visa combater diretamente o parasita, visando a sua extinção e, conseqüentemente, a parada de produção de ovos, que são os principais elementos patogênicos. OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente com colite por *Schistosoma mansoni*. MÉTODOS: Masculino, 54 anos, há 2 meses iniciou com quadro de alteração do hábito intestinal apresentando diarreia sem produtos patológicos, associado à astenia, inapetência e perda ponderal de aproximadamente 15Kg no período. Ao exame físico o paciente apresentava-se em bom estado geral, normocorado, hidratado e afebril. Ausculta cardiopulmonar sem anormalidades e exame abdominal com ruídos hidroaéreos presentes, plano, flácido e leve dor à palpação em fossa ilíaca esquerda. No exame proctológico não se constatou anormalidades. Realizou colonoscopia (até o ileo terminal) que evidenciou proctosigmoidite com ulcerações e friabilidade. O resultado do anatomopatológico de biópsias de reto e sigmoide demonstrou a presença *Schistosoma mansoni*. RESULTADOS: O paciente foi encaminhado ao serviço de infectologia sendo submetido ao tratamento com Praziquantel e medidas de suporte, evoluindo com a compensação do quadro clínico, obtendo melhora endoscópica e da sintomatologia. CONCLUSÃO: É de grande importância atentarmos para o diagnóstico diferencial das colites em nosso meio, visto que as doenças secundárias a infecção por parasitas apresentam elevada incidência na América Latina.

**PT217 - TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN : RELATO DE CASO.**

ANA BÁRBARA MOREIRA DELFINO<sup>1</sup>; JÉSSICA LINS BONFATTI<sup>2</sup>; LUANA ISABEL PEREIRA DA SILVA<sup>3</sup>; NATÁLIA GOMES ANDRADE<sup>3</sup>; HELTON SILVA RAMOS<sup>3</sup>  
*1.HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO E HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3.HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Resumo: Condiloma acuminado gigante ou tumor de Buschke Lowenstein é uma entidade rara que afeta a região perianal e genitália externa. É uma variação de condiloma acuminado

causado por infecção pelo vírus do papiloma humano, sexualmente transmissível. Caracterizado pelo seu tamanho, capacidade de infiltração local, alta taxa de recorrência e transformação maligna. Nós relatamos o caso de um paciente do sexo feminino, 80 anos, que apresenta extensa lesão de aspecto verrucoso em região perineal, de crescimento incidioso, sem acometimento do canal anal. Submetida à ressecção cirúrgica da lesão e confecção de retalho cutâneo em V-Y, evoluindo com boa resposta clínica.

**PT218 - EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO DE CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE COM PODOFILINA-RELATO DE CASO**

CAROLINA VIEIRA DE FARIA; CHRISTIANO MANNHÃES DE CARVALHO; ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS; JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; EDNA DELABIO FERRAZ; JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO; JULYANNA CRUZ FRANÇA; EDUARDO DE PAULA VIEIRA

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

Resumo: INTRODUÇÃO: O condiloma acuminado é uma das doenças sexualmente transmissíveis de maior prevalência, tendo como agente etiológico o HPV, que é considerado doença pré-neoplásica. Embora possa acometer homens e mulheres, é mais frequente em homossexuais do sexo masculino, com incidência ainda mais elevada nos portadores do HIV. O tumor de Buschke-Löwenstein (TBL) conhecido como condiloma acuminado gigante, é uma variante do condiloma perianal que apresenta um comportamento maligno do ponto de vista local, em função da propensão para apresentar infiltração de tecidos adjacentes, e grandes proporções locais. Sua incidência é de 0,1% e vem aumentando, particularmente associada a estados de imunossupressão onde costuma ser mais agressivo, com crescimento rápido, alto índice de recidiva e pouca resposta à terapia convencional, exigindo até o tratamento cirúrgico radical. Não existe um consenso sobre o seu tratamento, aventando-se o uso de drogas quimioterápicas aplicadas local ou sistematicamente, uso de imunoterapia, radioterapia e ressecções cirúrgicas amplas isoladas ou em combinação com outras terapias. OBJETIVO: Relatar caso de um TBL onde a opção de tratamento foi o uso tópico da podofilina pomada a 25%. A lesão envolvia extensa área da região perianal, podendo a cirurgia acarretar perda da continência fecal. Boa evolução clínica após tratamento. Diante de quadro de baixa imunidade e difícil adesão ao tratamento, evoluiu em 1 ano com recidiva do TBL, sendo novamente tratado com medicação tópica. Houve regressão significativa das lesões, sendo realizado fulguração do restante. RELATO DO CASO: Paciente 67 anos, masculino, SIDA, atendido no ambulatório do HUCFF-UFRJ em janeiro de 2013, em tratamento antirretroviral e quimioterápico (Kaposi gástrico), evoluiu com grande tumoração verrucosa comprometendo região perianal. Iniciou tratamento com Imiquimode, mas devido a um AVE (Fev./2013) o tratamento foi interrompido. Optou-se por tratamento com pomada de podofilina a 25% semanalmente, com boa resposta terapêutica após 11 meses. Diante de

um quadro de baixa imunidade e má aderência, houve recidiva da lesão, retornando com tratamento tópico. Após regressão da lesão, e por não aderir adequadamente o tratamento clínico, optado por fulguração das lesões restantes em maio 2015. Em acompanhamento ambulatorial com pós operatório satisfatório. **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. No presente caso, o paciente com condição clínica comprometida, a apresentação acarretaria uma opção cirúrgica com excisão ampliada, o que levaria ao paciente o ônus de incontinência ou até mesmo de um estoma. Optado a tentativa terapêutica com podofilina a 25% com boa resposta clínica, porém com a não adesão adequada do paciente e queda da imunidade, houve recidiva da lesão, que após novas aplicações do tratamento tópico e regressão das lesões, foi submetido a fulguração.

**PT219 - HERPES HIPERTRÓFICO EM MARGEM ANAL: RELATO DE CASO**

ISADORA MENDONÇA BOTELHO DE SOUZA; JOAQUIM TIAGO CARDOSO LELES DE JESUS; JAYNA MARTINS MARTINS NENO ROSA; JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO; RENATA ROCHA BARBI; JORGE BENJAMIN FAYAD

*HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Resumo:** Introdução: A infecção pelo Vírus Herpes Simples (HSV) é a principal causa de úlcera genital em todo o mundo, sendo HSV-2 o sorotipo mais frequentemente implicado na sua etiologia. Os achados mais frequentemente encontrados são lesões aftosas ulceradas, vesículas e linfonodomegalia inguinal, sendo raros as formas hipertróficas, pseudotumorais, que simulam carcinoma espinocelular e outras infecções virais. A explicação para isso ainda não está clara. Inflamação cutânea prolongada leva a hiperproliferação de queratinócitos através da secreção de citocinas. O sinergismo entre a infecção pelo HSV-2 e a infecção pelo vírus de imunodeficiência adquirida (VIH) tem sido mostrado em vários estudos epidemiológicos e clínicos, com um aumento da frequência das reativações do HSV-2 em pacientes VIH-positivos. **Objetivo:** Relatar um caso de herpes hipertrófico em margem anal e sua importância para o tratamento dos pacientes. **Método:** Relato de caso clínico de paciente acompanhada pelo Serviço de Coloproctologia do Hospital Federal de Ipanema. **Resultados:** R.G.M, 36 anos, feminino, VHI+, imudepressão, apresentou lesão de margem anal esquerda de 1,5 cm de diâmetro, com aspecto elevado, fibróide, granulomatoso e de difícil diagnóstico, sendo tratada como herpes verrucoso que não respondeu ao tratamento com Aciclovir oral, sendo optado pelo tratamento parenteral. Apresentou outra lesão na margem anal direita, que foi biopsiada e teve o diagnóstico histopatológico de carcinoma verrucoso in situ. Realizado excisão destas lesões supracitada, com diagnóstico histopatológico de herpes hipertrófico. Após 2 meses do procedimento, surgiram novas lesões, de características semelhantes as prévias, em região perineal direita (0,5 cm de diâmetro) e outra

em região poplíteia direita (1,5 cm de diâmetro). Após 3 meses observa-se novas lesões mantendo as características, sendo 2 em lateral direita e 2 em lateral esquerda, todas de aproximadamente 0,5 cm, e lesão em pequeno lábio inferior de cerca 3 cm. Neste período foi realizado também acompanhamento com a infectologia, melhora da imunidade com TARV, tratamento com Vanciclovir e Lisina. Após 8 meses de tratamento apresenta apenas área cicatricial nas lesões prévias. **Conclusão:** O HSV em suas apresentações atípicas está relacionado com imunodepressão e neste relato ressaltamos a importância do diagnóstico, tratamento e melhora da imunidade nestes pacientes.

**PT220 - PARACOCIDIOIDOMICOSE COM DESTRUÇÃO DE ESFINCTER ANAL**

RALPH CORREA DE ALMEIDA; BALTAZAR EUSTAQUIO CHAVES FILHO; IARA OLIVEIRA ALVES; RAYANE CORREA ALMEIDA

*HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA, MG, BRASIL.*

**Resumo:** A paracoccidiodomicose é a principal infecção fúngica sistêmica da América Latina sendo que Brasil, Venezuela e Colômbia são os países de maior prevalência. Causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, a doença atinge principalmente os pulmões, pele, mucosas das vias aéreas superiores, nódulos linfáticos e trato gastrointestinal, sendo pouco frequente essa infecção granulomatosa no ânus. Trata-se de paciente do sexo masculino com 31 anos de idade, residente em Ipatinga, Minas Gerais. Foi internado em 2005 com suspeita de linfoma devido ao quadro de linfonodomegalia, perda de peso, icterícia e dor abdominal. A biópsia de gânglio cervical revelou tratar-se da infecção pelo *P. brasiliensis*, porém, apesar de ter sido iniciado o tratamento, não houve adesão. Em 2015 foi novamente internado devido a sangramento e dor anorretal. No exame físico observou-se grande lesão granulomatosa e infiltrativa com destruição da musculatura esfíncteriana em região posterior do canal anal. A ulceração estendia-se ao reto médio onde formava uma grande loja cavitária. Biópsias realizadas no local comprovaram o processo inflamatório crônico granulomatoso associado à paracoccidiodomicose. Foi iniciado tratamento com anfotericina B e sulfametoxazol-trimetropim durante a internação. Devido à incontinência anal e constante incômodo, foi realizado ileostomia em alça para desvio das fezes. O paciente está em tratamento ambulatorial com sulfametoxazol-trimetropim há seis meses e já apresenta redução considerável da lesão. Tem proposta de tratamento por dois anos com expectativa de reconstrução do trânsito. Apesar da doença ter um caráter sistêmico, é importante salientar a possibilidade de gravidade na morbidade associada às lesões granulomatosas localizadas. No presente caso, a destruição do canal anal, tornou necessária a realização de um procedimento agressivo e desagradável à maioria dos pacientes. O tratamento clínico e cirúrgico empregados tem demonstrado melhora significativa da infecção e da qualidade de vida do paciente. Apesar de não ter sido finalizado o tempo de uso da medicação, o relato tem importância ímpar no manejo da infecção pelo *Paracoccidioides brasiliensis* com tal apresentação.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

- ABNER JORGE JACOME BARROZO - PT111  
ADIL JOSÉ DUARTE FILHO - PT154  
ADILSON AKIHIDE AISAHA - PT122  
ADJRA DA SILVA VILARINHO - PT067, TL097, TL100  
ADRIANA CHEREM ALVES - PT189, PT190, PT207,  
TL008, VL032  
ADRIANA VAZ SAFATLE-RIBEIRO - TL019  
ADRYANO GONÇALVES MARQUES - VL025  
AFONSO HENRIQUE SILVA SOUSA JUNIOR - PT120  
ÁGATA VALENTINA SHIMIZU FRUTUOSO - TL046,  
TL047, TL048  
ALAN DOUGLAS DE LIMA - PT113  
ALDENIS ALBANEZE BORIM - VL003  
ALEJANDRO DANIEL MOREIRA GRECCO - TL022,  
VL005, VL018  
ALESSANDRA CINTRA AMARAL - PT171, VL006  
ALESSANDRA MARTINELLI - TL017  
ALEXANDER DE SÁ ROLIM - PT050, PT051, PT052,  
PT088, PT112, PT113, PT114, PT115, PT170, PT185  
ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA - PT095, PT194  
ALEXANDRE FONSECA DE CASTRO - PT057  
ALEXANDRE GHELLER - PT192, TL066, VL001, VL030,  
VL031, VL036  
ALEXANDRE LOPES DE CARVALHO - PT010, TL009  
ALEXANDRE MEDEIROS DO CARMO - TL097  
ALEXANDRE MIRANDA SILVEIRA - PT042, PT043  
ALEXANDRE VENANCIO SOUSA - PT071, PT079,  
PT086, PT140, PT156, PT157, PT158, PT164, PT168,  
PT172, TL089  
ALFREDO RICARDO TAUIL - PT059  
ALICE VARGAS DE AQUINO OLIVEIRA - PT134, PT136,  
PT181  
ALINE CRUZ SOUZA ZAMBOM - PT210  
ALINE LANDIM MANO - PT009, PT015, PT017, PT198  
ALINE POZZEBON GONCALVES - PT038, TL085, PT090, PT092,  
PT094, PT099, PT100, PT118, PT208, TL044, TL045  
ALOYSIO JOSE ALMENDRA JUNIOR - PT131  
ALVARO STRADIOTTO STECKERT - VL008, VL040  
AMANDA MACHADO BERNARDO ZIEGLER - PT151,  
VL014, VL015  
ANA AMÉLIA BARBIERE BONATELLI - PT199  
ANA BÁRBARA MOREIRA DELFINO - PT217  
ANA BITTENCOURT DETANICO - PT013  
ANA CAROLINA BOMBARDI DUARTE - TL004, TL040  
ANA CAROLINA CHAVES - PT103, PT108  
ANA CAROLINA FERREIRA BRANT COSTA - PT018  
ANA CAROLINA OLIVEIRA - PT047  
ANA CAROLINA PARUSSOLO ANDRÉ - PT064, PT189,  
PT207, TL005  
ANA CAROLINA VASQUES - TL059  
ANA CAROLINE FERNANDES FONTINELE - PT058,  
PT205  
ANA LUCIA CARLETTI DE MORAES - TL011  
ANA LUCIA CORONEL - PT054  
ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA -  
PT036  
ANA NEVES - PT188  
ANA TERESA PUGAS CARVALHO - PT006, PT014, TL056  
ANDRE DA LUZ MOREIRA - PT006, PT014, PT065,  
PT215, TL056  
ANDRE FONSECA DUARTE - VL026, VL038, VL039  
ANDRE PARIZI MELO - PT150  
ANDREA PECCI - PT039, PT087, PT123, PT 128, PT159,  
TL006  
ANDREIA SILVA FERREIRA - PT110, PT116  
ANGELA H CAIADO - TL082  
ANGELITA HABR GAMA - PT085, TL001, TL013, TL082,  
TL042  
ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI - PT050, PT051,  
PT052, PT088, PT112, PT114, PT115, PT170, PT185  
ANNA CAROLINA BATISTA DANTAS - TL036, VL013  
ANNA CAROLINA FRANCO - TL046, TL047, TL048  
ANNA LUIZA DRIESSEN - PT132  
ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR - PT006, PT014,  
PT065, PT183, PT215, TL031  
ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT - TL031  
ANNIBAL COELHO AMORIM JUNIOR - TL056  
ANSELMO NUNES DUARTE - PT133  
ANTÔNIO ANDERSON FERNANDES FREIRE - VL003  
ANTÔNIO BALDIN JÚNIOR - PT072, PT075, PT076,  
PT101, PT132, PT188, PT195  
ANTONIO CARLOS ECKHARDT JUNIOR - PT131  
ANTONIO CARLOS MIRANDA - PT070  
ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO - PT025,  
PT078, PT154, PT191, TL073, TL074, TL076, TL081,  
TL092  
ANTONIO EDNARDO DE SOUZA - PT062  
ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR - PT037,  
PT040, PT060, PT174, PT175, VL020  
ANTONIO LACERDA FILHO - PT057, PT061, PT064,  
PT084, PT136, PT184, PT189, PT190, PT207, TL003,  
TL005, TL008, TL030, TL091, VL032  
ANTONIO RAMOS CALIXTO - TL059  
ANTONIO ROCCO IMPERIALE - PT103, PT135, TL026,  
VL012, VL013, VL023  
ANTONIO SÉRGIO BRENNER - PT072, PT075, PT076,  
PT101, PT132, PT188, PT195  
AQUILES LEITE VIANA - PT192, VL001, VL030, VL036  
ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI - PT121,  
TL039, VL009, VL022, TL035  
ARTHUR CASOLARI ARAUJO MANSUR DAVID - PT095,  
PT194



ARTHUR HENRIQUE DA SILVA - PT008, PT011, PT022, PT209, PT216  
ARTHUR MANOEL BRAGA DE A. GOMES - PT134, PT180, PT181, PT184, TL091  
ARY AUGUSTO DE CASTRO MACEDO - PT071  
ATILA HADAD CRELIER - PT171, VL007  
AUGUSTO FERNANDO COELHO FERREIRA JUNIOR - PT134, PT136, PT180, PT181, PT184  
AYMÊ CHAVES NOGUEIRA - TL047

## **B**

BALTAZAR EUSTAQUIO CHAVES FILHO - PT220  
BARBARA CATHALÁ ESBERARD - PT006, PT014, TL056  
BARBARA SAAB - TL043, TL050  
BEATRIZ ALVES DINAMARCO - PT129  
BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES - PT064, PT074, PT084, PT189, PT190, PT207, TL005, TL008, VL032  
BELISA GOMES MÜLLER - PT082, TL002  
BENJAMIN RAMOS DE ANDRADE JÚNIOR - TL097  
BERNARDO HANAN - PT064, PT190, TL008, VL032  
BRENDON DA SILVA SANTANA - PT035, TL072  
BRENO SANTOS AMARAL - PT081  
BRENO XAIA MARTINS DA COSTA - PT057, PT180, TL030, TL091  
BRUNA BORBA VAILATI - PT055, PT085, TL001, TL013, TL042, TL078, TL082  
BRUNA DE CAMARGO NIGRO - PT107, PT193, PT200  
BRUNA FERNANDES DOS SANTOS - TL021, TL051, TL053  
BRUNA FERREIRA BERNERT - PT072  
BRUNA PATROCÍNIO DOS SANTOS SILVA - TL046, TL048  
BRUNO BARRETO FIGUEREDO SOARES - TL080, TL093, TL100  
BRUNO GELONEZE - TL059  
BRUNO GOMES DUARTE - PT131  
BRUNO HENRIQUE DA SILVA PEREIRA - PT034, PT035, PT173, TL072, TL080, TL093  
BRUNO LORENZO SCOLARO - PT008, PT011, PT022, PT203, PT209, PT216, TL007  
BRUNO MENDES MENDES - PT141, PT142  
BRUNO SABAYOSHI LARA SHIMIZO - VL008, VL040  
BRUNO ZENNE MOTTA - PT023, PT049, PT155, PT166, PT169, TL023, TL024, VL004, VL028

## **C**

CAIO SERGIO RIZKALLAH NAHAS - PT048, PT103, PT108, PT120, PT135, TL025, TL026, TL027, TL033, TL041, TL036, TL062, TL068, TL069, TL087, VL012, VL013, VL021, VL023, VL029  
CALED JAOUDAT KADRI - PT163, TL061, TL095  
CAMILA AMARGOS BIZZOTO AMORIM - PT187

CAMILA BARBOSA MARQUES - PT152  
CAMILA GOMES DE SOUZA - PT024, PT205  
CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS - TL070  
CARLA CAMILA ROCHA BEZERRA - PT067, TL070, TL100, VL025  
CARLA LARISSA MONTEIRO RAMOS - PT204  
CARLOS ALBERTO CASTRO FAGUNDES - PT210  
CARLOS ALBERTO DE CARVALHO - TL067  
CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ - PT028, PT031, PT033, PT046, PT053, PT069, PT081, PT089, PT091, PT105, PT106, PT130, PT137, PT139, PT160, PT161, PT162, PT163, PT167, PT196, PT199, TL019, TL028, TL029, TL032, TL059, TL060, TL061, TL063, TL071, TL077, TL095, TL098, VL019, VL011  
CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VEO - PT121, TL035, TL039, VL009, VL022  
CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES - PT048, PT120, PT135, TL025, TL026, TL027, TL033, TL036, TL041, TL062, TL068, TL069, TL087, VL012, VL013, VL023, VL029  
CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS - PT056, TL010  
CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES - PT025, PT034, PT073, PT078, PT083, PT104, PT154, PT186, PT191, TL030, TL073, TL074, TL076, TL081, TL090, TL092, TL099, VL017, VL034, VL035  
CARLOS ZASLAWSKY - PT054  
CARMELITA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA - PT152  
CARMEN RUTH MANZIONE - TL085  
CAROLINA ELISABETE DA SILVA MEREGE - PT165, VL003  
CAROLINA HIRATSUKA - PT119  
CAROLINA LYDER NORONHA - PT172  
CAROLINA MACIEL - PT213  
CAROLINA OGAWA MATSUBAYASHI - PT111  
CAROLINA VIEIRA DE FARIA - PT218, TL012, TL020, TL096  
CAROLINE GOMES DE ALMEIDA ROCHA - PT071  
CAROLINE HAYDN CREDIDIO - PT119  
CAROLINE LIMA DE OLIVEIRA - PT179  
CAROLINE VON ABEL - TL089  
CASSIANA ALVES DA SILVA - PT003  
CASSIO ALFRED BRATTIG CANTAO - PT023, PT049, PT117, PT166, PT169, TL023, TL024, TL058, VL004, VL028  
CECILIA MAYO - TL084  
CELENE BENEDITI BRAGION - PT106, PT163, PT167, TL061, TL095  
CESAR PAIVA BARROS - PT171, VL006  
CHARBEL HALIM CHATER - TL082  
CHIA BIN FANG - PT039, PT087, PT119, PT123, PT128, PT159, TL006, TL083  
CHISTIANE DIVA CAMPOS VENEROSO - PT074  
CHRISTIAN SPALLA LEPESTEUR - PT080

CHRISTIANO MANHÃES DE CARVALHO - PT218, TL012, TL020, TL096  
CICERO DIEGO SOARES DOS SANTOS - PT115  
CINTHIA MAGALHÃES ULHOA - PT074, PT097  
CINTHIA SOARES SOUZA - PT131  
CIRO CARNEIRO MEDEIROS - PT053, PT130, PT137, PT139, VL011, VL019  
CLAUDIA LUCIANA FRATTA - PT069, TL063  
CLAUDIO AUGUSTO CIONGOLI - PT129  
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY - PT028, PT031, PT033, PT069, PT081, PT089, PT091, PT160, PT161, PT199, TL011, TL028, TL029, TL032, TL043, TL050, TL059, TL060, TL063, TL071, TL077, TL098  
CLÁUDIO TARTA - PT082, TL002  
CRISTIANE KIBUNE NAGASAKO - PT028, TL071  
CYNTHIA ABDALLA CRUZ - TL066

## D

DAIANE SONZA VIDART - PT055, TL078  
DAMIANNE REIS BERTONSELLO - PT126  
DANIEL AMARAL ZANETTI - VL002  
DANIEL CUSTÓDIO PINTO - PT213  
DANIEL DE CARVALHO DAMIN - PT082, TL002  
DANIEL DE CASTILHO - PT046, PT053, PT137, PT139, PT196, TL004, TL040, VL019  
DANIEL ESPERANDIM CEPEDA - PT156, PT157, PT158, PT172  
DANIEL FERNANDES DALA RIVA - PT213  
DANIEL JOSE SZOR - PT107, PT193, PT200  
DANIEL PAULINO SANTANA - PT018  
DANIEL SCHMIDT PEREZ - PT086  
DANIÉLA OLIVEIRA MAGRO - TL059, TL060  
DANIELA PAGLIARI OLIVEIRA - PT201  
DANIELA TIEMI SATO - PT163, TL061, TL095  
DANIELLE DE CAMPOS PESETO - PT046, PT053, PT105, PT106, PT130, PT137, PT139, PT162, PT167, PT196, VL011, VL019  
DANILO DAUD - PT151, VL014, VL015  
DANILO TOSHIO KANNO - PT046, PT053, PT105, PT106, PT130, PT137, PT139, PT162, PT167, VL011, VL019  
DANILO TOSHIO KANNO - PT196  
DARIO ARIEL TIFERES - TL082  
DAVID DE LANNA - PT024  
DAVID DIETZ - TL038, TL034  
DAVID SILVEIRA VILLAS BOAS - PT114  
DAYANE RAQUEL DE PAULA - PT101  
DEBORA HELENA GONÇALVES ROSSI - PT081, PT091, PT160, PT199, TL028, TL029, TL032, TL059, TL071, TL098  
DENISE GONÇALVES PRIOLLI - TL004, TL040  
DENISE GRAFFITTI D'AVILA - PT153  
DENNIS BAIRD DAVISON ROBERTONI - PT157  
DIEGO ADÃO FANTI SILVA - PT204  
DIEGO FELIPE SILVA - PT074, PT097

DIEGO FERNANDES MAIA SOARES - PT029, PT048, TL036, TL064, TL065, TL069, TL087, VL021, VL029  
DIEGO VIEIRA SAMPAIO - PT214  
DIEQUISON RITE DA CUNHA - PT141, PT142, PT152  
DINA MARTINS RODRIGUES DE SOUZA - PT070  
DORYANE MARIA DOS REIS LIMA - TL067, VL024  
DRAUSIO JEFERSON DE MORAES - TL011

## E

EDER MASSUCATO - PT079  
EDGARD ALEMAN LOAIZA - TL042  
EDMAR TAFNER - TL018  
EDMILSON CELSO SANTOS - PT205  
EDNA DELABIO FERRAZ - PT218, TL012, TL020, TL096  
EDSON SEM - PT194  
EDUARDO AUGUSTO LOPES - PT050, PT051, PT052, PT088, PT112, PT113, PT115, PT170, PT185  
EDUARDO COSTA COBAS - PT073, TL099, VL034, VL035  
EDUARDO DE PAULA VIEIRA - PT218, TL020, TL096, TL012  
EDUARDO DE SOUZA ANDRADE - PT124, PT125  
EDUARDO FONSECA - PT010, TL009  
EDUARDO KENZO MORY - PT107, PT193, PT200, TL033  
EDUARDO LARCHERT GUIMARÃES - PT088  
EDUARDO RODRIGUES CHAGAS SILVEIRA - PT032  
EDUARDO ROSETTI - PT210  
EDUARDO ROSETTI FILHO - PT210  
EDUARDO SHOR - PT204  
ELESÍARIO MARQUES CAETANO JUNIOR - PT204  
ELIAS LUCIANO QUINTO DE SOUZA - PT009, PT015, PT017, PT198  
ELIDA NATALIE SILVEIRA FARIA - PT005, TL094  
ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT - PT006, PT014, PT065, PT183, PT215, TL056  
ELOAH GAMBONI LIMA - PT004, PT020, PT063, PT068, PT098, PT214, VL002  
EMRE GORGUN - TL034, TL057  
ENRICO SFOGGIA - PT023, PT036, PT049, PT155, PT166, PT169, TL023, TL058, VL028  
ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO - PT046, PT053, PT105, PT106, PT130, PT137, PT139, PT162, PT167, PT196, VL011, VL019  
ERASMO ASSUMPTÃO NETO - PT122  
ERICK REZENDE DE AZEVEDO CAMPOS - PT218, TL012, TL020, TL096  
ÉRICO DE CARVALHO HOLANDA - TL097  
ERON FABIO MIRANDA - PT030, TL049  
ERTON RIVO BANCHER - PT088  
EULER DE MEDEIROS AZARO FILHO - PT009, PT015, PT017, PT198  
EUVALDO JORGE SILVA FILHO - PT121, TL035, TL039, VL009, VL022

## F

FABER HENRIQUE CACCIA - PT041  
FABIANA PIMENTA SILVA - PT201  
FABIANE DA SILVA RIGUEIRA - PT076  
FABIO ALVES SOARES - PT192, TL066, VL001, VL030, VL031, VL036  
FABIO BUSNARDO - PT048  
FÁBIO GUILHERME CAMPOS - PT029, PT120, PT163, TL026, TL061, TL095, VL021, VL026, VL027, VL038, VL039  
FÁBIO GUILHERME CAMPOS - TL019  
FÁBIO HENRIQUE DE OLIVEIRA - PT061, PT110, PT116, PT187  
FABIO KAWAGUTI - TL068  
FABIO LOPES DE QUEIROZ - PT041, PT057, PT134, PT136, PT180, PT181, PT182, PT184, TL030, TL091  
FABIO PIOVEZAN FONTE - PT205, PT021, PT205, VL016  
FABIO RODRIGO JORGINO - PT156, PT158  
FABIO SHIGUERU KANNO - PT157  
FABIOLA NASSAR SOUSA FRAZÃO - PT035, TL072  
FABRICIO DE SOUZA BITENCOURT - PT153  
FABRIZIO CONSORTI - TL087  
FANGIO FERRARI - PT008, PT011, PT022, PT203, PT209, PT216, TL007  
FELICIDAD SANTOS GIMENEZ - PT045, PT179  
FELIPE ALEXANDRE FERNANDES - PT085, TL001, TL013  
FELIPE ATTI AKL - PT151, VL014, VL015  
FELIPE AUGUSTO YAMAUTI FERREIRA - VL010  
FELIPE BARUFALDI - PT027, PT066  
FELIPE DE SOUZA BARROS CORREA - TL007  
FELIPE FERNANDES MACEDO - PT018  
FELIPE FERREIRA DA MOTA - PT057, PT061, TL030  
FELIPE LEITE DE FIGUEIREDO - PT131  
FELIPE MAIA VIEIRA - PT007  
FELIPE MARCOLINI D. BERTUCCI - PT008, PT011, PT022, PT209, PT216  
FERNANDA BELLOTTI FORMIGA - PT087, PT119, PT159, TL083, TL021  
FERNANDA ELIAS F. RABELO - PT110, PT116, PT187  
FERNANDO BRAY BERALDO - PT003  
FERNANDO JOSÉ CAMPOS LAVALL JUNIOR - PT020, PT024  
FERNANDO LUIZ ZANCHET JUNIOR - PT082, TL002  
FERNANDO ZARONI SEWAYBRICKER - PT059  
FEZA H REMZI - TL034  
FLAVIA ALVARENGA NETTO - TL037  
FLAVIA BALSAMO - PT  
FLÁVIA CAPPELLI ALVES - PT171, VL006  
FLAVIA DE CASTRO RIBEIRO FIDELIS - PT009, PT015, PT017, PT198  
FLAVIA FELIX AZEVEDO - PT071, PT140  
FLAVIA TRINO MORAES - PT168  
FLAVIO RENATO SENEFONTE - PT056

FRANCIARA LETHICEA MORAES DA CUNHA - PT192, TL066, VL031  
FRANCISCO DE ASSIS GOLÇALVES FILHO - PT090, PT092  
FRANCISCO GARCIA PARRA - VL003  
FRANCISCO LOPES PAULO - PT183, PT215, TL031  
FRANCISCO NOLASCO DE CARVALHO NETO - PT084  
FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS - PT067  
FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS FILHO - PT067, TL100  
FRANCISCO WENDEL DE SOUSA ARRUDA - TL070, VL025  
FREDERICO MOREIRA CARDOSO AYRES - PT074

## G

GABRIEL BRAZ GARCIA - PT084, PT189, PT190, PT201, PT207, TL003  
GABRIEL CARVALHO LACERDA - PT057  
GABRIELA RIBEIRO RICCIARDI - PT122, VL015  
GABRIELA SANTIAGO EUFRASIO - PT045  
GABRIELA SANTOS SILVA - PT171, VL006  
GABRIELA SIDRA - TL084, TL086  
GABRIELLA CAROLINE MACEDO DOS SANTOS - PT047  
GABRIELLY BERTOLDI SILVA - PT032, PT096  
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - PT019, TL021, TL051, TL052, TL053, TL054, VL037  
GENI SATOMI CUNRATH - PT118, TL044, TL045  
GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ - PT004, PT020, PT063, PT068, PT098, PT143, PT144, PT145, PT146, PT147, PT148, PT149, PT214, VL002  
GERALDO MAGELA SALOME - PT141, PT142, PT152  
GIANCARLO BÚRIGO - PT153  
GIANCARLO CIONGOLI - PT129  
GIANCARLO DE SOUZA MARQUES - PT034, PT173, TL080, TL093  
GIANNA LUISSA COELHO - PT008, PT011, PT022, PT209, PT216  
GIOVANI FIGUEIREDO LOCKS - PT150  
GIOVANNA DA SILVA - TL087  
GISELA JIMENA PRESENCIA - TL084, TL086  
GIULIA CAMPOS LAGE - PT201  
GLENIO FERNANDES MORAES - PT032, PT096  
GONZALO ZAPATA - TL022, VL005, VL018  
GRAZIELA OLIVIA DA SILVA FERNANDES - PT034, PT035, PT173, TL072, TL080, TL093, TL100  
GUILHERME CUTAIT COTTI - PT103, PT108, PT135, TL025, TL027, TL041, VL012, VL013, VL023  
GUILHERME CZELUSNIAK DE OLIVEIRA - PT195  
GUILHERME DI CAMILLO ORFALI - TL004, TL040  
GUILHERME MUNIZ BOURROUL - PT021, PT058, VL016  
GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO - PT085, TL001, TL013, TL042, TL082  
GUILHERME ZUPO TEIXEIRA - PT037, PT040, PT060, PT174, PT175, VL020

GUSTAVO ALEJANDRO GUTIERREZ - PT138  
GUSTAVO AMBROSI EVANGELISTA - PT042, PT043  
GUSTAVO BECKER PEREIRA - PT008, PT011, PT022,  
PT203, PT209, PT216, TL007  
GUSTAVO BOTEGA SOUZA - PT121, TL035, TL039,  
VL009, VL022  
GUSTAVO KURACHI - TL067, VL024  
GUSTAVO LISBÔA DE BRAGA - TL015, TL017  
GUSTAVO MELO DA SILVA - PT131  
GUSTAVO SEVÁ PEREIRA - PT102, PT211

## H

HELIN MINORU MATSUMOTO - VL024  
HÉLIO MOREIRA JÚNIOR - PT005, PT013, PT202, TL055,  
TL094  
HELIÚ BEZERRA DUARTE SUDÁRIO - TL097  
HELOISA GUEDES MUSSNICH - TL079  
HELTON SILVA RAMOS - PT217  
HENRIQUE GONÇALVES - PT013, PT202, TL055  
HENRRIQUE SETTI BARROSO - PT007  
HERMANN KESSLER - TL034, TL057  
HERMINIO CABRAL DE REZENDE JUNIOR - PT021,  
PT058, PT111, VL016  
HUGO HENRIQUES WATTÉ - PT050, PT051, PT052,  
PT112, PT113, PT114, PT115, PT170, PT185  
HUGO SANMARONY CARDOSO - PT179  
HUMBERTO MARTEN TEIXEIRA - PT124, PT125

## I

IAN LAVERY - TL038  
IARA OLIVEIRA ALVES - PT220  
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE - PT019,  
TL051, TL052, TL053, TL054, VL037  
IGOR NOLASCO SEGHE TO - PT182  
ILANA POLEGATTO - PT174  
ILARIO FROEHNER JUNIOR - TL049  
ILIAN VITAL PINHEIRO - TL098  
ILSON GERALDO DA SILVA - PT004, PT063, PT068,  
PT098, PT214  
INDIRA SERRA - PT104, PT154  
IRINA SELLA K PULS - PT133  
ISAAC DE FARIA SOARES RODRIGUES - PT165  
ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO - PT050, PT051,  
PT052, PT088, PT112, PT113, PT114, PT115, PT170,  
PT185, TL062, TL064, TL065, TL068, TL069  
ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA - TL066  
ISABELA CRISTINA COELHO DA CUNHA - PT203,  
TL007  
ISABELA DIAS MARQUES DA CRUZ - PT009, PT015,  
PT017, PT198  
ISADORA MENDONÇA BOTELHO DE SOUZA - PT002,  
PT080, PT219  
IURI MATIAS OLIVEIRA SCHREINER - PT045

IVAN CECCONELLO - PT029, PT048, PT120, PT135,  
TL019, TL025, TL026, TL027, TL033, TL036,  
TL041, TL062, TL064, TL065, TL068, TL069,  
VL012, VL021, VL023, VL026, VL038, VL039  
IVAN NEUTZLING LUDTKE - PT117  
IVAN ROBERTO BONOTTO ORSO - VL024  
IVAN TRAMUJAS DA COSTA E SILVA - PT045  
IVNA HOLANDA VIANA - PT037, PT040, PT060, PT174,  
VL020

## J

JACQUELINE JESSICA DE MARCHI TONHÁ - TL046,  
TL047, TL048  
JACYARA PEREIRA ALVES - PT085  
JAIME FONTANELLI FREITAS - PT030  
JAIME PIROLA KRUGER - VL027  
JANAINA WERCKA - PT050, PT051, PT052, PT088,  
PT112, PT113, PT114, PT115, PT150, PT170, PT185  
JAQUES WAISBERG - PT021, PT058, PT111, PT205, VL016  
JAQUES WAISBERG - VL010  
JAYNA MARTINS MARTINS NENO ROSA - PT002,  
PT080, PT219  
JEDAIAS ALMEIDA ROSA JUNIOR - PT079  
JÉSSICA LINS BONFATTI - PT217  
JESSICA SANMIGUEL - PT165  
JOANA CAROLINA SARAIVA DE PAULA PESSOA -  
PT025, PT073, PT078, PT083, PT186, PT191, TL073,  
TL074, TL076, TL081, TL090, TL092  
JOÃO ANTÔNIO FERIANI NUNES - PT165  
JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA - PT074, PT097  
JOÃO BATISTA PINHEIRO BARRETO - PT034, PT035,  
PT173, TL072, TL080, TL093  
JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO - PT218, TL012, TL020,  
TL096  
JOÃO GOMES NETINHO - PT090, PT092, PT094, PT099,  
PT100, PT118, PT208, TL044, TL045  
JOÃO JOSE CORREIA BERGAMASCO - PT179  
JOÃO JOSE FAGUNDES - PT199, TL028, TL029, TL032,  
TL060, TL063, TL098  
JOAQUIM GAMA RODRIGUES - PT085, TL001, TL013,  
TL042  
JOAQUIM JOSÉ OLIVEIRA FILHO - PT102, PT211  
JOAQUIM SIMÕES NETO - PT037, PT040, PT174, PT175,  
VL020  
JOAQUIM TIAGO CARDOSO LELES DE JESUS - PT002,  
PT080, PT219  
JOAQUÍN V. GONZÁLEZ - TL086  
JOFFRE REZENDE FILHO - TL055  
JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA - PT104, PT154  
JORGE BENJAMIN FAYAD - PT002, PT080, PT219  
JORGE HENRIQUE REINA NETO - TL018  
JORGE MALI JUNIOR - PT133  
JORGE ORTIZ - PT087  
JOSÉ AIRES PEREIRA - PT105, PT163, TL061, TL095

JOSÉ AIRTON GONÇALVES SIEBRA - VL025  
JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR - PT037, PT040, PT060,  
PT174, VL020  
JOSÉ ALFREDO REIS NETO - PT037, PT040, PT060,  
PT174, PT175, VL020  
JOSÉ ANANIAS VASCONCELOS NETO - TL070  
JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR -  
PT034, PT035, PT173, TL072, TL080, TL093, TL100  
JOSE AUGUSTO DUARTE NETO - PT097  
JOSE CARLOS AGUIAR BONADIA - PT003  
JOSE CARLOS PAEJA - TL059  
JOSÉ CIONGOLI - PT129  
JOSE EDUARDO MALDONADO JUNIOR - PT164, PT168  
JOSE GUILHERME NOGUEIRA SILVA - TL018  
JOSE HUMBERTO BAETA FROES - PT016, PT109, PT197  
JOSE JOAO FAGUNDES - PT069  
JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA - PT023, PT036,  
PT049, PT127, PT155, PT166, PT169, PT176, PT177,  
PT178, TL023, TL058, VL004, VL028  
JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA - TL024  
JOSÉ MARCIO NEVES JORGE - TL013, TL062, TL064,  
TL065  
JOSÉ OLYMPIO MEIRELLES-SANTOS - PT028, PT031,  
PT033, TL077  
JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA - PT013, PT202,  
TL055, TL094  
JOSE PINHATA OTOCH - TL018  
JOSE RICARDO HILDEBRANDT COUTINHO - PT002,  
PT218, PT219  
JOSE VALERIO STEFANELLO II - PT056  
JOSE VICTOR RODRIGUEZ MENDOZA - PT138  
JOSE VITOR CABRAL ZANARDI - VL004  
JOSIANE HARUMI CIHODA LOPES - PT027, PT066  
JOUBERT ALMEIDA ESTEVES - PT210  
JUAN THOMAZ GABRIEL DE SOUZA RAMOS - PT032,  
PT096  
JULIA ALVARENGA PETROCCHI - TL005  
JULIA CUTOVOI GIRARDI - PT091, PT160  
JÚLIA REZENTE SCHLINZ - PT183, PT215, TL031  
JULIANA DE OLIVEIRA SALGE - PT032, PT096  
JULIANA FORMENTI ZANCO - PT038  
JULIANA GONCALVES ROCHA - PT030  
JULIANA LIMA TOLEDO - PT127, PT176  
JULIANA MAZZUIA GUIMARAES - TL060  
JULIANA PORTELLA FONTANA - PT192, TL066, VL001,  
VL030, VL031, VL036  
JULIANA TEIXEIRA MACHADO - TL051, TL053, TL054  
JULIANO DE PAULA - TL007  
JULIANO DE PAULA LOBLEIN - PT008, PT011, PT022,  
PT209, PT216  
JULIANO NORONHA RIBEIRO - PT046, PT162, PT196,  
VL011  
JULIE ANN VAN KOUGHNETT - TL087  
JULIO CESAR MONTEIRO DOS SANTOS JR. - PT001  
JULYANNA CRUZ FRANÇA - PT218, TL012, TL020, TL096

## K

KAREN PARRON FERNANDES - PT077, PT133  
KARIN GUTERRES LOHMANN HAMADA - PT183  
KARINA DAGRE MAGRI - PT039, PT087, PT119, PT123,  
PT128, PT159, TL006, TL083  
KARINE SABRINA BONAMIGO - PT055, TL078  
KARINNE SOARES ISAAC - TL046, TL048  
KARLA COSTA FERREIRA - PT005, PT202, TL055, TL094  
KASSIA MAHFOUZ - PT132  
KATHIANE LUSTOSA AUGUSTO - TL070  
KELLY CRISTINE DE LACERDA RODRIGUES BUZATTI  
- PT064, PT084, PT189, PT207, TL005, VL032  
KERLEY KELLER - PT171, VL006  
KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE - PT004,  
PT020, PT063, PT068, PT098, PT214, VL002

## L

LAÉRCIO ROBLES - PT050, PT051, PT052, PT088, PT112,  
PT113, PT114, PT115, PT170, PT185  
LAIS NUNES DANGLA - TL005  
LANA GABRIELA DE SOUSA SILVA - PT032, PT096  
LARA BURLAMAQUI VERAS - TL097  
LARISSA BERBERT ARIAS - PT160, TL077  
LARISSA SEREJO MARINHO - PT122  
LARISSA PRISCILLA ALMEIDA OLIVEIRA - PT047  
LAURA BRANDÃO BARROS - PT045  
LAURA CREDIDIO - PT089  
LAURA FERREIRA MARTINEZ - PT100  
LAURA SVIDLER LOPEZ - TL084, TL086  
LEANDRO OLIVEIRA MARTIN - PT157  
LEILA DE MENDONÇA FERREIRA - PT095  
LEILA RODRIGUEZ MARTINS - PT177, PT178  
LEONARDO ALFONSO BUSTAMANTE-LOPEZ - PT108,  
PT120, TL025, TL026, TL033, TL041, TL064,  
TL065, VL021  
LEONARDO DE CASTRO DURÃES - TL034, TL057,  
TL038  
LEONARDO HUBER TAUIL - PT059  
LEONARDO MACHADO DE CASTRO - PT171, VL006,  
VL007  
LEONARDO MACIEL FONSECA - TL003, TL008  
LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA BEZERRA  
- TL070  
LEONARDO WANDERLEY SOUTINHO - PT007, PT204,  
PT212  
LEONEL REIS LOUSA - PT005, PT013, PT202, TL094  
LESTER ROSEN - TL014  
LETICIA BRIGOLINI - PT124, PT125  
LETÍCIA DO VALE REIS - PT047  
LIANE VANESSA ZACHARIADES SANTOS GOES -  
PT025, PT154  
LIGIA GARCIA SANTOS - PT077  
LILA LEA CRUVINEL - TL011

LILIAN VITAL PINHEIRO - PT081, PT089, PT199, TL028, TL029, TL032  
LILLY ANA AICHINGER - PT117  
LINA MARIA GOES DE CODES - PT009, PT015, PT017, PT198  
LINO LUIS SANCHES LARANJEIRA - PT077, PT126, PT133  
LÍVIA BORGES OLINDA BATISTA - PT067, TL097  
LIZANDRA AKINA CORRÊA - PT100  
LORENA REUTER MOTTA GAMA - PT038  
LORENA WILLERS COUTINHO - PT016, PT109  
LOUISE DE ARAÚJO VIEIRA - TL007  
LOUISIE GALANTINI LANA DE GODOI - PT039, PT119, PT123, PT159, PT128, TL006  
LUANA GIMENEZ FREIRE - PT179  
LUANA ISABEL PEREIRA DA SILVA - PT217  
LUCA STOCCHI - TL038, TL057  
LUCA STOCCHI; MEAGAN COSTEDIO - TL034  
LUCAS MARADEI CARNEIRO DE REZENDE - PT036, PT155, PT176, PT177, PT178, TL058  
LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI - PT130  
LUCAS RODRIGUES BOARINI - TL021, TL052, TL054  
LUCIA CÂMARA OLIVEIRA - TL037  
LUCIANA MARIA PYRAMO COSTA - PT020, PT041, PT182  
LUCIANA PAES PEIXOTO NETTO - PT080  
LUCIANA PEREIRA VILAS BOAS - PT025, PT083, PT186, PT191, TL073, TL074, TL076, TL081, TL090, TL092, TL099  
LUCIANE BONELLA - PT124, PT125  
LUCIANE HIANE OLIVEIRA - PT040, PT060, VL020  
LUCIANO SANTANA DE MIRANDA FERREIRA - PT073, TL099, VL017, VL034, VL035  
LÚCIO HENRIQUE ROMÃO DOS SANTOS JUNIOR - PT097  
LUIGI CARLO DA SILVA COSTA - PT164  
LUIS FELIPE LOPEZ - PT175  
LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES - VL001, VL036  
LUIS GUSTAVO CAPOCHIN ROMAGNOLO - PT121, TL035, TL039, TL063, VL009, VL022  
LUIS MASAO MARUTA - TL018  
LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL - TL085  
LUIZA PIRES COSTA - PT097  
LUIZ FELIPE CAMPOS LOBATO - TL042  
LUIZ FERNANDO ABRAHÃO REIS - PT042, PT043  
LUIZ FERNANDO MARTINS E SILVA - PT110, PT116  
LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA - PT065, PT183, PT215, TL031  
LUIZ HENRRIQUE BONARDI - PT095, PT194  
LUIZ RENATO RICCI CAMPERONI - TL024  
LUIZ SERGIO RONCHI - PT099  
LUIZ SERGIO RONCHI - PT208  
LUIZA MARIA PILAU FUCILINI - PT102, PT211  
LUSMAR VERAS RODRIGUES - PT067, VL025

## M

MAGALY GEMIO TEIXEIRA - PT038  
MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ - PT064, PT084, PT190, PT207, TL003, TL005, TL008, VL032  
MAIUME ROANA FERREIRA DE CARVALHO - PT141, PT142  
MANLIO BASILIO SPERANZINI - PT122  
MANOEL ÍTALO PIMENTEL SANTOS LOPES - TL070, VL025  
MANSUR SAAB - TL043, TL050  
MARCELA KRUG SEABRA - TL079  
MARCELLA CONZ RODRIGUES - PT129  
MARCELLA GUILHERME CAROLINO SOUZA - TL083  
MARCELO ALEXANDRE PINTO DE BRITTO - PT213  
MARCELO FERNANDO SANTONI DE LIMA - PT095, PT194  
MARCELO MAIA CAIXETTA DE MELO - PT094  
MARCELO RAPOSO CAMARA - PT059  
MARCELO RENATO MASSAHUD JUNIOR - PT141, PT142  
MARCELO RODRIGUES BOARINI - TL052  
MARCELO RODRIGUES BORBA - TL018  
MARCELO RODRIGUES BORBA - TL087, VL029  
MARCIA OLANDOSKI - TL043, TL050  
MARCIA TERESINHA JURACH - PT054  
MARCIO PEREIRA CRUZ - PT078, PT154, PT186, TL073, TL076, TL081, TL090, TL092  
MARCO ANTÔNIO MIRANDA DOS SANTOS - PT041, PT042, PT043, PT044  
MARCO ANTÔNIO RIBEIRO FILHO - PT165  
MARCO AURELIO SANTO - TL062  
MARCOS AURELIO MARTINS TRAVESSA - PT186, TL090  
MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS - PT018, PT024, PT205  
MARCOS CLARÊNCIO - TL073, TL074, TL081  
MARCOS FELIPE CAMPIOLO - PT119  
MARCOS HENRIQUE DE ANDRADE ZANONI - TL006  
MARCOS MELLO MOREIRA - PT031, PT033  
MARCOS RODRIGO PINHEIRO DE ARAÚJO CARVALHO - TL083  
MARCOS SANTOS VIEIRA BARROS - TL018  
MARCOS VINICIUS ARAUJO DENADAI - PT121, TL035, TL039, VL009, VL022  
MARCOS VINICIUS DA SILVA AGUIAR - PT045  
MARCUS CARVALHO - TL089  
MARCUS PAULO LEMOS LEMES - VL010  
MARCUS VALADÃO - VL017  
MARCUS VINICIUS CASTRO OLIVEIRA - PT078, PT104, PT154, PT191  
MARDEM MACHADO DE SOUZA - TL046, TL047, TL048  
MARÍA ALEJANDRA PICCONI - TL086  
MARÍA ANGÉLICA ORELLANA - TL086  
MARIA BIANCA DE LACERDA FERNANDES CÔRTE - VL031

- MARIA CRISTINA SARTOR - PT072, PT075, PT076, PT101, PT132, PT188, PT195  
MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO - PT028, PT031, PT033, PT069, PT081, PT089, PT091, PT160, PT161, PT199, TL032, TL060, TL063, TL071, TL077, TL098, TL028, TL029  
MARIA EMILIA CARVALHO DE CARVALHO - TL030  
MARIA EUGENIA DE FAVERI - TL022, VL018, VL005  
MARIA LAURA MORICI - TL082  
MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI RAMOS - PT070  
MARÍA VICTORIA GALPERÍN - TL086  
MARIA VITÓRIA MATTAR MARTELETO - PT096  
MARIANA BERHO - TL014  
MARIANA CAMPOS PALMA - PT134, PT136, PT180, PT181, PT184  
MARIANA DIAS CAMPOS - PT059  
MARIANE GOUVÊA MONTEIRO DE CAMARGO - PT029, PT103, PT108, PT135, TL036, TL064, TL065, TL087, VL012, VL013, VL023, VL026, VL027, VL029, VL038, VL039  
MARIANNY SULBARAN - TL019  
MARINA ANDRADE MACEDO PACETTI MIRANDA - VL003  
MARINA CARLA GIMENEZ - PT129  
MARINA FONTES GONTIJO - TL075  
MARIO ELIAS NETO - PT106  
MARIO PEREZ GIMENEZ - PT129  
MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES - PT117, PT127, TL023, TL024, VL004  
MARIZA HELENA PRADO-KOBATA - PT212  
MARJORIE COSTA ARGOLLO - PT007  
MARLEY RIBEIRO FEITOSA - PT023, PT036, PT049, PT117, PT127, PT155, PT166, PT169, PT176, PT177, PT178, TL023, TL024, TL058, VL004, VL028  
MARLISE MELO CERATO - PT055, TL078  
MARLLUS BRAGA SOARES - TL031  
MARLUS TAVARES GERBER - PT072, PT075, PT076, PT101, PT132, PT188, PT195  
MARTHA CRUZ SPERANDIO - PT210  
MARUSKA DIB IAMUT - PT006, PT014, PT065, PT183, PT215, TL056, TL031  
MATEUS REPOLÊS LOURENÇO - VL003  
MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER - PT004, PT018, PT024, PT063, PT068, PT098, PT205, VL002  
MATTHEO ROTTOLI - TL057  
MATTHEW F KALADY - TL034, TL038  
MAURICIO AGUIAR REIS - PT111, VL010  
MAURICIO ANDRADE AZEVEDO - PT122  
MAURICIO CAMPANELLI COSTAS - VL010  
MAURICIO COTRIM DO NASCIMENTO - PT192, VL001, VL030, VL031, VL036  
MAURICIO ERNESTO SANTAMARIA - PT138  
MAURICIO GODINHO - PT049  
MAURO WILLEMANN BONATTO - TL067  
MAXIMILIANO CADAMURO NETO - PT121, TL035, TL039, VL009, VL022  
MAYARA MARAUX BRAGA - PT009, PT015, PT017, PT198  
MEAGAN COSTEDIO - TL057  
MEIBEL MELO E SILVA - PT026  
MEYLINE ANDRADE LIMA - PT073, PT083, TL099, VL017, VL034, VL035  
MICHEL ALEXANDER ARAÚJO GARCEZ - PT047  
MICHEL GARDERE CAMARGO - PT028, PT031, PT033, PT069, PT081, PT089, PT091, PT160, PT161, TL011, TL060, TL071, TL077, TL098  
MICHELE CRISTINA HAMAUE - PT164  
MIGUEL SROUGI - PT048  
MILENA PORTAVALDES - PT131  
MONICA DEMAS ALVARES CABRAL - TL003  
MONICA MEIRELES COSTA - PT013  
MONIQUE COUTO MATOS - PT070  
MONIZE ANDREA CAVASSANI - PT165  
MURILO DE ALMEIDA LUZ - PT117  
MURILO PONCE - TL087, VL029  
MURILO ROCHA RODRIGUES - PT105, PT162, PT163, TL019, TL061, TL095, PT062
- N**
- NAGAMASSA YAMAGUCHI - PT003  
NAJA NABUT - PT133  
NATALIA BARROS PINHEIRO - PT122, PT151, VL014, VL015  
NATÁLIA GARDÊNIA DAVANSE PIERONI - PT213  
NATÁLIA GOMES ANDRADE - PT217  
NATALIA PARISI SEVERINO - TL014  
NATALIA PARISI SEVERINO - TL087  
NATÁLIA PERES MARTINEZ - TL004, TL040  
NATÁLIA PRANZETTI VIEIRA - PT161, TL071  
NATALIA REGINA MISSON - PT134, PT180, PT181, PT184, TL091  
NATHALIA LINS PONTES VIEIRA - PT039, PT087, PT123, PT128, PT159, TL006  
NAW ALLY RISSO DE BRITO KRUGER D'ALMEIDA - TL047, TL052, TL053, TL054  
NAYARA SILVA RIBEIRO JARDIM - PT004, PT020, PT063, PT068, PT098, PT214, VL002  
NÉLSON TOMIO MIYAJIMA - TL077  
NIKOLAY COELHO DA MOTA - PT034, PT035, PT173, TL072, TL080, TL093  
NILO CERATO - PT055, TL078  
NILTON MANOEL DOMINGOS JUNIOR - TL011  
NOEMIA MARRA CANEDO GUIMARÃES - PT005, PT013, PT202, TL055, TL094  
NUALA MAIA DA FONSECA - PT070

## O

ODILON VICTOR PORTO DENARDIN - TL021  
ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA - PT037, PT040,  
PT060, PT174, PT175  
OLANE MARQUEZ DE OLIVEIRA - PT027, PT066  
OMAR FERES - PT023, PT036, PT049, PT127, PT155,  
PT166, PT169, PT176, PT177, PT178, TL023, TL024,  
TL058, VL004, VL028  
OMAR FERES FILHO - TL058  
ORENA WILLERS COUTINHO - PT197  
ORLI FRANZON - PT150  
ORNELLA SARI CASSOL - PT055, TL078  
OTAVIO NUNES SAI - TL075

## P

PATRICIA BARBOSA SILVEIRA - PT071, PT079, PT086,  
PT140, PT156, PT157, PT158, PT164, PT168, PT172  
PATRICIA CARVALHO MACHADO AGUIAR - PT179  
PATRICIA PAOLA CAGOL - PT150  
PATRICIA ZACHARIAS - PT030  
PATRICIA ZADOROSNEI REBUTINI - PT132  
  
PATRÍCIO BERNARDO LYNN - TL013  
PAULA BARROSO ARAUJO - PT070  
PAULA CRISTINA DE ALMEIDA LEITE - PT005, PT202,  
TL055, TL094, PT163, PT167, TL095  
PAULA FRANCIELLE VALERA VERSAGE - PT192,  
VL001, VL030, VL031, VL036  
PAULA MENDONÇA TAGLIETTI - PT016, PT109, PT197  
PAULA ROBERTA ISMAIL SILVA - PT026  
PAULA RODRIGUES GUMARAES - PT070  
PAULA TAMANQUEIRA SALLES - PT131  
PAULA TAVARES GUMARAES - PT168  
PAULA VALENTE SILVA - PT097  
PAULO CESAR CASTRO JUNIOR - PT006, PT014, PT065,  
PT183, PT215, TL031, TL056  
PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELARIA - PT039,  
PT087, PT128, TL006  
PAULO DE CARVALHO CONTU - PT082, TL002  
PAULO EDUARDO LUCISANO BIN - PT071, PT140  
PAULO FREDERICO OLIVEIRA COSTA - PT010, TL009  
PAULO GUSTAVO KOTZE - PT030, TL043, TL049, TL050  
PAULO HENRIQUE PISI - PT027, PT066, PT178  
PAULO HOFF - TL027  
PAULO PHELIPE BARBOSA MONTEIRO - PT005  
PAULO ROCHA FRANÇA NETO - PT136, PT180, PT181,  
TL030, TL091  
PAULO VITOR LIMA SOARES - PT025, PT083, PT186,  
PT191, TL073, TL074, TL076, TL081, TL090,  
TL092, TL099  
PEDRO JACCOTTET FREITAS - PT213  
PETERSON MARTINS NEVES - PT024, PT205

PHELIPE GREGORIO COBIANCHI LEANDRO - PT194  
PIETRO DADALTO OLIVEIRA - PT019, TL021  
POLIANA WADA POYANCO - PT077  
PRISCILA FILOMENA RODRIGUES PALMA - PT124,  
PT125  
PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS - PT090, PT092,  
PT094, PT099, PT118, PT208, TL044, TL045  
PRISCILLA DE SENNE PORTEL OLIVEIRA - PT033,  
PT091, PT161, TL028

## R

RAFAEL ANDRADE DE OLIVEIRA - PT090, PT092,  
PT094, PT099, PT100, PT118, PT208, TL044, TL045  
RAFAEL BRANT COSTA - PT205  
RAFAEL CASTILHO PINTO - TL079  
RAFAEL COSTA JOMAH - PT036, PT127, PT166, PT176,  
PT177, PT178  
RAFAEL DE CASTRO SANTANA AROUCA - PT151,  
VL014, VL015  
RAFAEL DIENSTMANN DUTRA VILA - PT055, TL078  
RAFAEL FERRAS SANTANA - PT025, PT073, PT078,  
PT083, PT186, PT191, TL074, TL076, TL090  
RAFAEL SCHMERLING - TL041  
RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO - PT085, TL001, TL042  
RAFAELA CLAUDINA SILVA - PT077  
RAFAELA CRISTINA COELHO MUNIZ - PT090, PT092,  
PT094, PT099, PT100, PT118, PT208, TL044, TL045  
RAFAELA DE ARAUJO MOLTENI - PT072, PT075, PT076,  
PT101, PT132, PT188, PT195  
RAFAELA MOSNA ADAMI - PT086, PT168  
RAISSA AMELIA SILVA REIS - PT004, PT020, PT063,  
PT068, PT098, PT214, VL002  
RAISSA FORTUNA CAVALIERE - PT097  
RALPH CORREA DE ALMEIDA - PT220  
RAMON COELHO CAETANO - PT074  
RANIA ANDRADE LIMA - PT110, PT116  
RANIERE RODRIGUES ISAAC - PT005, PT013, PT202,  
TL055, TL094  
RANIERI LEONARDO DE ANDRADE SANTOS - PT064,  
PT084, PT189, PT190, PT201, TL008, VL032  
RAQUEL ESPINDOLA MACHADO - PT070  
RAQUEL FRANCO LEAL - PT028, PT031, PT033, PT069,  
PT081, PT089, PT091, PT160, PT161, PT199, TL028,  
TL029, TL032, TL060, TL063, TL071, TL077, TL098  
RAQUEL MARTINS CABRAL - PT041, PT042, PT043,  
PT044, PT182  
RAUL CUTAIT - PT151, VL014, VL015  
RAYANE CORREA ALMEIDA - PT220  
REGINA POLI FREDERICO - PT133  
REGINALDO RODRIGUES DO PRADO - PT026  
RENAN MACHADO DE LEMOS - PT213  
RENAN VICENTE SOHN - TL046, TL047, TL048  
RENATA BANDINI VIEIRA - PT019, TL053, TL054  
RENATA ROCHA BARBI - PT002, PT219



- RENATA SOARES PAOLINELLI BOTINHA MACEDO - PT041, PT042, PT043, PT044, PT182  
RENATO ARIONI LUPINACCI - PT007  
RENATO MASON RODRIGUES DA CUNHA - PT032, PT096  
RENATO VISMARA ROPELATO - TL049  
RENE CREPALDI FILHO - PT021, PT058, VL016  
RICARDO ABDALLA - VL013  
RICARDO AGUIAR SAPUCAIA - PT073, TL099, VL017, VL034, VL035  
RICARDO BOLZAM NASCIMENTO - PT102, PT211  
RICARDO LUIZ SANTOS GARCIA - PT027, PT066, PT155, TL023  
RICARDO MENDONÇA COSTA JUNIOR - PT090, PT092, PT094, PT099, PT100, PT118, PT208, TL044, TL045  
RICARDO MORENO - VL010  
RICARDO SHIGUEO TSUCHIYA - TL067, VL024  
RICARDO TADAYOSHI AKIBA - PT204  
RINA MEGUMI MASHIBA - PT072  
RISH PAI - TL038  
RITA LILIANA PASTORE - TL084, TL086  
ROBERTA CRISTINA JARDIM GALLUZZI - PT100  
ROBERTA DENISE ALCKMIN LOPES DE LIMA - PT023, PT036, PT127, PT176, PT177, PT178  
ROBERTA GRAZIELLE DE SOUZA LOPES - PT004, PT020, PT063, PT068, PT098, PT214, VL002  
ROBERTA LAÍS DOS SANTOS MENDONÇA - PT046, PT053, PT105, PT106, PT130, PT137, PT139, PT162, PT167, PT196, TL061, VL011, VL019  
ROBERTA NASCIMENTO CYPRESTE - PT102, PT211  
ROBERTO LUCAS DE SENA AVELAR - PT187  
ROBERTO NIGRO - PT107, PT193, PT200  
RODOLFO DE MORAIS ARAUJO - PT018, PT024, PT205  
RODRIGO AMBAR PINTO - PT029, PT048, PT120, TL025, TL026, TL033, TL062, TL064, TL065, TL068, TL069, TL087, VL021, VL029, VL038, VL039  
RODRIGO ARAUJO - PT117, VL017  
RODRIGO AZAMBUJA - TL027  
RODRIGO BECKER PEREIRA - PT209, PT011, PT022, PT203, PT216, TL007  
RODRIGO DE ALMEIDA PAIVA - PT061, PT134, PT136, PT184, TL030, TL091  
RODRIGO DUMARCO - VL027  
RODRIGO FELIPPE RAMOS - PT059  
RODRIGO FERREIRA BERNARDI - PT195  
RODRIGO GOMES DA SILVA - PT064, PT084, PT189, PT190, PT201, PT207, TL003, TL008, VL032, TL005  
RODRIGO MONTENEGRO LOURENÇÃO - TL018  
RODRIGO OLIVA PEREZ - PT085, TL001, TL013, TL042, TL082  
RODRIGO PADILLA - PT090, PT092, PT094, PT099, PT118, PT208, TL044, TL045  
RODRIGO REGO LINS - PT059  
RODRIGO SANTA CRUZ GUINDALINI - PT103, PT108  
RODRIGO TOGNON ROSSI - PT095, PT194  
ROGER LEME DA SILVA FARIAS - PT151, VL014  
ROGÉRIO FREITAS LINO SOUZA - PT050, PT051, PT052, PT112, PT113, PT114, PT170, PT185  
ROGERIO SERAFIM PARRA - PT023, PT127, PT155, PT166, PT169, PT176, PT177, TL024, TL058, VL004, VL028  
ROGERIO TADEU PALMA - PT021, PT058, PT111, PT205, VL016  
ROGERIO TERRA DO ESPIRITO SANTO - TL011  
RONALDO MATTIA - TL016  
RONALDO NONOSE - PT046, PT053, PT105, PT106, PT130, PT137, PT139, PT162, PT167, PT196, VL011, VL019  
ROSANA PETILLO - PT122  
ROSANE LOUZADA MACHADO - TL012, TL020, TL096  
ROSILMA GORETE LIMA BARRETO - PT034, PT035, PT173, TL072, TL080, TL093, TL100  
RUBEM ALVES DA SILVA NETO - PT179  
RUBENS HENRIQUE OLEQUES FERNANDES - TL016  
RUBENS VALARINI - VL008, VL040  
RUY TAKASHI KOSHIMIZU - PT055, TL078
- S**
- SAMELA OLIVEIRA SANTOS - TL010  
SAMUEL DA SILVA BARRETO - TL047  
SAMUEL SOSTENES SANTOS - PT018, PT024, PT205  
SANDRA PEDROSO DE MORAIS - PT102, PT211  
SANDRO SCARPELINI - PT049  
SARHAN SYDNEY SAAD - PT007, PT204, PT212  
SAULO SANTIAGO ALMEIDA - PT067, VL025  
SAVERIO COIRO - TL014, TL087  
SERGIO AGUINALDO DE ALMEIDA - PT141, PT142  
SERGIO CARLOS NAHAS - PT029, PT048, PT103, PT108, PT120, PT135, TL019, TL025, TL026, TL027, TL033, TL036, TL041, TL062, TL064, TL065, TL068, TL069, TL087, VL012, VL013, VL021, VL023, VL026, VL029, VL038, VL039  
SERGIO EDUARDO ARAUJO - PT029, VL021, VL038, VL039  
SERGIO HENRIQUE COUTO HORTA - VL010  
SERGIO LUIS APARECIDO BRIENZE - PT165  
SERGIO LUIZ CRUZ CUNHA - TL066  
SÉRGIO OLIVA BANCII - PT037, PT060, PT175, VL020  
SHEILA MARIA VAZ MORENO - PT071, PT140, PT164, PT172  
SHIRLEY LUMI NISHITSUKA - PT111, VL010  
SIDNEY ROBERTO NADAL - TL085  
SILVANA MARQUES E SILVA - TL066  
SILVIA CORINA GOMES CARDOSO - PT213  
SILVINA FIGURELLI - TL084  
SILVIO GUEDES DE ASSIS MARTINELLI - PT018  
SIMONE DIAMANTINO VIANA - PT078, TL092  
SINARA MÔNICA DE OLIVEIRA LEITE - PT044

SOLANGE NATALIA SEIBERT - VL003  
SORAYA RODRIGUES ALMEIDA SANCHES - TL003  
STANLEY DE ALMEIDA ARAUJO - TL003  
STEVEN WEXNER - TL014, TL087  
STHELA MARIA MURAD REGADAS - PT067, TL070,  
TL097, TL100, VL025  
SUZANA LIMA TORRES - TL083

## T

TÁCITO LEANDRO BORGES DE BESSA - PT032, PT096  
TAMARA DURCI MENDES - PT071, PT079, PT086,  
PT140, PT156, PT157, PT158, PT164, PT168,  
PT172  
TAMARA MARIA NIERI - TL011  
TÂNIA ROSA PEREIRA DA MATA - PT192, VL001,  
VL030, VL031, VL036  
TAUANA FERREIRA GONÇALVES - PT038  
THAIS MIGUEL DO MONTE LAMEIRO - PT156, PT157,  
PT158, PT164, PT172  
THAIS NATALIA ALMEIDA - PT133  
THAÍS PEREIRA - PT029, VL038, VL039  
THAIS YUKA TAKAHASHI - TL083  
THALLES VALENTE LISBOA - PT134, PT136, PT180,  
PT181, PT184, TL091  
THAMIRES HUBER TAUIL - PT059  
THAMY CRISTINE SANTANA MARQUES - PT009,  
PT015, PT017, PT198  
THATIANA GUERRIERI - TL029  
THAYS BUENO DE CARVALHO - PT156, PT158, PT172  
THIAGO AGOSTINI BRAGA - PT016, PT109, PT197  
THIAGO BASSANEZE - PT021, PT058, PT111, VL016  
THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE - PT039, PT087,  
PT119, PT123, PT128, PT159, TL006, TL083,  
TL085  
THIAGO FARIA MAGALHAES - PT025, PT073, PT078,  
PT083, PT104, PT186, PT191, TL073, TL074, TL076,  
TL081, TL090, TL092  
THIAGO IBIAPINA ALVES - PT016, PT109, PT197  
THIAGO LUCIANO PASSARIN - TL015, TL017  
THIAGO RODRIGUES DA CUNHA STOIANOV - PT169  
TIAGO LEAL GHEZZI - PT082, TL002  
TIAGO MEZZARROBA PELISSON - PT204, PT212  
TIAGO PAULINO VILELA - PT095, PT194  
TOMAZ MASSAYUKI TANAKA - TL067, VL024

## U

ULISSES CARDOSO MARQUES - PT026  
ULYSSES RIBEIRO JUNIOR - PT103, PT108, PT135,  
TL025, TL027, TL033, TL036, TL041, TL068,  
TL069, VL012, VL023  
UMBERTO MORELLI - PT028, PT031, PT069, PT161,  
TL063  
UNIVALDO ETSUO SAGAE - TL067, VL024

## V

VALERIA FINK - TL084  
VALERIA UELLNER SILVA - TL016  
VALQUÍRIA DA SILVA BENTO - PT089  
VANESSA MEDEIROS LOUREIRO - PT012, PT093,  
VL033  
VANESSA NASCIMENTO KOZAK - PT075, PT101  
VANESSA SCREPANTE FORTE - PT077  
VICTOR HUGO PIZZAIA - PT077  
VINÍCIUS LACERDA RIBEIRO - VL026  
VITOR ARANTES - PT201  
VITOR ARCE CARHCART FERREIRA - PT117  
VITOR AUGUSTO DE ANDRADE - TL032  
VITOR FEITEN BECK - PT086, PT140  
VITOR MASSARO TAKAMATSU SAGAE - TL067, VL024  
VITOR PEREIRA AQUINO - PT074  
VIVIAN SATI OBA BOURROUL - PT003, PT021, PT058,  
VL016  
VIVIANE TIEMI KENMOTI - PT047  
VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES - PT027,  
PT066  
VIVIEN BONADIO - TL004, TL040

## W

WALTER AYRES JUNIOR - PT129  
WALTER RODRIGO MIYAMOTO - PT039, PT123, PT128,  
PT159  
WASTON GONÇALVES VIEIRA - PT173  
WESLLEN MOURA PIRES - PT047  
WILSON VILELA MEDEIROS FILHO - TL046, TL048

## Y

YAN CACHONI SEM - PT095  
YURI MACIEL CARVALHO - PT056